zonahospitaleko gunea nafarroa



https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/



https://twitter.com/ZHospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoXII enerofebrero2018 nº69



La gripe, compañera del invierno

2 Tratamiento de varices: ¿cirugía o microespuma? 3 Nuestro cuerpo es información. Conceptos de Holística 4 El Olfato 5 Cirugía Ginecológica Estética Regenerativa Funcional 6 Cirugía de la obesidad en pacientes mayores 7 Adiós a las varices con el catéter Clarivein 8 ¿Es bueno el uso del chupete? 9 La tecnología digital en los tratamientos de cirugía dental 10 La vejez en el mundo 11 Retrato del jubilado español en 2018 12 Ayuda a las personas desplazadas en Iraq 13 Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia... 14 ¿Preocupado por los aditivos? 15 La gripe, la fiel compañera de los inviernos 16 Un nuevo enfoque de una ciencia milenaria 17 La sedación dental mejora la experiencia y el tiempo de ir al dentista 18 Desarrollo y discapacidad intelectual: el papel del pediatra 20 Drogodependencias... 22 Demencia senil 24 El déficit de hierro 26 Cómo prevenir la Diabetes Mellitus tipo II 27 Cuerpo extraño en el esófago 28 Prevención de las úlceras por presión 31 Tendinopatía de la pata de ganso o anserina

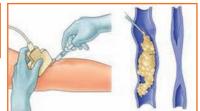
Zona Hospitalaria/Ospitaleko gunea Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona Edita/Edizioa PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. Dirección/Zuzendaritza Alfredo Erroz Redacción/Erredakzioa (redaccion@zonahospitalaria.com) Fotografía, diseño y producción/Argazkiak, diseinua eta produkzioa Publisic 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.









Tratamiento con microespuma

Tratamiento de varices: ¿cirugía o microespuma?

Catéter Clarivein



Dr. Gonzalo Villa Especialista en Cirugía Vascular Nº Colegiado: 313106416

Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 644 297 726 Centro Médico Urbieta | Urbieta, 58 | 20006 San Sebastián | 943470144 - 644 297 726

Aproximadamente el 30 % de la población padece, en mayor o menor medida, el problema de las varices y les puede ocasionar severas molestias además de un problema estético asociado.

Varices: ¿qué son?

Las varices son venas que han dejado de funcionar adecuadamente, provocando un aumento de la presión tanto dentro como fuera de la vena (hipertensión venosa) que lleva a la dilatación de la misma y provocan los síntomas mas habituales, la pesadez, dolor de piernas, cansancio, calambres, picor, piernas inquietas, y en casos avanzados flebitis, hemorragias, lesiones en la piel e incluso úlceras de difícil tratamiento.

Valoración del problema

Ante la presencia de varices es conveniente su estudio por un cirujano vascular con experiencia para llevar a cabo una exploración física y SIEMPRE un ecodoppler color para valorar el estado de la circulación venosa de la pierna, tanto del sistema venoso profundo como del superficial, para escoger el tratamiento más adecuado (no todas las varices se deben tratar del mismo modo).

Tratamiento

El tratamiento tradicional, la cirugía, supone "arrancar" el tronco venoso afectado junto con las colaterales varicosas de cierto calibre. Es un tratamiento agresivo que precisa de anestesia, baja laboral y habitualmente un postoperatorio que en el mejor de los casos resulta "molesto", pero que en ocasiones resulta un verdadero calvario.

Además, provoca la lesión de los nervios que las acompañan, generando zonas de la piel con menos sensibilidad (acartonadas) generalmente de por vida. Hematomas, cicatrices, posibilidad de infección, etc.

La esclerosis con microespuma

Afortunadamente existen tratamientos menos agresivos y más eficaces.

La esclerosis con microespuma consiste en la inyección, mediante la ayuda del ecógrafo, de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes, para provocar una inflamación que conduce a la desaparición de las varices y del eje venoso

principal del que dependen.

Se lleva a cabo de forma ambulatoria, en la consulta, no precisa anestesia y el paciente puede caminar, hacer deporte, trabajar ... desde el primer minuto del tratamiento.

El Catéter Clarivein

Consiste en la administración de la microespuma a través de un catéter que se introduce con un simple pinchazo en el eje venoso lesionado causante de las varices (safena interna o externa). También es ambulatorio, solo requiere de una anestesia local para la punción e introducción del catéter y permite también hacer vida normal tras el procedimiento, caminar y por supuesto ir a trabajar.

A diferencia de la cirugía, permite tratar las dos piernas a la vez.

Para concluir, cualquier variz con indicación de cirugía es tratable con microespuma. Es un tratamiento muy poco agresivo para la extremidad, no afecta a otros vasos sanos o nervios periféricos, no provoca el dolor ni las posibles complicaciones, ni las incomodidades, ni las lesiones e inconvenientes permanentes que genera la cirugía tradicional.













TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

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

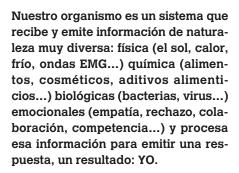
Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 625 635 691
 Centro Médico Urbieta | Urbieta, 58 | 20006 San Sebastián | 943 470 144 - 625 635 691 doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es

TRATAMIENTO CON MICROESPUMA: 1, 2 y 3

Nuestro cuerpo es información

Conceptos de Holística

Dr. Manuel Peleato Nº colegiado 153 (Dentista) Nº colegiado 3844 (Médico)



Esta respuesta, esta resultante de la información procesada, produce un estado, que es lo que somos a cada instante. Cada instante, como un monitor de ordenador que "refresca" la imagen de la pantalla 50 ó 100 veces por segundo, nos configuramos para existir como Seres, y dado que nuestro programa está diseñado para ser lo más perfecto, posible, funciona, sin excepción, lo mejor que puede. Sin embargo, determinadas informaciones que nos llegan, como por ejemplo, si pulsamos una tecla equivocada del ordenador, y nuestros "procesos" no son capaces de contrarrestar esa orden, o si activamos un proceso de forma imperfecta, se produce, nuestro cuerpo provoca lo que conocemos como "enfermedad".



Muchas de las enfermedades que padecemos son cambiantes, evolucionan. Un catarro se pasa en cuestión de días. Pero a menudo, sufrimo brotes de una enfermedad más o menos crónica, y a veces se va y otras persiste. Unas temporadas estamos bien de la espalda, las cervicales, y otras no, o la psoriasis, o el eczema nos atormenta y otras no... ¿Por qué?.

Variables en los procesos

Nadie por el momento lo sabemos (lo que sabemos, ya no tiene truco) pero aún así, aun con tratamiento adecuado, sigue habiendo variables en casi todos los procesos. Evidentemente, esas variables obedecen a algo que no nos obedece. ¿Qué?.

Según este esquema, estas variaciones en las enfermedades y dolores pueden explicarse por cambios de:

a) De la información que recibe nuestro cuerpo: pueda ser la primavera, o algo que comemos, o algún limpiador o detergente, o el aire que trae químicos diversos, o del disgusto que nos ha dado un hijo, o la pareja...

b) De los procesos que hacen funcionar nuestro cuerpo: los procesos biológicos internos son difícilmente cambiantes (metabolismo) los externos mejor (fundamentalmente, la alimentación). Los procesos mentales o emocionales están a nuestro alcance, con un esfuerzo relativo. Algunas medicinas o terapias son capaces de intervenir en esos procesos, osea, de "curarnos..."

Este esquema de concepto es simplemente un apoyo didáctico para la comprensión de la enfermedad. No da respuestas concretas, en gran medida, porque esas respuestas las tenemos que buscar cada uno. Es importante tener en cuenta que la enfermedad, generalmente, es consecuencia de un proceso largo de adaptación de nuestro cuerpo, y aparece fundamentalmente cuando los sistemas de compensación se han agotado (el rango de tolerancia biológico). Y hay que pensar que un mismo estímulo puede perfectamente ocasionar síntomas diferentes en diferentes

Le recordamos la importancia de una buena dentición: cualquier pérdida es una pequeña catástrofe, aunque hoy gracias disponemos de medios muy eficaces para evitarlas. Confie en un buen profesional, en su buen criterio y experiencia; si cree que un buen profesional es caro, ni se imagina lo que le costará uno malo.



Avda. Pío XII, 13 bajo 31008 Pamplona T 948 787 172 | www.endoperio.es



CPS-2796C/10-18-NA

TRATAMIENTOS

Preventiva (lo mejor que hacemos y lo que más disfrutará), empastes, endodoncias, periodoncia (encías), estética, prótesis, cirugía, microcirugía, plástica gingival, niños, bruxismo, dolores de ATM... y por supuesto, si hace falta, implantes.



El olfato es el sentido encargado de detectar y procesar los olores. Los seres humanos tenemos este sentido mucho menos desarrollado que la mayoría de los animales. Sin embargo es el más sensible de nuestros sentidos ya que una cantidad ínfima de materia es suficiente para estimular las células olfativas.

Proceso del olfato

- Las moléculas de olor llegan a las fosas nasales y allí se disuelven en la humedad de la pituitaria amarilla.
- La pituitaria amarilla se ubica en la parte superior de ambas fosas nasales y consta de tres tipos de células (olfativas unos 20 o 30 millones, basales y de sostén).
- Las células olfativas contienen en su cabeza unos 20 filamentos llamados cilios. Estos cilios trasforman las señales químicas en impulsos nerviosos.
- Estos impulsos llegan al bulbo, este manda información al sistema límbico (relacionado con la memoria y las emociones) y al lóbulo frontal que es el encargado de reconocer el olor.
- Se cree que existen siete tipos distintos de células olfativas capaces de reconocer siete tipos de olores: Alcanforado, almizclado, etéreo, floral, mentolado, picante y pútrido.

