medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

www.zonahospitalaria.com añoXI enerofebrero2017 nº63

Invierno y tercera edad

SUMARIO

3 Recupera calidad de vida 4 Anestesia geriátrica 6 La Baja Visión 7 Las varices aumentan con la edad 8 Conozcamos nuestro cuerpo: Peritonitis / Apendicitis 9 Nunca es tarde para un tratamiento de implantología 10 Recomendaciones para una transfusión segura 11 Las caídas en las personas mayores 12 Síndrome del piramidal o piriforme 13 Esclerosis con espuma: la edad no es un problema... 14 ¿Qué debo saber antes de una gastroscopia? 16 El Centro Médicis, celebra su décimo aniversario 17 Oxien, el primer centro de Medicina Hiperbárica en Navarra 18 Las alergias e intolerancias a los alimentos... 20 Qué comer para reforzar las defensas... 21 ¿Qué nos hace diferentes? 22 Estimulación cognitiva con cartas 24 La importancia del Testamento Vital en Navarra 25 ¿Qué especialidad médica se hará cargo del varón que envejece? 26 Consideraciones sobre el uso de los audífonos 28 Gastritis

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.

© 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.*

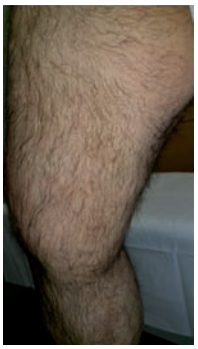
DOCTOR
GONZALO VILLA
TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

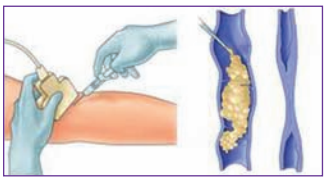
| SIN ANESTESIA | SIN BAJA LABORAL | SIN HERIDAS NI CICATRICES |
| VIDA TOTALMENTE NORMAL AL FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO |

Pretratamiento con microespuma y catéter CLARIVEIN



Tras el tratamiento

Catéter Clarivein®

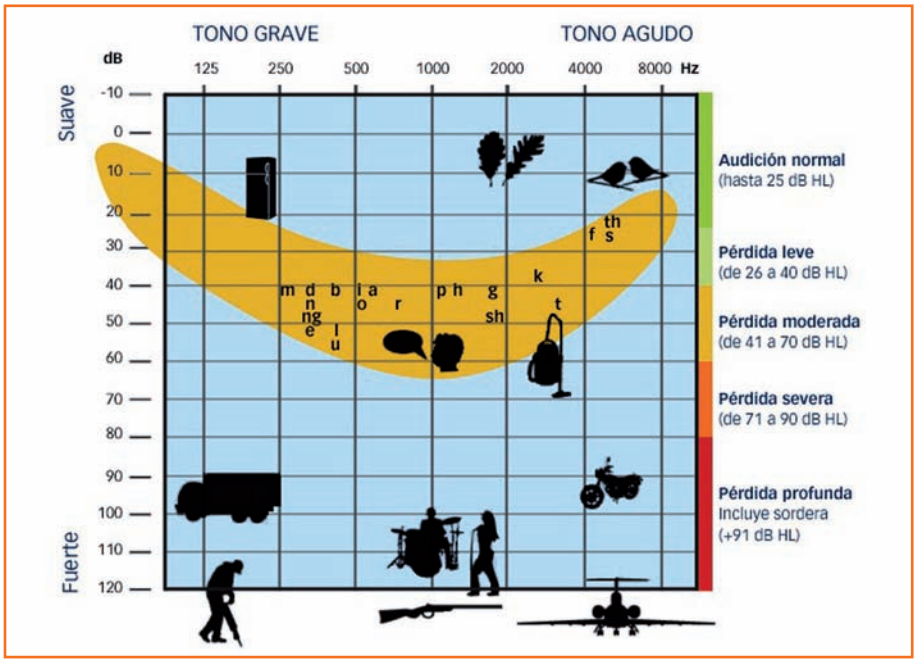


TRATAMIENTO CON MICROESPUMA: 1, 2 y 3

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

Recupera calidad de vida



Los ruidos que se consideran dañinos son a partir de 85 decibelios, por ejemplo el ruido del tráfico, o el motor del cortacésped que llega a 90 decibelios, los reproductores de música que pueden alcanzar más de 100 decibelios y un concierto 110-120.

Más de 3 millones de personas en España sufren disminución del sentido auditivo: casos no detectados desde la infancia, otros debido al desgaste natural y un porcentaje muy alto debido al uso constante de teléfonos móviles y auriculares.
La pérdida de audición puede ser el resultado de un daño en cualquiera de las partes del oído: externo, medio e interno.

Las primeras señales de pérdida de audición son las siguientes

- Dificultad para entender lo que las personas hablan.
- Tener que ajustar constantemente el volumen de la televisión.
- Cuando alguien habla, pedirle constantemente que repita lo que ha dicho.
- Le resulta incómodo escuchar sonidos agudos (el sonido del canto de un pájaro).

Algunos problemas que pueden surgir como consecuencia de la pérdida auditiva

Las personas afectadas pueden sentir desconfianza, miedo, ira, vergüenza o ansiedad, debido a la repercusión que la pérdida auditiva tiene en sus vidas.
Sentirse aisladas de sus familiares y amigos, quedarse fuera del entorno...
Hay conductas que parecen de "confusión" debido a la senilidad, pero en realidad están ocasionadas por la pérdida de audición.

Las ventajas que aporta el uso de audífonos

- Estas pequeñas obras maestras tecnológicas nos ayudan a superar las barreras de comunicación: escuchar y entender, para disfrutar de los sonidos.
- La audición mejorará, podrá oír y entender el habla con más facilidad.
- Se sentirá más cómodo en situaciones sociales, no será tan evidente para otras personas.
- Tenderá a sentir menos frustración o miedo de no oír lo que se dice.
- No se esforzará tanto para escuchar a otras personas.
- Entenderá mejor las conversaciones telefónicas.
- Será capaz de escuchar y entender las conversaciones cuando haya ruido de fondo.
- Su propia voz sonará más natural.
- Puede tener mejores oportunidades laborales tanto si está empleado como si está buscando empleo.
- Será capaz de apreciar mejor la música.
- Al final del día, el usuario de audífonos se siente menos cansado y más relajado.

¿Por qué algunas personas que necesitan audífonos se niegan a comprarlos?

- No son conscientes del grado de su pérdida auditiva ya que se produce gradualmente.
- Sentimiento de que los audífonos conllevan el estigma de la «vejez».
- Piensan que los audífonos no les servirán de ayuda.
- Creen que los audífonos son demasiado caros.

Los audífonos no son sólo una inversión económica, sino también una inversión en salud y sobretodo en calidad de vida.

Está en sus manos emprender el camino hacia una mejor audición y nosotros podemos ayudarle.

Visión Natural Ópticos C/ Ermitagaña 25, 948 272 712

Anestesia geriátrica

Marta Aguado Sevilla. *MIR Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra*
Rubén Goñi Robledo. *FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra*

La anestesia geriátrica se conoce como la administración de cuidados anestésicos en pacientes mayores de 65 años. La población geriátrica en España supera los 8,5 millones de personas, suponiendo un 18.4% del total de la población española, según los últimos datos del INE.

Los pacientes geriátricos consumen el 70.6% del presupuesto sanitario de España, en comparación por ejemplo de EEUU que supone el 50%. Se espera que esta población se duplique hacia el año 2050.

¿Qué diferencias encontramos en esta población?

Se trata de una población donde la mayoría de los sistemas orgánicos permanecen poco alterados durante el periodo de envejecimiento, pero si aparece una disminución de la reserva funcional y de la capacidad para compensar el estrés fisiológico. Donde erradica la dificultad es en la capacidad para predecir los cambios que pudiesen aparecer en cada individuo, dada la diversidad que engloba esta población.

Los principales cambios que podríamos observar por aparatos serían los siguientes:

- **Sistema cardiovascular**: se produce un engrosamiento de las paredes arteriales que se manifiesta en la rigidez de las grandes arterias, reduciendo por tanto su elasticidad y aumentando la poscarga cardíaca, traducido a una hipertrofia ventricular que nos aumentaría las demandas de oxígeno conllevando a un mayor riesgo de isquemia.

La aurícula también puede llegar a dilatarse secundaria a un proceso conocido como remodelado ventricular siendo más propenso a desarrollar fibrilación auricular. Además de esto la infiltración grasa y fibrosis del miocardio podría manifestarse en anomalías de la conducción y una reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca. A todo esto se le podría sumar ls regulación a la baja de los receptores adrenérgicos B de manera que el corazón ve disminuida su capacidad para lograr un gasto cardíaco máximo en respuesta al estrés.

- **Sistema pulmonar:** existe un aumento de la rigidez torácica que se traduce en un aumento del trabajo respiratorio y disminuye la ventilación por minuto máxima. se encuentra disminuido el reflejo tusígeno, el aclaramiento ciliar, así como la mecánica de la deglución, aumenta de esta manera el riesgo de broncoaspiración y de neumonía postoperatoria.
- **Sistema nervioso central:** se produce atrofia cerebral global y disminución de las conexiones neuronales con disminución de la síntesis de neurotransmisores y aumento de la fibrosis de las neuronas simpáticas periféricas y alteración de los reflejos cardiovasculares. Aparece también una disminución de la inervación de la musculatura esquelética que provoca disminución de la fuerza y del control motor fino. Sin olvidar que aumenta también la sensibilidad a todos los fármacos anestésicos utilizados.
- **Sistema renal:** disminuye el filtrado glomerular debido a la reducción del flujo sanguíneo renal y la masa renal, con todo esto se altera la homeostasis del sodio y la capacidad para responder a las cargas de los ácidos. Pero ante un estrés quirúrgico, éste no es capaz de adaptarse a los cambios de volumen pudiendo provocar inestabilidad hemodinámica, por ello debemos tener en cuenta la administración de líquidos intraoperatorios en la población más anciana.

La anestesia en el sistema renal puede desentrañar desequilibrios hidroelectrolíticos intraoperatorios y un aumento del riesgo de insuficiencia renal aguda. Además de todo esto los fármacos utilizados intraoperatoriamente y sus metabolitos dependen del aclaramiento renal por lo que presentan una semivida de eliminación más prolongada, es decir una duración de acción más larga, como es el ejemplo de la morfina y sus metabolitos.

- **Función hepática:** con la edad se disminuye la masa hepática, el flujo de sangre hepático y la reserva de la misma. Todo ello conlleva a una disminución de la síntesis de proteínas, incluida en este caso la albúmina, por tanto aumentarían los niveles séricos de los fármacos que se fijan a las proteínas.

Además de estos cambios fisiológicos, ¿qué debemos tener en cuenta en la anestesia?

- **El agua corporal:** se encuentra disminuida en un 20-30% lo que nos provoca una disminución del volumen sanguíneo total. Desencadena un volumen de distribución menor y una concentración plasmática de fármacos hidrosolubles mayor a la esperada.
- **Masa muscular:** disminuye con el tiempo, sobre todo si a ello le sumamos periodos de inactividad. Nos conlleva una disminución del consumo de oxígeno máximo, en reposo a una disminución del gasto cardíaco y de la producción de calor local, predisponiendo a la hipotermia.

A pesar de ello no son una población más sensible a los relajantes musculares.

- **Disminución de la tasa metabólica basal** que nos conduce a un aumento global del porcentaje de grasa corporal. En anestesia nos influye porque los fármacos liposolubles pueden presentar un alargamiento del tiempo de eliminación y prolongar la duración de su efecto.

¿Todos los pacientes ancianos necesitan pruebas preoperatorias exhaustivas?

Se deben ajustar al nivel de riesgo de la cirugía planificada, la patología subyacente y el grado funcional del paciente. Recomendamos realizar un electrocardiograma, radiografía de tórax y las pruebas de laboratorio adecuadas según el historial médico del paciente, las fármacos que está tomando y la intervención quirúrgica a la que se le va a someter.

¿Existen diferencias en la evolución de un paciente anciano al que se le realiza anestesia regional en vez de general?

Los resultados hasta ahora publicados parecen ser dispares y dependen mucho del criterio de evaluación medido y de la cirugía. Por ejemplo en el tratamiento de la fractura de cadera, se ha visto que es menor la incidencia de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar y mortalidad al mes con anestesia regional.

¿Cuáles son las complicaciones postoperatorias más habituales en los pacientes ancianos?

Alta probabilidad de que se produzcan reacciones farmacológicas adversas, se triplica el riesgo en comparación con la población joven.

También disfunción cognitiva postoperatoria y el delirio son muy frecuentes entre los ancianos.

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

La Baja Visión

Beatriz Irigaray
Optometrista corportamental en Óptica Navarra

Se considera que una persona tiene baja visión cuando tiene una limitación visual que le dificulta o impide realizar una o varias tareas de la vida cotidiana. La Baja Visión, no es una enfermedad, sino que es la denominación genérica empleada para referirse a la limitación visual. Principalmente está causada por distintas patologías, habitualmente asociadas a la edad, como pueden ser las Cataratas, Degeneración Macular, Retinopatía Diabética, Retinosis Pigmentaria, o Glaucoma.

La Baja Visión se trata de un estado crónico. Las personas que padecen Baja Visión, tienen dificultades para desenvolverse en su vida cotidiana, ya no pueden hacer ciertas tareas, como leer, coser, ver la television, pintar, ver su coleccion de sellos, coger un autobus, etc.

Rehabilitación y ayudas visuales

Normalmente tienen el contraste muy reducido, y suelen tener problemas para ver las aceras, escaleras, etc, y por tanto se caen con mucha frecuencia y acaban por no querer salir a la calle ya que se sienten impedidos y muy inseguros.

Lo que vamos a hacer mediante rehabilitación y ayudas visuales, es ayudarle a aprovechar su resto visual para que pueda llevar una vida normal. Los ópticos-optometristas empezaremos ha trabajar, cuando la patología que ha causado la Baja Visión está bajo control de su oftalmólogo, y además no es posible una cirugía que mejore su visión.

Consideramos que una persona tiene Baja Visión, cuando su mejor visión con gafas convencionales o lentes de contacto, esta entre un 30% y un 12,5% además de tener su campo visual limitado.

