medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

www.zonahospitalaria.com añoXI septiembreoctubre2016 nº61

Educación'16

SUMARIO

3 Discapacidad intelectual y educación **4** Choque femoroacetabular o síndrome de atrapamiento **6** ¿Está su hijo preparado para aprender? **7** Tratamiento de varices sin cirugía **8** Educación familiar y alimentación... **9** La responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su salud **10** Alimentación sin gluten **11** familiados.com **12** Cefalea postpunción dural **13** Esclerosis con espuma: la única técnica que permite... **14** Zumo de arándanos rojos y... **15** Aprender a ver **16** Incontinencia urinaria por debilidad del suelo pélvico **17** Una buena higiene dental ayuda a prevenir enfermedades **18** Buena muerte en el domicilio... ¿De qué depende? **19** Servicio de urgencias o after hours? Necesitamos educar **20** Médicos mundi **21** Ausolan-Jangarria: Alimentamos un futuro sostenible **22** Obesidad infantil: la epidemia del siglo XXI **24** ¿Se puede prevenir la diabetes? **25** Enfermedades de transmisión sexual: Condiloma acuminado **26** Equipo de atención hospitalaria y domiciliaria **28** Magnesio... ¿Un mineral milagroso?... **30** Salud visual, terapia visual y deporte

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** 2253-9026. **Distribución** 8.000 ejemplares. **Control** PYD (certifica nuestra tirada).

© **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.*

DOCTOR
GONZALO VILLA
TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

| SIN ANESTESIA | SIN BAJA LABORAL | SIN HERIDAS NI CICATRICES |
| VIDA TOTALMENTE NORMAL AL FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO |

Pretratamiento con microespuma y catéter CLARIVEIN

Tras el tratamiento

Catéter Clarivein®

TRATAMIENTO CON MICROESPUMA: 1, 2 y 3

Es un tratamiento ambulatorio. No precisa de anestesia y apenas produce molestias. Sin necesidad de reposo ni de baja laboral. Al finalizar la sesión el paciente se va caminando y puede regresar a su domicilio y seguir realizando una vida normal.

Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona
948 296 111 | 644 297 726
doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es

Discapacidad intelectual y educación

Natalia Ávila Gutiérrez
Psiquiatra. Unidad Residencial de Patología Mixta (RPM)
Centro Hospitalario Benito Menni. Elizondo

La discapacidad intelectual (DI) se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como de la conducta adaptativa; se estima que la DI afecta a un 1-3% de la población. En Navarra hay alrededor de 3.600 personas en una situación de DI.

Para el desarrollo de las personas con DI es necesario identificar y promover las capacidades del individuo e identificar sus dificultades, para proporcionar los apoyos necesarios. Los principales actores en este proceso son la familia, los maestros y los compañeros.

Los padres deben animar a su hijo a ser más independientes en las actividades del cuidado personal para desempeñarlas de la manera más autónoma posible y darle tareas, brindándole ayuda si lo requiere. Es útil fomentar su relación con otros niños para el desarrollo de destrezas sociales, y estar en contacto con otros padres de personas con DI para compartir consejos prácticos y apoyo emocional.

Los maestros deben reconocer las capacidades e intereses de los niños con DI y aplicar los apoyos que debe recibir el alumno. Pueden hablar con los maestros de educación especial; "deben intentar usar materiales y experiencias prácticas". Las tareas largas deben dividirse en pequeños pasos para facilitar su ejecución. Es muy importante compartir información con los padres.

Los trastornos de conducta

Algunas personas con DI (entre el 5 y 60%) presentan trastornos de conducta que dificultan su inclusión en la sociedad en general y afectan a su educación. Múltiples factores intervienen en la aparición de estos: biológicos, psicológicos y sociales. Estos trastornos se manifiestan como agresividad verbal o física, conductas destructiva, oposicionista o de demanda, prácticas sexuales inapropiadas o deambulación errática. En ciertas situaciones estas conductas alteradas se mantienen por el entorno. Los trastornos de conducta pueden relacionarse con déficits sensoriales por limitación comunicativa y también con factores genéticos.

Integración social y educación

El papel de los padres y maestros es fundamental en el manejo de estas conductas anómalas. Hay que tener en cuenta que con estas conductas las personas con DI buscan comunicar algo, para obtener algo agradable o evitar algo desagradable. Por ello, es importante evaluar los contextos en los que se presentan y entender su finalidad. No se trata de extinguir la conducta alterada sino de brindar la posibilidad de comunicarse de manera más efectiva y enfrentarse mejor a la situación o modificar el entorno.

Los padres y maestros deciden cuándo es necesario el uso de los servicios de salud y de centros especializados de educación. En casos específicos, la evaluación por parte de grupos de atención sanitaria especializados de manera temprana puede facilitar el manejo de las alteraciones de conducta.

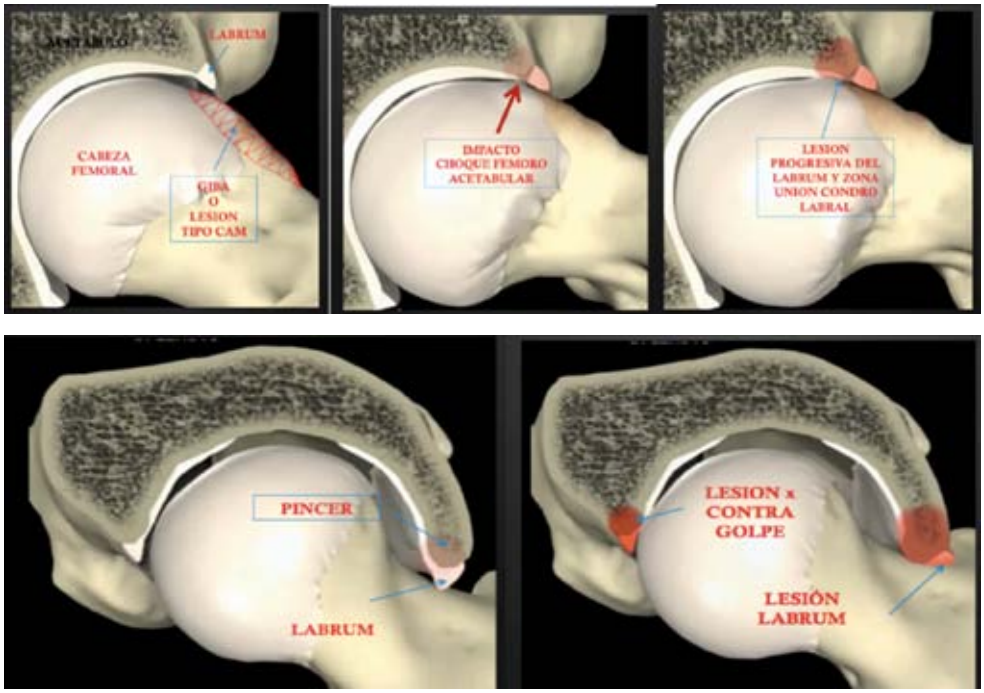
En conclusión, para la mayor inclusión en el sistema general de educación, es necesario considerar una adecuada coordinación entre los servicios educativos y los servicios de salud y una evaluación multidisciplinar de los casos que requieran una atención en centros especializados. El objetivo debe ser lograr una adecuada integración social, de la cual la educación es un elemento esencial.

CONSULTAS EXTERNAS: PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA
HOSPITALIZACIÓN Y RESIDENCIA DE PSIQUIATRÍA
HOSPITALIZACIÓN Y RESIDENCIA DE PSICOGERIATRÍA
DISCAPACIDAD INTELECTUAL CON ENFERMEDAD MENTAL
CENTRO DE DÍA PSICOGERIÁTRICO

Clínica Psiquiátrica Padre Menni
c/Joaquín Beúnza 45 / 31014 Pamplona
948 136 737 (Consultas externas)
948 140 611 (Recepción-Hospitalización)

Centro Hospitalario Benito Menni
Mendinueta s/n / 31700 Elizondo
948 452 162 (Recepción-Hospitalización)

Hermanas Hospitalarias
www.hospitalariasnavarra.org
Centro con plazas concertadas con
Gobierno de Navarra



Choque femoroacetabular o síndrome de atrapamiento

Dr. Rubén Goñi Robledo. *FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra*
Dra. Marta Aguado Sevilla. *Residente Anestesia. Complejo Hospitalario de Navarra*

El choque femoroacetabular o síndrome de atrapamiento está íntimamente relacionado con la artrosis de cadera en el paciente joven. El conflicto de espacio entre la transición cabeza-cuello femoral y reborde acetabular de la pelvis es el origen del dolor de cadera en este tipo de pacientes.

Estas alteraciones crean un compromiso de espacio en ciertas posiciones de la cadera que producen coxalgia,en concreto con la flexión y rotación interna de la misma.
Lo más importante en este proceso es el diagnóstico precoz del individuo sintomático, con una adecuada anamnesis e historia clínica y, si lo precisa, pruebas complementarias.
Su creciente popularidad, añadido al aumento de publicaciones y estudios del mismo hacen de esta patología un síndrome cada vez más conocido y de mayor interés, y cuyo tratamiento ha de estar encaminado a la vuelta a la actividad laboral y deportiva.
Las primeras publicaciones sobre esta patología nos hacen remontarnos a los inicios del siglo XX. Actualmente el número de estudios sobre el CFA (Choque femoroacetabular) se incrementa cada año, con más de 100 publicaciones y más de la mitad de ellas en los últimos años.
El origen de la artrosis coxofemoral se ha relacionado con la presencia de alteraciones estructurales a nivel de la transición cabeza-cuello femoral o a nivel del reborde acetabular, creando en definitiva un compromiso de espacio en ciertas posiciones de la cadera. Dicha posición es al realizar una flexión forzada con rotación interna, que produce el choque entre la prominencia ósea femoral y el reborde antero-superior del acetábulo. Hay diferentes estudios en torno a la incidencia del síndrome que van desde un 15% global para ambos sexos e incluso un 70% de presencia de signos femorales y acetabulares en radiografías.

Tipos de choque femoroacetabular

Los dividimos en dos grupos:

- **Tipo CAM o leva:** la esfericidad de la cabeza femoral está alterada con la presencia de una prominencia ósea o giba en la transición cabeza-cuello femoral, que en la flexión y rotación interna produce un efecto lesivo en el cartílago del acetábulo.
- **Tipo PINZER o tenaza:** el cuello acetabular choca con el labrum debido a una pared acetabular prominente. Esto acaba limitando igualmente la flexión-rotación interna de la cadera. Es más típico de mujeres de mediana edad que practican deporte. Pueden observarse en este tipo quistes en el lábrum.

Lo normal, no obstante, es que hasta en un 70% de los casos se produzca una combinación de ambos tipos con predominio de uno de ellos.

Diagnóstico diferencial

La valoración de la coxalgia en el adulto joven es muchas veces costosa y difícil.
El CFA se ha convertido en la causa más frecuente de dolor de cadera en el joven deportista, pero frecuentemente es confundido con tendinopatía de aductores, hernias inguinales, osteopatías pubianas, patología lumbar, digestiva...

Exploración física y anamnesis

El paciente tipo con CFA es un paciente con edad entre 20-50 años, muchas veces con fenotipo atlético y práctica habitual de deporte, con un dolor de inicio lento, insidioso, sin traumatismo desencadenante claro.
El dolor puede ser inguinal, en trocánter mayor femoral, gluteo e incluso irradiado a la rodilla. Es por esto que una correcta anamnesis, unas maniobras específicas y el uso de pruebas complementarias en algunos casos, son la base diagnóstica.
Los pacientes refieren dolor intermitente, que aumenta con marchas largas, golpear balón saltar vallas, conducir. Muchas veces señalan con los dedos pulgar e índice alrededor de la cadera (dolor en C).

Las maniobras en la exploración física van encaminadas a intentar provocar el dolor en la flexión y rotación interna de la cadera (Test de impingement o Test de provocación). A pesar de no ser diagnóstico del CFA, siempre que se diagnostique un CFA esta maniobra debe ser positiva.

Radiología

Tenemos las siguientes pruebas disponibles:
RX simple: proyección anteroposterior de pelvis, axial y lateral pura.
TAC: Prueba muy útil de cara a planificación preoperatoria.
RNM: Prueba complementaria de mayor utilidad diagnóstica. Nos servirá para visualizar las roturas degenerativas del labrum o sus quistes y la presencia de gibas óseas en la transición cabeza-cuello.

Tratamiento

Hoy en día no existe un tratamiento conservador claramente efectivo para el CFA. El tratamiento es quirúrgico y debería realizarse con cierta precocidad. Se denomina "osteoplastia femoroacetabular" y es la resección de los elementos que causan el CFA, haciendo un remodelado anatómico de la articulación. Hay tres formas básicas, no excluyentes unas de otras.

1.Técnica de Ganz o luxación segura de la cabeza femoral: fue la primera técnica de ospeoplastia, desarrollada por Ganz y la escuela Bernesa de cadera.
Se realiza un abordaje abierto y luxación de la cadera, con osteotomía del trocánter femoral.
Como ventaja de esta técnica, el amplio abordaje y exposición de la cadera.
Como inconveniente, la osteotomía de trocánter requiere para su consolidación de 6 a 8 semanas de bastones ingleses protegiendo la carga total.

2.Técnica mini-invasiva anterior: desarrollada por la escuela barcelonesa a través del examen de cadáver, se realiza un mini-abordaje anterior de 6-8 cms.
Como principal e importante ventaja, no se realiza desinserción alguna de músculo ni se realiza la osteotomía de trocánter, con lo que se evita el período de 6-8 semanas requerido para la recuperación ósea.