Causas de alteraciones en el olfato

Es posible observar tres tipos de factores que alteran el olfato:

- Factores endógenos: producen cambios en los tejidos pueden ser procesos infecciosos, trastornos hormonales, enfermedades neurológicas...
- Factores exógenos: producen daños químicos en los receptores olfativos que pueden ser temporales o permanentes esto ocurre al respirar vapores corrosivos (disolventes, insecticidas...), al abusar del tabaco o drogas inhaladas, con el abuso de determinados sprays nasales, con ciertos medicamentos...
- Factores físicos: alteran la llegada del estímulo (como ocurre con las desviaciones del

tabique, las poliposis, las rinitis, las sinusitis, tumores...); o la trasmisión del mismo (ocurre en intervenciones quirúrgicas, traumatismos craneales, enfermedades neurológicas...)

Tipos de alteraciones del olfato

- Anosmia: pérdida total del sentido del olfato.
- Hiposmia: disminución del olfato.
- Hiperosmia: sentido del olfato muy sensible.
- Parosmia: interpretación errónea de los olores, detectando como desagradable un olor que no lo es.
- Cacosmia: sensación de notar un mal olor de manera permanente.
- Fantosmia: es una alucinación olfativa, se percibe un determinado olor a pesar de no existir el estímulo.

Diagnóstico

- Historia Clínica completa.
- Exploración ORL completa.
- Resonancia Nuclear Magnética: necesaria para valorar la vía olfativa ante todo paciente con sospecha de problemas neurológicos.
- Tomografía axial computarizada: para evaluar senos paranasales, cavidad nasal, huesos de base del cráneo...

La radiología simple aporta poca información, la evaluación rutinaria con imágenes no está recomendada salvo que la historia clínica así lo justifique.

• Olfatometría: Se presentan diferentes estímulos odoríficos mediante frascos o tiras, el resultado va a depender mucho de la colaboración, instrucción, edad y patologías asociadas del paciente. Una dificultad añadida es que también se puede estimular el nervio trigémino (sensitivo) y así confundir los resultados.

Curiosidades

- Gracias a la estructura de nuestra nariz, somos capaces de percibir un mal olor en concentraciones mucho mas bajas que los buenos olores. Esto es un rasgo adaptativo ligado a las emociones de asco y miedo que favorece nuestra supervivencia.
- La sensibilidad que tenemos para percibir

olores, unida a nuestra capacidad de asociación, es un enlace directo a nuestra memoria (un perfume nos recuerda a una determinada persona, el olor de una panadería nos produce hambre, el olor del cloro nos recuerda al verano...).

- El olfato permite incrementar la capacidad para percibir los sabores (hasta un 80%), al perderlo muchas personas se quejan de que también pierden el gusto.
- El olfato es un sentido que nunca descansa, incluso dormidos olfateamos.
- Todos tenemos una huella olfativa propia, se investiga si es posible detectarla para su empleo fundamentalmente en temas de seguridad.
- El olfato se pierde también con la edad (presbiosmia).
- Como es bien sabido los perros son capaces de detectar multitud de olores, actualmente existen algunos perros capaces de detectar algunos tipos de cáncer en un grupo de diferentes personas.
- Los olores corporales juegan un importante papel en las relaciones interpersonales (compatibilidad de parejas, relación madre-hijo...).
- Existe la fatiga olfativa, consiste en que tras un cierto tiempo en contacto con un olor dejamos de percibirlo. Esto es importante en la prevención de accidentes (escape de gas, incendio...).

Conclusión

Una de cada 5 personas adultas sufre problemas de olfato. En general, es un tema que no produce gran preocupación aunque se considere que disminuye la calidad de vida, la sensación de placer y el disfrute de la comida. Sin embargo, la pérdida del olfato puede ser el síntoma inicial de enfermedades neurológicas graves (Alzheimer, Parkinson...), tumores, procesos infecciosos, intoxicaciones...

Es necesario acudir a un especialista en ORL para estudiar el caso, encontrar la causa que produce el problema olfatorio y poner el tratamiento adecuado según los diferentes orígenes.



navarro de ginecología C/Leyre 4 bajo 31002 Pamplona 948 22 73 28

Cirugía Ginecológica Estética Regenerativa Funcional

Dr. Toño Lara González. Ginecólogo. Nº Colegiado: 2<mark>990. Instituto Navarro de Ginecología</mark> Miembro de la Sociedad Española de Ginecología Estética Regenerativa Funcional

Estas intervenciones hace menos de una década ni se practicaban. Actualmente al año se realizan más de un millar de intervenciones de este tipo. No obstante, por desconocimiento o por pudor hay muchas preguntas por responder y una gran ausencia de información.

La cirugía íntima o cirugía vaginal es el conjunto de intervenciones realizadas en la zona genital femenina. Más allá de una cuestión puramente estética, este tipo de intervenciones resuelven problemas como la incontinencia de orina, la mejora en las relaciones sexuales, la relajación vaginal, etc., así como aspectos más psicológicos relacionados con la confianza y la autoestima.

Los avances en los últimos años en este campo permiten que las intervenciones sean más sencillas: pueden realizarse en consulta, con anestesia local, sin sangrados, y las pacientes pueden volver a su vida normal tras la intervención.

Las cirugías íntimas se pueden clasificar en:

Dirugía íntima del confort





• Labioplastia: Es la corrección de los labios menores de la vulva. Los labios hipertróficos, arrugados u oscuros pueden provocar molestias e inconfort en las mujeres. La técnica para resolverlo se realiza con Láser de CO₂.

- Clitoroplastia: También llamado descapuchamiento del clítoris, es una intervención destinada a restaurar tanto el aspecto como la funcionalidad del clítoris. Mejora las relaciones sexuales aumentando el placer.
- Lifting labios mayores: En el caso de que los labios sean demasiado grandes se retira parte de la piel sobrante, en caso de ser excesivamente delgados o atróficos se rellenan.
- Lifting monte venus: Es la liposucción de la grasa de la zona púbica.

Todas las técnicas anteriores pueden ser realizadas en consulta, con anestesia local, prácticamente indoloras y sin necesidad de ingreso. Su resultado, una mejora evidente en las relaciones sexuales así como un aumento de confianza y seguridad en las pacientes que realizan este tipo de intervenciones por razones psicológicas o estéticas.

Cirugía íntima funcional





 Vaginoplastia: El síndrome de hiperlaxitud vaginal produce un deterioro importante en la calidad de las relaciones sexuales. La reparación de los diámetros internos de la vagina produce una mejora evidente.

La técnica del Láser de CO₂ pudiendo ser combinada con la técnica de los hilos tensores

permiten corregir esta hiperlaxitud. Se realiza en consulta, con anestesia local, sin sangrados e indolora. La paciente puede volver a su vida normal tras la intervención.

Cirugía regenerativa

 Rejuvenecimiento vaginal: Es un procedimiento médico que bioestimula a nivel celular, y regenera a nivel tisular, mejorando la atrofia vulvo-vaginal y solucionando la incontinencia de orina.

La intervención se realiza con Láser de CO₂en consulta, con anestesia local pudiendo la paciente volver a su rutina diaria tras la intervención.

• Dispareunia (dolor en las relaciones sexuales): El tratamiento es plasma rico en plaquetas, el Láser de CO₂ y las Ondas de Choque, pudiendo aplicarse de forma combinada pueden restablecer una vida sexual plena satisfactoria. Este tratamiento también se utiliza para solucionar el liquen vaginal.







En España, un 23% de las personas mayores (65 y más años) tiene obesidad, y otro 45% sobrepeso, según la Encuesta Europea de Salud. La obesidad se considera uno de los principales factores de riesgo en las personas mayores, al mismo nivel que el tabaco.

La cirugía de la obesidad en pacientes mayores se ha demostrado segura, ofreciendo una mejoría significativa de sus enfermedades asociadas a la obesidad y reduciendo significativamente la polimedicación tras la cirugía.

Sólo un 30% de los mayores españoles está en un peso normal. Es decir, en España existe un problema de sobrepeso y obesidad, especialmente entre los mayores y estas cifras son peores que la media de la Unión Europea.

La duración en el tiempo de la obesidad aumenta el riesgo de forma importante de padecer complicaciones. Se ha comprobado que con el mismo tiempo de evolución de la obesidad, los pacientes mayores tienen un riesgo más alto de complicaciones que los más jóvenes, siendo importante a partir de los 50 años, pero mucho más en los mayores de 65 años.

Cirugía individualizada

En la actualidad, en los equipos que se dedican a la cirugía de la obesidad, la tendencia es no establecer un límite de edad inflexible para esta cirugía, sino realizar una valoración personalizada y seleccionar cuidadosamente a los pacientes candidatos.

El aumento del IMC con la edad puede ser debido a cambios en los hábitos alimentarios (con mayor ingesta de grasas y azúcares), al descenso de la actividad física o por aumento del sedentarismo. También la aparición de enfermedades crónicas puede alterar hábitos previamente saludables y producir un efecto de círculo vicioso: una enfermedad articular o una enfermedad crónica que limita el ejer-

cicio puede acabar ocasionando sobrepeso u obesidad, que a su vez es factor de riesgo para otras enfermedades.