Realizaremos un completo examen de Baja Visión, en el cual se medirán las capacidades visuales que posee y buscamos las zonas de la retina donde conserva su resto visual para poder aprovecharlo.

También es importante que traiga el informe oftalmológico para ver cual es el estado de su patología y ver que esta todo controlado.

Una vez que ya hemos realizado todo el examen, empezaremos a probar las ayudas.

En el caso de la Baja Visión, para cada tarea necesitaremos una ayuda distinta, así que el paciente será quien nos diga qué tareas le gustaría poder volver a hacer.

Hoy en día hay infinidad de ayudas para la Baja Visión, incluso ayudas digitales muy avanzadas.

Prevenir para evitar llegar a la Baja Visión

Desde Óptica Navarra, hacemos hincapié en la prevención para evitar llegar a la Baja Visión. Es muy importante acudir cuanto antes a un oftalmólogo si se observa alguna anomalía visual, como manchas negras que aparecen de forma repentina, ver las líneas torcidas u onduladas, visión como sí mirásemos por un tubo, etc.

Los casos de Baja Visión están aumentando mucho, debido a ciertas patologías. Es muy importante utilizar filtros especiales en caso de tener una patología en la retina, ya que hacen que la enfermedad avance más despacio, además de que mejoran mucho la calidad visual de la persona.

Las varices aumentan con la edad

Pre y post de un tratamiento con Clarivein®

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

Las varices constituyen una dilatación permanente de las venas superficiales de las piernas. Aunque a primera vista podría parecer que se trata de un problema fundamentalmente estético, en realidad la insuficiencia venosa es un verdadero problema de salud.

Por una parte, es tan frecuente que puede llegar a afectar a una de cada tres personas; y por otra, las varices no están exentas de síntomas (dolor, cansancio, pesadez, etc.), y de posibles complicaciones (tromboflebitis, hemorragia, etc.). Son tres veces más frecuentes en mujeres, y **su incidencia aumenta con la edad**.

El tratamiento tradicional de las varices, el quirúrgico, ofrece buenos resultados, pero es relativamente agresivo. Requiere anestesia raquídea o general y precisa de un período de recuperación de 4/6 semanas hasta que el paciente puede reincorporarse a su vida normal (trabajo, ocio, deporte, etc.). Dicha agresividad hace que no sea recomendable en personas con ciertas patologías concomitantes, las cuales aumentan el riesgo de la intervención. Hay tratamientos que son igual de eficaces y consiguen los mismos resultados, pero que son mínimamente invasivos y, por tanto, menos agresivos.

El dispositivo Clarivein®

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. La esclerosis con microespuma y el catéter Clarivein constituyen la forma de eliminar las varices menos invasiva y con menos repercusiones para el organismo .Y ello, con la misma efectividad que la cirugía.

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

Conozcamos nuestro cuerpo: Peritonitis / Apendicitis

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

La peritonitis es una inflamación del peritoneo que es la capa que cubre interiormente la cavidad abdominal y las vísceras.

Cuáles son sus causas principales

Generalmente es causada por infecciones, aunque también algunos traumatismos pueden conllevar secundariamente a la inflamación de esta capa.

Tipos de peritonitis

En cuanto a la localización: Localizada cuando sólo afecta a una porción del peritoneo o generalizada cuando se ha extendido.
Según causas: Pueden ser espontáneas (10-25% de los casos) y secundarias (a contaminación bacteriana generalmente del tracto gastrointestinal o a través de heridas perforantes externas o químicas cuando el irritante es una sustancia del propio organismo como bilis, sangre, orina o jugos gástricos, aunque estas en su mayoría terminan infectándose también por gérmenes).

Síntomas

- Dolor abdominal: repentino, que empeora con la tos, al extender las piernas o la exploración médica, el dolor puede ser en una zona específica del abdomen o ser generalizado.
- Rigidez de la pared abdominal como respuesta a la inflamación (abdomen en tabla).
- Distensión o hinchazón abdominal. Disminución de los ruidos intestinales.
- Náuseas, vómitos.
- Fiebre, taquicardias y descenso de los valores normales de tensión arterial.
- Íleo paralítico o pseudo-obstrucción intestinal secundaria.

La gravedad de la peritonitis va a depender de muchos factores, entre los que encontramos: la edad del paciente, su estado general previo, la localización de la peritonitis, su extensión, el lugar donde sucede la infección (fuera o dentro del hospital) o el tiempo que pasa hasta que se inicia el tratamiento, que es uno de los factores más determinantes.

Diagnóstico: El diagnóstico se fundamenta en los síntomas y signos que presenta el paciente así como su confirmación mediante radiografía de abdomen, analítica sanguínea y hasta TAC si fuese preciso.

Tratamiento: Depende de las causas, pero generalmente requiere antibioticoterapia intensiva y cirugía para controlar la causa de la infección y drenar la cavidad abdominal y extraer el líquido infectado.

Posibles complicaciones: La peritonitis puede ser mortal y causar complicaciones. Éstas dependen del tipo de peritonitis.
La mortalidad por perforación del colon se sitúa entre el 20-40%, mientras que la producida por la perforación de una úlcera es inferior al 10%.

Apendicitis como causa frecuente de Peritonitis

Cualquier persona puede padecer de Apendicitis pero se presenta con mayor frecuencia en las personas de entre 10 y 30 años. En este grupo de edades es la causa más frecuente de dolor abdominal intenso, súbito y de cirugía abdominal de urgencia en muchos países.
Aproximadamente el 7 % de la población será operado de una apendicectomía debida a una apendicitis aguda.
La apendicitis es la inflamación del apéndice, el cual se ubica en el ciego (la porción donde comienza el intestino grueso).

Causas: Generalmente se produce por taponamiento de la luz del apéndice por crecimiento del tejido linfoide o impactación de material fecal (apendicolito) en la entrada del apéndice lo que la ocluye y desencadena toda la inflamación. Las infestaciones parasitarias (Ascaris lumbricoides, Enterobius vermicularis o larva de Taenia) pueden también hacer oclusión y la presencia de semillas o cuerpos extraños ingeridos es muy raro. Con muy escasa frecuencia el origen de la Apendicitis está en un tumor.
El factor más importante para que una apendicitis se complique con peritonitis es el tiempo de evolución. Es de gran importancia consultar en los momentos iniciales del dolor abdominal dado que si bien una apendicitis simple tiene una recuperación rápida y es una cirugía sencilla, cuando se asocia a peritonitis la recuperación será más larga y no estará exenta de nuevas complicaciones.
Por lo tanto una peritonitis apendicular puede llegar a ser una infección generalizada dentro del abdomen que puede ser por pus o heces y que requiere un tratamiento rápido y agresivo para evitar complicaciones graves.

¿Cómo se diagnostica? El diagnóstico se basa en la exploración física y en la historia clínica, complementado con análisis de sangre, orina y otras pruebas como las radiografías simples de abdomen, ecografía abdominal y TAC abdominal simple si es preciso.
La exploración abdominal es fundamental. El dolor suele comenzar de forma repentina, localizado en zona alrededor del ombligo, suele ser un dolor de moderada intensidad y constante. Unas horas después desciende hasta localizarse en la zona inferior derecha (fosa ilíaca derecha) del abdomen (Clásico Punto de McBurney) El dolor suele empeorar al caminar. Pueden aparecer vómitos y febrícula.

¿Qué otras patologías abdominales pueden crearnos dudas? Clínicamente con esos síntomas será una apendicitis entre el 75-80 % de los casos. Pero también podría tratarse de:

- La linfadenitis mesentérica (inflamación de los ganglios que están dentro del abdomen).
- Enfermedad inflamatoria pélvica aguda.
- Rotura de folículo ovárico en el caso de las mujeres.
- Gastroenteritis aguda.
- Cólico renal.
- Isquemia mesentérica.

Tratamiento: Una vez diagnosticada la apendicitis aguda, su tratamiento será médico y quirúrgico. El manejo médico conlleva: hidratación, analgésicos y antibióticos. Lo que se completa con el procedimiento quirúrgico de extirpar el apéndice que es la apendicectomía. Cuanto más temprano sea el diagnóstico, mayores serán las probabilidades de recibir una atención médica adecuada, un mejor pronóstico, menores molestias y un periodo de convalecencia más corto.
La recuperación depende de la edad y condición de salud del paciente Por lo general la recuperación después de una apendicectomía tarda entre 10 y 28 días.

Nunca es tarde para un tratamiento de implantología

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
CASTILLO DE MAYA, 45. T 948152878

Como la población española en general, muchas personas de más de sesenta años no prestan suficiente atención a su salud bucodental. Por eso, no son pocas las que llegan a la vejez con diversos problemas: ausencia de piezas dentales, dificultades para masticar, heridas en la mucosa oral debido a las prótesis, pérdida de funcionalidad o degradación estética, entre otros.

Hay aspectos que están íntimamente relacionados con el envejecimiento, como ocurre en el resto del organismo. Pero otros, vinculados al cuidado de la boca durante muchos años, requieren a priori el mismo abordaje que las patologías experimentadas por individuos más jóvenes. Sí es cierto que las personas mayores presentan una menor sintomatología y tienden a minusvalorar sus problemas de salud bucal, bajo la creencia de que el declive es inevitable.

Sin embargo, quienes mantienen la equivocada idea de que por la edad sus males no tienen remedio, han de pensar que están perdiendo grandes oportunidades de alargar la calidad de vida de la que disfrutaban antes. Por eso, nuestra recomendación es que no deben conformarse con tratamientos paliativos o soluciones provisionales, de escasa eficiencia.

Hoy día contamos con conocimientos y recursos para mejorar la salud bucodental en las situaciones más comprometidas. Y estos avances no tienen, en términos generales, limitaciones de edad. Con respecto a los mayores, además de las manifestaciones del envejecimiento, el diagnóstico debe tener muy en cuenta el historial médico del paciente y las posibles influencias que otras patologías pueden ejercer sobre la boca. Pero más allá de estos condicionantes, podemos abordar tratamientos avanzados y complejos.

La edad no es un factor relevante

Es el caso de la implantología, que también está indicada para los mayores de sesenta años. Hace años que los trabajos científicos apuntan en ese sentido. Como señala un artículo en la revista Gerodontology, dedicada a la investigación de la salud dental en la vejez, *"los estudios indican que el tratamiento de implantes es tan seguro para los mayores como para los jóvenes. Las tasas de éxito en la colocación de implantes en ancianos son muy elevadas, por lo que cabe concluir que la edad no es un factor relevante"*.

En varias ocasiones me he encontrado en la consulta con pacientes de esta edad que llegaban con recelo y escepticismo. Sin embargo, su percepción ha cambiado totalmente tras comprobar que la pérdida de dientes, las dificultades al comer o las molestias de la prótesis se han superado con un adecuado tratamiento de implantes. Como algunos suelen decir, *"he recuperado el placer de poder comerme un bocadillo"*.

Resultados satisfactorios

No debemos negar que el proceso, debido principalmente a la falta de masa ósea y al envejecimiento de los tejidos, puede ser más laborioso que en sujetos de menor edad. Pero al final, los resultados acaban siendo igual de satisfactorios. Y con una gran diferencia, y es que las personas mayores aprecian mucho más la recuperación de su salud bucodental porque les abre posibilidades que creían definitivamente perdidas, tanto desde la perspectiva utilitaria como la estética.

Por todo ello, nuestro consejo es que nadie debe considerar la edad como un obstáculo para mejorar la salud bucodental. Con un diagnóstico preciso, en el que es necesario recurrir a las herramientas digitales para asegurarnos de que disponemos la visión más completa del paciente y las opciones terapéuticas, podemos llevar a cabo tratamientos eficaces y duraderos que devuelvan la salud, la funcionalidad y la sonrisa.

Nueva Clínica Bustillo
C/ Castillo de Maya, 45
31003 Pamplona

Recomendaciones para una transfusión segura

Marta Ramos Larrea e Isabel Pachón Vázquez
Enfermeras de Seguridad Transfusional del Complejo Hospitalario de Navarra

La seguridad transfusional engloba los conceptos de Hemovigilancia y Trazabilidad. La Hemovigilancia se define como la detección, recogida, registro y análisis homogéneo de la información relativa a los efectos adversos inesperados o a las secuelas importantes de la transfusión sanguínea, con el objetivo de mejorar la seguridad de la misma. La Trazabilidad es la capacidad para reconstruir el historial de la utilización, o la localización de un artículo o de una actividad, mediante una identificación registrada.

Por ello consideramos la Seguridad Transfusional un tema importante a tratar ya que un error puede tener unas consecuencias fatales.

Pasos a seguir para una Transfusión segura

1. Previo a la transfusión: En primer lugar debemos identificar de forma activa al paciente (en cabecera de cama), así como comprobar la prescripción médica del hemoderivado y si es necesaria la administración de premedicación.
A continuación tomaremos las constantes vitales del paciente, verificaremos que el componente a transfundir no presenta ninguna anomalía (color extraño, roturas...) y si todo es correcto podemos comenzar la transfusión. Para ello debemos usar el Sistema Hemocod para garantizar una transfusión segura.
A tener en cuenta: no debemos administrar simultáneamente por la vía del hemoderivado ningún medicamento, nutrición parenteral y/o fluidoterapia (a excepción del suero salino al 0.9% sin aditivos). Se aconseja administrar el hemoderivado a temperatura ambiente y con sistema de infusión para sangre (filtro 200 µm).

2. Durante la transfusión: Los primeros 5 - 10 minutos de la transfusión deben hacerse a un ritmo de infusión lento, para comprobar la tolerancia del paciente al hemoderivado. Si todo es correcto, pasado este tiempo, se puede incrementar la velocidad al ritmo adecuado a cada paciente y patología. El tiempo de infusión de cada hemoderivado varía de uno a otro: el concentrado de hematíes debe transfundirse en 1 – 2 horas, el pool de plaquetas en 30- 40 minutos y el plasma en unos 30 minutos.
Durante todo este proceso debemos prestar especial atención a posibles reacciones transfusionales que pueda presentar el paciente.
A tener en cuenta: ningún concentrado de hematíes debe sobrepasar las 4 horas de infusión. Si prevemos que esto puede ocurrir, debe solicitarse el concentrado de forma fraccionada al Servicio de Hemoterapia. Si se decide no transfundir algún hemoderivado ya solicitado, debe ser devuelto al Servicio de Hemoterapia tan pronto como se pueda, si es posible antes de una hora desde su recepción en el servicio.