3.Artroscopia de cadera: desarrollada fundamentalmente por la escuela norteamericana, en San francisco y Nashville, cada vez goza de más aceptación y popularidad.
Como ventaja de esta técnica cabe destacar que no precisa de incisión ni abordaje como las anteriores.
Como inconveniente, es una técnica que precisa de una curva de aprendizaje y experiencia amplia por parte del cirujano que la realiza.
El consenso en la reunión de artroscopia de cadera en 2006 fue de 30 cirugías para artroscopistas expertos y que puedan mantener una casuística de al menos 20-30 casos al año.

Conclusion

Los últimos estudios publicados arrojan resultados muy esperanzadores y con mejoras importantes en cuanto a clínica y calidad de vida de los pacientes intervenidos.
La coxalgia en el paciente joven es una patología compleja desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Además, la mayoría de estos pacientes llevan una vida con altos requerimientos funcionales y deportivos.
Es por ello importante realizar una anamnesis y exploración física detalladas, encaminadas al diagnóstico preciso de la patología.
Parece necesario tener en consideración:
1. Incluir el test de impingement en la exploración de la coxalgia del paciente joven.
2. Si este test es positivo, realizar radiografías AP, axial y lateral pura de pelvis.
3. Seguir de cerca de los pacientes con CFA diagnosticado y, en el caso de que los síntomas no desaparezcan, plantear la cirugía con brevedad.

¿Está su hijo preparado para aprender?

Beatriz Irigaray
Optometrista corportamental en Óptica Navarra

OPTICA NAVARRA
CENTRO ESPECIALIZADO EN OPTOMETRÍA NEUROCOGNITIVA Y COMPORTAMENTAL
www.opticanavarra.com | info@opticanavarra.com
Pamplona: Arrieta, 29 esquina Bergamín s/n | 948 22 09 13
Barañain: Avda. Pamplona, 13 bajo | 948 18 32 13
Estella: San Andrés, 2 | 948 55 24 61
Peralta: Avda. de la Paz, 5 | 948 71 31 02

Examen optométrico completo

Empieza la vuelta al cole y todos los niños se preparan para un nuevo curso, libros, uniformes, agenda, etc., pero muchos olvidan revisar el sistema más importante en el proceso de aprendizaje: la visión.

La visión es un conjunto de habilidades para identificar, interpretar y comprender lo que vemos. Es mucho más que ver el 100%.

El sistema visual está integrado por los ojos, las vías visuales y el sistema nervioso central. Todas y cada una de estas estructuras deben estar en unas condiciones óptimas para su funcionamiento, permitiendo tener una visión eficaz.

Hay evidencias clínicas que muestran que el rendimiento académico está estrechamente relacionado con las habilidades visuales. La visión es fundamental para el aprendizaje y para el niño es el sistema más importante a través del cual obtiene información.

El aprendizaje se realiza más fácilmente cuando se emplean los dos ojos a la vez de manera eficiente, y cuando se combina la información visual con la recibida a través de otros sentidos.

Los problemas visuales, como el no usar los ojos coordinadamente, interfiere en el procesamiento de la información y el aprendizaje.

Qué evaluamos en una revisión optométrica completa

En el examen optométrico completo evaluamos:

- **Agudeza visual:** capacidad de ver nítido en lejos y en cerca.
- **Motilidad ocular:** los movimientos oculares permiten el movimiento rápido y preciso de los ojos a lo largo de las líneas de un texto, para mirar de la pizarra al texto, y viceversa y unos seguimientos adecuados para los deportes.
- **Acomodación:** el enfoque rápido y automático es muy importante para un funcionamiento eficaz. Está directamente relacionado con la habilidad para sostener la atención visual.
- **Binocularidad:** evaluación de la capacidad de trabajo de ambos ojos de manera coordinada.
- **Salud ocular.**
- **Examen de habilidades visuo-perceptivas:** realizamos diferentes pruebas que determinan el desarrollo de sus habilidades perceptivas y visuo-motoras, relacionadas con sus actividades escolares.
- **Evaluación del desarrollo motor:** muy importante para el desarrollo de la visión.
- **Campo visual funcional.**

Tratamiento de varices sin cirugía

Extremidad inferior derecha tras 3 sesiones de microespuma

Dr. José Manuel Jiménez
Cirujano vascular
Clínica San Juan de Dios de Pamplona
y Policlínica Navarra de Tudela

Las varices son un auténtico problema de salud. Aparte de su indudable efecto estético, es habitual que causen síntomas, como pesadez, dolor de piernas, cansancio, calambres, etc. Incluso las asintomáticas, a consecuencia de la hipertensión venosa que suponen, acaban produciendo lesiones cutáneas irreversibles (coloración ocre o negruzca de los tobillos), e incluso conllevan la aparición de una úlcera.

Por otra parte, las varices se pueden complicar con la presencia de un trombo en su interior (tromboflebitis), o pueden romperse y causar una hemorragia (varicorragia). Por tanto, ante la presencia de varices, y sobre todo si está afectado un tronco venoso superficial principal, es conveniente su estudio y valorar su eliminación.

El tratamiento tradicional, la cirugía, supone la extracción del tronco venoso principal afectado (safena interna o externa), junto con las colaterales varicosas de cierto calibre. Ello implica la necesidad del uso de anestesia regional (o general), la práctica de incisiones y, dado que se extirpan segmentos venosos extensos, requiere un período de recuperación prolongado. Salvo que exista muy poca afectación en ambas piernas, no es aconsejable la intervención bilateral en un mismo procedimiento.

La esclerosis con microespuma

Hay tratamientos menos agresivos e igual de eficaces.

La esclerosis con microespuma consiste en la inyección ecoguiada de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes. Ello produce una inflamación de la pared venosa que, poco a poco, conduce a la desaparición de las varices y del eje venoso principal del que dependen cuando éste está lesionado. Se lleva a cabo de forma ambulatoria en una consulta, no precisa anestesia y se puede realizar una vida normal entre sesiones, cuyo número es variable.

El dispositivo Clarivein supone la administración de la microespuma a través de un catéter que se introduce en un eje venoso superficial (safena interna o externa). Este catéter lleva acoplado un motor que lo hace rotar a gran velocidad dentro de la vena. La combinación del efecto mecánico de dicho catéter con el efecto químico de la microespuma permite, en la práctica totalidad de los casos, eliminar un eje venoso principal superficial en una sola sesión; y habitualmente, gran parte de las colaterales que dependen de él. Es también un tratamiento ambulatorio, requiere anestesia local para la punción del catéter y permite también hacer vida normal tras el procedimiento. A diferencia de la cirugía, permite tratar las dos piernas a la vez. La gran diferencia con la esclerosis con microespuma es que permite acortar sensiblemente el número de sesiones.

Para concluir, cualquier variz con indicación de cirugía es tratable con microespuma, usando uno u otro método. Eso sí, para poder beneficiarse de las ventajas del dispositivo Clarivein es preciso que exista insuficiencia de la safena interna y/o externa.

VARICES MICROESPUMA
CIRUGIA VASCULAR
drjimenezarribas@gmail.com
http://varicessincirugia.org

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
CLARIVEIN ® MICROESPUMA

SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

Dr. José Manuel Jiménez Arribas:
PAMPLONA. Hospital San Juan De Dios. C/ Beloso Alto, 3
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3

CONSULTA MÉDICA
948 231 800 ext. 18300
644 722 549

Educación familiar y alimentación en los primeros años de vida

Rakel Martínez Erro. *Dietista-Nutricionista Col. NA00299*
Especializada en Alimentación en el Embarazo, Lactancia e Infancia. Puente la Reina (T 948 34 13 20)

Una de las cosas que más preocupan a los padres es la alimentación de los hijos. Que coman bien, que no les falte ningún nutriente, que ganen el peso que corresponda pero sin pasarse...

Hay muchos bebés/niños que comen poco o muy poco, y los padres comienzan a agobiarse en exceso, hablando con el pediatra, obligándoles a comer, etc.
Los padres deben enseñar a comer de manera sana y equilibrada, creando buenos hábitos, ya que esos hábitos son los que acompañarán durante toda la vida a sus hijos (un hábito es fácil de adquirir, pero eliminarlo cuesta mucho).
Deberíamos quitar el miedo ante esta situación y pensar que el bebé/niño es normal y está sano, quizás no quiera comer todo lo que a nosotros nos gustaría, pero sí podemos dar alguna idea para poder estar tranquilos frente a determinadas situaciones y hacer que los niños vayan comiendo de todo poco a poco.

Hora de las comidas

Los niños no entienden de prisas ni de horas, y hoy en día vivimos pegados al reloj. Es aconsejable que la hora de comer sea una hora para estar relajados y tranquilos, que haya conversación en la familia y alejados del móvil o tele. Y... paciencia, mucha paciencia, especialmente para las primeras cucharadas de la nueva alimentación (después de la leche materna o leche artificial). Al principio solo querrán investigar y jugar con la comida.
No pasarán muchos meses antes de que el

niño vaya comiendo lo mismo que el resto de la familia, por ello, es importante tener en cuenta qué se come en casa.

Cómo empezar

El niño quiere comer como los mayores, por sí solo y con sus cubiertos que son las manos. Darle alimentos que pueda coger con las manos, chupar, morder... hay un método llamado baby-led weaning, consiste en poner a su alcance alimentos adecuados a nivel nutricional y variados, para que ellos elijan qué y cuánto comer.
Se trata de aprovechar la curiosidad innata de los bebés, su deseo de explorar y experimentar y la capacidad que tienen de imitar a los adultos para que vayan probando diversos alimentos tal y como son.
La recomendación habitual es iniciar la alimentación complementaria con el triturado de los alimentos. Algunos autores, en cambio, comentan que es mejor aportarles texturas fáciles de comer, pero sin llegar a triturar, ya que así es como comemos de adultos.
La OMS (Organización Mundial de la Salud), en sus guías para la alimentación del lactante amamantado y del lactante no amamantado especifica lo siguiente:

- A partir de los seis meses, los lactantes son capaces de comer purés, papillas y alimentos semisólidos.
- A los ocho meses la mayoría pueden consumir alimentos que se comen con los dedos (que pueden coger y comer ellos sin supervisión).
- A los 12 meses pueden comer los mismos alimentos que el resto de la familia consume. Poniendo esto en práctica, se podría ir dando los alimentos más blanditos (plátano, pera, mango, manzana, remolacha cocida, zanahoria cocida... se pueden aplastar con un tenedor). Y un poco de pollo o de lenguado rehogado y bien picado.

Ser un ejemplo para ellos

Desde niños aprendemos de observar a otros, y especialmente a nuestro entorno. Esta es la base del aprendizaje vicario: observamos a otros y los imitamos. Para que un niño coma de todo, quizás hay que esperar a que el niño sea mayor, o simplemente viendo comer verduras a sus padres se vaya familiarizando (nunca obligándoles) y terminen comiendo de todo, por eso, si un bebé no ve comer a sus padres pescados o verduras probablemente ellos tampoco lo coman.
Para finalizar, si les castigamos a comer algo porque se han portado mal lo asociarán como algo negativo, y rechazarán ese alimento. Y lo mismo si al portarse bien les damos una gominola o cualquier dulce, no es un alimento bueno para su cuerpo y así estamos haciendo que la comida sea una recompensa, y no una alimentación saludable.

Destacar que no hay que premiar ni castigar con la comida, los niños y niñas deben entender que hay que comer bien para estar más sanos, más fuertes y no enfermar.

La responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su salud

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

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

Hace unos días, se anunció que el sistema sanitario del Reino Unido tenía previsto retrasar las operaciones rutinarias de personas obesas o fumadoras hasta que cumplieran con determinadas condiciones de salud, como reducir el peso o dejar de fumar.

No se sabe si la decisión, muy controvertida, se llevará finalmente a la práctica. Pero en el fondo de ella hay una cuestión que cada vez tiene más importancia en el mundo desarrollado. ¿Hasta qué punto somos responsables de nuestra propia salud? Debemos decir que cada vez en mayor grado.

Parece evidente que los avances en la medicina y el conocimiento de las enfermedades está demostrando que los hábitos de las personas tienen algo que ver en la aparición de determinadas patologías. Con un estilo de vida equilibrado y concienciación sobre qué beneficia o perjudica a nuestro cuerpo, las personas podemos contribuir a evitar o retrasar la llegada de muchas enfermedades.

Por otro lado, como cada vez hay más información pública sobre temas de salud, resulta difícil entender que todavía sigamos sin responsabilizarnos completamente de nuestro cuerpo. No podemos vivir en la ignorancia de hace unos siglos, en que se desconocía gran parte de las causas de muchas dolencias. Ahora, sin pretender tampoco desempeñar el papel que corresponde a los profesionales sanitarios, podemos ser muy activos en el ámbito de la prevención.

Esta toma de conciencia se instaura progresivamente en nuestra sociedad, y la prueba está en el éxito que alcanza todo lo relacionado con el estilo de vida saludable: alimentación sana, higiene personal, deporte, cuidados estéticos y vigilancia general de la salud. Gracias a las campañas públicas, los programas educativos y, por qué no, el marketing sanitario, los principios básicos de la salud se extienden con facilidad.

Sin embargo, también identificamos focos de resistencia. Vemos que en determinados segmentos de la sociedad no cala el mensaje de que cada uno debe comprometerse con su bienestar, lo que resulta muy paradójico.

Considero que uno de los ejemplos más claros de esta incoherencia se ve en mi campo profesional, la cirugía oral y maxilofacial; más en concreto en la implantología. Sabemos que la dentadura se degrada con el paso del tiempo de forma ineluctable, pero también somos conscientes de que los hábitos de higiene y alimentación influyen enormemente en la evolución de la salud bucal.

Protocolo de mantenimiento de los implantes

A pesar de las campañas, de los consejos de los diferentes profesionales e incluso de las "regañinas" en consulta, no son pocas las personas cuyas escasas costumbres higiénicas les llevan a perder piezas dentales en cascada y a enfrentarse a complejas y costosas restauraciones, que en parte podrían haberse evitado con una conducta más responsable.