La estrategia de envejecimiento saludable puede prevenir el problema de la obesidad. Implica que algunos estilos de vida saludables han debido ser adquiridos a lo largo de la vida, desde la infancia: alimentación sana, ejercicio, peso adecuado y evitar hábitos nocivos (tabaco, alcohol).

En la Clínica Obedere estamos comprometidos con la salud de nuestros mayores ofreciendo la cirugía de la obesidad de forma individualizada. La gastrectomía vertical y el by-pass gástrico son técnicas seguras también en pacientes mayores. La reducción de peso si bien es muy importante, es menor que en pacientes más jóvenes pero se obtiene un mayor beneficio de la resolución de las enfermedades relacionadas con la obesidad y una disminución de la necesidad de medicaciones, mejorando la calidad y la esperanza de vida.



zonahospitalaria ■ enerofebrero2018 ■ n°69

Adiós a las varices con el catéter Clarivein





Antes y después del tratamiento con Clarivein



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

Las varices son una dilatación anómala y permanente de las venas superficiales de las piernas. En contra de la opinión generalizada, NO son un problema estético. Las varices son la expresión de un problema circulatorio y, como tales, constituyen una enfermedad

Su evolución habitualmente es benigna. A pesar de ello, pueden complicarse en forma de trombosis o hemorragias. Dejadas a su evolución natural acaban produciendo lesiones cutáneas irreversibles e incluso úlceras.

El tratamiento convencional de las varices ha sido la cirugía. Es un procedimiento no exento de agresividad. Implica la resección de los segmentos varicosos y el eje venoso del que dependen. Ello hace preciso el uso de anestesia y la necesidad de un período de recuperación prolongado. Durante dicho período no se pueden realizar las actividades de la vida cotidiana: ocio, trabajo, deporte, etc. Por el contrario, la esclerosis con microespu-

ma es un tratamiento con una agresividad mínima. Consiste en la invección de un agente esclerosante (microespuma), en el interior de los trayectos varicosos. Esta espuma produce el cierre de los mismos y su paulatina desaparición a lo largo de un número variable de sesiones.

Tratamiento ambulatorio

No requiere anestesia ni incisiones quirúrgicas. Ello hace que sea un procedimiento ambulatorio. A lo largo del mismo se puede hacer una vida completamente normal.

Cuando existe insuficiencia de la vena safena interna o externa, que es lo más habitual, la mejor forma de administrar la microespuma es el catéter Clarivein. Es un dispositivo que inyecta espuma dentro de la safena a la vez que gira a gran velocidad en su interior. La combinación del efecto químico de la espuma con el mecánico de la rotación del catéter maximiza su efecto y lo hace más rápido. El catéter Clarivein permite esclerosar todo un eje safeno en una sola sesión. Del mismo modo, sigue siendo un procedimiento ambulatorio, que permite realizar vida normal tras su finalización.

Cualquier variz "quirúrgica" es susceptible de ser tratada con microespuma.

Dado que las varices de todos los pacientes son diferentes en cuanto a localización, origen, sintomatología, etc., es imprescindible una consulta especializada con un Cirujano Vascular. Es la forma de elegir el tratamiento más adecuado y personalizado. En dicha consulta, se realiza una exploración detallada de los segmentos varicosos y una ecografía-doppler en color.

La ecografía es el único método de establecer la insuficiencia o no de los ejes safenos, el estado del sistema venoso profundo, etc. Es decir, permite realizar un "mapa" del sistema venoso de cada paciente.

Por tanto, es importante acudir a un centro con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades venosas. De ello, depende la obtención de los mejores resultados y la solución óptima para su problema.



drjimenezarribas@gmail.com http://varicessincirugia.org

Dr. José Manuel Jiménez Arribas:

- PAMPLONA. Hospital San Juan De Dios. C/ Beloso Alto, 3
- TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3

SIN ANESTESIA SIN INGRESO SIN BAJA LABORAL

CLARIVFIN® - MICROFSPIIMA

CONSULTA MÉDICA 948 290 690 644 722 549



El chupete es un elemento muy utilizado hoy en día, acompañando al niño en su desarrollo, utilizándose especialmente para calmarlo en el llanto. Pero hay un gran debate acerca del uso de los chupetes durante el desarrollo infantil, en torno a si son perjudiciales o no.

¿Es perjudicial el uso del chupete para el niño?

Se han realizado investigaciones acerca de si el uso del chupete puede afectar al niño, comprobándose que el uso de este mismo presenta tanto beneficios como desventajas en el crecimiento del niño, las cuales se exponen a continuación.

BENEFICIOS: 1. Es recomendado en casos de ansiedad o de procesos de dolor. 2. Se ha relacionado con la prevención del síndrome de muerte súbita en el lactante durante los primeros meses de vida. 3. Ayuda a conciliar el sueño.

DESVENTAJAS: 1. Si se utiliza el chupete después de los tres años se relaciona con la aparición de alteraciones orofaciales y dentales.
2. Su uso prolongado más de dos años puede retrasar el habla. 3. Si se da antes del mes de edad puede interferir en la lactancia materna.

Consejos en el uso del chupete

El uso del chupete es muy común en los bebés, y es muy importante la elección de este y la introducción en un tiempo adecuado. Por lo que a continuación se exponen una serie de recomendaciones para que el uso y la elección del chupete de forma adecuada.

- Cabezal pequeño que sea blando y flexible fabricado con material no tóxico, siendo lo más estrecho y pequeño posible la tetina para que no haya tanta interposición en la zona dental. Se recomiendan los chupetes anatómicos por la adaptación que hacen en la cavidad oral.
- Es recomendable elegir un chupete pequeño, el cual no se aumentará el tamaño según vaya creciendo el niño.
- No untarlo de sustancias dulces, ya que aumenta el riesgo de caries en el niño.
- Retirarlo a una edad adecuada.
- Introducir el uso del chupete una vez que el niño tenga instaurada la lactancia materna.
- Lavar y esterilizar el chupete antes de usarlo y durante su uso a lo largo de los años.

¿Cómo y cuándo eliminar el chupete?

Los estudios han encontrado que el chupete resulta perjudicial para el niño cuando su uso supera los tres años, produciéndose alteraciones dentales que con el crecimiento provocaran alteraciones en la cavidad oral. Por lo que se recomienda su retirada a los dos años de edad para evitar que el uso de este no interfiera en el desarrollo del habla.

Para la eliminación del uso del chupete es importante identificar que uso da el niño a este, para poder facilitarle otros elementos en lugar del chupete. Ante todo, no se recomienda la retirada del chupete de forma brusca, para lo que a continuación se proponen una serie de estrategias para llevar a cabo la retirada de forma paulatina y eficaz.

- Sustituir su uso por su juguete favorito, con el objetivo de que este juguete le sirva como forma de calmarse sustituyendo al chupete. Esto es recomendable cuando el chupete se usa para calmar la ansiedad o el dolor.
- Reducir su uso a lo largo del día, dejándoselo para que concilie el sueño, pero una vez dormido retirárselo. Además ir reduciendo el uso durante el día, dejándoselo durante menos tiempo.
- Otro método que se puede emplear es ir recortando la tetina del chupete de forma progresiva. Esta al cambiar de forma y tamaño ya no será del mismo agrado para el niño y además irá desapareciendo poco a poco.
- Se puede realizar un intercambio del chupete usando algún personaje que le guste, como por ejemplo los reyes magos. Explicando al niño que se les va a dejar el chupete para que se lo lleve a otro niño o a cambio de regalos. Realizarlo solo si el niño acepta cuando se le explica el proceso.

En definitiva, el uso del chupete tiene tanto beneficios para el desarrollo del niño como desventajas. Siendo la clave para que no haya repercusiones por su uso en realizar un buen uso del chupete a través de la elección del material, introducirlo después del mes de vida y de la retirada a tiempo de forma adecuada de este.





Peregrinación al SANTUARIO DE LOURDES

del 9-11 de febrero. Precio 180 €. ¡¡ÚLTIMAS PLAZAS!! Peregrinación a ROMA + lugares del Padre Pío + Asís

del 17 al 24 de abril. Precio 1.375 € Peregrinación a FÁTIMA

del 11 al 15 de mayo. Precio 525 € Ciudades monumentales de FRANCIA

del 20 al 26 de mayo. Precio 820 €

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR Reservas e Información: Raquel Izpura Roteta M 647 679 821







www.elmundoderaquel.com | www. peregrinacionesnavarra.es | elmundoderaquel@gmail.com | Raquel Izpura Roteta M 647 679 821





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

CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES

CASTILLO DE MAYA, 45. T 948152878

Uno de los cambios más relevantes que estamos viviendo en el campo de la cirugía oral y maxilofacial e implantología es la aplicación de la tecnología digital a los tratamientos.

Conscientes de su importancia, en **Clínica Bustillo** llevamos años utilizando estos recursos, hasta el punto de que los hemos incorporado de pleno a nuestros procesos de trabajo. Estamos convencidos de que existe ya una notable diferencia entre las clínicas dentales que los usan con normalidad y las que aún se mantienen en el mundo analógico.