3. Posterior a la transfusión: Una vez acabada la transfusión, si no ha habido ninguna incidencia, debemos usar el sistema Hemocod para finalizarla, cumplimentar el informe de control transfusional con las constantes del paciente y guardar la bolsa junto con el informe en los espacios habilitados para ello en cada servicio.
Si tuviese lugar una reacción transfusional, el protocolo a seguir en cualquiera de los caso sería: parar inmediatamente la transfusión, mantener la vía endovenosa únicamente con suero salino fisiológico al 0,9%, avisar al médico responsable y tomar constantes vitales al paciente (temperatura, pulso, tensión arterial, saturación arterial de O2). El resto de pasos a seguir variaran en función del tipo de reacción que se haya producido (febril no hemolítica, reacción alérgica leve o grave, reacción hemolítica, etc).
A tener en cuenta: una reacción transfusional por fiebre se considera como tal si la temperatura inicial respecto a la final se incrementa en 1,5 ºC o mas. Siempre que ocurra una reacción transfusional, se debe avisar al Servicio de Hemoterapia.

AFGANISTÁN © Andrew Quilty

SUDÁN DEL SUR © Pierre-Yves Bernard

Envía YO ME QUEDO al 28033

Ayúdanos a seguir asistiendo
a los millones de personas que viven
en muchos países en guerra.

msf.es/yomequedo

MÉDICOS SIN FRONTERAS

Donativo 1,20 € a Médicos Sin Fronteras.
Información legal y protección de datos: www.msf.es

Las caídas en las personas mayores

Médico Geriatra Lourdes Gorricho
Directora Apartamentos Tutelados de Proginsa
(Colegiado N. 3103757)

Una de las grandes preocupaciones que tienen nuestros mayores ante la pérdida de facultades propia de la edad es el riesgo de sufrir caídas. En geriatría, definimos la caída como una precipitación al suelo, involuntaria, repentina, y que a menudo ocurre de manera inesperada. Puede tener o no consecuencias en forma de lesiones.

Debemos recordar que los accidentes en general constituyen la quinta causa de muerte en el mundo. El 66% de ellos se corresponden con las caídas que, a su vez, en un 75% son víctimas las personas mayores de 65 años. Por tanto, se trata de un problema de enorme magnitud, debido sobre todo a la gran probabilidad de que a raíz de la caída se produzcan lesiones secundarias. Además, se ha constatado que la mitad de los ancianos que se caen lo hace repetidamente, y este tipo de accidente es más habitual entre personas que viven en residencias. El dato se explica por el hecho de que se trata de personas afectadas por varias patologías.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LAS CAÍDAS?

Podemos señalar varias causas de las caídas. Unas son de naturaleza interna, como alteraciones de la vista o el oído, enfermedades neurológicas, alteraciones del sistema óseo o muscular, o artrosis, que ocasionan problemas al andar, mareos o vértigos. Otras están condicionadas por factores externos, como la toma de determinados medicamentos (ansiolíticos, hipnóticos, hipoglucemiantes, antihipertensivos), la presencia de elementos de riesgo (alfombras, suelos deslizantes, mala iluminación) o el mal uso de recursos para caminar (zapatos inadecuados, utilización incorrecta de andadores).

En cuanto a las consecuencias, tras las caídas nos encontramos desde lesiones por heridas a fracturas. Dentro de estas, las más frecuentes son las de húmero, cadera, fémur, muñecas y costillas. En todos los casos siempre es importante tener mucho cuidado si sospechamos que se ha podido producir un traumatismo craneal. Cabe la posibilidad de que aparezca una alteración del nivel de consciencia, inmediato o varios días después.

Habitualmente, en el caso de caídas de personas mayores suele ser preceptiva la hospitalización, que trae consigo otros efectos negativos como la inmovilización durante un período de tiempo. El anciano afectado pasa a ser dependiente porque sufre una discapacidad, aunque tenga carácter temporal. Y le entra el miedo a volver a caerse. Debido a tales circunstancias, en algunos casos es necesario ingresar a las personas en un centro sociosanitario.

Por desgracia, algunas caídas pueden tener un desenlace fatal, como el fallecimiento, no tanto por el percance en sí sino por la hipotermia o la deshidratación, estados que surgen tras un largo período en el suelo sin recibir auxilio.

PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS

No siempre podemos evitar las caídas, pero podemos contribuir a reducir las posibilidades de perder el equilibrio si mantenemos la actividad física a lo largo de nuestra vida. La mejor prevención radica en conservar un buen estado muscular, articular y óseo. En este último apartado, resulta básica una dosis correcta de calcio y vitamina D. Por otra parte, no hay que olvidar que pasear al aire libre no cuesta dinero. Y si lo hacemos en compañía y así cuidamos nuestras relaciones sociales, los beneficios serán aún mayores.

Otro consejo importante es el de seguir una nutrición e hidratación correctas. Y si estamos tomando algún tipo de medicación, en especial aquellas que puedan afectar a nuestras funciones motoras o mentales, hemos de consultar con nuestro médico de cabecera para conocer los posibles riesgos.

A continuación, proporcionamos varios consejos adicionales que nos ayudarán a prevenir las caídas y a recibir auxilio inmediato en caso de necesitarlo:

- Evitar el uso de alfombras en casa, o asegurarnos de que están bien sujetas al suelo.
- Asegurarnos de que la vivienda está bien iluminada. Y si nos levantamos por la noche, conviene no dejar cosas tiradas por el suelo.
- Utilizar calzado que sujete bien el pie. No son recomendables las zapatillas abiertas por detrás, y menos caminar descalzos o en calcetines.
- No levantarse bruscamente de la cama. Hay que permanecer un tiempo sentado sobre la cama, con los pies en el suelo.
- Aumentar la precaución en el cuarto de baño: utilizar alfombrillas antideslizantes y barras para sujetarse.
- Acudir a revisiones periódicas de la vista y el oído, y asistir al podólogo para mantener los pies en buen estado.
- Si dispone de sistema de teleasistencia domiciliaria, téngalo siempre a mano dentro de la vivienda.
- No dejar las llaves puestas en la cerradura de la puerta principal de la casa. Hay que cerrar por dentro, pero retirarlas por si hemos de recibir ayuda del exterior.

APARTAMENTOS TUTELADOS GESTIÓN ASISTENCIAL A PARTIR DE 60 AÑOS

¡Viviendo a nuestro aire!

"Vivimos en el **centro**, en **nuestro propio apartamento**, a nuestro aire, con libertad, aprovechando los **servicios opcionales** de comida, limpieza...sintiéndonos **protegidos y acompañados** y, además, a **precios V.P.O y subvencionados**".

Solicita información en: Gestión Asistencial Grupo Proginsa, Calle Leyre 11 BIS o en el teléfono **948 229 621**

GESTIÓN ASISTENCIAL GRUPO PROGINSA
www.gestionasistencial.com

20 AÑOS DE EXPERIENCIA NOS AVALAN

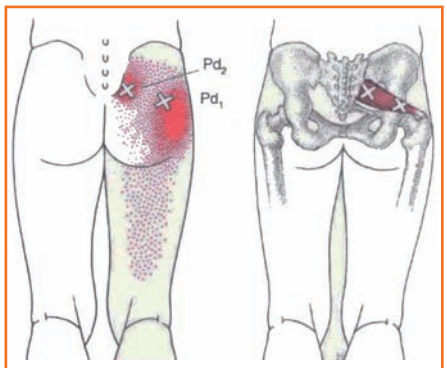
Síndrome del piramidal o piriforme

Dr. Rubén Goñi Robledo. *FEA Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra*
Dra. Marta Aguado Sevilla. *MIR Anestesia. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona*

El síndrome del piramidad se caracteriza por un espasmo o contractura de dicho músculo que produce una irritación del nervio ciático, el cual pasa justo por debajo. El nervio ciático es un importante nervio que desciende desde la pelvis a la pierna por la zona posterior.

¿Dónde se encuentra el músculo piramidal o piriforme?

Este pequeño músculo está localizado dentro de la cadera, en su zona posterior, cerca de los glúteos. Conecta el sacro con el fémur. Con la cadera en extensión es un músculo rotador externo, mientras que con la cadera flexionada es un abductor o separador de la extremidad.



Puntos gatillo y localización del piramidal

¿Qué causa el síndrome?

Se produce por una contractura del mismo, debida a tres causas fundamentales:

1. Sobrecarga o errores en el entreno
2. Alteraciones biomecánicas
3. Traumatismos

Sea cual sea la causa, acaba produciendo una compresión del nervio ciático a su paso por debajo del piramidal. Es un músculo que se encuentra muy implicado en el acto de correr, por lo que no es infrecuente encontrar el síndrome en deportistas corredores.

¿Dónde se localiza el nervio ciático?

Este gran nervio proviene de la columna, atraviesa la pelvis por la parte posterior y desciende por la pierna, también por la zona posterior.

¿Qué síntomas me produciría el síndrome?

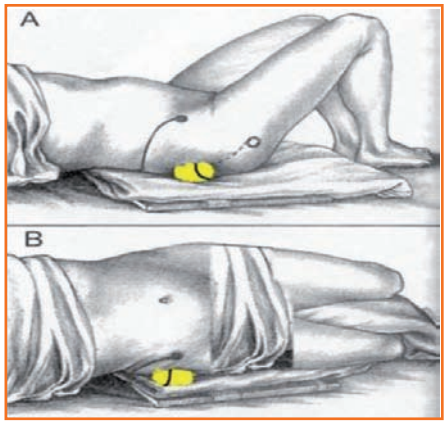
El dolor es el síntoma más importante del síndrome, localizándose en la región posterior de la cadera y las nalgas y parte posterior del muslo hasta incluso la rodilla pero no más allá. Es importante saber distinguir este síndrome de una afectación de la columna lumbar por una hernia de disco, que puede producir un dolor irradiado por la parte posterior de la pierna también. Sin embargo, la afectación lumbar suele irradiarse hasta el pie, cosa que no ocurre en el piramidal. Ambas patologías también pueden presentarse a la vez.
Generalmente la posición de sentado es incómoda y no se mantiene por mucho tiempo. Ocurre también con la conducción prolongada de vehículos.
La debilidad, la rigidez y la restricción del movimiento también son frecuentes.
La pierna se rota hacia externo en la posición de tumbado (los dedos del pie tienden a ir hacia afuera). Es frecuente que sea bilateral

¿Cómo se diagnostica?

Una buena anamnesis al paciente acompañada de una buena exploración física suelen destapar fácilmente el síndrome.
Las pruebas complementarias no tienen excesivo valor diagnóstico, salvo para descartar una afectación concomitante de la columna. Hay cierta tendencia a solicitar una resonancia magnética para confirmar el diagnóstico o bien para descartar lesiones lumbares como las hernias de disco.

¿Cómo se trata el síndrome?

La herramienta más importante para tratar este síndrome es la prevención. Es un músculo que debe ser estirado antes de realizar ejercicio y también al terminarlo. Cuando ya se encuentra un síndrome establecido, el tratamiento inicial al que suele responder el 70% de los afectados es la terapia física. Se deben realizar estiramientos del piramidal cada 2-3 horas y durante unos 15-20 minutos cada vez. También puede emplearse autoterapia con una pelota de tenis para masajear la zona. Algunos de los sencillos ejercicios empleados se detallan a continuación:



Los analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares deben asociarse al síndrome para acelerar la mejoría del mismo.
Las infiltraciones de anestésico local asociado a un corticoide sería el siguiente escalón de tratamiento. También se puede inyectar toxina botulínica en el piramidal contracturado (Botox). Las infiltraciones deben ser realizadas por personal especializado dada la cercanía del nervio ciático y el peligro de lesionarlo con la aguja.
Como último recurso, podría realizarse cirugía del piramidal, seccionando su tendón o bien cortándolo en su vientre muscular, aliviando así la presión sobre el nervio ciático. Es una cirugía que da buenos resultados funcionales.

Esclerosis con espuma: la edad no es un problema para tratar sus varices

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 (muchos de ellos mayores de 75 e incluso 80 años) 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 vasculares"). 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.

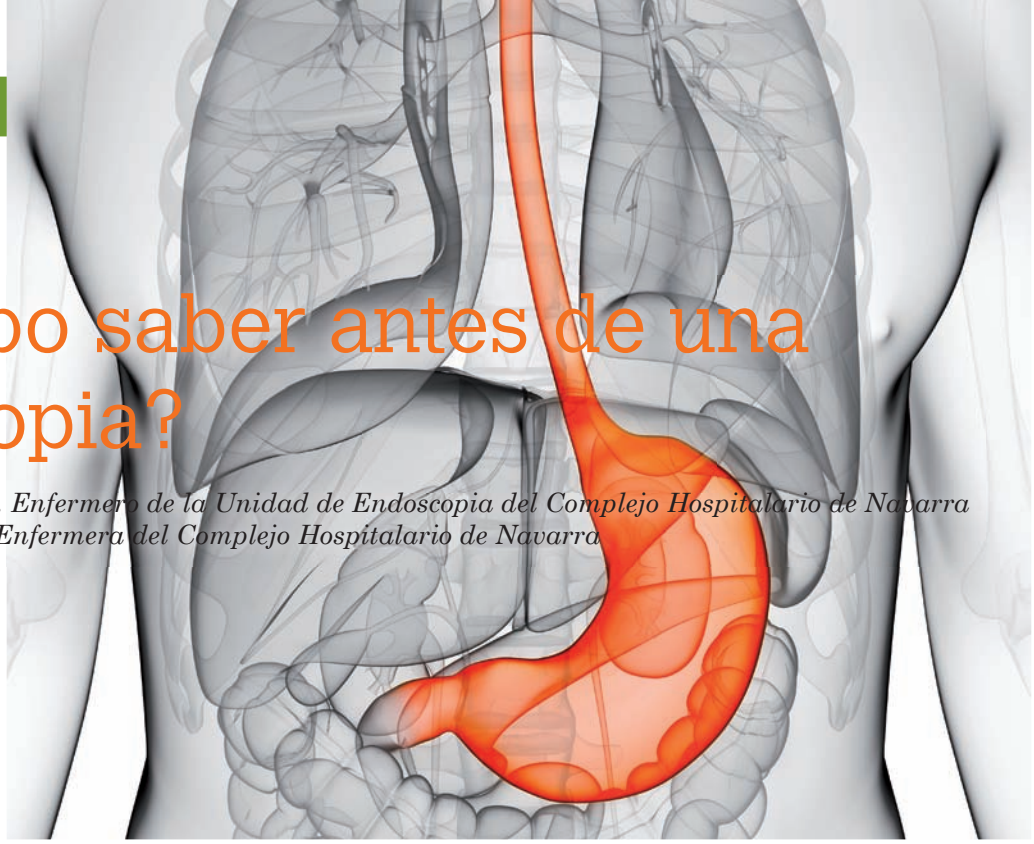
Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Angiología y Cirugía Vascular. Tratamiento de varices SIN cirugía. Esclerosis con microespuma.