Incluso, en la clínica nos encontramos con pacientes que no se enmiendan después de haberse colocado varios implantes, desde la creencia de que estos se conservan por sí solos, como una maquinaria autónoma. Por el contrario, por su condición de elementos ajenos a la composición natural de la boca, requieren incluso más cuidados que los dientes propios.

De hecho, en **Clínica Bustillo** mantenemos un protocolo de mantenimiento de implantes que vela por su adecuada conservación, con revisiones periódicas y protocolos regenerativos, para asegurar que cumplen su función y no causan efectos indeseados en los pacientes.

En este protocolo incidimos mucho en el papel activo del paciente en el cuidado. Si no se implica en los hábitos de higiene diaria y evita costumbres nocivas como el tabaquismo o el exceso de alimentos perjudiciales para los dientes, tarde o temprano sufrirá nuevas enfermedades en su boca. Siempre decimos que el mantenimiento de los implantes es una responsabilidad compartida entre el especialista y los pacientes.

Educación y prevención

¿Y cómo mejorar el compromiso? Mi opinión es que no hay que descubrir nuevas recetas sino mejorar y persistir en las existentes: la educación y la prevención. La primera, entendida en un sentido amplio, puesto que no solo debemos pensar en los menores.

Los adultos aún exhiben un gran desconocimiento en temas de salud, pese a la información disponible, como podemos ver, por ejemplo, en las preguntas y comentarios en las redes sociales. Solo con adultos concienciados podremos obtener fruto en las acciones educativas dirigidas a los niños, ya que debe haber continuidad en todos los tramos de la vida. Difícilmente un niño puede consolidar hábitos saludables si los adultos que lo tutelan no les dan importancia.

Hemos avanzado mucho en la política sanitaria de prevención, sin embargo, cuando el ciudadano asume el cuidado de la salud como algo propio, las políticas públicas son mucho más eficaces.

Alimentación sin gluten

Berta Magaña Soler
Dietista-Nutricionista. Nº Colegiada: NA00120

La enfermedad celiaca es una enfermedad crónica del aparato digestivo que se define como una intolerancia al gluten, que en individuos predispuestos genéticamente, ocasiona una lesión en la mucosa del intestino delgado proximal (la parte del intestino más próxima al estómago), provocando una malabsorción.

Esta patología puede presentarse tanto en niños como en adultos.
El gluten es una proteína que se encuentra en los cereales: trigo (gliadina), cebada (hordeina), centeno (secalina) y avena (avenina).
El gluten no se encuentra ni en el arroz ni en el maíz, por lo que estos dos cereales están totalmente permitidos y recomendados por los enfermos celiacos.
Los síntomas más frecuentes son la pérdida de apetito y de peso, diarrea con deposiciones blandas y voluminosas, distensión abdominal, alteración del carácter, retraso en el crecimiento del niño, anemia, alteración del esmalte dentario y aparición de aftas.
La dieta sin gluten estricta y de por vida es el único tratamiento para esta enfermedad crónica. Al eliminar el gluten de la dieta, la persona alcanza un buen estado nutritivo en un periodo de varias semanas o meses y desaparece la sintomatología gracias a la normalización de la mucosa intestinal.
El celíaco necesita tener un conocimiento claro, tanto de la enfermedad como de los alimentos que puede o no consumir y por lo tanto de la lectura del etiquetado de los diferentes productos que les ofrece el mercado.

Alimentos que con seguridad pueden contener gluten:

- Pan, harina de trigo, cebada, centeno y avena.
- Bollos, pasteles y tartas.
- Galletas, bizcocho y productos de repostería.
- Mantecados, polvorones y roscones de reyes.
- Pasta alimenticia: fideos, macarrones, tallarines, etc.
- Higos secos.
- Sucedáneos de pescado y marisco.
- Bebidas malteadas, destiladas o fermentadas a partir de cereales: cerveza, whisky, agua de cebada, algunos licores.
- Productos manufacturados en los que entre su composición figure cualquiera de las harinas ya citadas y en cualquiera de sus formas: almidones, féculas, sémolas, proteínas, etc.

Alimentos que pueden contener gluten:

- Embutidos: choped, mortadela, chorizo, morcilla, salchichas, etc.
- Patés.
- Quesos fundidos, de untar, especiales para pizzas.
- Conservas de carne, albóndigas, hamburguesas, etc.
- Conservas de pescado en salsa, con tomate frito, etc.
- Salsas, condimentos y colorantes alimentarios.
- Sucedáneos de café, chocolate y cacao, y otras bebidas de máquina.
- Frutos secos tostados y fritos con harina y sal.
- Caramelos y golosinas.
- Algunos tipos de helados.
- Mermeladas y confituras.

Algunas recomendaciones

La clave de la alimentación del celiaco será llevar una dieta variada y equilibrada y fomentar el consumo de alimentos frescos naturales que en su origen no contienen gluten:

- Leches y derivados lácteos.
- Carnes, pescados y huevos´
- Frutas, verduras, hortalizas y tubérculos.
- Legumbres.
- Cereales sin gluten: maíz y arroz.
- Aceites y grasas.

Es especialmente recomendable el consumo de legumbres, ya que contribuye al aporte de hidratos de carbono complejos que normalmente está reducido en los celiacos al no poder consumir cereales como el trigo, cebada y centeno.
Reservar el consumo de productos manufacturados denominados "sin gluten" para casos o situaciones concretas.
Ante la duda de sí un producto contiene o no gluten, contacte con el fabricante para conseguir la información completa sobre los ingredientes. Hasta entonces, NO CONSUMA el producto.
Habrá que tener especial cuidado en la manipulación de los alimentos en la cocina para evitar contaminaciones cruzadas.
El celiaco puede realizar una vida social completamente normalizada. En todos los restaurantes existen platos que no contienen gluten, sólo hay que asegurarse de ello consultando al responsable del establecimiento.

familiados.com

Entrevistamos a Ernesto Bravo, uno de los socios fundadores de familiados, para conocer un poco más qué es y para qué sirve familiados.com

¿Qué es familiados.com?

familiados es una plataforma online donde cuidadores profesionales ofrecen sus servicios, y a través de la cual se les puede buscar, contratar y pagar con absoluta confianza.
La confianza viene tanto de los perfiles de los profesionales, que verificamos uno a uno en familiados.com, como de las valoraciones de usuarios que han contratado previamente servicios con ese cuidador. Además de que lógicamente el pago es completamente seguro, on line, y la garantía de que si hay problemas devolvemos el dinero.

¿Cómo surge familiados.com, a qué necesidad responde?

Según el INE, el 18% de la población española tiene limitaciones para la vida diaria. Para un 3% (1.5 millones de personas) esas limitaciones son graves y necesitan asistencia continua. Este % se eleva hasta el 20-30% en el caso de los mayores de 65 años. La seguridad social cubre apenas un 3% de los casos.
Igualmente, si uno intenta buscar a alguien que le eche una mano en un momento de urgencia, para pasar una noche de hospital o similar, se da cuenta en seguida de lo difícil que es encontrar a alguien con un mínimo de seguridad y confianza.

Conclusión: hay mucha gente que necesita ayuda a diario y es difícil encontrar esa ayuda. Y mucho más si se busca algo con poco tiempo, en una situación de emergencia.
En este contexto, el desarrollo de herramientas de economía colaborativa –tipo Airbnb-, que permiten poner en contacto directo a las personas (en este caso cuidadores con cuidados), ofrece una oportunidad extraordinaria.

¿Cómo cambia familiados el panorama actual de los cuidados?

Para empezar, el hecho de que cuando buscas, puedas encontrar a cuidadores cerca de ti, con fotos, titulación, experiencia, que han sido contratados y valorados por otros usuarios previamente... ¡y todo desde tu móvil! Se logra acercar la solución a la necesidad de una forma impensable antes de los smartphones y la economía colaborativa.
Además, la disponibilidad de cuidados por horas, de confianza, asequibles y flexibles, cambia el horizonte de los mayores que, con apoyos, pueden ver alargar su autonomía durante años, y también de las familias con dependientes, que pueden pasar a encontrar a alguien para una urgencia, un imprevisto, un fin de semana... con facilidad y en cuestión de minutos. Y cerca de su casa.

¿Y cómo se usa?

Se entra en familiados.com, se busca el cuidador que te interesa, y se contacta con él directamente. Si está disponible, se le contrata y... ¡problema resuelto!.

familiados.com es un proyecto de unos emprendedores navarros. Empezó en junio de 2015 y en este momento está en fase de expansión nacional.

Cefalea postpunción dural

Dra. Marta Aguado Sevilla. Residente Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra
Dr. Rubén Goñi Robledo. FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra

La cefalea postpunción dural es una de las complicaciones que pueden aparecen tras perforar la duramadre cuando realizamos una técnica de anestesia espinal o cuando punciona-mos de manera accidental la duramadre durante el acto de una anestesia epidural.

Además existen otras causas que son menos frecuentes por las que puede aparecer, como son la punción lumbar diagnóstica, colocación de un drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR), la implantación de dispositivos intratecales, estudios radiológicos como es la mielografía o la instauración de quimioterapia intratecal.

A pesar de que es infrecuente, ésta puede aparecer inmediatamente, alrededor de un 70% de los casos se inicia en las primeras 48 horas y cerca del 99-100% dentro de los 3 primeros días tras la realización del procedimiento. Sería más raro que apareciese entre los días 5-15.

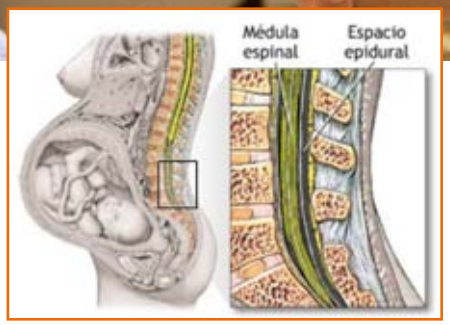
Cuando sospechamos de una posible complicación intracraneal o intramedular debemos solicitar de inmediato una prueba de imagen como la RMN, que sería de elección en estos casos.

¿Cómo se produce?

Si bien es cierto no se conoce con precisión su fisiopatología. Una pérdida de LCR nos origina una reducción de volumen y presión subaracnoidea, de manera que se produce una vasodilatación cerebral compensatoria, generando una tracción caudal de los vasos sanguíneos cerebrales, senos venosos y estructuras de soporte que contienen terminaciones nerviosas sensitivas.

¿En qué otras patologías podríamos pensar, para establecer un diagnóstico diferencial?

Podría venirnos a la mente una migraña que



no cedería con el decúbito, una meningitis que se acompañaría de rigidez de nuca y pirexia, trombosis del seno cortical donde la cefalea se asociaría a otros síntomas neurológicos y no tiene relación con la postura, un posible hematoma subdural que se acompañaría de inicio brusco, asociada a nauseas, vómitos, fotofobia, convulsiones y alteraciones motoras o sensitivas, o incluso también podríamos pensar en un posible neumoencéfalo en relación con la técnica de la epidural cuando localizamos el espacio con aire, donde deberíamos mantener una actitud expectante con el tratamiento y proporcionar oxígeno al 100% pudiendo resultar beneficioso ya que aceleraría la reabsorción de aire intratecal.

¿Cuál sería el tratamiento de una cefalea postpunción?

Procedimientos no invasivos:

- Reposo en cama: aunque no existe evidencia, se sugiere el decúbito prono pese a que no resulta una posición confortable en el período postparto.
- Hidratación: se recomienda mantener un balance hídrico normal.
- Faja abdominal: actuaría aumentando la presión de las venas epidurales, ésta se debería colocar inmediatamente después del parto y mantenerla hasta el alta hospitalaria, aunque es de difícil tolerancia.
- Analgésicos: paracetamol, aines y opioides pueden mejorar los síntomas y aliviar el dolor.
- Cafeína: genera vasoconstricción cerebral. Se ha demostrado una disminución transitoria del flujo sanguíneo cerebral. Si transcurridas 48 horas la cefalea no ha cedido y es de moderada a intensa, se recomiendan 300 mg vía oral cada 12-24 horas o 500 mg vía oral cada 24 horas.
- Corticoides: se recomienda una dosis de carga de 200 mg intravenosos de hidrocortisona, seguida de tres dosis de 100 mg cada 8 horas durante dos días. El objetivo de esto es frenar la respuesta inflamatoria tras la tracción meníngea. No se debería usar en casos de hipertensión, diabetes o úlcera.

Procedimientos invasivos:

- Parche hemático epidural: se indica cuando se produce una cefalea pospunción intensa que no mejora con la medicación habitual e impide una actividad normal. Su efectividad se ha visto que se acerca al 80%. No se recomienda en cefaleas de inicio inferior a 24 horas, su efectividad aumenta si se aplica a las 48-72 horas de la punción. No existe evidencia para recomendar esperar 4-5 días, aunque debido a que las mayoría de las cefaleas evolucionan favorablemente, se recomienda esperar antes de iniciar el parche hemático.

¿En qué consiste este parche hemático?

Se administra un volumen de sangre de la paciente, unos 15-20 ml, en el espacio epidural, con el objetivo de formar un coágulo que se adhiera a la duramadre y tape el orificio. También de esta manera se consigue un incremento de la presión de LCR, reduciendo de esta manera la tracción de las estructuras sensitivas cerebrales.

- Además de esta técnica existirían otras alternativas cuyo objetivo sería el mismo, aumentar la presión en el espacio epidural y disminuir la salida de LCR a través del orificio dural, como podrían ser: parche epidural salino, parche dextrano/gelatina, u otros tratamientos sin eficacia terapeútica demostrada: Fentanilo intratecal, morfina epidural o parche epidural con pegamento biológico de fibrina.
- Como última alternativa estaría la cirugía en aquellos casos en los que persiste la fuga y no hay ninguna respuesta al tratamiento.