Eficiencia, exactitud y predictibilidad

Los expertos reconocen que la tecnología digital aporta varias ventajas esenciales en implantología, que se traducen en beneficios para el bienestar y la salud del paciente. En primer lugar, se trabaja con mayor eficiencia, ya que evitamos los errores y las repeticiones que a veces se producen con las técnicas convencionales.

En segundo lugar, logramos una mayor exactitud en todas las fases de un tratamiento, sobre todo en la de planificación, clave para asegurarnos de que los implantes o las reconstrucciones encajan a la perfección con las características propias de cada paciente. Y, por último, la digitalización aporta predictibilidad. Podemos simular con precisión

cómo será el resultado final del tratamiento y compartir con el paciente las distintas opciones antes de tomar una decisión definitiva.

Otras ventajas de la tecnología digital

En lo que respecta a la cirugía, la tecnología digital también supone un avance cualitativo. Ocurre en situaciones como la colocación de férulas, la realización de prótesis provisionales o la ejecución de intervenciones que eran descartadas en la cirugía tradicional por la dificultad de anticipar el resultado.

Otro ejemplo de las ventajas se comprueba con la cirugía ortognática. La búsqueda de la simetría es mucho más precisa con la planificación digital, puesto que permite establecer exactamente el plano sagital (perpendicular) del rostro y el desnivel de los maxilares, entre otras variables.

Asimismo, resulta muy útil para conocer la posición de los dos maxilares en relación con el cráneo. El uso de métodos bidimensionales, como las radiografías, impide identificar fielmente desviaciones, oscilaciones y asimetrías. Sin embargo, ahora podemos definir estos elementos sin temor a equivocaciones. Por otro lado, el análisis digital ayuda a descubrir otras patologías que podían quedar ocultas con los sistemas de antes.

Y no debemos olvidar que la tecnología digital ayuda también a mejorar la colaboración con otros profesionales que toman parte en un tratamiento odontológico, como protésicos y técnicos de laboratorio.

¿Qué retos presenta esta nueva forma de entender la salud dental?

Por una parte, la necesidad de estar en aprendizaje continuo, porque aparecen cada día nuevas técnicas y protocolos. Por otro lado, los equipos y el software evolucionan con gran rapidez. Muchos recursos se quedan obsoletos en poco tiempo, y es necesario realizar una inversión regular en novedades.

De hecho, en **Clínica Bustillo** renovamos con frecuencia nuestros equipos. Hemos incorporado dos dispositivos: uno de tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), todo en uno. Incluye imágenes 3D, fotografías 3D e imágenes 2D cefalométricas y panorámicas digitales, en un solo equipo. Con él se trabaja en el diagnóstico de implantología, cirugía dental y maxilofacial, y análisis ATM (Articulación Temporomandibular).

Asimismo, hemos adquirido un escáner intraoral ligero y de diseño compacto que permite obtener imágenes de la cavidad intraoral con gran nitidez y detalle. Trabaja con un sistema estándar para facilitar la comunicación con otras aplicaciones y la relación con el laboratorio.

Gracias a la inmersión de nuestra clínica en la digitalización, estamos desarrollando protocolos propios de planificación y tratamiento.



La edad mayor, la vejez, es una etapa de la vida. Es deseable llegar a ella. Si se alcanza con un estado de salud razonable y con unos recursos económicos y familiares suficientes para vivir dignamente y con apreciable autonomía, la vejez puede ser un tiempo gozoso. Pero la realidad de esta etapa de vida depende mucho del lugar donde vivas, la capacidad económica que tengas, si eres mujer, etc.

De los 962 millones de personas mayores de 60 años, 602 millones viven en países empobrecidos. En 2050 se espera que ese grupo supere los 1.670 millones de personas. El envejecimiento de la población en esos países se está produciendo con mucha más rapidez que en las regiones más ricas, lo que hará, según la OMS, que tengan mucho menos tiempo para prepararse para afrontar las consecuencias. Todo esto tiene que ver con el aumento de la esperanza de vida. La media en nuestro planeta es ahora de 70 años, aunque todas las proyecciones indican que en el periodo 2045-2050 alcanzará los 83. Este indicador es precisamente uno de los que más claramente nos muestran las diferencias entre países. Si has nacido en España, te puedes considerar una persona con suerte, pues tendrás muchas posibilidades de llegar a los 82,8 años. Sin embargo, si naces en Bolivia tu esperanza de vida se reducirá hasta los 70,7 años y en República Democrática del

Congo es probable que no superes los 59,8. La inequidad en salud puede estar presente en todas las edades de la vida humana. pero tanto en la infancia como cuando envejecemos, somos más vulnerables. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el 48% de las personas más mayores en el mundo no recibe una pensión de jubilación. Pero, además, la cobertura no es adecuada para muchas de las personas que la reciben. Como consecuencia, la mayoría de las personas de edad en el mundo, carecen de ingresos seguros y no pueden jubilarse con dignidad y sin caer en la pobreza, por lo que se ven abocados a seguir trabajando el mayor tiempo posible, en ocupaciones con frecuencia mal pagadas y en condiciones precarias.

Protección a la pobreza extrema

La OMS pronostica que de aquí a 2050 la cantidad de personas ancianas que no pueden valerse por sí mismas se multiplicará por cuatro en los países empobrecidos. Existen dos estrategias clave para afrontar estas cifras; por un lado la puesta en marcha de sistemas de pensiones básicas pagadas por el Estado para proteger a las personas mayores de la pobreza extrema y, por otro, el refuerzo de los sistemas públicos de salud desde el enfoque de la Atención Primaria, es decir, garantizando los cuidados más básicos.

No debemos olvidar que incluso en los países empobrecidos la mayoría de las personas mayores muere a causa de enfermedades

no transmisibles, como son las cardiopatías, el cáncer y la diabetes. En este sentido, es importante poner el acento en políticas públicas que ayuden a prevenir enfermedades crónicas y fomenten la implicación activa de estas personas, pues el hecho de que podamos envejecer bien depende, y mucho, de nuestro estilo de vida y los recursos a los que hayamos tenido acceso durante nuestra vida.

medicusmundi trabaja para hacer real y efectivo el derecho a la salud de las personas más vulnerables, entre las que se encuentran las personas mayores. La mejor manera de conseguir salud para todas las personas es construir sistemas públicos de salud fuertes, que no dejen a nadie atrás. Contribuimos a la formación del personal sanitario, el verdadero corazón que hace funcionar al sistema de salud, también mejoramos infraestructuras y equipamientos. Trabajamos para garantizar la financiación adecuada de los servicios de salud mediante el fomento de mutualidades de salud para que nadie caiga en la pobreza por tener que pagarse los gastos sanitarios. Y tenemos muy presente que salud es mucho más que atención sanitaria, por lo que también apoyamos acciones encaminadas a mejorar aquellos aspectos que también influyen sobre nuestra salud, como pueden ser el agua, la alimentación, la vivienda o la pobreza, el mayor determinante de la salud en todas las edades. Conoce más de nuestra labor en www.lasaludunderecho.es



Retrato del jubilado español en 2018

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



Estamos acostumbrados a asistir a cambios vertiginosos en la sociedad, sobre todo desde que la tecnología forma parte esencial de nuestras vidas. Pero casi siempre centramos las transformaciones en la gente joven, cuya evolución resulta mucho más visible por el culto que en nuestra época se ha hecho de la juventud.

Sin embargo, otros grupos sociales también han cambiado mucho, aunque en ellos parezca más difícil vencer a los estereotipos. Es el caso de las personas mayores, colectivo que ha experimentado una profunda transformación en los últimos veinte años.

El incremento de la esperanza de vida, el hecho de llegar a la vejez en mejores condiciones físicas y haber recibido una mejor formación, son factores que conducen a una experiencia mucho más activa e independiente de la edad madura.

No obstante, también sabemos que la longevidad, en especial después de los 75 años, ha traído consigo enfermedades y problemas de dependencia que se han convertido en grandes retos para el Estado del Bienestar.

Aun y todo, si nos circunscribimos a las personas entre 65 y 75 años, vemos que su estilo de vida está bastante alejado de los tópicos que se manejan sobre la vejez. Así lo refleja un barómetro sociológico publicado por La Caixa, que muestra un colectivo muy dinámico, con muchas ganas de seguir disfrutando de la vida y de continuar siendo independientes.

Tres de cada cuatro de ellos están jubilados, y se han retirado entre los 60 y 65 años. Salvo excepciones, a la mayoría no le preocupan tanto los asuntos económicos (los tenían previstos de antemano) como la necesidad de gozar de una buena forma física que les permita disfrutar de todo aquello que se habían planteado hacer cuando llegara el momento.

En ese sentido, el espíritu de libertad e independencia es uno de los aspectos al que más importancia otorgan: "Se sienten libres y con ganas para hacer lo que quieren, aprovechan su tiempo y lo disfrutan con la familia".

En efecto, los datos indican que son muy activos. Más del 80 por ciento practica algún deporte, dedica tiempo a sus aficiones y viaja con regularidad. Un número muy importante realiza ejercicio a diario, que por lo general suele ser gimnasia, natación o caminar.

Como se puede comprobar, viven bastante alejados del sillón. Además, casi un 40 por ciento de ellos se compromete con el voluntariado, sobre todo en apoyo a personas en riesgo de exclusión social o a otros mayores. Aparte está el tradicional soporte familiar, que muchos abuelos españoles llevan a cabo con sus hijos y nietos.