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

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

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

CPS-C2261/1/14-NA



¿Qué debo saber antes de una gastroscopia?

Javier Gordillo Vázquez. *Enfermero de la Unidad de Endoscopia del Complejo Hospitalario de Navarra*
Isabel Pachón Vázquez. *Enfermera del Complejo Hospitalario de Navarra*

Cada vez son más las personas que se someten a una gastroscopia debido a la sencillez de la prueba y el alto valor clínico que aporta. Por ello es muy importante que la población en general conozca en qué consiste esta prueba para, de ese modo, disminuir los niveles de ansiedad que algunos pacientes sufren antes de someterse a ella.

La ayuda del paciente en la gastroscopia es fundamental para conseguir una prueba de calidad; no solo para el resultado clínico sino para la satisfacción del paciente.

¿Qué es una gastroscopia?

Se trata de una exploración visual de la parte superior del tracto digestivo (esófago, estómago y primera porción del duodeno) con la ayuda de un tubo delgado y flexible llamado gastroscopio. Este instrumento en cuyo extremo posee una videocámara y una fuente de luz nos permite visualizar todo el interior gástrico para de ese modo diagnosticar cualquier alteración; pólipos, inflamación gástrica, esófago de Barret, esofagitis,...

¿Cuándo se indica esta prueba?

La gastroscopia se realiza a petición del médico de atención primaria o el especialista en aparato digestivo a razón de la sintomatología del paciente. Signos y síntomas como:

- Dificultad para tragar (disfagia).
- Dolor y quemazón detrás del esternón (pirosis).
- Malas digestiones y malestar en el estómago.
- Dolor o ardor de estómago.
- Sangrado digestivo.
- Pérdida de apetito y de peso.

¿Cómo se realiza una gastroscopia?

Se trata de una prueba cotidiana que se realiza de carácter ambulatorio (en la mayoría de los casos) dentro de las unidades de endoscopia digestiva donde las posibles complicaciones son excepcionales. No es una prueba dolorosa pero si poco agradable ya que la introducción del gastroscopio provoca un acto reflejo del organismo cuya respuesta es la nausea. Por esta razón la colaboración de los pacientes con el personal sanitario supone un trabajo colaborativo.

Papel del paciente: El paciente que se somete a este tipo de exploraciones debe conocer todo el proceso al que se va a someter. Se debe ir en ayunas de al menos ocho horas, no fumar antes de la prueba, no masticar chicle y, si se cree conveniente, ir acompañado.

Al tratarse de una prueba segura y no dolorosa el paciente debe confiar en los profesionales sanitarios, ya que sus recomendaciones harán más llevadera esta prueba. Aunque en un principio los pacientes entran en la sala de endoscopia con intranquilidad y nerviosismo, este estado se reduce con la educación sanitaria que el personal sanitario realiza.

Papel del personal sanitario: El personal encargado de la realización de esta prueba nos explicará en todo momento de qué se consiste la exploración y qué maniobras debemos realizar como pacientes durante el transcurso de la exploración. Es importante que escuchemos las explicaciones del personal que se resumen en las siguientes:

- Debemos escuchar las indicaciones del personal sanitario que nos informarán en todo momento del proceso que se lleva a cabo.
- Esta prueba se realiza en decúbito lateral izquierdo y, en la mayoría de los casos, sin sedación.
- Se trata de una prueba NO dolorosa.
- Al estimular la glotis, el organismo produce un acto reflejo: la náusea.
- Las náuseas se controlan respirando. Respiraciones de relajación que consisten en realizar inspiraciones amplias y profundas, y expiraciones lentas.
- Durante la prueba, el momento más incomodo es el paso al esófago.
- NO debemos tragar durante la prueba. Esto puede provocar tos y con ello incomodar más la gastroscopia.
- NO debemos movernos durante la prueba ya que el gastroscopio pierda la luz y choque con las paredes gástricas impidiendo la visualización y el avance de este.
- La duración de la prueba es de unos cinco minutos en el caso en que se trate de una prueba diagnóstica (la mayoría de las gastroscopias son así).
- Tras la prueba la ingesta de alimentos dependerá de la administración o no de anestésico local. Pero los alimentos NO deben estar ni muy calientes ni muy fríos.
- Puede que durante la prueba el gastroscopio provoque algún roce en el esófago. A consecuencia de esto se tenga sensación de irritación pero que desaparece pasadas unas horas.

¿Cuáles son las ventajas de la gastroscopia?

Es la única prueba clínica que permite la visualización del tracto digestivo superior sin necesidad de cirugía. La visión directa del interior del estómago, el esófago y el duodeno ayuda a diagnosticar alteraciones de la mucosa. Además permite tratar posibles lesiones como es la resección de pólipos, sangrado por úlceras gástricas, extracción de cuerpos extraños y ayuda en tratamientos (la toma de biopsia ayuda en el diagnóstico de ciertas enfermedades).

Si el problema no es siempre el mismo… la solución tampoco

Arazoa beti berbera ez bada… konponbidea ere ez

AUTOCUIDADO, ATENCIÓN ON LINE Y TELEFÓNICA
www.consejosalud.navarra.es / enfconsue@navarra.es / 848 427 888

AUTOZAINKETA, ON LINE ETA TELEFONO BIDEZKO ARRETA
www.consejosalud.navarra.es / enfconsue@navarra.es / 848 427 888

CENTRO DE SALUD
Servicio de Consultas

OSASUN ETXEA
Kontsulta Zerbitzua

URGENCIAS NO HOSPITALARIAS
Fuera del horario de tu Centro de Salud

OSPITALEKOAK EZ DIREN LARRIALDIAK
Zure Osasun Etxeko ordutegitik kanpo

URGENCIAS HOSPITALARIAS
Servicio de Urgencias del Hospital

OSPITALEKO LARRIALDIAK
Ospitaleko Larrialdi Zerbitzua

Cada servicio de salud es la mejor solución a un problema concreto. Cuando necesites asistencia, valora bien cuál es el recurso más adecuado.

¡Colaborando podemos hacer que nuestro sistema sanitario sea más ágil y eficaz!

Osasun zerbitzu bakoitza arazo jakin bati erantzuteko konponbiderik onena da. Osasun laguntza behar duzunean, ongi balora ezazu zein den baliabiderik egokiena.

Elkarrekin, gure osasun sistema errazagoa eta eraginkorragoa izan daiteke!

Nafarroako Gobernua
Gobierno de Navarra

El Centro Médicis, celebra su décimo aniversario

"El centro de diagnóstico por imagen cumple una década dedicada a cuidar y mejorar la salud de los navarros gracias a la rapidez en la citación y el diagnóstico.

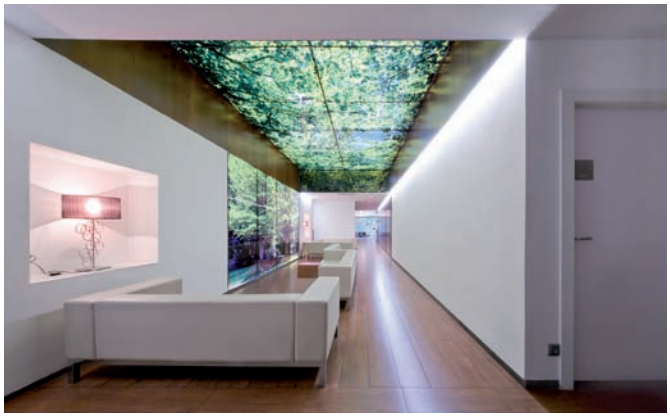
Médicis, especializado en el diagnóstico por imagen e integrado dentro del Grupo Sannas, celebra su décimo aniversario, con más de 80.000 pacientes tratados. Situado en Pamplona -en Castillo de Maya- aporta a los pacientes la rapidez en la citación, sin listas de espera, y diagnóstico en 48 horas.

Médicis cuenta con un **equipo de radiólogos, técnicos especializados en radiodiagnóstico, enfermeros, auxiliares de clínica y personal de atención al paciente muy cualificados** que colaboran en la realización de pruebas de resonancia magnética, TAC, Densitometría, ecografías diagnóstica y 4D.
Médicis ha sido el primer centro navarro en la implantación de un sistema innovador para la mejora de procesos de gestión, análisis y recogida de resultados de estudios radiológicos. Ha supuesto un avance para la relación médico-paciente en la **reducción de los tiempos de espera**. La innovadora plataforma permite tanto al paciente, como al médico especialista peticionario de las pruebas, la recogida on-line de los resultados radiológicos sin necesidad desplazarse al centro médico y de manera casi inmediata.
La apuesta por la calidad, la eficacia y la fiabilidad que realiza el Grupo Sannas ha hecho posible que Médicis sea el único centro radiológico de Navarra que ha obtenido el **Certificado de Calidad ISO 9001** y continúe trabajando en el compromiso de satisfacción plena de todos sus pacientes.

Ecografías y resonancias

La **ecografía diagnóstica** es una de las muchas pruebas que se realizan en el Centro Médicis. Se trata de un sistema indoloro e inocuo ya que no utiliza rayos X, sino que se basa en el envío, a través del cuerpo, de ondas de sonidos que son reflejadas por los órganos internos y posibilitan la creación de la imagen de una parte anatómica, ya sea el abdomen, el hombro, el brazo u otras extremidades.
El diagnóstico prenatal ha experimentado un importante avance en los últimos años, y Medicis ha sabido adecuarse a los tiempos con la incorporación de las **ecografías en 4D**, imágenes tridimensionales con movimiento a tiempo real del bebé. Esta ecografía en cuatro dimensiones nos permite ver la cara del bebé, acompañada de gestos e incluso podemos ver sus bostezos y sus risas. **Se trata de vivir una experiencia única. ¡Un recuerdo para siempre!**
El **TAC** o escáner ofrece reconstrucciones tridimensionales de diversas partes del interior del cuerpo, como la craneal, la torácica y dental. Hoy en día, la **densitometría** es una de las pruebas más demandas debido a que este examen de la densidad ósea nos detectar los posibles problemas óseos que el paciente pueda tener.
La **resonancia magnética** es hoy en día una de las pruebas técnicas más recurrentes y versátiles para el estudio del cuerpo humano, de extensa aplicación en la detección de un gran número de patologías.
Para casos de pacientes con claustrofobia, escasa movilidad y niños, Medicis cuenta con un equipo de resonancia de extremidades además de protocolos diferenciados y un equipo cualificado de anestesistas.
Medicis hoy en día se encuentra inmerso en un proyecto de detección, valoración y tratamiento del suelo pélvico.

Fachada de Médicis en la calle Castillo de Maya 41, Pamplona


Interior del Centro Médicis

Oxien, el primer centro de Medicina Hiperbárica en Navarra

> “La innovación terapéutica destaca por la novedosa aplicación del oxígeno medicinal en los pacientes a través de las cámaras monoplazas.

Instalaciones de Oxien, calle Madre de la Plaza de Mayo, 16. Nuevo Artica

A finales del año pasado se inauguró Oxien, el primer centro de Medicina Hiperbárica en Navarra, avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica, integrada en la Sociedad Europeo de Medicina Hiperbárica.

El centro médico se encuentra en el edificio Sannas ubicado en Nuevo Artica. El Grupo Sannas en su línea de innovación constante amplía los servicios médicos.

La Medicina Hiperbárica es una rama médica que se ocupa de los cambios fisiológicos y fisiopatológicos del ser humano sometiéndolos a presiones superiores a la atmosférica empleando oxígeno medicinal, que se disuelve en el plasma y, de esta manera, se logran grandes cantidades de oxígeno en la sangre.

Esta terapia innovadora es complementaria al tratamiento habitual que tiene el paciente. Por ello, el doctor hiperbárico estará en constante comunicación con el doctor que trate al paciente para la evaluación y seguimiento del mismo.

Cuando la oxigenación se administra adecuadamente existen los siguientes efectos beneficiosos; entrega de mayor O2 a los tejidos lesionados, activación de la formación de vasos sanguíneos: microcirculación, reducción del edema, efecto bactericida y bacteriostático, cicatrización de heridas complicadas, preservación de tejidos comprometidos, estimulación de la formación de hueso nuevo, disminución de la vida media de sustancias toxicas y control del dolor crónico.

La Medicina Hiperbárica tiene evidencias científicas para las siguientes dolencias; enfermedades neurológicas (patologías cerebrovasculares o ictus, neurorrehabilitación, migrañas), **fibromialgias y síndrome de fatiga crónica, enfermedades vasculares periféricas** (pie diabético, úlceras y heridas de difícil cicatrización), **medicina deportiva** (tratamiento de lesiones), odontología (osteonecrosis mandibular) e **intoxicación por monóxido de carbono.**

Los pacientes que se introducen en la cámara de administración de oxígeno están acompañados por parte del equipo de Oxien

La sesión hiperbárica

Tras una primera cita de reconocimiento exhaustivo del paciente y analizando sus patologías se realiza un informe y plan de tratamiento personalizado.

Oxien cuenta con un equipo de profesionales cualificados compuesto por el doctor Jorge Luis Luna, médico especialista en Medicina Hiperbárica y miembro de la SEMH; y por el técnico Carlos Alberto Calderón, técnico en cámaras hiperbáricas.