Esclerosis con espuma: la única técnica que permite tratar a todos los pacientes con varices sin anestesia y sin pasar por el quirófano

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Especialista en Cirugía Vascular
C/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu). 31006 Pamplona

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices y una buena parte necesita tratamiento quirúrgico (Safenectomía). Aunque se trata de una cirugía relativamente sencilla y con pocos riesgos, no deja de ser una intervención y requiere, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

En la últimos años han ido apareciendo otras técnicas en el tratamiento de las varices (Láser, Radiofrecuencia, Clarivein, etc), con menores requerimientos anestésicos y una más pronta reincorporación de los pacientes a la vida normal. Sin embargo, de todas ellas, la '**ESCLEROSIS ECOGUIADA CON MICROESPUMA**' es, hasta la fecha, **la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y la única que permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal. Durante más de 13 años nuestro equipo ha tratado casi 3000 pacientes con varices utilizando esta técnica, consolidada ya, si se tiene experiencia suficiente, como una alternativa a la cirugía convencional para tratar TODAS LAS VARICES EN TODOS LOS PACIENTES sin utilizar NUNCA ni siquiera anestesia local. La experiencia de tantos años nos permite ofrecer a nuestros pacientes resultados contrastados y tratamientos personalizados que se realizan siempre en fases ("sesiones") con 3 objetivos: 1. Tratar la enfermedad de un modo integral y con criterios hemodinámicos. 2. Tratar tanto las grandes venas como las pequeñas telangiectasias ("arañas vaculares"). 3. Hacer un seguimiento de los resultados de cada sesión.**

Sin anestesia, sin ingreso y sin reposo

Se trata de una técnica poco invasiva que identifica las venas enfermas mediante una prueba denominada 'Eco-Doppler'. Una vez identificadas, se realiza una punción en la piel, guiada con la ecografía, y se introduce un fino catéter en la vena que se quiere tratar. Ya dentro, se inyecta en la vena enferma un fármaco en forma de espuma que irrita la pared y la esclerosa, la endurece, hasta hacerla desaparecer. El efecto es el mismo de una operación pero NO ES UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, NUNCA necesita anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones finas en la piel. Tampoco necesita ingreso, ya que se realiza en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) **desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta** sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral.

La técnica se puede utilizar en **todas las varices**, desde las pequeñas telangiectasias (arañas vasculares), que tanta preocupación estética ocasionan en muchas mujeres, hasta las grandes dilataciones dependientes de la vena safena y que, habitualmente, se remiten para operar. En este tipo de varices grandes o "tronculares", en las que la safena está enferma, la esclerosis con microespuma tiene muy buenos resultados, ya que se trata normalmente de venas de gran tamaño y con mucha sintomatología y se consigue, sin pasar por un quirófano, no sólo la eliminación de las venas visibles sino también la desaparición o la mejoría notable de los síntomas propios de la enfermedad.

Los pacientes ya operados que vuelven a tener varices son también muy buenos candidatos puesto que la técnica de la esclerosis con espuma permite tratar esas nuevas varices de un modo muy eficaz.

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Angiología y Cirugía Vascular. Tratamiento de varices SIN cirugía. Esclerosis con microespuma.

c/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu)
31006 PAMPLONA

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

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

Zumo de arándanos rojos y la prevención de la infección urinaria en el embarazo

Nieves Cano Lara. *Matrona Hospital Reina Sofía de Tudela*
Gustavo Silva Muñoz. *Matrona Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo (Bilbao)*

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son, junto con la anemia del embarazo, una de las complicaciones médicas más frecuentes durante la gestación. Su importancia fundamental radica en que pueden repercutir tanto en la salud materna, como en la evolución del embarazo, pudiendo dar lugar a un parto pretérmino, bajo peso al nacer, infección y aumento de la mortalidad perinatal. Su incidencia se estima en 5-10% de todos los embarazos.

Se considera que los ácidos de los arándanos acidifican la orina, un proceso que ocasiona el supuesto efecto antibacteriano. Desde 1980, se indaga en el mecanismo de algunos de sus componentes para inhibir la adhesión de las bacterias a la pared de la vejiga.
El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la evidencia más actual acerca de la efectividad y seguridad de la ingesta de los productos derivados del arándano rojo americano en la prevención de la infección urinaria durante el embarazo.

Metodología

Se realizó una búsqueda electrónica utilizando las bases de datos: PubMed, Biblioteca Cochrane Plus y Scielo.
Empleamos como palabras clave: "cranberry", "urinary tract infection" y "pregnancy".
Esta se limitó a revisiones sistemáticas y meta-análisis, publicados entre 2004 y 2014.

Resultados

Las modificaciones fisiológicas que se observan en el organismo materno durante la gestación (dilatación ureteral, elevación de la vejiga o glucosuria, por ejemplo) constituyen los principales factores de riesgo para el desarrollo de la patología urinaria. El germen más frecuentemente implicado, en cualquiera de las formas de ITU en el embarazo, es la Escherichia coli (80- 90%).
El arándano rojo americano es un pequeño arbusto que crece en toda Norteamérica; pertenece a la familia de las ericáceas, ricas en flavonoides, antocianinas y proantocianidinas (su principio activo); contiene 90% de agua, ácido quínico, ácido málico, ácido cítrico, glucosa y fructuosa.
El jugo de arándanos se ha utilizado desde tiempos antiguos como tratamiento de las infecciones urinarias.
Los estudios demuestran que sus sustancias activas, la fructosa y las proantocianidinas, impiden que las bacterias se adhieran a las células uroepiteliales, que es donde se pueden multiplicar. Sin embargo, el arándano rojo no parece tener la habilidad de liberar las bacterias que ya están adheridas a estas células. Esto podría explicar porqué es posiblemente eficaz para prevenir las infecciones del tracto urinario pero no lo sea para el tratamiento de las mismas.
Las presentaciones del arándano son en tabletas, jugo y fruta seca.
La dosis recomendada es desde 50 ml. dos veces al día, hasta 300 ml. tres veces al día.
Otros artículos sugieren el uso de 36 mg de proantocianidinas diarias, las cuales se encuentran en aproximadamente 80 g de arándano seco.
Los estudios mencionan que aquellos pacientes que tomaron un vaso de jugo dos veces al día durante periodos de 3 a 12 meses, permanecieron libres de infecciones o de recurrencia de éstas.

Una investigación examinó el efecto del zumo de arándano en la adhesión de Escherichia coli "in vitro", en un modelo animal y en un entorno clínico. Se descubrió que el jugo inhibe la adhesión del 75% de sus cepas "in vitro". En un ambiente clínico, los efectos antiadherentes de los componentes de los arándanos han sido también contrastados y confirmados a las pocas horas (entre una y tres) de ingerir el zumo.

Conclusión

- Los estudios sugieren un potencial efecto protector de los productos del arándano contra la infección urinaria en el embarazo.
- No se ha documentado evidencia de peligro o contraindicación en la gestación.
- Su principal limitante es que debe ser tomado por largos periodos.
- Son necesarios más ensayos clínicos.

Aprender a ver

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

Existe una estrecha relación entre la visión y el aprendizaje. Para detectar un problema visual que afecte en el rendimiento es necesario realizar una valoración optométrica que determine la eficacia visual y percepción del niño, habilidades necesarias para que la lectura funcione.

La visión es mucho más que la agudeza visual, es posible que un niño no necesite gafas y tenga dificultades visuales que implique problemas en el aprendizaje.

¿Qué necesitan los niños para ver bien en clase?

- Buena agudeza visual.
- Los ojos han de ser capaces de trabajar en colaboración uno con otro (visión binocular).
- Adquirir la habilidad de mover los ojos de una manera eficaz, sin saltos ni regresiones con buen campo visual.
- Ser capaces de cambiar el foco de visión de lejos a cerca (acomodación) y viceversa.

¿Qué síntomas pueden indicarnos un problema visual en un niño?

- Frotarse los ojos.
- Utilizar el dedo para no perderse en la lectura.
- Acercarse e inclinarse mucho para leer o escribir.
- Pobre comprensión lectora.
- Saltarse palabras.
- Visión doble o borrosa (sensación de que se mueven las letras).
- Dificultad para mantener la atención.

La habilidad para interpretar la información visual es esencial en la lectura, para que el niño comprenda lo que lee y pueda identificar letras y números.
Destacamos las siguientes capacidades:

- Discriminación visual para ver pequeños detalles.
- Adecuada memoria visual para recordar la información.
- Desarrollo adecuado de la lateralidad y orientación espacial.
- Coordinación ojo mano e integración visuomotora para establecer la escritura.

Los principales signos que pueden tener los niños con bajas habilidades de percepción visual son los siguientes:

- No recordar la información visual (localizar la misma palabra en un texto).
- Inversiones de letras y números.
- Baja comprensión lectora.
- Mala escritura.
- Confundir palabras.
- Dificultad para orientarse en el espacio y en el tiempo.
- Le cuesta recordar secuencias (días de la semana, tablas de multiplicar) y realizar series.

Si el niño ha alcanzado estas habilidades visuales estará preparado para la etapa de la lectoescritura.
A través de la terapia visual se le enseña al niño a mejorar su visión, por medio de ejercicios que se realizan en consulta y diariamente en casa.

La visión es un proceso activo, la visión se entrena, podemos aprender a ver.

CENTRO DE TERAPIA VISUAL

óptica unyvisión
AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • T 948 178 188

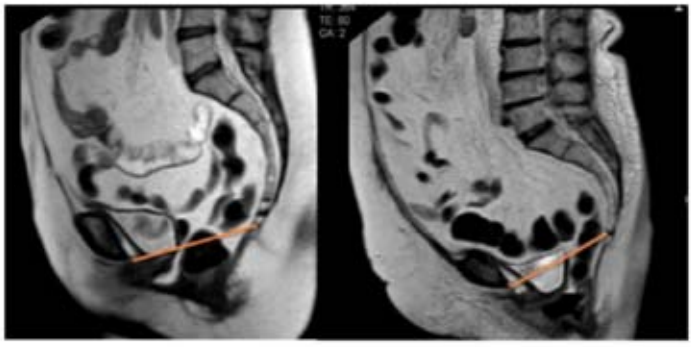
AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN

Incontinencia urinaria por debilidad del suelo pélvico

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Se estima que la incontinencia urinaria –pérdida involuntaria de orina– afecta a un 30% de las mujeres adultas, llegando a afectar al 50% de las mujeres mayores de 50 años. Fortalecer los músculos del suelo pélvico es la mejor forma de contrarrestar las contracciones involuntarias de la vejiga.

El **suelo pélvico** es un conjunto de músculos y tendones que sujetan la vejiga, la uretra, el útero, la vagina y el recto en su normal posición. Cuando éste se debilita, se queda laxo o se rompen los órganos pélvicos y descienden anormalmente afectando a su funcionalidad.
Los mayores factores de riesgo son haber tenido múltiples embarazos vaginales, obesidad o haber padecido alguna cirugía en esa zona.
La prevención en la salud es importantísima por ello para prevenir dichas lesiones se debe tener un buen tono muscular haciendo ejercicio suave habitualmente.
Cuando es la **vejiga la que esta descendida** (cistocele) suele acompañarse de los siguientes síntomas: pérdida de orina involuntaria, infecciones urinarias, dolor en la parte baja de la pelvis y de espalda. Otros síntomas son dolor al realizar esfuerzos o en las relaciones sexuales. Lo que conlleva una pérdida en la calidad de vida de quien lo padece.



Cistocele A:Reposo B:Valsalva descenso de 2/3 inferiores de vejiga a través de línea pubococcigea

En ocasiones pueden ir acompañados de incontinencia fecal o descenso de otros órganos abdominales (útero, vagina, recto, asas de intestino delgado o grasa peritoneal).
Si presenta alguno de estos síntomas debe acudir en primer lugar a su **médico de familia**. Éste valorará y la remitirá al especialista que crea más indicado.

Resonancia magnética

Muchas veces con la exploración física por un especialista es suficiente para indicar un tratamiento. Si existe algún síntoma de que ya está afectado o tras una operación se aconseja realizar los ejercicios para reforzar el suelo pélvico bajo la supervisión de un profesional.
Desde Médicis mediante la Resonancia Magnética logramos saber si está afectada alguna estructura muscular o ligamentosa, sustituyendo a otras técnicas como la defecografía y cistouretrografía, estas últimas mucho más molestas.
La **resonancia magnética previa a cirugía** nos ayuda a través de la exploración a valorar la anatomía de la zona, los tres compartimentos a la vez (anterior, medio y posterior), nos proporciona información sobre su funcionalidad (secuencias dinámicas). En algunos casos requiere colocar un gel, mínimamente invasivo, en la estructura sospechosa de provocar los síntomas (en la vejiga no necesita preparación específica). No usa radiación ionizante o RX.
La utilidad de la resonancia magnética consigue que en los casos en los que la exploración clínica no es suficiente para una valoración pre quirúrgica, nos aporte mayor información.

Una buena higiene dental ayuda a prevenir enfermedades

sannas
DENTOFACIAL
C/ Madres de la Plaza de Mayo 16,
31013 Nuevo Artica
948 38 44 22 / 948 38 44 33
www.gruposannas.com

Hay una estrecha relación entre la salud bucodental y la salud general del organismo. La boca refleja indicios y síntomas de salud y de enfermedad, incluso algunas enfermedades que afectan al organismo en su conjunto pueden tener su primera manifestación en la cavidad oral. Además, en la boca podemos ver algunas lesiones que pueden alertarnos sobre carencias vitamínicas, falta de minerales o estados nutricionales deficitarios. En otras palabras, la salud bucal es importante y está relacionada con la salud y el bienestar general de las personas. Sin embargo, existe un gran desconocimiento social sobre los principales factores de riesgo, cómo y desde cuándo podemos actuar para evitarlos.