Si nos detenemos en los aspectos más en boga, el estudio señala que "los jubilados están digitalizados. Prácticamente, 3 de cada 4 tienen PC y Smartphone". En consecuencia, más del 70 por ciento utiliza de manera frecuente aplicaciones de mensajería como Whatsapp, y una amplia proporción usa redes sociales como Facebook o Youtube.

Al igual que los ciudadanos de menor edad, Internet forma parte importante de su día a día, tanto para consultar información como para comunicarse. Respecto de los contenidos, les preocupa en particular todo lo que tiene que ver con la alimentación y salud, seguido de recursos para ocupar sus horas o desarrollar nuevos intereses.

En definitiva, el estudio indica que, hasta la llegada del declive por las enfermedades, las personas mayores de nuestro país tratan de aprovechar la vida de la mejor manera posible, de forma análoga a otros grupos de edad. Pero a diferencia de ellos, la disponibilidad de tiempo libre, cierta estabilidad económica y la experiencia, les permiten sacar todavía un mayor partido a lo que les rodea.



Ayuda a las personas desplazadas en Iraq

Hace algo más de tres años, Iraq fue invadido y ocupado por las tropas del llamado Estado Islámico (ISIS). Desde entonces y hasta hace pocos meses, cuando fueron derrotados militarmente, los invasores llevaron a cabo una persecución de grandes proporciones contra las minorías étnicas y religiosas en el país.

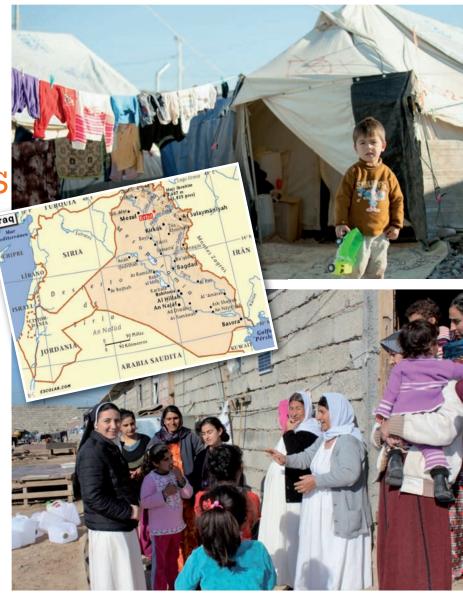
A pesar de haber terminado la guerra, las difíciles condiciones de la vida cotidiana de las personas que escaparon de la limpieza étnica no han mejorado sustancialmente. Por el momento, están a salvo en campos de refugiados, pero muchos siguen sin poder regresar a sus hogares en la Llanura de Nínive por la destrucción ocasionada en esa zona, porque en muchos casos sus hogares están ocupados por simpatizantes de ISIS, y porque la violencia aún no ha sido erradicada del lugar.

Unas 120.000 personas desplazadas subsisten gracias a la ayuda humanitaria, de las cuales 90.000 han manifestado su intención de volver a sus casas, o están en proceso de hacerlo, mientras que el resto permanece en los campos de refugiados.

Iniciativa particular

Hace unos meses, algunas personas de Pamplona sintieron la necesidad de ayudar a las familias expulsadas de la Llanura de Nínive. Conmovidas por la situación precaria en la que viven estas familias, se propusieron proporcionar una ayuda a modo de iniciativa particular, sin crear una nueva asociación, sino apoyándose en entidades ya existentes y de confianza, como el Arzobispado de Pamplona, Cáritas Diocesana y las parroquias.

El grupo contactó con una organización humanitaria iraquí, la **Humanitarian Nineveh Relief Organization (HNRO)**, que se dedica a socorrer a las personas que están reconstruyendo sus casas en la Llanura de Nínive, o que se encuentran en campos de refugiados en las cercanías de la ciudad de Erbil, en el Kurdistán.



Esta organización, promovida por un sacerdote, el Padre Behnam Benoka, y una religiosa dominica, la Hermana Diana Momeka, ha puesto en marcha un proyecto local de asistencia humanitaria, que consiste en la creación de una fábrica que produce alimentos típicos iraquíes, ubicada en Qaraqosh, entre Mosul y Erbil, en el norte del país.

Respuesta favorable

La finalidad de la iniciativa es proporcionar ayuda económica a HNRO para ampliar la fábrica mediante la contratación de trabajadores y la compra de maquinaria, tras lo cual se prevé que el negocio gozará de autonomía plena.

De este modo, la iniciativa, junto con las de otras organizaciones, se encamina a colaborar en el logro de las condiciones adecuadas para que las personas desplazadas puedan preservar y recuperar su patrimonio económico, religioso y cultural, vivir dignamente y dejar de depender de la ayuda humanitaria.

En los últimos meses, se ha acudido a las parroquias de Pamplona para dar a conocer la iniciativa, pedir oraciones y solicitar una contribución económica. La respuesta ha sido favorable y se espera recaudar 32.000 euros, que es la cantidad que se ajusta al coste del proyecto.

LOS DONATIVOS AL PROYECTO

Se pueden realizar a través de la cuenta bancaria del Banco Santander: ES83 0030 8025 9308 5018 0271 (Cáritas Diocesana de Pamplona – Tudela). Concepto para los donativos: FÁBRICA ALIMENTOS HNRO NÍNIVE

Nota: Se reconoce una deducción tributaria por donativos a instituciones benéficas o de carácter social.

Más información:

NURIA ARMENDÁRIZ M 630 72 83 36 nuriaarmendariz@telefonica.net Ma CONCHA ORBE M 619 93 41 86 maconchaorbe@gmail.com

Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirofano



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 los 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 14 años nuestro equipo ha tratado más de 3000 pacientes con varices utilizando esta técnica, consolidada ya, si se tiene experiencia suficiente, como una alternativa a la cirugía convencional para tratar TODAS LAS VARICES EN TODOS LOS PACIENTES sin utilizar NUNCA ni siguiera

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 clínico y ecográfico de los resultados de cada sesión.

Sin intervención quirúrgica

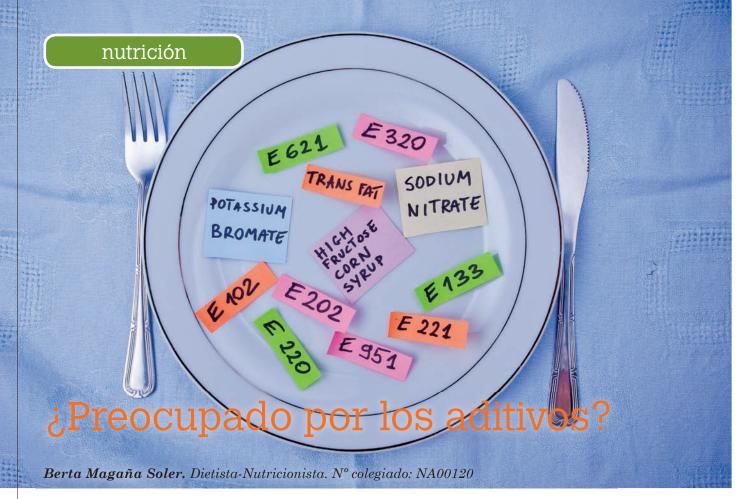
Se trata de una técnica poco invasiva que identifica las venas enfermas mediante una prueba denominada 'Eco-Doppler'. Una vez identificadas, se realiza una punción en la piel, guiada con la ecografía, y se introduce un fino catéter en la vena que se quiere tratar. Ya dentro, se inyecta en la vena enferma 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 INTERVENCION QUIRURGICA. 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.





Los aditivos son sustancias que se añaden a los alimentos y bebidas intencionadamente, sin el propósito de cambiar su valor nutritivo, con el fin de modificar sus características, sus técnicas de elaboración o conservación o para mejorar la adaptación de los alimentos al uso al que van destinados.

Los aditivos sirven para:

- Mejorar la conservación y preservar sus propiedades iniciales evitando que los microorganismos o los procesos de oxidación los deterioren.
- Mantener su valor nutritivo, evitando la degradación de sustancias como las vitaminas, los ácidos grasos o las proteínas esenciales, o reponiendo pérdidas producidas por los tratamientos previos.
- Asegurar la textura o la consistencia de los alimentos y garantizar su regularidad y estabilidad.
- Mejorar sus cualidades organolépticas: sabor, olor, color...

¿Son seguros los aditivos?

Sí, según los conocimientos científicos actuales y en las dosis autorizadas. Aunque siempre puede existir alguna persona que tenga respuestas alérgicas como podría tener a cualquier otra sustancia del medio ambiente, e incluso a algún alimento.

Para que se autorice la utilización de cualquier aditivo tiene que haberse demostrado primero, que es seguro con amplio margen, a las dosis que se propone su uso (IDA-Ingesta Diaria Admisible). Segundo, que es eficaz y que su uso está justificado por razones técnicas.

No obstante, la utilización de aditivos como método de conservación se usará solo cuando no se pueda recurrir a un procedimiento físico (pasteurización, esterilización, refrigeración, congelación, etc), para conseguir el mismo efecto.

En el etiquetado de cada alimento tienen que venir señalados todos los aditivos utilizados en su elaboración. Pueden aparecer con su nombre (por ejemplo ácido benzoico) o con un código compuesto por la letra E (que quiere decir que está autorizado por la Unión Europea) seguida de un número, por ejemplo E-210, precedidos siempre del nombre de la función para los que están autorizados, en este caso sería conservador: "Conservador, ácido benzoico" o "Conservador, E-210".