Asimismo, la empresa cuenta con un Comité científico asesor, constituido por el director médico del Grupo Sannas -Felipe Rivas-, el especialista en medicina interna Felipe Lucena, la especialista en anestesia y reanimación Paula Duque, y Eva Sanz, Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica.

ALÉRGENOS ALIMENTARIOS

Las alergias e intolerancias a los alimentos, ¿cómo las diferenciamos?

Berta Magaña Soler. *Dietista-Nutricionista. Nº Colegiada: NA00120*

La intolerancia alimentaria es una reacción adversa producida después de tomar un alimento concreto, sin que haya una respuesta inmunológica. Por el contrario, una reacción alérgica es aquella en la que sí interviene el sistema inmunitario o de defensa, que al mismo tiempo puede estar mediada por anticuerpos IgE (inmunoglobulina E). En este caso, la unión entre el alérgeno (sustancia del alimento causante de la reacción alérgica) y la IgE, desencadenaría la reacción alérgica con repercusiones clínicas muy variables de unas personas a otras.

Los síntomas tanto de alergias como de intolerancias alimentarias pueden aparecer inmediatamente o algunas horas después de que la persona consumió el alimento y estos pueden ser de origen cutáneo, gastrointestinal o respiratorio, siendo algunos de los más habituales la urticaria, los eczemas, la congestión nasal, la picazón o sensación de hormigueo en la boca y garganta, el asma, la tos, el dolor abdominal, la diarrea, las náuseas, los vómitos o la dificultad para deglutir. Las repercusiones de la intolerancia alimentaria suelen ser más leves que las de la alergia.

En los casos más graves, la alergia alimentaria puede causar anafilaxia, una reacción repentina y severa en la que pueden ocurrir varios síntomas al mismo tiempo. En este caso se precisa atención médica urgente, ya que si no puede comprometer la salud de la persona.

Tanto adultos como niños pueden ser sensibles a determinados alimentos, aunque la alergia alimentaria aparece con mayor frecuencia en la infancia y algunas de ellas se inician cuando el individuo es niño y comienza a masticar y comer alimentos sólidos.

Reacciones alérgicas más habituales

Según estudios, las reacciones alérgicas más habituales en niños son debidas al consumo de huevo, leche, pescado y frutos secos. Entre los adultos, los alimentos responsables de un mayor número de alergias son frutas, verduras, frutos secos y marisco.

En algunas ocasiones con el curso del tiempo se produce una tolerancia, aunque se dan casos en que la sensibilización puede persistir toda la vida. Con determinados alimentos sería interesante volver a probar su introducción en la dieta pasado un tiempo o ver que umbral de tolerancia tiene la persona a ese alimento para evitar eliminarlo totalmente de su alimentación.

El tratamiento se centra en excluir el consumo del producto causante de la reacción, sus derivados y todos los productos que incluyen entre sus ingredientes alguno de sus componentes. Hay que tener en cuenta también, que muchos fabricantes utilizan en el proceso de elaboración de sus productos, ingredientes ya elaborados que pueden contener componentes alérgicos y no aparecen detallados en la etiqueta del producto final.

Todo esto ha introducido cambios importantes en el mercado y la información que los establecimientos y empresas alimentarias deben proporcionar a sus clientes. El número de productos especiales que se comercializa es mayor ya que cada vez son más exigidos por aquellos que padecen este problema; celíacos, intolerantes al gluten, alérgicos al cacahuete o a la lactosa, presentes no pocas veces en los alimentos como aditivos, etc. Por otro lado, la información sobre alérgenos debe de ser clara, legible y disponible de forma escrita en el menú o en su defecto, de forma oral (cuando la información esté recogida de forma escrita o en formato electrónico en el establecimien-

to y sea fácilmente accesible tanto para el personal del mismo como para las autoridades de control y los consumidores que la soliciten). Será muy importante poder consultar las fichas de productos, etiquetas de ingredientes y recetas de los platos elaborados.

Hay 14 alérgenos que deben declararse cuando se utilizan como ingredientes en los productos

- **Altramuces:** Presente en las semillas y harinas. Se puede encontrar en algunos tipos de pan, pasteles y pasta, etc.
- **Apio:** Incluye los tallos, hojas, semillas y raíces. Además se puede encontrar en sal de apio, ensaladas, algunos productos cárnicos, sopas o salsas, etc.
- **Cacahuetes:** Además de en las semillas, pastas (mantecas), aceites y harinas, se puede encontrar en galletas, chocolates, currys, postres, salsas, etc.
- **Cereales que contienen gluten:** Incluye el trigo (también la espelta, el Kamut), el centeno, la cebada y la avena. Se puede encontrar en alimentos elaborados con harina, como la levadura para hornear, masas, pan, pan rallado, tartas, couscous, productos cárnicos, pasta, pastelería, salsas, sopas y alimentos enharinados. Debe declararse el cereal. Es voluntario indicar la presencia de gluten junto al nombre del cereal.
- **Crustáceos:** Incluye cangrejos, langostas, gambas, langostinos, carabineros, cigalas, etc. Además se puede encontrar en cremas, salsas, platos preparados, etc.
- **Frutos de cáscara:** Incluye las almendras, avellanas, nueces, anacardos, pacanas, nueces de Brasil, de macadamia, etc. Además se puede encontrar en panes, galletas, postres, helados, mazapán, salsas o aceites de nueces, etc. En muchos platos asiáticos como currys se utilizan almendras picadas.
- **Granos de sésamo:** Además de en las semillas (granos), pastas (tahine o pasta de sésamo), aceites y harinas, se puede encontrar en panes, colines, humus, etc.
- **Huevos:** Además de en el huevo y derivados (productos a base de huevo), se puede encontrar en tartas, algunos productos cárnicos, mayonesa, mousses, pasta, quiches, platos preparados, salsas y alimentos decorados con huevo, etc.
- **Leche:** Además de en la leche y sus derivados como la mantequilla, queso, nata, leche en polvo, yogures, etc, se puede encontrar en alimentos glaseados con leche, sopas en polvo y salsas, etc.
- **Moluscos:** Incluye los mejillones, almejas, caracoles de tierra, ostras, bígaros, chirlas, berberechos, etc. Además se puede encontrar en cremas, salsas (Ej: salsa de ostras), platos preparados o como ingrediente en los guisos de pescado, etc.
- **Mostaza:** Además de en semillas, en polvo o en forma líquida, se puede encontrar en algunos panes, currys, marinados, productos cárnicos, aliños de ensaladas, salsas y sopas, etc.
- **Pescado:** Además de en el pescado y derivados (productos a base de pescado), se puede encontrar en salsas de pescado, pizzas, aliños para ensaladas, cubos de sopa, etc.
- **Soja:** Además de en las semillas (habas), salsas (salsa de soja), pastas, aceites y harinas, se puede encontrar en el tofu, pasta miso, postres, helados, productos cárnicos, salsas y productos para vegetarianos, etc.
- **Sulfitos / dióxido de azufre:** Se utilizan como conservantes en crustáceos, frutas desecadas, productos cárnicos, refrescos, vegetales, vino y cerveza.

No obstante, el consumidor también tiene su parte de responsabilidad. Tendrá que ser el quien solicite información y detalle sus necesidades dietéticas en aquellos establecimientos en los que se indique que se puede obtener la información sobre alérgenos preguntando al personal.

| cirugía plástica y estética | implantología dental | dentistas | fisioterapeutas | residencias geriátricas | clínicas psiquiátricas | material médico y quirúrgico | material y mobiliario | ópticos optometristas | formación médico-sanitaria | psicología | centros auditivos | seguros | ortopedia | nutrición...

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

puedes anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** revista y web

solicita tarifas redaccion@zonahospitalaria.com T 948 276 445

Qué comer para reforzar las defensas de las personas mayores

María Marqués Feliu. Dietista-Nutricionista. Nº Colegiada: NA00105

Con la llegada del frío y las bajas temperaturas, el cuerpo tiene que hacer frente a muchas adversidades, que a menudo se mezclan con los cambios de horario, el aumento del estrés, el sedentarismo o la mala alimentación.

Además, con la edad, los alimentos tienen un menor rendimiento metabólico y el apetito tiende a disminuir. Esta situación puede agravar el debilitamiento del sistema inmunológico, y hacer que la persona sea más vulnerable a los agentes externos.

Hay signos, como pupas en los labios, un cansancio mayor del habitual, heridas que tardan en cicatrizar, dolores musculares sin haber practicado ejercicio o fragilidad del cabello, que delatan que las defensas de nuestro organismo están bajas. Si bien lo ideal sería evitar, en la medida de lo posible, hábitos y situaciones que puedan debilitar nuestro organismo, una alimentación adecuada puede ayudarnos a superar estos trastornos, y a fortalecer nuestro organismo y el sistema inmunológico, que nos protege de bacterias, virus y otros patógenos.

Por ello, un patrón alimentario basado en la **dieta mediterránea**, abundante en vegetales y fruta, legumbres, frutos secos, pescado azul y aceite de oliva, en detrimento del consumo de carne roja y de productos cárnicos, nos asegura un consumo adecuado de vitaminas y minerales antioxidantes y fitonutrientes, que nos ayudan a ser más resistentes a las infecciones.

Es igualmente importante mantener un aporte energético adecuado que nos permita mantener un peso saludable. La obesidad está ligada a una mayor incidencia de enfermedades infecciosas, pero también las personas desnutridas, al igual que quienes siguen regímenes de adelgazamiento muy restrictivos o desequilibrados, presentan un mayor riesgo de contraer infecciones, por un debilitamiento de la función inmunológica.

Aproximadamente un 40% de nuestros mayores consume dietas con contenido energético inferior a las **1500 kcal/día**, lo que hace muy difícil que se alcance el consumo de micronutrientes necesario, como sería el caso de la vitamina D, el zinc, el ácido fólico, entre otros.

Algunas **vitaminas y minerales** ejercen una función protectora del sistema inmunológico: El zinc, el manganeso y el cobre son los principales minerales que mejoran el funcionamiento del sistema inmune. El primero se encuentra en los cereales integrales, en el marisco y en los moluscos. Los otros dos, en los frutos secos y en las legumbres.

Vitaminas A, B, C y E, mantienen en buen estado las células que recubren el interior de las células respiratorias, protegiéndolas de virus y de los agentes tóxicos medioambientales, lo que se traduce en una mayor capacidad de prevenir los catarros. La naranja, la mandarina, el limón, la lima y el pomelo, son fuente de vitamina C.

El complejo vitamínico B aparece en la mayoría de alimentos de origen vegetal (verduras, fruta fresca, frutos secos, cereales, legumbres) y en los de origen animal (carne y vísceras, pescado y marisco, huevos y en los productos lácteos).

La vitamina E se encuentra en los alimentos oleaginosos (aceites vegetales y germen de semillas), yema de huevo y vegetales de hoja verde. Y la vitamina D, en los lácteos enteros, el pescado azul y la podemos sintetizar, con una exposición solar moderada.

Consumo regular

Y para reforzar la alimentación diaria y mejorar las defensas, además de la variedad diaria de alimentos, te recomendamos que consumas de forma regular los siguientes:

- **Miel.** Desde la antigüedad la miel se ha utilizado como remedio para aliviar la tos y la irritación de garganta por su contenido en inhibidinas, sustancias que le otorgan la capacidad bactericida y antiséptica.
- **Ajo.** El ajo es un antibiótico natural que presume de propiedades antibacterianas y antivirales, y consumido a diario incrementa las defensas del organismo.
- **Cebolla.** La cebolla es el mejor remedio natural contra las infecciones respiratorias, especialmente en casos de faringitis, laringitis e infecciones pulmonares. Cocida suele tomarse para aliviar afecciones respiratorias como congestión en los bronquios y cruda para aliviar la tos, ayuda a expectorar la mucosidad.
- **Yogur.** El yogur y las leches fermentadas contienen bacterias (bifidobacterias o Lactobacilus casei, Lactobacillus bulgaricus y Streptococus thermophylus) que tienen un valor probiótico, el cual significa "a favor de la vida". Su función se centra en el intestino humano ayudando a potenciar las defensas siendo grandes aliados frente a la prevención de gripes y resfriados.
- **Alimentos rojos.** El color del tomate, el pimiento, la remolacha, los arándanos, las fresas, las cerezas y otros frutos rojos se debe principalmente a su contenido en carotenos flavonoides y polifenoles, poderosos agentes antioxidantes, que previenen y ayudan a tratar daños en las células, reducen el riesgo de infecciones y fortalecen el sistema inmunológico.
- **Hongos y setas**. Algunas variedades de setas como los champiñones o los níscalos son beneficiosas para la salud, al actuar sobre el sistema inmune, potenciándolo ante las enfermedades. Diversas investigaciones han demostrado que tienen propiedades antimicrobianas y antivirales.
- **Alimentos ricos en energía.** Para adaptarse a la bajada de las temperaturas, podemos recurrir a alimentos que interioricen la energía, calienten y relajen el organismo. Es el caso de las hortalizas de raíz (nabo, rábano, remolacha o zanahoria), los frutos secos, las frutas desecadas, las semillas y las legumbres.
- **Líquidos.** Una ingesta adecuada, casi dos litros diarios, ayuda a disolver la mucosidad y mantiene hidratada la mucosa respiratoria protegiéndola frente a las infecciones. Las sopas y purés, son una opción muy apetecible para esta época del año, y son fuente de gran cantidad de nutrientes procedentes de los vegetales.

Recomendaciones generales de estilo de vida

- Seguir una dieta variada, basada en alimentos frescos y de temporada.
- Dormir el suficiente número de horas para favorecer el correcto funcionamiento de nuestro sistema de defensas.
- Realizar de forma regular actividad física de intensidad moderada (caminar a paso ligero, nadar, bicicleta, etc.).
- Aprender a llevar un ritmo de vida más relajado y a evitar el estrés, uno de los principales enemigos de nuestro sistema inmune.
- Emplear, si es necesario, plantas medicinales que ayudan a reforzar la inmunidad (equinácea, tomillo, escaramujo, ajo, hojas de grosello negro, espino amarillo, etc.).
- Buscar asesoramiento con un dietista-nutricionista titulado para mejorar los hábitos alimentarios y el estado de salud.

¿Qué nos hace diferentes?