Una mala higiene oral seguramente tenga a la larga consecuencias mucho más graves que un simple dolor de muelas provocado por una caries o un problema de encías. El cuerpo es una entidad sistémica e interconectada, donde lo que sucede en un punto tiene incidencia en el opuesto, en gran parte gracias a las funciones de transporte del riego sanguíneo. Así, una infección en una encía, una caries o un problema de necrosis a nivel de hueso de mandíbula, puede provocar el aumento de ciertas bacterias cuyas toxinas y subproductos afecten al corazón, a las articulaciones, la columna vertebral, el estómago, etc. De modo que no debe extrañarnos que el cuidado de nuestros dientes le siente bien al corazón. Efectivamente, una buena higiene dental ayuda a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. **En el organismo todo está interrelacionado**.

Salud bucodental y enfermedades cardiovasculares

Estudios recientes, basados en la teoría inflamatoria de la aterosclerosis, han establecido una relación entre la salud bucodental y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Así, las bacterias presentes en la boca producen endotoxinas que pueden actuar sobre el endotelio –un tejido que recubre los vasos sanguíneos y el corazón– vascular, aumentando la inflamación del mismo y sobre el metabolismo lipídico, lo que finalmente produciría una mayor incidencia de enfermedad coronaria en pacientes con enfermedad periodontal.

Los problemas de higiene bucodental, por tanto, pueden generar inflamación de las encías y esto con tiempo puede aumentar la incidencia de problemas coronarios como el infarto agudo de miocardio. Desde Sannas trabajamos en la **prevención oral a cualquier edad** por lo que una buena higiene dental incluye cepillarse los dientes tres veces al día, utilizar hilo dental así como acudir al dentista cada 6 meses, lo cual nos ayudará a diagnosticar los posibles tratamientos de forma precoz evitando tratamientos traumáticos y más costosos.

Para promover la prevención y el cuidado continuo de la salud bucodental, Sannas Dentofacial ha puesto en marcha el primer **Centro de Prevención Oral**.

El **compromiso de la atención odontológica** actual va más allá de la simple realización de tratamientos para la solución de las patologías dentales o dentofaciales. La implicación cada vez mayor en la formación, tanto en la prevención, como en el adecuado cuidado de los tratamientos recibidos y en la información de las novedades del sector dental a nuestros pacientes.

En el caso de Sannas Dentofacial llevamos varios años trabajando desde nuestro C.P.O. (Centro de Prevención Oral) sabiendo que es posible formar en salud oral a cualquier edad, para que nuestros pacientes puedan seguir presumiendo de sonrisas Sannas.

sannas
Más de 25 años como Clínica dental de referencia en el cuidado y la prevención de la salud bucodental
Todos los servicios en odontología y medicina estética facial en un mismo centro con unas instalaciones médicas a nivel hospitalario.

Odontología del alto rendimiento
Implantología
Sedación y control de la ansiedad
Diseño de sonrisa
Rejuvenecimiento facial
Centro de Prevención Oral
Ortodoncia invisible
Medicina y estética facial
Blanqueamiento dental
Periodoncia /Endodoncia
Células madre dentales
Apnea respiratoria
Disfunción de la A.T.M.

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

CPS-236/25-15-NA

Buena muerte en el domicilio... ¿De qué depende?

Soco Lizarraga
Médica de Familia del CS de Berriozar y socia de DMD (Derecho a Morir Dignamente)

En el año 2014 murieron en sus domicilios, en Navarra, 1.600 personas, lo que significa un 29% de todas las personas fallecidas ese año. Dentro de ellas el 90% tenía más de 65 años. En el 30% un tumor fue el causante y en el resto insuficiencia cardiaca-respiratoria, edad, demencia severa....

¿Cómo vivieron hasta el final estas personas? ¿Tuvieron una buena muerte?

Para la mayoría de las personas, una buena muerte significa morir sin dolor o con el menor posible, morir acompañada, en un ambiente agradable, sin alargamiento innecesario...

Y todo esto se puede conseguir muy bien en el domicilio, pero, por desgracia, no todas las personas que lo desearían lo pueden hacer, pues depende de varios factores:

- Que haya familia y seres queridos queriendo y pudiendo cuidar y acompañar hasta el final.
- Que coincida con personal sanitario implicado y humanista. En la atención en los domicilios es fundamental el equipo de Atención Primaria, empezando por la médica, la enfermera (gran cuidadora) y la trabajadora social, que además de asesorar y ayudar en los "papeleos" como solicitudes de dependencia, ayudas para compra de silla de ruedas,...aporta su saber en ayudar a la familia en la organización de los cuidados. Tenemos medios en todos los Centros de salud para prestar la ayuda necesaria.
- También es fundamental la asistencia por parte del servicio de urgencias-112, en general excelente en atender momentos finales.
- En los lugares donde hay Servicio Rural de Urgencias tienen la ventaja de poder atender las 24 horas del día, incluyendo festivos. Es importante que supediten su actuación a la ayuda para morir bien.
- Existen también ayudas extrahospitalarias, como el Equipo de paliativos de San Juan de Dios, que asesora y acude a los domicilios de algunas personas terminales con cáncer o Ela, y recientemente han comenzado a acudir a personas con pluripatologia.
- Otro factor es el económico. Morir en domicilio puede ser caro para la familia y muy barato para la administración. A veces hay que hacer adaptaciones (baño, escaleras...), compras específicas (cama, colchón antiescaras, silla de ruedas...), contratar el Servicio de Atención Domiciliaria para el aseo diario, contratar personas cuidadoras, reducir jornadas laborales e incluso coger permisos sin sueldo. Puede parecer que esto supone un costo alto, pero no parece muy aventurado afirmar que mayor es el costo de ocupación hospitalaria y los gastos médicos que eso supone. A la administración, posiblemente, le saldría más económico atender las necesidades para una buena muerte en el domicilio, que los gastos de atención en un hospital.

Y la administración frente a todo esto, ¿qué hace?.

Las valoraciones de dependencia tardan muchos meses y hay personas que se mueren antes de ser valoradas o antes de llegar la resolución; Las Mancomunidades de Servicios sociales están saturadas y muchas no contemplan la prioridad de atención a personas moribundas con lo que fallecen personas sin poder recibir esos cuidados. No se facilita el disponer de tiempo suficiente para atender en domicilios, ni se insiste en la formación del personal sanitario para desterrar viejos tabúes ("la morfina mata",.. "hay que mantener al moribundo con suero intravenoso porque muere mejor",..)

Morir en tu propia casa, en tu cama, con tus seres queridos alrededor, siguiendo tus ritmos horarios, sin instrumental ajeno, con buen control de síntomas (incluida la sedación si se precisa) y con buen acompañamiento emocional, aporta calidez al proceso de morir, facilita encuentros entre familiares y con la persona moribunda, facilita despedidas y favorece el duelo posterior de la familia.

El personal sanitario podemos y debemos formarnos para realizar un buen acompañamiento emocional al final de la vida, no limitarnos a los cuidados físicos sino también ayudar a la persona moribunda a ir cerrando su ciclo vital, ayudarle en su balance final, en resolver asuntos inconclusos y en despedirse de esta vida.

Es verdad que para los sanitarios nos supone mucha emotividad y una carga extra de trabajo, pero creo que se compensa con la satisfacción de ayudar a morir como nos gustaría para nosotros o nuestros seres queridos. Se compensa con el plus de humanidad que aporta a nuestra tarea.

Servicio de urgencias o after hours? Necesitamos educar

Dra Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA*

El uso, en algunas ocasiones, inadecuado de los Servicios de Urgencias, provoca colapsos en los mismos y sobrecarga innecesaria para los que allí trabajan. Por ello, quiero comenzar aclarando un par de conceptos.

La medicina de emergencia, emergencias sanitarias o medicina de urgencias es la que actúa sobre una emergencia o urgencia médica o sobre cualquier enfermedad en su momento agudo, definida como una lesión o enfermedad que plantean una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada. Los After hour (del inglés después de la hora, refiriéndose a la hora de cierre) se aplica a clubes nocturnos o discotecas que abren generalmente después del cierre de otros locales de su mismo estilo. Actualmente los Servicios de Urgencia (Hospitalarios y de Atención Continuada) han perdido el sentido fundamental de su existencia llegando a convertirse en verdaderos After hours del servicio sanitario. Una consulta abierta las 24h en la que se puede atender cualquier tipo de duda, por nimia que sea, a cualquier hora y por supuesto, de manera rápida y con un diagnóstico certero.

¿Dónde está el problema?

La sociedad actual exige en muchas ocasiones inmediatez y la resolución inmediata de cualquier tipo de problema, llegándose a no admitir que las enfermedades tienen TODAS un tiempo de evolución. Generalmente los síntomas iniciales pueden ser comunes a muchas enfermedades, sin olvidar que realmente hay enfermedades en las que pueden surgir complicaciones, pero en muchas ocasiones la valoración inmediata no garantiza un diagnóstico inicial exacto. Los que trabajamos en estos servicios podemos calcular (a groso modo) que cerca de 2/3 de las atenciones no son realmente Urgencias, lo que lleva a la masificación, al deterioro de la calidad de la asistencia y lo peor de todo...que no se de prioridad a ese tercio de pacientes que sí necesitan de nuestra rápida actuación.

Lo importante no siempre es Urgente

El utilizar los Servicios de Urgencias en lugar de las consultas ordinarias de atención primaria contribuye también a la pérdida de la evolución de la enfermedad. Nuestros "médicos de cabecera" son los que mejor conocen al paciente (su estilo de vida fundamentalmente) y todo no se puede llegar a plasmar en una historia clínica, por ello la atención por parte de varios profesionales sin el adecuado seguimiento puede ser en ocasiones contraproducente y limita también la realización de actividades de Promoción y Prevención de salud. Sin dejar de señalar que la continua asistencia de cuadros banales puede llegar a generar en los profesionales cierto grado de agotamiento físico y psíquico que puede afectar en la atención de enfermedades realmente graves. A nivel hospitalario, donde el objetivo fundamental de la atención es la atención inmediata de quien lo requiera, esta "sobredemanda" se traduce en retrasos en el triaje y la atención médica y sobrecarga para los servicios de radiología y laboratorio. Factores tan variables como si es día festivo o si se juega un partido de fútbol importante pueden hacer "acudir de inmediato o esperar un poco" para acudir a las urgencias. Los recursos sanitarios, son para uso colectivo y no son ilimitados. Aunque aparentan gratuidad realmente cuestan mucho dinero de los impuestos de todos y eso también debe ser tenido en cuenta antes de usarlos.

Sistema sanitario escalonado

Nuestro sistema sanitario en aras de ofrecer una atención continuada a los paciente cuenta con diferentes Niveles de atención:

1. Nivel extrahospitalario:

- Los días laborables en los Centros de Salud/ Consultorios de cada localidad. Se ofrece servicio médico en el centro y a domicilio en caso de urgencias en horarios de 8:00 a 15 horas.
- A partir de entonces un servicio de Atención Continuada hasta las 8:00 horas del día siguiente.

2. Nivel hospitalario: Servicio de Urgencias Hospitalarias las 24h del día.

Y si se va a Urgencias, recordad que no se atiende a los pacientes en orden de llegada, sino en función de su gravedad potencial. No estamos para nada desatendidos, sólo debemos educarnos de que en caso de necesitar atención medica, a qué nivel de atención debemos acudir en cada situación.

No creo que sea nada, pero ya que estás me lo ves...

La angustia que puede generar el desconocimiento de cómo deberíamos actuar no se debe transformar en una demanda de asistencia médica innecesaria. Las búsquedas en internet en páginas no adecuadas, en ocasiones contribuyen a exacerbar esta desesperación. Patologías banales como:

- Cuadros catarrales sin fiebre, contusiones simples, procesos febriles de pocas horas de evolución, dolor de garganta o heridas superficiales con escaso o ningún sangrado, son patologías que se pueden solventar sin asistencia médica.
- Desmayos, dificultad para respirar, dolor torácico agudo, dolor que no cede a pesar de analgesia utilizada, alteraciones neurológicas (desviación de comisura labial, dificultad para mover alguna extremidad o para hablar, alteraciones visuales agudas, mareos, etc), inhalación de humos o gases tóxicos, posibles fracturas o heridas de mayor cuantía, quemaduras graves, reacciones alérgicas, fiebre alta que no se controla o se acompaña de otros síntomas, mordeduras de animales etc, sí son tributarias de valoración especializada y según el caso será valorado por el Equipo del Centro de Salud o en Urgencias hospitalarias.

Recuerda que: Mientras utilizas equipo sanitario para una "posible" urgencia, este puede ser necesitado para una EMERGENCIA.

Nuestro trabajo: la Atención Primaria en Salud, clave para un mundo sano

Eduardo Garcia Langarica
Presidente de la Federación Medicus Mundi de España. Médico colegiado

medicusmundi lleva trabajando más de 50 años por la defensa del Derecho a la Salud y en favor de la transformación de los sistemas públicos de salud desde los principios de la Atención Primaria de Salud (APS).

Desde hace más de tres lustros medicusmundi ha colaborado de manera innovadora en la cooperación internacional en salud con varios países latinoamericanos. Esta colaboración ha llevado a mejorar la cobertura y el acceso equitativo a la salud de toda la población beneficiaria, haciendo reales y efectivos los postulados de APS, con el refuerzo de los sistemas públicos y garantizando el derecho a la salud de comunidades rurales e indígenas que habían sido tradicionalmente excluidas.

Esta mejora en la situación de la salud se produce mediante una "Estrategia de Salud Integral e Incluyente", basada en el documento "Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina". medicusmundi, siempre desde y con el sistema público de salud local, ha trabajado esta Estrategia que se ha ido impulsando, de forma progresiva y adaptada al contexto, en Guatemala, Bolivia, Perú y recientemente en El Salvador.