Conservadores y antioxidantes

En este sentido se consideran como sustancias que evitan las alteraciones biológicas y químicas los aditivos alimentarios que actúan como conservadores y como antioxidantes respectivamente:

- **Conservadores:** en general actúan como antisépticos evitando la proliferación microbiana. Algunos de los más utilizados son:
- E-200 Ácido Sórbico- bebidas refrescantes, confitería, conservas vegetales, grasas, etc.
- E-210 Ácido Benzoico- bebidas refrescantes, confitería, conservas vegetales, grasas, etc.
- E-250 Nitrito Sódico- elaborados cárnicos, charcutería, etc.
- E-260 Ácido Acético- pan, galletas, conser-

vas vegetales y ovoproductos.

- E-280 Ácido Propiónico- quesos, preparados grasos y ovoproductos.
- Antioxidantes: son sustancias de origen natural o sintético, con capacidad para inactivar compuestos iniciales o intermedios delas reacciones oxidativas, evitando la formación de productos finales que dañan la calidad de los alimentos que contienen grasas y otros elementos susceptibles de oxidación en contacto con el aire, como por ejemplo los zumos de frutas. Algunos de los más utilizados son:
- E-300 Ácido Ascórbico- grasas comestibles, productos cárnicos, caramelos, chicles, cervezas, turrones, etc.
- E-306 Tocoferoles- caldos y sopas deshidratados, helados, fiambres, etc.
- E-330 Ácido cítrico- productos cárnicos, turrones y mazapanes.
- E-310 Galato de Propilo, E-311 Galato de Octilo, E-312 Galato de Dodecilo- helados, galletas y panes especiales, conservas vegetales y bebidas refrescantes.

Otros aditivos

A veces se utilizan combinaciones de dos o más sustancias conservadoras para ampliar el espectro de acción de ambas y en otras ocasiones se usan de forma combinada con agentes físicos como pueden ser el calor, el frío e incluso diversos tipos de radiación.

Otros aditivos menos relacionados con el deterioro de los alimentos son los colorantes, estabilizantes, emulgentes, espesantes, gelificantes, antiespumantes, humectantes, antiapelmazantes, etc.



Cada invierno vuelven los excesos navideños, el frío, los Reyes Magos, la nieve y ...la gripe!!! ¿Hay algo que podemos hacer para evitarla?

Decálogo de la gripe

- 1. VACUNACIÓN PARA PREVENIR. Lo primero y más recomendable, sobre todo si formamos parte de algún grupo de los denominados "de riesgo", es la vacunación.
- 2. EXTREMA LA HIGIENE. Lava tus manos con frecuencia, el virus de la gripe se contagia entre personas a través de las gotitas de saliva o secreciones nasales expulsadas al hablar, toser o estornudar o al tocar objetos previamente contaminados por el virus. Si no fuera posible el aseo con agua utiliza las soluciones alcohólicas para higiene de manos de venta en farmacias.
- **3. NO COMPARTAS UTENSILIOS DE USO PERSONAL.** Como son los vasos en los que bebes por la misma razón que explicamos antes. Prefiere pañuelos de papel desechables para la limpieza nasal.
- **4. VENTILA LAS HABITACIONES UNA VEZ AL DÍA.** Tanto en casa como en el trabajo, intenta que las habitaciones se ventilen entre 10-15 minutos una vez al día para que el aire circule.
- **5.** CUIDADO EN SITIOS CON MUCHAS PERSONAS. Evita permanecer en espacios cerrados con aglomeración de personas ya que allí pueden coincidir enfermos que tosen o estornudan y producirse los contagios. Protege tus vías respiratorias si estás en estos ambientes y mantén limpias tus manos.
- **6. EVITA LOS CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA.** Si te expones a temperaturas muy frías será mejor que te protejas las vías respiratorias y así minimices el impacto del

aire frío ayudando a que éste se caliente un poco antes de ser inhalado.

- **7. NO FUMES.** Sin duda el tabaquismo favorece las complicaciones de cuadros por gripe, además de los perjuicios ya conocidos del hábito.
- 8. MANTÉN UNA ALIMENTACIÓN SANA Y EQUILIBRADA. Sobre todo con adecuada hidratación y frutas ricas en vitaminas.

Las vitaminas más efectivas y recomendadas por su poder antioxidante son: las vitaminas C, A y E. Estas vitaminas mejoran la función inmunológica, reforzando de esta manera las defensas naturales del cuerpo.

La Vitamina A la podemos encontrar en: brócolis, pimientos, acelgas, espinacas, naranjas, mandarinas o el mango. La C fundamentalmente en cítricos (naranjas, limones, mandarinas) y también en piñas, manzanas, tomates o espinacas; y la E en aceites vegetales, huevos, nueces, vegetales de hoja verde y cereales integrales.

- 9. DESCANSA LO SUFICIENTE. El cuerpo humano necesita tiempo para regenerarse y mantener sus funciones básicas, por lo que dormir de manera adecuada ayudará a mejorar tus defensas y favorecerá tu bienestar emocional.
- 10. UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO EVITARÁ COMPLICACIONES. No dudes en acudir a tu médico ante síntomas como: fiebre elevada, dolores musculares o articulares, dolor de garganta o de cabeza, malestar general, tos, dolor ocular. Sobre todo en el contexto epidemiológico de Gripe en que nos encontramos.

Recuerda que en las personas sanas, la gripe dura entre 1-2 semanas. Sin embargo, una mala atención puede repercutir en complicaciones serias como la neumonía. Estas sencillas medidas de prevención están enfocadas a eliminar o disminuir el contagio del virus.

¿Y qué hago si ya me he contagiado?

Por muchas veces que lo hayas escuchado o leído lo repetimos: en la mayoría de los casos la gripe se cura sola.

Sin embargo, existen maneras de aliviar los síntomas y muchos remedios a evitar:

- vEl mejor tratamiento para la gripe, consiste en aliviar los síntomas.
- Guardar reposo (doble función: mejorar al paciente y evitar que continúe diseminando la enfermedad).
- Mantente hidratado.
- No fumes.
- Utiliza medicamentos para aliviar los síntomas.

¿Qué puedo tomar?

- Analgésicos. El Paracetamol, la Aspirina o el Ibuprofeno: tanto para la fiebre, el dolor muscular o para el malestar general.
- Antihistamínicos. Mejoran la congestión nasal y los estornudos..
- Antitusivos. Se suelen indicar si la tos es muy molesta o si limita el descanso.

¿Qué no debería tomar sin indicación médica?

No deberíamos tomar ni antibióticos ni antivirales.

- Antibióticos: SÓLO se indican si la gripe va asociada a un proceso bacteriano (por ejemplo, una neumonía). Su uso indiscriminado contribuye a generar resistencias frente a otras bacterias.
- Antivirales: sólo se administran en casos de alto riesgo. No son para tratar una gripe normal en pacientes sanos.

No todo resfriado es gripe, pero la gripe no es un resfriado común: es un cuadro más severo que debemos cuidar y tratar en consecuencia.



$\bigcirc \times | \vdash |$

Rehabilitación Hinerhárica

En el Grupo Sannas aplicamos una filosofía de trabajo con la que cualquier patología de nuestros pacientes es abordada desde un equipo multidisciplinar. Nuestro cuerpo es una "compleja y perfecta máquina" que funciona correctamente si lo cuidamos y atendemos no de forma puntual, sino con un mantenimiento adecuado.

El trabajo, el estrés, las malas posturas, el esfuerzo físico y mental al que sometemos cada día a nuestro cuerpo y nuestra mente pasan factura. Y esta situación tiende a resolverse con una toma en muchos casos innecesaria de medicamentos o bajas laborales que afectan al final a nuestra calidad de vida.

Nueva incorporación en Sannas Asier Armendáriz, Fisioterapeuta y Osteópata por la Universidad de Valladolid y la Escuela de Osteopatía de Madrid respectivamente, ha desarrollado durante los últimos seis años su actividad profesional en Francia y acaba de incorporarse al equipo de Sannas para aportar su experiencia de trabajo en programas multidisciplinares junto con traumatólogos, pediatras y médicos de familia en el país vecino.

Francia incluye entre sus prestaciones de la Seguridad Social la Fisioterapia y Osteopatía, además de tratamientos diversos con un amplio abanico que va desde las bronqueolitis, alteraciones craneales del bebé, cólicos del lactante, hasta las más conocidas como las lesiones deportivas, las patologías de la columna, disfunciones de la ATM (articulación temporomandíbular), etc.

Manipulación corporal

Con algo tan natural como la manipulación corporal, podemos tratar muchas patologías en neonatos, evitando cólicos, compresiones craneales, deglución atípica, estreñimiento, el lloro continuo etc. Y en adultos es, además, una eficaz terapia para cefaleas tensionales, migrañas, reflujo gastroesofágico, etc.

Armendáriz cuenta con una vasta experiencia en casos de Traumatología, Reumatología, Medicina el Deporte, Neurología y Fisioterapia infantil, basada en el tratamiento conjunto con el médico rehabilitador de una amplia variedad de patologías, que van desde la recuperación a la prevención.

Este abordaje multidisciplinar, que el Grupo Sannas pone en práctica cada día, consigue resultados de demostrable eficacia ya que las técnicas van a la raíz de la problemática del paciente y no se limitan a la toma de medicamentos como anti inflamatorios o relajantes.