Ignacio Gómez Ochoa. *Médico Rehabilitador del Hospital Reina Sofía de Tudela*
Leyre García Martín. *Enfermera del Hospital Reina Sofía de Tudela*

¿Qué lleva al Homo sapiens a ser la especie más poderosa y capaz de dominar al resto? Empecemos por el principio...

Los antepasados más cercanos a nosotros, que llegaron a ser coetáneos, fueron el Homo Neanderthalensis y el Homo Sapiens. Hace años, se creía que el Sapiens derivaba del Neanderthalensis. Más lejos de la realidad, el Neanderthalensis se desarrolló en lo que es hoy Europa y el Sapiens en lo que es hoy África.

Las características físicas del Neanderthalensis eran de mayor robustez, tórax más ancho y mayor perímetro craneal respecto al que presentaban los Sapiens. No se sabe, si por la migración del Sapiens a la zona de Europa o por un cambio climático, los Neanderthalensis desaparecieron, dejando la rama evolutiva principal en los Sapiens. Llegaron a convivir dos Homínidos, tan cercanos y tan diferentes en sus estructuras corporales. Hoy en día, es difícil imaginárnoslo. Entonces, por qué prevalecieron los Sapiens?.

El Homo sapiens es capaz de desarrollar sus capacidades cerebrales (mayor madurez cortical, mayor desarrollo prefrontal y occipital) y de desarrollar el pensamiento simbólico, y es cuando empieza a crear mitos, creencias, religiones y a fusionar comunidades de iguales que son capaces de trabajar conjuntamente.

Las vivencias se van convirtiendo en experiencias y son transmitidas a los otros Sapiens de la comunidad y entre generaciones. Así, es como la nueva humanidad avanza.

Las vivencias/experiencias de otros no tienen por qué ser vividas por uno, si no que se aprende de ellas y se evoluciona. Esa capacidad, es lo que se denomina el pensamiento simbólico.

Pensamiento simbólico

El pensamiento simbólico va intrínsecamente unido al concepto de significación. La significación es la capacidad para sustituir la realidad por un significante de realidad y a través de este significante, evocar el significado. El pensamiento animal necesita que la realidad esté presente, mientras que el pensamiento simbólico, se produce cuando el objeto no está presente. Con el pensamiento simbólico surge la capacidad de adaptar esquemas aprendidos a situaciones nuevas. No es necesario vivir por primera vez algo, o vivirlo cada vez, para que a partir de este pensamiento simbólico y la experiencia realicemos nuevos patrones de conducta.

El pensamiento simbólico surge aproximadamente a la edad de los 18 meses de edad, cuando los niños, a partir del juego, son capaces de pensar con imágines y símbolos. A partir de los 36 meses de edad, el niño ya es capaz de hacer uso de este pensamiento simbólico para la resolución de problemas más complejos de tipo relacional y sentimental.

Características del pensamiento simbólico

Las principales características que definen al pensamiento simbólico son:

- Permitir a la especia humana la capacidad de crear.
- Nos permite manejar una amplia variedad de representaciones simbólicas.
- Poder de transmitir información entre las personas, incluso entre generaciones diferentes.
- Poder de evocación de sucesos pasados, presentes e incluso, inexistentes.
- Nos permite conocer y aprender sin estar en contacto directo con la realidad.
- Desarrollo en todos los ámbitos de la cultura.

Por estas características, el pensamiento simbólico nos diferencia del resto de los animales. El desarrollo de este pensamiento, permite a la especie humana crear un lenguaje articulado, que no se enfrenta a la inmediatez de estímulos concretos e inmediatos como el lenguaje animal, si no, que demora su respuesta produciendo un lenguaje complejo lleno de significados.

El pensamiento y lenguaje simbólico es un arma de doble filo, y su buen o mal uso determinará nuestra dirección "evolutiva".

Estimulación cognitiva con cartas

"Presentación del proyecto Encartados"

Javier Sánchez Ruiz de Gordoa. *Neurólogo del grupo de Investigación en Neuroepigenética de Navarrabiomed*
Laura Moreno Eguinoa. *Neuropsicóloga de la Clínica Josefina Arregui de Alsasua*
Izaskun Naberan Mardaras. *Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra*

¿Qué es la estimulación cognitiva?

Las capacidades cognitivas son aquellas que contribuyen a la adaptación de la persona al entorno que le rodea. Le permiten ser capaz de reconocer a las personas que le acompañan, planificar qué va a realizar mañana o recordar qué hizo ayer. Incluye diferentes dominios cognitivos que definimos como: atención, percepción, lenguaje, orientación, abstracción, memoria, planificación,...

La estimulación cognitiva es el conjunto de procedimientos aplicados para mejorar distintas capacidades o habilidades cognitivas.

¿A quién va dirigida?

La estimulación cognitiva puede ser aplicada a cualquier persona ya que todos nosotros podemos mejorar nuestras capacidades. Sin embargo, cuando hablamos de estimulación cognitiva en el ámbito médico nos dirigimos, sobre todo, a aquellas personas que por una enfermedad han perdido diversas habilidades cognitivas que previamente conservaban.

Son muchas las enfermedades que cursan con deterioro cognitivo progresivo. Las más habituales son las enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia. Entre ellas, la Enfermedad de Alzheimer es la más prevalente. Pero no debemos olvidar otras demencias (Demencia por Cuerpos de Lewy, Demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson, Demencia vascular, Demencia fronto-temporal,...) y enfermedades que asocian déficits cognitivos de diferente intensidad en su curso evolutivo como la Esclerosis Múltiple, las enfermedades psiquiátricas, encefalopatías de diversas etiologías o secuelas de patología traumática.

En función de la gravedad, los dominios afectados y la etiología se planificarán unas actividades u otras.

La estimulación cognitiva en el hogar

Las personas con deterioro cognitivo frecuentemente participan en programas específicos de estimulación cognitiva o en grupos de centro de día en los que se trabajan diferentes dominios cognitivos. Tanto para éstas personas como para aquellos que no realizan una actividad específica los periodos libres en el hogar son un buen momento para intentar mantenerles estimulados.

Existen manuales dirigidos a ello a modo de fichas de ejercicios y tareas variadas. También existen programas informáticos o aplicaciones de dispositivos móviles con multitud de ejercicios y juegos orientados a trabajar la memoria, el lenguaje, la capacidad de mantener la atención dividida, inhibición selectiva,... Pero no debemos olvidar que también podemos estimular a través de actividades más cotidianas. Para empezar, podemos favorecer la autonomía y la participación de la persona en las actividades de la vida diaria (tareas domésticas, compras, recados, autocuidado,...), en ellas se trabajan las capacidades cognitivas. También podemos dar un carácter más interactivo a determinados momentos como ver la televisión o dar un paseo que serán más estimulantes si vamos comentando lo que vemos o haciendo asociaciones con recuerdos. No debemos olvidarnos de individualizar las actividades adaptándonos a sus aficiones o tareas que puedan agradarle como asistir a actos culturales, visitar la huerta, cuidar las plantas, mantener el contacto con los animales, revisar fotos familiares, ver en la prensa o Internet material de su interés, escuchar música, escribir alguna postal o participar en juegos de cartas. E intentaremos promover la sociabilidad dentro de un contexto cómodo para la persona.

Pautas generales para realizar ejercicios cognitivos en el hogar

Nos estamos refiriendo a aquellas actividades que puedan ser desarrolladas por familiares o cuidadores en el domicilio. El objetivo es que sea una actividad placentera para ambos que, además, refuerce sus capacidades cognitivas.

Para ello, es fundamental escoger el momento y el lugar adecuado. Buscaremos espacios cómodos, con luz, sin distractores ni ruidos. La persona debe estar descansada y receptiva. Podemos tener alguna bebida o comida que les guste durante el juego, favoreciendo un rato agradable y de ocio. Debemos comunicarnos de forma sencilla, tranquila, motivándoles y reforzando sus logros. Es necesario que nos adaptemos a cada persona y situación: acomodarnos a su nivel cognitivo, escolaridad, limitaciones sensoriales o habilidad motoras. Intentaremos tener en cuenta sus gustos sin imponer ninguna actividad, porque solo será beneficioso si resulta un momento agradable para todos, una vía de encuentro y no una carga. Durante la actividad debemos ayudar lo necesario sin exigirles demasiado ya que podría generar frustración, rechazo o agitación.

¿Qué beneficios esperamos obtener?

La finalidad principal es mantener o estimular las capacidades cognitivas de la persona. De forma indirecta contribuirán a que las personas se sientan útiles, mantengan sus aficiones o descubran otras nuevas. También potenciarán el contacto y vínculo con sus allegados favoreciendo la socialización, la comunicación y la interacción con el entorno. Mejorarán su autoestima y ánimo contribuyendo a la prevención de trastornos de conducta. Y además estaremos utilizando el tiempo de forma productiva, no pasiva.

Estimulación cognitiva con Naipes

Nos referimos a la baraja de cartas tradicional. Se trata de 40 cartas categorizadas en 4 palos (oros, copas, bastos y espadas) con valores numéricos ascendentes. Es un objeto cotidiano que se puede encontrar en la mayoría de hogares. Habitualmente se utilizan como herramienta de ocio dirigida fundamentalmente a juego en grupos.

Sin embargo, su estructura e ilustraciones la convierten en un elemento potencial para realizar ejercicios cognitivos. En los juegos de cartas trabajamos muchas capacidades cognitivas como la atención, velocidad, cálculo, percepción, clasificación, secuenciación, planificación, aprendizaje de normas o la comunicación. La baraja de cartas resulta muy versátil en cuanto a niveles de dificultad y permite realizar ejercicios y juegos de forma individual, en pareja o grupo.

Proyecto Encartados: Guía gratuita de juegos para estimulación cognitiva

Hemos desarrollado este proyecto que consiste en la difusión de una guía gratuita de

juegos con cartas para estimular a personas con deterioro cognitivo. Esperamos que sirva de material complementario para los familiares y cuidadores de personas con deterioro cognitivo.

La guía se puede descargar gratuitamente desde nuestra página Web (**www.encartados.com**). Está estructurada en forma de juegos de diferente complejidad con variantes y recomendaciones. Intentamos dar pautas e ideas sobre la multitud de ejercicios que se pueden desarrollar con ellas. En la página Web están disponibles varios videos demostrativos de los juegos para facilitar su desarrollo. También existe una encuesta anónima para valorar la utilidad de la guía, su difusión y la adaptación a los juegos en función de la enfermedad de la persona. Este proyecto no tiene ánimo de lucro y su austero presupuesto ha sido costeado por los autores. Para el diseño, difusión y distribución de la guía han participado varios colaboradores cuya actividad en el proyecto se puede consultar en la página Web.

RESTAURANTE • SALÓN URBASA

OBAS

CAFETERÍA • TERRAZA

Cocina permanente de 8 a 0,30 h.
Carta gastronómica tradicional
Menú del día (30 platos)
Menú especial fin de semana (grupos y celebraciones)
Picoteo en raciones, pinchos...

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

La importancia del Testamento Vital en Navarra

Soco Lizarraga Mansoa. *Médica de Familia. Centro Salud de Berriozar*
Txaro Osinaga Cenoz. *Trabajadora Social. Centro Salud de Berriozar*

En Navarra, cada año, un número creciente de personas realiza el TESTAMENTO VITAL o Documento de VOLUNTADES ANTICIPADAS. Más de 3.700 personas lo tienen ya realizado, siendo un 64% mujeres y el 36% hombres. Pero, ¿qué es un testamento vital y para qué sirve?

Todas las personas nos vamos a morir y para reflexionar sobre nuestra propia muerte no hace falta esperar a tener una enfermedad grave porque podemos hacerlo antes de manera más serena. La mayoría de las personas desea un tránsito tranquilo de la vida a la muerte, sin sufrimiento, rodeado de los seres queridos y, si es posible, en el domicilio.
La experiencia de morir puede resultar dramática y dolorosa, tanto para el moribundo como para la familia, o puede ser, dolorosa por la pérdida, pero serena, en paz, con el menor sufrimiento físico y emocional posible. En nuestras manos está el decidir sobre este proceso o dejar que sea el destino, el sanitario, la familia....quien tome la decisión.
Para decidirlo nosotros, si no estamos capacitados cuando llegue ese momento, existe un documento llamado **Testamento vital o Voluntades Anticipadas**.
Es un documento en el que la persona, mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y tratamientos que desea se le hagan, o no se le hagan cuando esté en situación terminal y no pueda manifestarse. Se puede expresar la voluntad de no prolongar la vida artificialmente y el deseo de que se suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, sufrimiento psíquico y físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación.
También se puede expresar la voluntad sobre donación de órganos, tejidos o el cuerpo para trasplante, docencia o investigación.
Es recomendable designar un representante para garantizar que se cumplan los deseos de la persona que realiza el Testamento.

¿Cómo se hace?

Hay que elaborar el documento, poniendo lo importante para la persona que lo realiza, o se puede utilizar modelos ya existentes. Estos modelos se facilitan en el Registro de Voluntades anticipadas y en los Centros de salud junto con toda la información necesaria. También se pueden buscar en internet en el "Registro voluntades anticipadas navarra" o en "DMD-testamentos vitales-navarra" de la Asociación Derecho a Morir Dignamente.

¿Dónde se entrega?

Junto con el documento, firmado por la persona que lo realiza y por la persona representante, (sin necesidad de que esta última esté presente en el momento de la entrega), hay que llevar copia del DNI de ambas personas.
1. En el Registro de Voluntades Anticipadas, Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías, C/Amaya, 2 A, 3ª planta. Pamplona.
2. Ante un empleado público, p.e, Trabajoras/es Sociales del Centro de Salud.
3. Ante notario. Cuesta dinero y hay que asegurarse de llevarlo al Registro posteriormente.
4. Ante testigos. Más dificultoso porque hay que reunirse todas las personas implicadas

¿Qué pasa con el Documento?

1. En primer lugar queda inscrito en el Registro Navarro de Voluntades Anticipadas. A este registro puede acceder todo el personal médico, público y privado, mediante claves personales para dejar constancia del acceso.
2. Se envía a la Historia Clínica de Atención Primaria, donde hay un icono de acceso directo a la copia del Documento.
3. Se envía al Registro Estatal de Voluntades anticipadas disponible en la mayoría del resto de Comunidades Autónomas
Este documento es de obligado cumplimiento por parte del personal sanitario según la ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Tanto en los centros públicos como privados

Algunos consejos

- Es recomendable guardar copia del documento, que tenga otra la persona representante y hablarlo en la familia para que se conozca
- Comunícaselo a tu médico de familia, pídele que compruebe si está en tu historia clínica y, si ya está, pídele que lo resalte para que se vea mejor.
- Si te vas de viaje, llévalo junto con tu historial médico, aunque estará incluido en el registro estatal de VVAA.