Equipos de profesionales sanitarios locales

Esta Estrategia se conforma desde un novedoso reordenamiento de la organización territorial de la red de servicios, con equipos de profesionales sanitarios locales. Estos equipos brindan una atención continua en tres frentes: individual, familiar y comunitario. La Estrategia permite la horizontalización en las unidades de atención primaria, en las cuales se hacen operativas de manera eficaz y eficiente todas las prioridades y normas de los programas de salud. A nivel familiar y comunitario se logra un impacto positivo en la salud mediante la incorporación integral de las acciones de prevención y promoción, afrontando el reto de resolver problemas y condicionantes de salud históricamente no atendidos en muchos países de América Latina.

La intervención tiene su origen en el análisis y estudio de la situación de salud en la región y en la observación de intervenciones a través de programas verticales, que siendo válidos, no han resuelto la complejidad epidemiológica del contexto latinoamericano. Así mismo, frente a la práctica de circunscribirse a la atención curativa-individual, esta estrategia ha hecho realidad intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, potenciando acciones de prevención y promoción de la salud desde el primer nivel.

Tras más de una década de intervención, la Estrategia tiene un impacto por encima de los estándares e indicadores nacionales en salud de los cuatro países donde se desarrolla. Estos resultados medibles son los que han permitido a medicusmundi recibir el reconocimiento de diferentes instituciones internacionales, entre ellas el premio **Sasakawa** que otorga la Organización Mundial de la Salud a quienes mejor han promovido en el mundo los principios de la APS.

Más información de nuestro trabajo en América Latina www.saludintegralincluyente.com

Ausolan-Jangarria: Alimentamos un futuro sostenible

ausolan

Polígono Industrial Comarca II, calle A, 43 Bajo. 31191 Esparza de Galar

Ausolan-Jangarria mantiene su apuesta por la sostenibilidad y el futuro en los comedores escolares en los que deja su impronta. Para ello AUSOLAN JANGARRIA trabaja en un proyecto alimentario basado en una dieta sana y equilibrada, apoyado en un proyecto educativo con actividades lúdicas que conllevan la realización de ejercicio físico, siguiendo la línea de actuación que plantea la Estrategia Naos y los valores y cultura de nuestra dieta mediterránea.

El equipo de AUSOLAN JANGARRIA planifica y supervisa la programación alimentaria con el fin de avanzar en la mejora de la calidad, priorizando el consumo de materias primas de nuestro entorno más cercano, posibilitando mayor frescura en los productos, y contribuyendo a minimizar el impacto ambiental que genera el transporte. Además trabajamos en la disminución del consumo de proteínas animales a través de menús cardiosaludables. Las verduras de nuestra tierra, como la acelga o la borraja, yogures, cerdo y ternera de origen navarro, pasta, legumbre y arroz ecológicos y frutas de temporada son ingredientes habituales en nuestros menús. Y todos nuestros platos están elaborados con aceite de oliva que contiene cantidades importantes de grasas monoinsaturadas y ácido oleico beneficiosas para la salud.

Paralelamente el equipo pedagógico de AUSOLAN JANGARRIA se encargará de seguir esta línea de actuación, a través del Proyecto Educativo y actividades que reflejan esta filosofía, ya que queremos llegar, a través de la educación de niños y niñas, a que valoren su entorno local/global desde una perspectiva solidaria.

Nuestro proyecto educativo

Los ejes que guían nuestro proyecto educativo son: eje ambiental, eje social y eje alimentario. Cada uno de ellos cuenta con actividades en tres áreas: salud, convivencia y ocio y tiempo libre.

- Eje ambiental: nos comprometemos con el medioambiente haciendo hincapié en sostenibilidad, reciclaje, reutilización, reducción de residuos, conocer nuestro impacto ambiental y potenciar la conciencia y compromiso con el entorno.
- Eje social: concienciamos y potenciamos valores de consumo responsable, comercio justo, justicia social y diversidad cultural.
- Eje alimentario: destacamos la importancia de la alimentación y el deporte. Tomamos como referencia la dieta mediterránea como ejemplo de estilo de vida saludable .

12.000 usuarios/as de comedor de 50 centros escolares

Durante el curso escolar 2015/6, además de seguir trabajando en la adquisición de hábitos alimentarios, de comportamiento y relación social, y de higiene personal, se elaboró el calendario de actividades, en las que participaron más de 12.000 usuarios/as de comedor de 50 centros escolares que, mediante talleres y actividades lúdicas, trabajaron los tres ejes de nuestro proyecto.

- Noviembre fue el Mes de la alimentación sostenible. Con actividades como "La Rueda de los alimentos de temporada", donde abordamos la importancia de consumir los alimentos en su época, tanto para la salud como para la sostenibilidad. La actividad "Los colores de los alimentos", o "el aprovechamiento de los alimentos"; con la con la intención reducir el desperdicio alimentario.
- El mes de Febrero lo dedicamos a la Multiculturalidad, con las actividades; "Gastronomía mundial y productos típicos", "Juegos del mundo", y "Los continentes y sus costumbres culturales".
- Y el mes de mayo orientado al medioambiente, con actividades tan interesantes como "Cuidamos el agua", El bingo huella" o "El bosque es vida ', esta última con un concurso de dibujo como actividad central, y con una fiesta como broche final en las instalaciones de Jangarria para familias, que contó con una alta participación.

Nuevos proyectos

Para este curso 2016/17 se ha creado un nuevo calendario de actividades. Dentro de nuestro Proyecto Comedores Sostenibles, este curso hemos tomado como punto de partida la salud. Así alguna de las actividades que proponemos son; "Legumbres; semillas nutritivas para un futuro sostenible" , "El sabor no ocupa lugar" o " Rumbo a la dieta mediterránea".

Además se han elaborado dos proyectos transversales a estas actividades que se van a implantar en 5 centros cada uno, con la intención de extenderlo al resto de comedores en años sucesivos. Estos proyectos son: "Proyecto para el aumento en el consumo de fruta de los comedores escolares; come fruta y diviértete", con el objetivo evaluar y mejorar el consumo de frutas en los comedores escolares. Y el "Proyecto para reducir el desperdicio alimentario en los comedores escolares", con la importante misión de evitar tirar comida a la basura. Para llevar a cabo ambos proyectos nos apoyaremos en distintas actividades y auditorías periódicas. De todo ello pretendemos obtener datos suficientes que nos faciliten llegar a nuestros objetivos.

Obesidad infantil:
la epidemia del siglo XXI

Carlos Orte Serrano, Mª Belén Carcavilla Val, Virginia Vallejos Burgaleta, Virginia Gil Álvarez, Laura Burgos Armado y Nerea Remón Castillo
DUE del Hospital Reina Sofía de Tudela

La actual prevalencia de la obesidad (especialmente en la infancia) es un problema grave a nivel mundial. Su tendencia ascendente durante las dos últimas décadas ha provocado que se empiece a hablar de obesidad epidémica.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso. Esto es debido al mal hábito en la alimentación infantil y al aumento del sedentarismo.
Las consecuencias nocivas de esta enfermedad se pueden ver a corto plazo a través de problemas psicológicos durante la edad escolar: como la baja autoestima o rechazo social y a largo plazo, en la edad adulta, cuando aparecen problemas físicos importantes como la diabetes, hipertensión, cardiopatías, etc.
El tratamiento es fácil y básicamente consiste en cambios de conducta en la alimentación y aumento de la actividad física de nuestros niños.

Aumento de la obesidad infantil

La obesidad infantil es uno de los grandes males endémicos que padece la sociedad del siglo XXI. En pocos años se ha pasado de una incidencia mínima a que gran parte de la población infantil padezca esta enfermedad.
Se trata de una de las enfermedades más usuales y que además en la mayoría de los casos tiene un fácil tratamiento para su eliminación. Sin embargo el estilo de vida actual conduce inexorablemente a que el problema de la obesidad infantil no sea sólo un problema actual, sino que está continuamente aumentando en el mundo.
Los malos hábitos adquiridos durante la infancia pueden producir consecuencias graves en el niño. Muchas veces los padres no tratan al niño que sufre de obesidad infantil porque creen que el niño dejará de serlo sin tratamiento al llegar a la edad adulta; sin embargo la realidad es diferente. A mayor tiempo que el niño tenga el sobrepeso, mayor la probabilidad de que este estado continúe hacia la adolescencia y la etapa del adulto.

Sobrepeso y obesidad

Obesidad infantil es el porcentaje de grasa excesivo en el cuerpo de los niños y niñas (incluyendo bebés). Habitualmente se considera obesidad infantil cuando el niño supera el 20% de su peso ideal. Hasta el 20% se considera simplemente sobrepeso.
Entre los niños que empiezan con obesidad entre los seis meses y siete años de vida el porcentaje de los que seguirán siendo obesos en la edad adulta es de un 40%, mientras que para los que comenzaron entre los diez y trece años las probabilidades son del 70%, porque las células que almacenan grasa (adipocitos) se multiplican en esta etapa de la vida por lo cual aumenta la posibilidad del niño de ser obeso cuando adulto.

Ingesta excesiva de grasas y azúcares

La causa más importante de la obesidad infantil, es la ingesta excesiva de grasas y azúcares. Además de este exceso de nutrientes existe un desequilibrio en el gasto energético, ya que, por lo general son niños sedentarios que no gastan suficiente energía al día lo que produce que esa energía se deposite en forma de grasa en el cuerpo.
La conducta alimentaria es determinante en el proceso de aumento de peso. Estos niños por lo general comen de forma acelerada lo que aumenta la probabilidad de incrementar el peso. Inclusive son niños que comen aún cuando han alcanzado la saciedad.

Otros factores que pueden desencadenar la obesidad son:
- **Factores hereditarios.** Se ha demostrado una cierta relación familiar. El riesgo de llegar a ser obeso aumenta cuando los miembros de la familia son obesos. Sin embargo, aunque se sabe que existe ese factor genético que predispone a la obesidad, también se sabe que, el niño que tiene padres con sobrepeso repetirá patrones alimentarios inadecuados que hará que sufra también de sobrepeso.
- **Factores Hormonales.** Algunos desordenes hormonales se han relacionado con la obesidad, dentro de esas hormonas están: Insulina, Hormona del crecimiento, leptina, hormonas esteroideas y las hormonas tiroideas.
- **Factores Psicosociales y ambientales.** Es probable que si el niño come por ansiedad será porque existe un problema familiar de fondo (desunión familiar, alcoholismo etc.). Inclusive puede ser que el niño presente problemas en su centro educativo que lo hagan sufrir de ansiedad. También ocurre que los padres suelen sobrealimentar a sus hijos como una forma de disipar sus culpas. Se ha visto que los padres obesos sirven raciones mayores que los no obesos.

Índice de masa corporal

Hace algunos años los servicios de salud trabajaban con tablas de altura/peso estándares mundiales, pero ello conducía a muchos errores de diagnóstico. Para realizar el diagnóstico podemos usar el índice de masa corporal (IMC), que tiene en cuenta la relación altura-peso del individuo. Suele ser usado generalmente en adultos, porque en niños tiene algunas deficiencias ya que no tiene en cuenta el desarrollo del niño.
El IMC se calcula como el peso dividido por la altura en centímetros al cuadrado.
- Se considera un IMC normal si el resultado está entre 19 y 25.
- Se considera sobrepeso si el IMC supera los 25.
- Se considera obesidad si el IMC supera los 30.

Los especialistas médicos, como puede ser su médico de cabecera, tomará en cuenta otros muchos factores, como pliegues, densitometría, RNM, sexo, diámetro pectoral, diámetro de la cintura, diámetro de caderas, etc.
Evolución del IMC en un niño:
- Aumenta durante el primer año de vida.
- Disminuye hasta los 5 años, dado que en este periodo se produce el crecimiento máximo.
- Aumenta de nuevo a partir de los 6-8 años, periodo que se conoce con el nombre de "rebote adiposo".

La edad del rebote adiposo sirve como señal predictiva del riesgo de obesidad. Se trata de la edad en la cual la curva del IMC está a su nivel más bajo. Cuanto más rápido se alcance el rebote, más elevado es el riesgo de llegar a ser obeso. Esta es una de las razones por las que el seguimiento y el control de la corpulencia de cada niño son imprescindibles.

Consecuencias

La obesidad infantil conlleva la aparición inmediata de problemas tanto físicos como psicológicos/sociales. Sin embargo, y más allá de los problemas triviales que causa a corto

plazo, los mayores problemas se dan en la edad adulta, entre otros muchos el acortamiento de la edad de esperanza de vida así como una deficitaria calidad de vida.

Problemas físicos:

- Hipertensión (tensión arterial alta).
- Aumento de los niveles del colesterol y triglicéridos (dislipemia).
- Glucosa alta en sangre (diabetes)
- Problemas respiratorios al dormir (apneas de sueño). Esto puede causar fatiga diurna o somnolencia, atención deficiente y problemas en el trabajo.
- Problemas óseos y articulares (osteoartritis).
- Infartos cardíacos por cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva y accidente cerebrovascular en la edad adulta.

Problemas psicológicos:

- Baja autoestima.
- Bajos resultados en el colegio.
- Un cambio en la auto-imagen, particularmente durante la adolescencia.
- Introversión, a menudo seguida de rechazo social.
- Acoso escolar (bullying).

Tratamiento

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la agricultura y los alimentos (FAO) una alimentación rica en grasas y azúcares, porciones grandes de alimentos y bajo consumo de hortalizas, frutas y fibra en general; sumado al sedentarismo, es lo que da origen a esta epidemia mundial que no discrimina por sexo, edades ni nivel socioeconómico. Por lo que el tratamiento básicamente consiste en cambios de conducta en la alimentación y actividad física.

Sin embargo, es importante que el tratamiento de la obesidad infantil lo trate primeramente con un profesional de la salud que le adecue al niño una dieta equilibrada, de acuerdo a la edad del niño, sexo, estatura y no ponga en riesgo la salud del niño pero sobretodo su crecimiento y desarrollo.

- Las recomendaciones para niños mayores de 2 años son las mismas que para los adultos: no más de 30% de las calorías totales diarias proveniente de grasas. La alimentación del niño obeso debe incluir las necesidades nutricionales para el crecimiento. No se debe restringir ningún nutriente ya que esto comprometerá su salud, pero tampoco usar la comida como premio.
- En el tratamiento de la obesidad infantil los cambios deben de ir enfocados a evitar comidas con excesiva cantidad de grasas, azúcares y se debe evitar las calorías vacías (que no aportan ningún nutriente importante).
- Escoger alimentos frescos como frutas y vegetales, alimentos integrales, carnes y pescado bajos en grasa.
- Se debe hacer un cambio progresivo en relación a los hábitos alimentarios (orden y distribución de las comidas, tamaño de las porciones, etc.).
- Se deben hacer todos los tiempos de comida. Hasta 6 al día. Desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena. Por ninguna razón se debe eliminar las 3 comidas principales, desayuno, comida y cena.

- El tratamiento de la obesidad infantil debe ser una tarea que implique un trabajo conjunto con el profesional de salud y toda la familia, ya que el tratamiento se basa en la modificación de los estilos de vida, lo que implica la alteración de sus hábitos alimentarios y físicos.
- Se debe estimular el movimiento en las actividades cotidianas para ir alejándose del sedentarismo poco a poco, hasta que el niño lo transforme en hábito y lo pueda mantener en el tiempo. Para estimular la actividad física en el niño, debe buscar actividades atractivas e interesantes para él, adaptado a su edad: fútbol, ciclismo, natación.

Conclusión

Para evitar ésta epidemia deberemos fomentar desde la edad infantil los buenos hábitos alimentarios (ingerir abundante fruta y verdura así como limitar el consumo de grasas saturadas como la bollería industrial) y evitar el sedentarismo con la realización de ejercicio físico adecuado a cada edad.

(Ver Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)

OBAS

RESTAURANTE
Carta gastronómica tradicional
Menú del día (30 platos)
Menú especial fin de semana (grupos y celebraciones)

Irunlarrea, 6 | 31008 Pamplona | 948 272 731 | www.restauranteobas.com

¿Se puede prevenir la diabetes?

Susana Clemos Matamoros
F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela

La Diabetes es una enfermedad que afecta el modo en que el organismo utiliza la glucosa (un azúcar que constituye la principal fuente de combustible para el cuerpo).

El funcionamiento normal de un organismo sin diabetes es el siguiente:

1. Realizamos ingesta variada de comida.
2. La glucosa que contiene la comida que hemos ingerido pasa al torrente sanguíneo.
3. El páncreas segrega una hormona llamada Insulina.
4. La insulina se encarga de hacer que la glucosa que hemos ingerido pase al interior de las células para ser utilizadas a modo de energía.
5. Una vez la glucosa pasa al interior de las células el cuerpo obtiene energía.

Tipos de diabetes

El páncreas es una glándula situada en el abdomen que es clave para que la glucosa pase a las células. Una persona con Diabetes puede padecer dos cosas diferentes y tener uno u otro tipo de diabetes:

- El páncreas no produce insulina: Diabetes tipo 1.
- El páncreas sí que produce insulina pero ésta no funciona como debería: Diabetes tipo 2.

El resultado en ambos casos es el mismo: la glucosa no ingresa en el interior de la célula por lo que aumenta su concentración en la sangre produciendo efectos negativos sobre prácticamente todos los órganos del cuerpo.

La **Diabetes tipo 1** no se puede prevenir, el sistema inmune propio ataca al páncreas y destruye las células encargadas de producir la insulina. El tratamiento es la administración de insulina vía subcutánea de forma sustitutiva.

La **Diabetes tipo 2** sin embargo es diferente, existen ciertos hábitos de vida que pueden ayudarnos a evitar su aparición:

- Perder peso: mantener un peso saludable. La obesidad es uno de los factores de riesgo para contraer diabetes
- Consumir alimentos saludables: alimentos con bajo contenido en grasas pero alto contenido en nutrientes (cereales, panes integrales, frutas, verduras..)
- Camina todos los días: mantener un mínimo de actividad física diaria favorece a la mejor distribución de la glucosa en sangre
- No a la comida rápida: Ingerir gran cantidad de comidas rápidas, abundantes en calorías, y bebidas con alto contenido de azúcar, como zumos, refrescos o té helado también contribuye al aumento de peso.
- Limita el consumo de carnes rojas al menos a una vez por semana.
- Respeta tus horas de descanso. El estrés crónico puede disparar los niveles de azúcar en sangre
- Hazte exámenes rutinarios de sangre: muchos síntomas de la diabetes están en silencio y la única forma de detectar que nuestro azúcar sanguíneo esta elevado es mediante un análisis de sangre.

La diabetes es una enfermedad que no tiene cura, pero con un diagnóstico precoz, un cambio adecuado en el estilo de vida, el cuidado apropiado, un tratamiento nutricional y la administración de medicamentos, la diabetes se puede revertir.

Como resultado tendrá una vida productiva, casi sin signos y síntomas de la diabetes.

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA
Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web
www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico

Enfermedades de transmisión sexual: Condiloma acuminado

Figura 1. *Diferentes localizaciones del condiloma acuminado*

Dra. C. Rocío Sierra Labarta y Dr. Jorge Aranda Lozano
Especialistas en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela

El condiloma acuminado es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes, siendo causada por el virus papiloma humano (cepas 6 y 11). Afecta a un 1-2% de la población y su transmisión es fundamentalmente por contacto sexual.

Su aspecto es de un crecimiento blando y carnoso en forma de papilas y es generalmente considerado como una enfermedad benigna. Puede presentarse como una lesión única pediculada o como una agrupación de lesiones de base amplia.

¿Dónde se pueden localizar?

Su localización más frecuente es en áreas húmedas del cuerpo como las superficies mucocutáneas de la zona perianal y genital. El condiloma acuminado se puede desarrollar en vagina, pene, uretra, ano, recto y también en la mucosa bucal entre otras. (Ver Figura 1)

¿Cómo se diagnostica?

Las lesiones excrecentes de las áreas mucocutáneas son identificadas por los pacientes y fácilmente reconocibles con una correcta exploración.

En el caso de la enfermedad subclínica donde no se han desarrollado las lesiones, como en aquellos hombres que han mantenido relaciones con otras personas afectas de condilomas (que pueden ser desconocedoras de tal hecho, como en el caso de mujeres que han desarrollado condilomas en el cuello del útero, y por tanto no visibles, secundariamente a una infección contraída en una relación sexual previa), el condiloma puede detectarse aplicando ácido acético al 5% sobre el pene visualizando después el mismo con una lente de aumento, en el que observaremos que aparecen unas lesiones planas blancas. Como éstas no siempre se deben a la infección del virus papiloma humano, es preciso realizar una biopsia de confirmación.

¿Cómo se trata?

El tratamiento fundamental es la eliminación de las verrugas visibles, aunque ello no elimina la infección por el virus papiloma humano. Ninguno de los tratamientos se ha demostrado que sea superior a otro así como ninguno es el ideal para todos los pacientes o para todos los condilomas.

Los pilares del tratamiento consisten en:

- Tratamiento tópico mediante la aplicación de gel de podofilino 0,5%, de resina de podifilino, de crema de imiquimod 5%, de crioterapia con nitrógeno líquido, o de ácido bicloroacético o tricloroacético al 80-90%. Se utiliza sobre todo en lesiones pequeñas.
- La resección quirúrgica con bisturí, curetaje o electrocirugía y láser, para lesiones más extensas. También se contempla la realización de la circuncisión para retirar lesiones localizadas en el prepucio.
- La aplicación de interferón intralesional, reservado para casos extensos y persistentes.

¿Hay relación entre el condiloma acuminado y el cáncer?

Ya que el condiloma es causado por el virus papiloma humano, la infección por este virus (especialmente las cepas 16 y 18) sí que puede ser generadora de cáncer.

Los condilomas además se han asociado con el carcinoma escamoso de pene, describiéndose algún caso de transformación maligna del condiloma a ese tipo de tumor de pene.

Además, la degeneración maligna de las lesiones, es independiente de la localización de las mismas.

La transmisión del virus papiloma humano a las mujeres en el acto sexual, es el agente etiológico principal de la displasia cervical y del cáncer del cuello de útero.

¿Cómo evito contagiarme?

Como cualquier otra infección transmitida por contacto sexual, la mejor manera de protegerse y proteger a los demás en el caso de que ya estemos infectados, es el uso de preservativo en las relaciones sexuales.

TANATORIO LA FUENTE

Pol. Talluntxe Calle A Nave 2. Noáin
(a la entrada de Noáin junto al "Restaurante 99")
T 948 31 27 65
www.funerariasanpedronavarra.com

- Trato **cercano y profesional**
- Amplio **aparcamiento gratuito**
- Fácil acceso con **transporte urbano y particular**
- **Precio competitivo** y excelentes condiciones de financiación
- Trabajamos con **todas las compañías aseguradoras**

Equipo de atención hospitalaria y domiciliaria

Begoña Barbarin y Trini Rived
Equipo de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria. CREENA

El Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA) es un organismo dependiente del Departamento de Educación. Se constituye, por Decreto Foral en 1993, como estructura especializada de apoyo al sistema educativo, que organiza y coordina todo lo relativo a las necesidades educativas específicas, para contribuir a la mejor integración escolar del alumnado en el sistema educativo.

El equipo de Atención Hospitalaria y Domiciliaria, es uno de los equipos que forman parte de este recurso y que trata de cubrir las necesidades del alumnado que por motivos de salud mental o física tienen que permanecer ingresados y no pueden acudir a sus centros educativos.
La atención hospitalaria se realiza en espacios físicos diferenciados, para el alumnado con enfermedades físicas se lleva a cabo en el aula de la 4º planta de pediatría del complejo hospitalario Virgen del Camino. La actuación del profesorado en salud mental se lleva a cabo en dos espacios diferentes: El Hospital de Día (HDIJ) Infanto-Juvenil Natividad Zubieta en el barrio de la Chantrea y en la Unidad Hospitalización Psiquiátrica Infanto-juvenil (UHPIJ), ubicada en el recinto hospitalario, ambos pertenecientes a la red de Salud Mental.
En este pequeño artículo, vamos a dar una visión general del trabajo que se realiza en las aulas.

Unidad educativa hospitalaria virgen del camino

En esta unidad Educativa, el horario es de mañana y tarde los lunes, martes y jueves; y en jornada de mañana los miércoles y viernes.
La intervención viene priorizada por la atención directa a los alumnos y alumnas ingresados. Abarca a todos los niños/as desde la Etapa Infantil hasta el primer ciclo de la Etapa Secundaria inclusive.
La atención para los alumnos/as de 2º ciclo de la Etapa Secundaria y Bachiller, se basa fundamentalmente en labores de coordinación con el centro y de colaboración con el Programa de Domiciliaria si se considera que ésta es la respuesta educativa idónea en esta situación. Son dos profesoras las que desempeñan esta función, la atención se realiza en el aula para el alumnado que tiene posibilidad de desplazamiento, de lo contrario se realiza en la habitación.

A la labor educativa diaria, se añaden otro tipo de tareas que la enriquecen:

- Utilizamos el blog escolar como periódico digital y canal de expresión y comunicación.
- Impulsamos las TIC como herramienta de comunicación, información y entretenimiento.
- Exploramos nuevas posibilidades de intervención y coordinación de los programas de hospitalaria, fomentando la flexibilidad de sus intervenciones según las necesidades del alumnado hospitalizado.
- Potenciamos las coordinaciones en todos los ámbitos: hospitalario, educativo y entidades o asociaciones.
- Nos mantenemos en continua formación.
- Colaboramos y coordinamos con el programa de Atención Domiciliaria
- Utilizamos herramientas educativa como el Aula Planeta de la fundación Antena 3 para la que se nos da la formación necesaria.
- Participamos en la formación interna en nuevas tecnologías ofrecida desde el CREENA
- Coordinación con la administración del CREENA en todos los asuntos referidos a la gestión económica.
- Nos adaptamos a toda la diversidad de necesidades, priorizando como objetivo la inclusión educativa.
- La flexibilidad caracteriza a los dos programas, hospitalaria y domiciliaria, optimizando la respuesta educativa en aquellos alumnos y alumnas que requieran la intervención conjunta.

El **procedimiento de intervención** se desarrolla de la siguiente manera. Cada día se recoge el listado de las hospitalizaciones y se realiza la visita para presentar el Servicio a los nuevos niños y niñas ingresados y a sus familias.
La relación con estas es muy frecuente y especial, dada su singularidad.
Es como una "escuela unitaria" con características diferenciales cada día, que exigen adaptarse a los diferentes estados físicos, emocionales, curriculares y sociales.
A partir de las cinco de la tarde, una vez finalizada la actividad académica, tienen la posibilidad de realizar otro tipo de actividades: los lunes, miércoles y viernes y, sábados alternos por las mañanas, acuden al aula voluntarios de la Cruz Roja y los jueves, cada dos semanas,

la Asociación " Amigos del Kamishibai" ofrece una sesión de cuentacuentos.
El aula tiene su sede en la cuarta planta del edificio Materno Infantil del Complejo Hospitalario de Navarra y la dirección de correo electrónico es:
creenhos@educacion.navarra.es

Unidad educativa infanto juvenil de Hospital de día Natividad Zubieta y Unidad psiquiátrica Virgen del Camino

La misión u objetivo general del HD Infanto-Juvenil es la hospitalización parcial especializada para prestar una atención integral, de calidad, coordinada con los diferentes niveles asistenciales y comunitarios, a la población infanto-juvenil que presente trastornos mentales graves. El servicio está formado por un equipo multidisciplinar que busca un abordaje bio-psico-social del paciente con el propósito de mejorar el trastorno mental que padece y con ello, la calidad de vida de las personas ingresadas y sus familiares. El horario de atención al usuario es de 9 a 14.30.
Este servicio se lleva a cabo con la colaboración y en coordinación con las instituciones educativas, sociales, sanitarias y judiciales; dentro de un marco comunitario que permita la integración social del paciente/alumno en su entorno.
La UHP Infanto-Juvenil se establece como recurso de hospitalización completa (24 horas) destinado a la atención en crisis, cuyo programa está indicado en aquellas personas para las que el tratamiento ambulatorio es insuficiente para el control del su sintomatología, por lo que necesitan mayor número de cuidados y supervisión.