¿Qué especialidad médica se hará cargo del varón que envejece?

La Medicina del envejecimiento. Una nueva y prometedora especialidad

Satur Napal Lecumberri y Garazi Lopez Ubillos. *Urólogos del Complejo Hospitalario de Navarra*

Existen una serie de enfermedades que afectan más a los varones que a las mujeres y que éstos debieran de conocer. Las mujeres ya han logrado grandes avances sanitarios para que su cuerpo y su vida no se deterioren, y las "Unidades de Tratamiento de la Menopausia" o los "Centros de Atención a la Mujer" son ya una realidad en nuestro medio. Palabras como "osteoporosis", "tratamientos hormonales sustitutivos" o "gel lubricante vaginal" son utilizadas por las mujeres cotidianamente y no sólo en la menopausia, sino también entre las que se preparan para la llegada de esta etapa de su vida.

Los varones, aunque vamos muy por detrás de ellas, nos tenemos que concienciar de la importancia de la prevención y del cuidado de nuestra salud y es seguro que en poco tiempo veremos proliferar "Unidades de Andropausia" o de "Envejecimiento Masculino", donde los varones seremos estudiados y tratados de forma global

El aumento de la edad media de la población supone un mayor número de enfermedades y de intervenciones quirúrgicas, tanto programadas como de urgencia y además con las limitaciones específicas ligadas a la edad. Esto unido a otros temas hará que la urología juegue un papel importante en gran parte de la patología del "varón que envejece". Refiriéndonos a la especialidad de urología los importantes avances alcanzados en las últimas décadas en el desarrollo de la medicina han repercutido en el futuro de esta, que se perfila como una especialidad con mayor contenido médico, sin abandonar las raíces que la caracterizan como especialidad quirúrgica.

El estudio del varón añoso

El compromiso médico del urólogo es cada día mayor y en Europa se promueve activamente la idea de que el urólogo debe de ser el médico general del varón de edad avanzada y con esta idea ha nacido la "Sociedad Internacional para el estudio del varón añoso".

La prolongación de la edad media de la población masculina determina un aumento de la patología urológica característica ligada a la edad, que se traduce sobre todo en síntomas relacionados con trastornos del tracto urinario inferior, mayor riesgo de padecer infecciones urinarias e incontinencia urinaria, un aumento en la incidencia de cáncer prostático, de disfunción eréctil y la aparición del síndrome del hipogonadismo de inicio tardío, ligado al déficit de testosterona y que ocurre en muchos varones a partir de los cincuenta años.

Actualmente se hace hincapié en que el urólogo como médico que accede a gran cantidad de varones de edad, debiera actuar como controlador de los marcadores de riesgo de enfermedad cardiovascular y en educador de estos pacientes aconsejándoles la adquisición de hábitos de vida cardiosaludables.

El cuadro general es que la mayoría de los varones de edad padecerán alteraciones relacionadas con la especialidad de urología. Por todo lo dicho anteriormente, surge en Europa la idea que propugna la necesidad de desarrollar un programa denominado Androcheck y que tendría como objetivo el control periódico de los varones de más de cincuenta años y dicho programa lo lógico es que corresponda al urólogo, como responsable directo de la atención a un nuevo campo que emerge dentro de la especialidad.

El Androcheck debe ir encaminado a la prevención y el tratamiento de cinco patologías urológicas fundamentales:

- La hipertrofia benigna de próstata
- El cáncer de próstata.
- La disfunción eréctil.
- El síndrome del hipogonadismo de inicio tardío, por déficit de testosterona.
- La prevención de la cardiopatía isquémica.

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**

Consideraciones sobre el uso de los audífonos

Dr. Ignacio Arruti González. *Jefe de Sección ORL en el Complejo Hospitalario de Navarra*
María Valencia Leoz. *DUE ORL en el Complejo Hospitalario de Navarra*

Introducción a la audición en la tercera edad

La presbiacusia o pérdida auditiva relacionada con la edad es la causa más común de hipoacusia afectando a un 40% de la población mayor de 65 años. Se produce por degeneración de las células ciliadas del oído interno influyendo en ella factores genéticos, ambientales, sociales y otras enfermedades relacionadas con el envejecimiento.

Se caracteriza por una pérdida auditiva de evolución lenta y progresiva que afecta fundamentalmente a las frecuencias agudas.
El estilo de vida actual hace que actualmente esta patología aparezca a partir de los 50 años. Su tratamiento consistirá en evitar factores de riesgo y de cara a mejorar la audición en el empleo de prótesis auditivas.

Selección de prótesis auditivas

Actualmente existen diversos tipos de prótesis auditivas en el mercado. Además, es un sector en continuo progreso que evoluciona a la par que lo hace la tecnología, por lo tanto, es fundamental analizar bien las necesidades y características personales para elegir la prótesis que más convenga, y esto hace imprescindible el asesoramiento de personal experto, en este caso, el otorrinolaringólogo y el audioprotesista.
Para la selección del tipo audífono hay que tener en cuenta:

- **La gravedad de la pérdida.** No todos los audífonos tienen la misma capacidad de amplificar el sonido. El otorrinolaringólogo es el especialista que va a saber qué tipos de audífono cubren la pérdida auditiva y dentro de estos podremos elegir con la ayuda del audioprotesista.
- **La funcionalidad del audífono.** Cada persona lleva una rutina diaria diferente, por lo tanto, los requerimientos del audífono también lo son. Hay que saber para qué queremos el audífono, ya que existen prestaciones que no son aplicables a todos los audífonos.
- **La destreza en el manejo del audífono.** Los audífonos son aparatos en miniatura y hay que tener habilidades, incluso buena vista, para su mantenimiento, cuidado y colocación. El audioprotesista es quien debe tener en cuenta este punto ya que es quien enseña estas habilidades.
- **El gasto económico.** En general son aparatos de coste elevado, por lo tanto, hay que valorar diferentes tipos de prótesis y de centros auditivos según las capacidades de cada uno. En Navarra, los audífonos están financiados en los niños, hasta los 16 años. En adultos sólo se financian los implantes auditivos, de colocación quirúrgica, pero tienen unas indicaciones muy limitadas.
- **La estética.** Es importante elegir el aparato que más agrade dentro de las posibilidades, ya que hay que utilizarlo a diario.

Tipos de prótesis auditivas

♦**Audífonos convencionales (por vía aérea).** Son aparatos electrónicamente muy complejos que ayudan a percibir los sonidos del entorno y del habla, amplificando selectivamente cada una de las frecuencias, sin superar determinadas intensidades para evitar malestar (umbral de disconfort o de dolor) en las personas que padecen pérdidas auditivas. Básicamente, el sonido es captado por un micrófono que convierte las ondas sonoras en señales eléctricas, estas pasan a un amplificador, donde la señal puede transformarse y amplificarse adaptándose a las necesidades de cada persona y de aquí al auricular, que vuelve a convertir las señales eléctricas en sonido.

1. Audífonos retroauriculares (BTE, behind the ear). Todos los componentes electrónicos van alojados en el interior de una carcasa que descansará sobre la oreja. Por el codo que tiene en su extremo se une al molde, mediante un tubo de plástico flexible. Son los únicos adecuados para cubrir hipoacusias desde leves a profundas, siendo necesario para estas últimas, aparatos de mayor tamaño (esto es debido a la necesidad de incorporar un auricular más potente).
Las principales ventajas de este aparato son su potencia, su fácil manipulación y la posibilidad de adaptarle la FM (frecuencia modulada, permite la trasmisión directa del sonido desde una fuente emisora por ejemplo un micrófono). Su principal desventaja es que quizás es el menos discreto.

2. Audífonos intrauriculares (ITE, in the ear) Estos audífonos se colocan en la concha del oído externo que se prolonga en el conducto auditivo. La mayoría de las personas son capaces de manipular fácilmente el control del volumen y las pilas. Su colocación es sencilla gracias a su tamaño, sin embargo, también son visibles.

3. Audífonos intracanal (ITC). Este tipo se coloca en el interior del conducto auditivo y no es muy visible, entra en el grupo de los llamados "audífonos invisibles". Por su reducido tamaño, tanto el cambio de pilas como la colocación en el oído pueden ser tareas complicadas sin una buena destreza manual.

Al tener un tamaño menor son menos potentes y debido a que los circuitos están miniaturizados también tienden a ser más caros.

4. Audífonos Cros y Bi-Cros. Son audífonos que se utilizan específicamente cuando la audición en un oído es mucho menor que en el otro o tiene una pérdida total. En este caso, se coloca un micrófono en el oído más afectado y se sujeta mediante un dispositivo retroauricular. El sonido se transmite al audífono del oído menos afectado mediante un cable por detrás del cuello o un sistema inalámbrico. El audífono del oído menos afectado capta los sonidos del micrófono del oído más afectado y a continuación, los transmite al audífono del oído menos afectado.

♦Implantes de conducción ósea.
Son prótesis auditivas que funcionan mediante la estimulación directa de la vía ósea. Captan el sonido a través del aire y lo convierten en vibración que estimula o bien el hueso temporal (PONTO®, BAHA®) o bien la cadena de huesecillos (Vibrant Soundbridge) llevando el sonido directamente al oído interno.
La colocación de estos implantes conlleva una intervención quirúrgica, por lo que sus indicaciones son limitadas a casos en los que un audífono convencional no es viable. Por ejemplo, casos en los que la morfología del pabellón auditivo no permite un audífono o hay ausencia de pabellón auditivo; o bien cuando el audífono genera repetidas infecciones de oído al no permitir ventilación (caso de perforaciones de mala evolución).
Las hipoacusias que solucionaría este tipo de dispositivo son fundamentalmente las transmisivas, en la que el sonido por vía aérea se oye mal, pero sin embargo a través de vía ósea (capacidad auditiva del nervio) existe buena audición. También podría usarse en algunas hipoacusias mixtas, y puntualmente en unilaterales, sabiendo que en este caso el implante va a funcionar llevando el sonido al oído contrario (como los audífonos Bi-Cros), es decir, no se logra una audición binaural (por ambos oídos).

Cuando indicar un audífono

El diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia debe realizarse lo mas precozmente posible, el especialista en otorrinolarigología es el encargado del diagnóstico, de prescribir el tratamiento y de realizar el seguimiento. El tratamiento podrá ser médico, quirúrgico o audioprotésico.
Generalmente se precisa adaptación protésica cuando los umbrales auditivos en frecuencias conversacionales (500, 1000 y 2000 Hz) son superiores a 30-40 dbs. Cada caso debe tratarse de modo individualizado.

Normas Generales
1. En una hipoacusia bilateral mayor de 30-40 dbs está indicada la adaptación bilateral.
2. En una hipoacusia unilateral con normal audición en el otro oído, la adaptación del oído afecto será opcional.
3. En las hipoacusia asimétricas lo mas conveniente será adaptar ambos oídos si lo precisan. Caso de adaptar un solo oído en general si la pérdida es mayor de 60 dbs se adapta el mejor; si la pérdida es menor de 60 dbs se adapta el peor.

Adaptación protésica y evolución

Una vez el otorrinolaringólogo indica los audífonos, hay que elegir el mejor para cada persona y valorar la evolución y mejoría. Esto es un trabajo que debe hacerse en equipo, entre el paciente, que tiene un papel fundamental y por eso tiene que estar convencido, el audioprotesista, que debe asesorar y beneficiar al cliente, y el otorrino, que ha de hacer seguimiento del rendimiento que aportan los audífonos.
Los audífonos son dispositivos económicamente costosos pero deben aportar una gran mejoría a la persona que los lleva, por eso es muy importante ser insistente y paciente. Hay que acudir al centro audioprotésico siempre que surjan dudas o problemas con el audífono, tales como:

- No notar mejoría de la audición
- Estar incómodo con el audífono
- Oír muy fuerte la voz propia
- Escuchar ruido de fondo o pitidos al llevar puesto el audífono

El audioprotesista puede modificar la configuración del audífono en base a las sensaciones del paciente y a las pruebas audiológicas que él hace. Además, de forma rutinaria, se llevan a cabo pruebas audiológicas tanto tonales como verbales en los centros audioprotésicos y en las revisiones médicas en otorrinolaringología.

Cuidado de las prótesis auditivas

Los audífonos tienen una vida media de entre tres y cinco años y requieren los siguientes cuidados:

- Mantener los audífonos lejos del calor y la humedad.
- Limpiar los audífonos siguiendo las instrucciones. La cera y la supuración del oído pueden estropearlos. Si hay supuración del oído, no hay que utilizar el audífono hasta que cese la infección por riesgo del paciente más que del audífono, ya que se contamina el audífono y dificulta la curación de la infección.
- Evitar el uso de laca u otros productos para el pelo mientras tenga puestos los audífonos.
- Apagar los audífonos cuando no se estén utilizando.
- Cambiar de inmediato las pilas agotadas.
- Proteger de golpes y otros accidentes en la medida de lo posible.

Conclusiones

Se estima que un 8% de la población española padece algún grado de hipoacusia, es decir unos 3.500.000 de españoles de los cuales existen mas de medio millón que usan audífonos.
El único capacitado por ley para prescribir tratamientos es el otorrinolaringólogo, la adaptación de los audífonos indicados corre a cargo del audioprotesista. Estamos hablando de un material caro que para cubrir las necesidades de los pacientes precisa de profesionales preparados e implicados.

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

¿Te duele el estómago? Quizás tengas gastritis

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

La gastritis es una inflamación de la mucosa gástrica, que es la capa de células que recubre por dentro el estómago protegiéndole de la acidez de los jugos gástricos. Puede estar producida por múltiples causas: alcohol, tabaco, ciertos alimentos, fármacos así como por infecciones.

Puede presentarse de forma aguda, cuando se presenta durante un corto periodo de tiempo, o crónica, si se prolonga durante meses o años.