La **intervención educativa** con los alumnos/as en las unidades de salud mental es muy amplia, requiere de actuaciones como:

- Realización de actividades educativas que favorecen la recuperación de funciones cognitivas como la atención y concentración. Al mismo tiempo tienen carácter predictivo de la mejoría del paciente.
- Realización actividades educativas que favorecen la adaptación al centro escolar, mitigando los niveles de ansiedad y reduciendo las conductas de evitación que realizan estos pacientes. Por tanto, se busca promover hábitos de estudio, fomentar la interacción social con iguales, equiparar el nivel respecto al resto del grupo, etc.
- Seguimiento del currículo con la necesaria coordinación con el orientador y el equipo docente del centro de referencia, favoreciendo la existencia de un proyecto de vida que en algunos casos es el único enganche con la normalidad.
- Preparación de materiales adaptados a cada niño/a y adolescente.
- Coordinación y colaboración con las familias: planificación horarios y tareas, información itinerarios educativos, ofertas educativas.
- Coordinación con el centro escolar. Contacto estrecho con Orientador Escolar y Tutor (vía teléfono y vía mail). Desplazamiento a los centros escolares para reuniones de coordinación.
- Coordinación con el resto de profesionales del HD Infanto-Juvenil y UHP Infanto-Juvenil. Participación del trabajo en equipo y de los planes de tratamiento individuales (PTI) de cada paciente. Planificación del área académica de dichos PTI.

Los **aspectos educativos-académicos** son imprescindibles para su recuperación emocional y la reincorporación a su vida cotidiana (social, escolar y familiar). Las actividades desarrolladas en el aula educativa en HDIJ y UHP-IJ forman parte del plan terapéutico de las personas ingresadas y son fundamentales y necesarias para la adecuada evolución del trastorno mental que padecen.

Magnesio… ¿Un mineral milagroso? Implicaciones anestésicas

Dra. Marta Aguado Sevilla. *Residente Anestesiologia y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra*
Dr. Rubén Goñi Robledo. *FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra*

El magnesio es el segundo catión intracelular más abundante en el organismo después del potasio y el cuarto si tenemos en cuenta el medio intra y extracelular. A pesar de su gran importancia no se ha tenido en cuenta y por ello hay mayor incidencia de trastornos asociados a su déficit. El proceso que más evidenciamos es la hipomagnesemia, sobre todo en las unidades de reanimación y cuidados críticos.

Además de ser un catión presente en el organismo, tiene abundantes aplicaciones terapéuticas como en los episodios de eclampsia o como antiarrítmico y por supuesto en el campo de la anestesiología y reanimación.

¿Dónde se encuentra y cuál es su función?

Nuestro organismo posee entre 21-28 g de magnesio. De este total un 53% se encuentra en el hueso, un 27% en el músculo, y el 19% restante en grasa y tejidos blandos, 0.5% en los eritrocitos y tan solo el 0.3% sérico. Por esto el magnesio sérico es mal predictor de los depósitos corporales, así que debemos llevar cuidado con la interpretación de los resultados analíticos, que a pesar de que se encuentre en rango normal, puede existir un déficit del mismo. Si se diese el caso en el que el paciente presente clínica por ejemplo de hipomagnesemia y niveles séricos normales, deberemos tratarle como si existiese déficit y reponerlo, de esta manera podremos reducir su mortalidad. Una manera de conocer el magnesio real sería medir su forma ionizada (forma activa en plasma), aunque es poco efectiva, no se realiza en todos los centros ni tampoco ha demostrado clara superioridad respecto al sérico.

Su concentración sérica oscilaría entre 1.5-1.9 mEq/L. Este llega al organismo por absorción intestinal que se produce en yeyuno e ileon. El 30-50% del magnesio proviene de la dieta que se absorbe en condiciones dietéticas normales, aunque los factores que controlan su absorción no están todavía claros.

Su principal lugar de homeostasis sería el riñón, aproximadamente 2.4 g de magnesio son filtrados cada día y 120 mg son excretados por orina.

El magnesio tiene dos principales acciones:

- Antagonista de los canales de calcio: así se encarga del mantenimiento del tono vascular (miocardio, cerebro y pulmón).
- Antagonista de los receptores NMDA: antagoniza los receptores del glutamato (principal neurotransmisor excitatorio cerebral) y disminuye el calcio intracelular.

¿Qué puede ocurrir si existe déficit de Magnesio?

En pacientes críticos se ha visto un déficit alrededor del 20-60% de manera que supone un aumento de la mortalidad de 2-3 a veces sumado a la prolongación de la estancia hospitalaria.

Causas más frecuentes:

- Gastrointestinales: pérdidas por vómitos, diarreas, aspiración de sondas nasogástricas, fístulas gastrointestinales, pancreatitis agudas…
- Pérdidas renales.
- Pacientes diabéticos: hasta un 25-40% en estos pacientes en relación inversa con el grado de glucemia, debido sobre todo a las alteraciones renales que sufren estos pacientes.

En las pruebas de laboratorio es frecuente que encontremos asociada una hipopotasemia, porque cuando existe hipomagnesemia existe una pérdida también de potasio en la célula. El riñón no es capaz de conservar el potasio y no consigue corregir el trastorno hasta que no suple los niveles de magnesio. Así el déficit de magnesio es una causa reconocida también de hipocalcemia. En estos pacientes la PTH también está disminuida y con una inyección de magnesio estimularíamos su producción.

¿Qué importancia clínica tiene por tanto el magnesio?

1. Preeclampsia: existe una clara disminución de la mortalidad. Aunque se ha visto que los niveles séricos en las mujeres son normales, sí que se ha objetivado un descenso de los niveles de magnesio en los hematíes. Este déficit podría desencadenar diversas manifestaciones neurológicas (tetania o hi-

perexcitabilidad neuromuscular, vértigo, nistagmo, ataxia, alteraciones psiquiátricas) Todo esto es debido a que el magnesio estabiliza la membrana axonal y ha llevado a estudiarlo como neuroprotector en la isquemia aguda cerebral. Algunos estudios en animales han demostrado una reducción del volumen de la zona isquémica de un 25% hasta un 60% en aquellos que se les administraba magnesio en las primeras 6 horas. Aunque estudios realizados en humanos aún no han logrado demostrar suficiente evidencia para aplicarlo de manera rutinaria.

2. **Propiedades analgésicas**: estaría en relación con la regulación del calcio intracelular y antagonismo de los receptores NMDA. Se está investigando si podría suprimir el dolor neuropático o incrementar la duración de la analgesia.

3. **Reducción de la respuesta catecolaminérgica en la intubación orotraqueal**: entraría también en línea de investigación.

4. **Arritmias**: en el ecg se pueden observar alteraciones en la velocidad, conducción y automatismo cardíaco (prolongan el PR y QT), taquicardias supraventriculares y ventriculares, por ello el magnesio es el tratamiento recomendado en las torsades de pointes. Se está investigando su relación con las arritmias que aparecen tras intervenciones de cirugía cardíaca.

5. **Efectos broncodilatadores**: actualmente existe poca evidencia acerca de la dosis a administrar en pacientes que sufren broncoespasmo agudo moderado-severo.

6. **Efectos en la hemostasia primaria y secundaria**: en la primaria actúa como mensajero cuando se activa la fosfolipasa C y en la secundaria es clave en la vía extrínseca e intrínseca para la activación de los factores de coagulación. Visto todo esto, el magnesio se podría utilizar en situaciones de hipercoagulabilidad, por ejemplo en el período perioperatorio, ya que podría disminuir los eventos trombóticos; aunque se necesitan más estudios para obtener conclusiones.

También se está investigando en la reducción de pérdidas hemáticas intraoperatorias, de manera que el magnesio produciría una disminución de las pérdidas sanguíneas con mejoría de las condiciones quirúrgicas.

¿Cómo podemos tratar esta hipomagnesemia?

Un déficit moderado-severo se debe reponer por vía parenteral, además una recuperación

de los niveles séricos normales no nos indican que los depósitos corporales estén corregidos, por lo que debemos prolongar el tratamiento 3 días a 1 semana.

Solo la preeclampsia y la torsade de pointes tienen claras indicaciones.

Conclusiones

Ya hemos visto la implicación del magnesio a diferentes niveles, sobre todo en pacientes de unidades de cuidados críticos, por lo que debemos tener en cuenta que la incidencia de hipomagnesemia es elevada y deberíamos monitorizar sus niveles séricos de manera periódica. Asimismo concienciarnos de la gran repercusión clínica que puede conllevar su déficit y los escasos efectos adversos derivados de su administración, no debemos olvidar tampoco los frentes de investigación abiertos en la actualidad ante este olvidado catión.

Salud visual, terapia visual y deporte

Mª José Aznárez Anaut y Begoña Pérez Armendáriz
Ópticos – optometristas en Óptica Egüés. Burlada

Egüés óptica Centro Auditivo

Mayor, 31 | 31600 Burlada | 948 127 805
info@opticaeques.es | opticaegues.es

Educa tu visión en Óptica Egüés

Existe una estrecha relación entre la visión, el aprendizaje y el rendimiento escolar, laboral y deportivo. Visión no es sinónimo de vista. La visión es más que tener una vista del 100%. Muchas veces los problemas visuales pasan desapercibidos. Además "los ojos no duelen". La visión implica captar la información visual a través de los ojos, procesarla y obtener en el cerebro el significado de ésta. Más del 80% de la información que recibe nuestro cerebro lo hace a través de la ruta visual.

Optometría y terapia visual

En ÓPTICA EGÜÉS realizamos un examen visual completo en el que se examinan habilidades visuales como los movimientos oculares, la acomodación, la agudeza visual de lejos y de cerca, la coordinación de los dos ojos, la coordinación ojo-mano...además de la graduación o error refractivo (miopía, hipermetropía, astigmatismo) de la persona. Muchos de los signos, síntomas y comportamientos asociados a dificultades escolares o de rendimiento laboral o deportivo son muy similares a los causados por problemas de visión. Cuando hay habilidades visuales afectando en el desarrollo académico y en la calidad de vida uno de los tratamientos que ofrecemos es la terapia visual. Consiste en un programa individualizado para mejorar la función visual. Se puede "aprender a ver" y potenciar el sistema visual, por lo tanto podemos mejorar tanto la lecto-escritura, la atención y fatiga visual como el rendimiento deportivo.

Visión deportiva

La visión deportiva es una disciplina que se ocupa de las implicaciones entre el sistema visual y la práctica deportiva. Los objetivos de la visión deportiva son maximizar el rendimiento visual deportivo y minimizar el riesgo visual deportivo mediante técnicas que ayudan a mejorar en el deporte y lograr los objetivos. Realizamos exámenes visuales deportivos usando protocolos específicos según el deporte que se practique y entrenamiento visual específico o terapia visual deportiva orientada a mejorar el rendimiento visual deportivo. En la imagen se puede observar a un deportista realizando ejercicios de terapia visual deportiva.

Gafas para practicar deporte

Disponemos de gafas diseñadas específicamente para el uso de cada deporte. Existen gafas indicadas como protección deportiva en niños y adultos para baloncesto, fútbol, balonmano, deportes de raqueta...en los que se protege el rostro y los ojos garantizando seguridad, confort y buena visión. Para el atletismo, ciclismo, golf, caza y tiro disponemos de filtros de protección solar y aumento del contraste. Además, disponemos de gafas de natación y máscaras de buceo. Para todos los deportes existe la posibilidad de colocar lentes con graduación (miopía, hipermetropía y astigmatismo).

Lentes de contacto, ideales para el deporte

Adaptamos todo tipo de lentes de contacto (lentes blandas, multifocales, dura o semirrígida, esclerales...) para niños y adultos con miopía, hipermetropía, astigmatismo, queratocono y post-cirugía que busquen comodidad para practicar deporte.
Además, en ÓPTICA EGÜÉS realizamos la novedosa adaptación de lentes de contacto **orto-k**. Es un procedimiento clínico realizado por los ópticos- optometristas basado en la adaptación de unas lentes de contacto de diseño especial que producen un moldeo en la córnea mientras se duerme, y permite una visión nítida durante el día sin necesidad de llevar las habituales gafas o lentillas. Es un tratamiento no invasivo, rápido y reversible. Está indicado para personas con: miopía y astigmatismo; niños y adolescentes con miopía en ascenso; personas con actividades o deportes incompatibles con el uso de gafas o lentes de contacto convencionales; personas que por motivos profesionales se les exige una buena agudeza visual sin corrección óptica.

¡Pregunta por nuestros servicios!

Comercial
Médica y de Laboratorio

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

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

Este otoño, como prioridad:

Renovar el baño

(En octubre y noviembre financiación hasta 12 meses sin intereses)

OL

OCHOA·LACAR

ALGECOSA

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

ALMACENES, ADMINISTRACIÓN Y TIENDA
Pol. Agustinos, C/ B/F • CP 31013 Pamplona
T. 948 303 032 • F. 948 302 430

EXPOSICIÓN DE BAÑOS
Ctra. Zaragoza Km. 98 • 31512 Fontellas - Navarra
T. 948 848 131 • F. 948 823 512

ALMACENES Y ADMINISTRACIÓN
Ctra. Zaragoza Km. 98 • 31512 Fontellas - Navarra
T. 948 823 300 • F. 948 823 512