Qué Síntomas presenta la Gastritis Aguda?

Varían mucho de unas personas a otras, y en muchos casos los pacientes permanecen asintomáticos. Los más frecuentes son dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, dispepsia (dolor, molestias o sensación de plenitud gástrica) y, en los casos más graves puede llevar a provocar hemorragia digestiva (vómitos con sangre o negruzcos, como los "posos de café", o deposiciones negras, pegajosas y malolientes llamadas "melenas").

El dolor que produce característicamente aumenta con las comidas por mayor producción de ácido gástrico durante las mismas, mientras que suele calmar con productos como los lácteos y el reposo digestivo.

¿Cómo se diagnostica una Gastritis?

Los síntomas revelados por el paciente y la analítica de sangre (donde fundamentalmente lo que se objetiva es anemia) ayudan a sospechar una gastritis aguda, pero el diagnóstico de confirmación es histológico, es decir, es necesario analizar en el microscopio una muestra de tejido del estómago obtenida mediante una Gastroscopia.

En esta muestra se observan erosiones que afectan a la mucosa del estómago (no afectan a capas más profunda de la pared del estómago).

¿Cuál es el tratamiento de la Gastritis Aguda?

En ocasiones no es necesario tratarlas, puesto que las gastritis se pueden resolver espontáneamente.

En primer lugar es importante evitar los alimentos irritantes (café, té, alcohol, pimienta, mostaza, vinagre...) o las sustancias que pueden dañar la mucosa gástrica, como los antiinflamatorios.

Se aconseja fraccionar las comidas en una menor cantidad evitando la plenitud gástrica, así como evitar comidas muy elaboradas que inviten a una hiperproducción de ácido gástrico.

En cuanto a los antiinflamatorios en el caso de que sea necesario emplearlos, se hará después de las comidas (nunca en ayunas) y con protección farmacológica.

La protección farmacológica se realiza fundamentalmente con los inhibidores de la bomba de protones destacando omeprazol, pantoprazol, rabeprazol, lansoprazol y esomeprazol. Estos fármacos consiguen mantener un ph en el estómago no excesivamente ácido, disminuyendo así los síntomas de la gastritis y facilitando la curación.

En los casos en los que la causa de la gastritis sea una infección (infección por la bacteria Helicobacter Pylori) es necesario tratar con antibióticos dirigidos a su erradicación (asociados a los citados inhibidores)

Cuando aparecen complicaciones como la hemorragia digestiva puede ser necesaria la realización de una Gastroscopia Urgente, aunque la mayoría de las veces la hemorragia cede de forma espontánea sin necesidad de realizar pruebas invasivas.

La cirugía (que generalmente consiste en la extirpación de todo el estómago) presenta una mortalidad muy elevada y sólo debe utilizarse como último recurso en situación de alta gravedad.

Gastritis Crónica: tipos y síntomas

La gastritis crónica consiste en una inflamación del revestimiento del estómago que se presenta de forma gradual y persiste durante un tiempo prolongado. Se diferencia precisamente de la gastritis aguda en su tiempo

de presentación, dado que la aguda surge rápidamente pero sus síntomas pueden desaparecer a medida que la situación de la persona mejora.
Se caracteriza por la progresión de la inflamación hacia la destrucción (atrofia) y metaplasia intestinal (término que indica la conversión de las glándulas del estómago en otras parecidas a las del intestino delgado).
A diferencia de la aguda, la gastritis crónica no posee unos síntomas específicos (hay personas que no padecen síntomas). Cuando estos síntomas aparecen suelen consistir en dolor de estómago, pesadez tras las comidas o aumento en la producción de gases.
La incidencia de la gastritis crónica se incrementa con la edad, siendo más frecuente en ancianos que en jóvenes.

Tipos de gastritis crónica

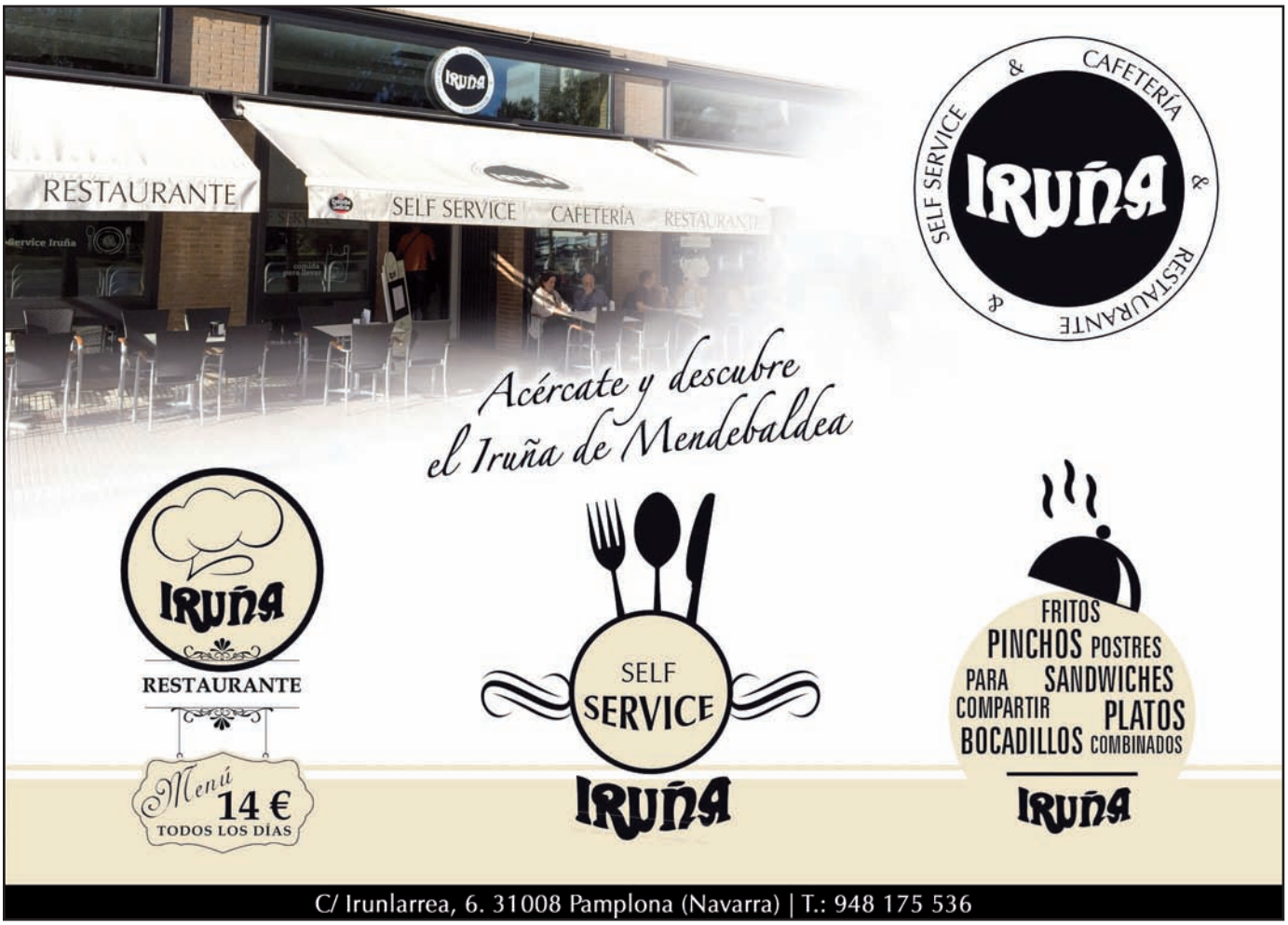
- Gastritis tipo A ó fúndica: es bastante rara. En este tipo de gastritis, la inflamación afecta fundamentalmente al cuerpo del estómago (porciones superior y media del estómago). Puede causar un tipo de anemia llamada "anemia perniciosa" que es debida a la falta de absorción de vitamina B12, causada porque la pared debilitada del estómago no es capaz de absorberla. Este tipo de gastritis predispone a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de estómago.
- Gastritis Crónica tipo B: es la más frecuente. Afecta al antro (porción más inferior del estómago) en personas jóvenes, o a la totalidad del estómago en ancianos.
Aparece en casi toda la población mayor de 70 años, y está producida por la infección crónica de la bacteria H. Pylori. Este tipo de gastritis también predispone a tener mayor riesgo de cáncer.
- Otras gastritis especiales incluirían causas químicas como las producidas tras un tratamiento con radioterapia, aquellas relacionadas con enfermedades como la Enfermedad de Crohn o la enfermedad celíaca, por alergias a alimentos o secundarias a infecciones sistémicas como el VIH.

Dieta aconsejada en pacientes con Gastritis

En pacientes con gastritis se recomienda seguir ciertas pautas dietéticas, evitando el consumo de comidas y bebidas que puedan empeorar los síntomas.
Entre las recomendaciones dietéticas figuran las siguientes:

- Alimentos recomendados para la gastritis: pasta, arroz, pan blando, verduras cocidas y sin piel, patata, frutas cocidas, carnes magras, pescados, clara de huevo, productos lácteos desnatados, agua y bebidas sin cafeína
Preferiblemente los alimentos se deben preparar hervidos, al horno, a la plancha o al grill evitando frituras.
- Alimentos que se deben tomar con moderación: verduras crudas, ajo, cebolla, tomate, pepino, productos integrales o ricos en fibra, frutas con piel, leche entera, nata y mantequilla, quesos curados, embutidos, chocolate, bollería, cítricos y bebidas carbonatadas.
- Alimentos que es mejor evitar: alimentos y bebidas muy fríos o muy calientes, pimienta, vinagre, mostaza, café, té y alcohol.

Como normal general se aconseja a los pacientes con gastritis ingerir cantidades pequeñas de comida, aunque con mayor frecuencia, por ejemplo, cinco veces al día.
Se recomienda una masticación adecuada para cada comida, evitando también acostarse inmediatamente después de cada ingesta.
Se trata en definitiva de dar cierto "reposo digestivo" intentado evitar el estímulo de ácido que produce el estómago ante determinados alimentos
Por último, también se recomienda no ingerir fármacos que dañen la mucosa gástrica (aspirina, antiinflamatorios) y evitar, en la medida de posible, situaciones de estrés, pues éste favorece la secreción ácida del estómago.



Egüés
óptica
Centro Auditivo

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

Ver bien es vivir mejor

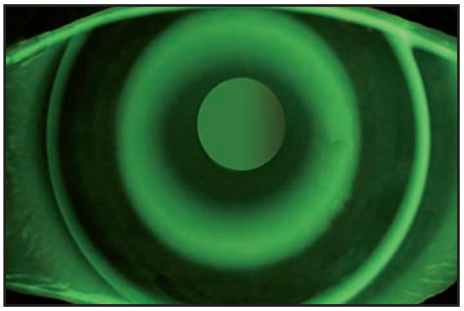
Servicios especializados

TELEOFTALMOLOGÍA

¡Es muy importante revisar tu retina! Detección precoz de patologías como diabetes, degeneración macular, glaucoma, hipertensión...
Prevención mediante una fotografía de la retina y un escáner OCT del fondo de ojo con posterior informe médico en 48 horas. En el caso de que se presente alguna alteración, deberá acudir a su médico especialista.

TERAPIA VISUAL

Realizamos exámenes visuales completos a niños y adultos y terapia visual para ojo vago, estrabismo, problemas de enfoque, problemas de aprendizaje relacionados con la visión. Visión y aprendizaje están relacionados.
¿Sabes si tu hijo tiene unas buenas habilidades visuales para afrontar su aprendizaje?



ORTOQUERATOLOGÍA

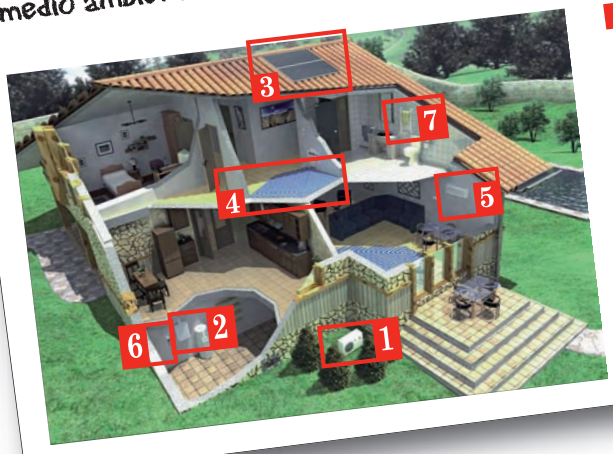
Corrección de la miopía mientras duermes. ¡Olvídate de las gafas y las lentillas!
La orto-K es una técnica de moldeo de la córnea mediante el uso nocturno de unas lentes de contacto especiales. A veces nos ayuda a frenar el aumento de miopía en niños. Muy recomendable para oposiciones de bomberos, policías, pilotos...

EFICIENCIA ENERGÉTICA:
menor factura y cuidado del medio ambiente

Mes de la calefacción

...y en tu hogar:

Déjate asesorar por profesionales, sobre cuáles son los sistemas de ahorro energético más adecuados a tu vivienda, que tengan en cuenta la proteccion al medio ambiente, la normativa vigente y sepan intergrarlo con el estilo de tu hogar.



1. BOMBAS DE CALOR
   - GAS (AIRE ACONDICIONADO)
   - AGUA-AGUA (GEOTÉRMICAS)
   - AIRE-AGUA (AEROTÉRMICAS)
2. INTERACUMULADORES Y/O ACUMULADORES REGULACIÓN Y CONTROL
3. ENERGÍA SOLAR TÉRMICA
4. SUELO RADIANTE
   - CALEFACCIÓN
   - REFRIGERACIÓN

   DESHUMIDIFICACIÓN
6. CALDERAS
   - GAS
   - GASÓLEO
   - ELÉCTRICAS
   - BIOMASA
7. RADIADORES
   - ALUMINIO
   - HIERRO
   - DISEÑO

En baños:
diseño, confort y funcionalidad

Venga y conozca nuestra exposición, donde le asesoraremos y podrá disfrutar de las últimas tendencias en cerámicas, duchas, sanitarios, grifería, mobiliario, mamparas, accesorios..

OL

OCHOA·LACAR

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

ALGECOSA

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

Nuestro servicio hacia el cliente nos hace diferentes

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