Las funciones del cuerpo y su equilibrio

El objetivo es lograr estimular al cuerpo buscando el desarrollo adecuado de sus funciones, recuperando de esta manera su equilibrio.

En Sannas contamos con este nuevo servicio, que busca de la forma más natural tratar numerosas y molestas patologías devolviendo al cuerpo su equilibrio y mejorando la calidad de vida, evitando o disminuyendo la toma de medicamentos y aumentando nuestro bienestar.



SSNNSS

odontología

DENTOFACIAL

Muchas personas, tanto adultos como niños, sufren estrés o verdadera ansiedad cuando visitan al dentista. Tanto es así, que incluso pueden llegar a evadir acudir a sus revisiones y citas, para evitar el mal trago que pasan cada vez que cruzan la puerta de una clínica dental.

¿Qué es la sedación consciente? Bajo el paraguas de "sedación consciente" nos referimos a dos técnicas (sedación consciente inhalatoria e intravenosa) distintas con un mismo objetivo: que los pacientes entren en un estado de relajación y bienestar mientras su dentista les realiza los tratamientos dentales que sean necesarios.

Sedación, no sueño

El paciente que se somete a un tratamiento con sedación consciente en ningún momento pierde el conocimiento ni se altera la percepción sensorial de un modo comparable al de una anestesia general. La sedación consciente es solo un método para lograr un estado general de relajación y tranquilidad, siempre controlado por anestesistas.

¿En qué tratamientos se utiliza la sedación consciente?

La sedación consciente es una opción disponible para todo tipo de tratamientos, y se realiza **en la propia clínica dental**. En la clínica Sannas utilizamos este procedimiento en pacientes que sufren fobia dental, ansiedad o intervenciones orales complejas.

¿En qué casos es recomendable? En principio cualquier paciente que lo desee es candidato a recibir estas técnicas de sedación consciente puesto que nuestros profesionales aseguran la seguridad y bienestar de cualquier paciente. Pero está especialmente indicado en:

- Pacientes con fobias o niveles elevados de estrés
- Cirugías y procedimientos de larga duración o complejos.
- Tratamientos dentales en niños.
- Pacientes con algún tipo de discapacidad.

Ventajas de la sedación consciente Con el uso de la sedación consciente, hemos logrado mejorar la experiencia de nuestros pacientes mediante la reducción del miedo al dentista de miles de pacientes además de reducir cualquier tipo de molestia en cualquier procedimiento que se realiza y que puede ocasionar dolor.

Desde su aplicación, el sector de la odontología se ha visto beneficiado gracias a todas sus ventajas:

- Sin efectos secundarios, mínimamente invasiva y segura
- Eliminación del temor al dentista y de la ansiedad, con mejor experiencia por parte del paciente
- Una gran posibilidad de realizar todos los tratamientos con el dentista o implantólogo en una sola sesión, "Odontología de alto rendimiento".
- Completa colaboración del paciente y facilitación de la labor del odontólogo.
- Muy buena recuperación y mejor resultado postoperatorio.

La sedación dental consciente permite obtener un estado de relajación y tranquilidad por parte del paciente lo que contribuye a que se realice al paciente un completo tratamiento sin molestias y completa libertad para el especialista en realizarle el tratamiento dental completo.

RELÁJATE EN MANOS PROFESIONALES

SSNNSS

La seguridad que una empresa familiar te aporta. En Sannas, con más de 25 años de experiencia, hemos logrado que en la actualidad cuidemos de la salud oral de 3 generaciones.

Odontología de alto rendimiento

Implantología
Sedación y control de la ansiedad
Diseño de sonrisa
Ortodoncia invisible
Rejuvenecimiento facial
Centro de Prevención Oral

Disfunción de la A.T.M.
Medicina y estética facial
Periodoncia /Endodoncia
Blanqueamiento dental
Apnea respiratoria
Células madre dentales

236/25-15-NA



He de confesar, en primer lugar, que no soy pediatra. Soy médico que he dedicado toda mi vida profesional a la docencia y la investigación en Farmacología. Pero tengo dos hijas con discapacidad intelectual (DI), llevo 52 años estudiando esta apasionante área desde muy distintos puntos de vista, y he acompañado e informado, en su relación con temas médicos, a centenares de familias que tienen algún miembro con DI, desde el mismo momento del nacimiento.

Con estas credenciales, espero que me permitan entrar en su territorio de la Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria, territorio al que me acerco con un sentimiento de sincero reconocimiento y gratitud por el enorme beneficio que su actividad profesional nos aporta.

Un pediatra sabe muy bien que, ante cualquier niño/adolescente, no está solamente ante un paciente sino ante un paciente y su familia. Eso marca ya su actitud y el modo de realizar su ejercicio profesional, distinto al de otros especialistas médicos. Pues bien, seguir como pediatra el desarrollo de una persona con DI es entrar a formar parte de todo un equipo en el que ni siquiera va a ser el director o el protagonista principal. Su actuación es fundamental, desde luego; pero así como ante una infección de cualquier otro niño él resuelve la infección, y asunto concluido, ante la DI él no lleva la batuta. Resolverá la comorbilidad que en una situación determinada se presente en un individuo concreto con DI una convulsión, una infección, una pérdida sensorial, una alteración conductual de dificil solución, etc. pero él no "trata, y mucho menos, cura" la DI: su tratamiento exige la acción conjunta,

centrada en la persona (Ratti et al., 2017), permanente, diaria, y con frecuencia predominante, de la familia en primer lugar, y de un equipo de profesionales que abordan, desde muy diversos enfoques, el desarrollo del niño/adolescente. Esto nos lleva al concepto de la "medical home": no es un lugar específico, es un equipo con un interés y objetivo común por conseguir, en lo posible, la salud integral que abarque al individuo en su totalidad: el servicio y las soluciones centradas en la persona (Pickler y Bonello, 2017).

La mejor salud física

Si de alguna manera tuviera que elegir un concepto-base sobre el papel del pediatra ante el niño con Dl sería el siguiente: su papel es el de mantener la mejor salud física posible en todo momento, tanto en sus aspectos de

prevención como de corrección terapéutica, en la seguridad de que la buena salud física es un pilar insustituible para el desarrollo sensorial, mental y psicológico del individuo. Eso significa, 1. Conocer la problemática médica propia del tipo de DI de su paciente concreto.

- **2.** Conocer los programas de salud específicamente diseñados para ese tipo de DI.
- **3.** Conocer, al menos, lo fundamental de las peculiaridades no estrictamente médicas psicológicas, conductuales del individuo.
- **4.** Conocer las circunstancias familiares que tanto van a condicionar el desarrollo del niño.
- **5.** Mantener el contacto con los demás profesionales propios de la Dl.
- **6.** Aprender formas y estrategias de trato ante un niño/adolescente con DI, acordes con su edad. El apoyo de la familia y de los otros profesionales puede ser muy necesario.



Es evidente que la puesta en práctica de estas premisas lleva implícitas dos condiciones fundamentales: a) el interés por conocer, y b) la idea de servir. Ambas son constitutivas de la profesión médica, pero sin duda han de ser particularmente ejercitadas ante un paciente con DI.

La excelencia de la práctica médica habrá de ir íntimamente asociada a un adecuado trato familiar. Prestigio y cercanía son dos cualidades que enaltecen nuestra profesión y la hacen especialmente fecunda.

Dar la primera noticia

En determinadas ocasiones y formas de DI, el momento crucial en que se pondrán a prueba estas capacidades es en el momento de informar el diagnóstico de la DI: ése será el primer acto terapéutico, que puede marcar de manera irreversible todo el curso posterior de la vida del individuo y de su entorno más próximo (Flórez, 2017). "No hay maneras buenas de dar una mala noticia".

Dar la primera noticia va a exigir:

- 1. Ponerse en el lugar de los padres.
- **2.** Dar con objetividad y actualización de conocimientos, propios del momento presente, la realidad que están viviendo las personas

con discapacidad intelectual en el mundo, y en España concretamente.

3. Considerar que dar la primera noticia constituye el primer acto terapéutico, teniendo presente que la terapéutica no el diagnóstico es la razón de ser de la profesión sanitaria. Pero el papel del pediatra va a continuar durante un largo periodo de la vida del niño con Dl, y ha de mostrar comprensión y un optimismo realista; es decir, evitar la actitud negativa que involuntariamente se introduce ante un diagnóstico de Dl: "no se cura", "no se puede hacer nada"... ¡Cuando la experiencia nos dice que hay tanto que hacer! No se trata de engañar, sino de transmitir información actualizada sobre los logros que se están alcanzando en el mundo de las diversas for-

mas de la DI merced al conjunto de acciones sanitarias y socio-educativas.

Somos testigos de una evidencia: la mayor parte de las personas con DI y sus familias se van adaptando poco a poco a una realidad que, aunque es distinta de la esperada y soñada, con la ayuda de los profesionales alcanza en la actualidad un elevado grado de bienestar y satisfacción. Pero no podemos olvidar la situación en que se encuentran casos especialmente difíciles. Una vez más, el apoyo incondicional del pediatra "de familia" contribuye a hacer más llevadera una situación de por sí difícil. Exige, por parte del pediatra, un plus de compromiso al servicio de los más débiles.

(Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)





Según la OMS el concepto de droga de abuso es aquella de uso no médico con efectos psicoactivos y susceptibles de ser autoadministradas. Una definición más operativa sería: aquella sustancia psicoactiva con acción reforzadora positiva que induce a su autoadministración, siendo capaz de generar dependencia física, psicológica o ambas con el consiguiente cambio en el comportamiento y que en muchos casos puede llegar a producir un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social.

Clasificación

Existen diversas clasificaciones de las drogas:

a) la clasificación política las divide en blandas y duras, b) la clasificación sociológica distingue entre drogas institucionalizadas o legales y no institucionalizadas o ilegales, c) la clasificación farmacológica distingue entre depresores del SNC, estimulantes del SNC y alucinógenos y psicomiméticos.

Conceptos básicos en drogodependencias

- Dependencia fisiológica o neuroadaptación. Se define por la necesidad de mantener una cantidad de sustancia determinada en el organismo para seguir funcionando con normalidad. Tiene dos componentes:
- Tolerancia, que es la necesidad de cantidad de sustancia progresivamente mayor para conseguir los mismos efectos.
- Abstinencia, es la aparición de un síndrome característico para cada sustancia al suprimir su administración.
- Dependencia psicológica. Consiste en el deseo irrefrenable de autoadministrarse repetidamente una sustancia con el fin de conseguir sus efectos agradables o de evitar el malestar psíquico que produce la abstinencia.

Formas de consumo

Desde una perspectiva sociosanitaria la OMS establece cuatro formas de consumo:

- Uso: se trata del consumo ocasional
- Hábito o acostumbramiento: el consumo adquiere cierta regularidad por haberse desarrollado cierta adaptación a sus efectos. Existe algún grado de dependencia psíquica, aunque no hay tolerancia marcada ni trastornos conductuales.
- Abuso: aquel consumo que comporta un uso inadecuado por su cantidad, el tiempo empleado o las condiciones peligrosas en que se produce.
- Dependencia de sustancias: la OMS la define como un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de la sustancia frente a otros comportamientos más importantes.

Aspectos epidemiológicos

Las drogas con mayor prevalencia de consumo, son el alcohol (77,6%), el tabaco (40,2%) y los hipnosedantes (12,0%), seguidos del cannabis (9,5%) y la cocaína (2,0%). Disminuye levemente el consumo de la mayoría de las drogas y aumenta ligeramente el consumo de cannabis y alucinógenos. Se consolida el policonsumo, donde el alcohol juega un papel predominante. El consumo intensivo de alcohol, borracheras y binge drinking, a pesar de presentar una tendencia global descendente, continúa con prevalencias elevadas. El 32,2% de los jóvenes de 14-18 años ha hecho binge drinking en el último mes. Se estima que 53.700 personas de 14 a 18 años hacen un consumo problemático de cannabis, lo que representa el 2,5% de ese rango de edad. La población estimada de 15 a 64 años que en 2015 ha mostrado este patrón de consumo es de 558.549 personas, mayoritariamente hombres.

El 44,8% de los que conforman el colectivo de personas con patología de juego, afirma haber comenzado antes de la mayoría de edad su participación en los juegos de azar. Tienen una posible adicción a internet: 277.053 estudiantes. El 10% de los estudiantes juega dinero en internet.

El consumo de heroína está estabilizado: en 2015 un 0,6% de la población la ha probado alguna vez en la vida y un 0,1% en el último año. La edad media de inicio es de 22,2 años.

Causas y factores de riesgo

Hay tres tipos de factores de riesgo: los derivados de la propia sustancia, los factores inherentes a la persona y los factores ambientales o del entorno. Cualquiera de ellos puede ser un factor de riesgo o un factor protector dependiendo cómo actúe sobre la persona, además pueden actuar tanto en el inicio como en el mantenimiento de la conducta adictiva.

- De la sustancia hay que tener en cuenta su potencial adictivo, su disponibilidad, su coste, el grado de pureza, la potencia farmacológica y su farmacocinética.
- De la persona influyen los factores biológicos como la edad, el sexo y la genética, factores psicológicos como la adolescencia y la coexistencia o no de trastornos de personalidad o psicológicos en general y factores motivacionales individuales como las motivaciones personales en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.
- Del entorno se encuentran factores microsociales como la familia, la escuela, los amigos y la propia situación en la que se consume y factores macrosociales como la cultura, el lugar de residencia y el desarrollo tecnológico.

Tendencias y perfil de los consumidores

Se constata en los últimos años el fenómeno del policonsumo. Alcohol y tabaco son las drogas más extendidas. El primero se consume más ahora por jóvenes durante los fines de semana ligado a la diversión y se utiliza frecuentemente con otras drogas. Hay un aumento del consumo de psicoestimulantes y han irrumpido con gran fuerza las denominadas drogas de síntesis. El consumo de heroína se ha estabilizado o ha descendido evolucionando hacia un mayor uso de la vía no parenteral. Empero, sigue siendo la heroína la que provoca la mayoría de los problemas graves relacionados con las drogas. Se detecta un claro aumento de cocaína y de las personas admitidas a tratamiento por esta sustancia. El abuso de benzodiacepinas provoca también graves problemas sanitarios, teniendo en muchas ocasiones un origen iatrogénico.

Intervención terapéutica en drogodependencias

En los años 80 la preocupación por la problemática ligada al consumo de drogas adquiere gran protagonismo entre la población general. Como consecuencia de ello se crea el plan nacional sobre drogas como estrategia principal para combatir el problema. En los 90 tras unos años de experiencia hay un replanteamiento de objetivos ya que se produce la epidemia de

VIH, gran incidencia de otras patologías, el fracaso de los programas libres de drogas y la evidencia de que muchos consumidores no llegan a los servicios especializados. Se comienzan a perseguir objetivos menos exigentes y aparecen los programas dirigidos a la reducción de riesgos y daños.

Programas de intervención

Entre los programas de intervención que se ofertan en la actualidad están:

- Los programas libres de drogas por ser de alta exigencia y por perseguir el abandono del consumo desde el principio.
- Programas de mantenimiento con metadona. Se utiliza la metadona por vía oral como sustituto de la heroína. Esto pretende reducir comportamientos de riesgo que pudieran llevar a la infección de VIH y de otras enfermedades asociadas al consumo, así como reducir la mortalidad y la criminalidad.
- Programas de atención básica. Intentan proporcionar atención a los drogodependientes

que no están interesados o no pueden abandonar el consumo de drogas, minimizando los daños asociados al mismo y fomentando el acceso a los recursos normalizados.

• Programas de calle. Dirigidos a la población usuaria de drogas que no acuden a los servicios de atención especializada, no esperando a que estas personas acudan a tratamiento sino saliendo a su encuentro.







Renovado espacio en Navas de Tolosa con los últimos diseños en cerámicas, sanitarios, duhas, mamparas, grifería, mobiliario, accesorios...



iSi piensas en tu baño, piensa con nosotros!



LAUFEN









Navas de Tolosa, 5 • 31002 PAMPLONA T 948 227 244

Ctra. Zaragoza Km. 98 • 31512 Fontellas - Navarra T 948 848 131



La demencia senil es una alteración cerebral de carácter irreversible. Afecta principalmente a personas a partir de los 65 años y se acentúa a partir de los 85 años. Esta disminución de la capacidad intelectual llega a afectar gravemente al desempeño de las actividades básicas del día a día.

Se trata de un estado al que puede llegarse por motivos biológicos como el envejecimiento, o secundariamente a enfermedades como trastornos vasculares fundamentalmente. Suele provocar una pérdida progresiva de las funciones psíquicas y funcionales.

Se considera que una persona padece esta enfermedad cuando sufre un deterioro intelectual que afecta a varias actividades o funciones básicas como:

- La pérdida del lenguaje (total o parcial).
- Pérdida de la memoria.
- Deterioro del razonamiento.
- Deterioro de la percepción de la realidad. En muchos casos se llega a perder el control de las emociones, se producen importantes cambios de personalidad y de comportamiento y se pierden completamente las habilidades básicas para resolver cualquier problema o inconveniente casero.

¿Qué es la demencia senil?

La demencia senil es la consecuencia que produce un deficiente riego o nutrición sanguínea en el cerebro que motiva el endurecimiento de las venas y arterias cerebrales. Los especialistas médicos diagnostican demencia senil cuando el paciente ha sufrido la pérdida de, al menos, dos habilidades básicas

• Pérdida de memoria o lenguaje.

de entre las siguientes:

- Alteración grave del comportamiento.
- Pérdida del juicio o de la capacidad de razonar o entender situaciones diarias.

¿Qué causa la demencia senil?

Existen diversos tipos de demencia senil, pero todos ellos parecen tener su origen en la muerte o pérdida de las células nerviosas y de la comunicación entre ellas de forma secundaria a la falta de vascularización (falta de aporte sanguíneo).

No obstante, son varias las enfermedades con nombre propio que causan demencia senil como la Enfermedad de Alzheimer, Esclerosis Múltiple, el VIH/SIDA o la sífilis, el Síndrome de Down.

Por otro lado, hay algunas causas de la demencia senil que pueden llegar a corregirse o al menos contrarrestarse si se detectan por el especialista médico:

- Consumo excesivo de alcohol.
- Cambio de los niveles de azúcar, calcio y sodio en la sangre que pueden provocar demencias de tipo metabólico.

¿Qué síntomas presenta la demencia senil?

Existen numerosos síntomas de la demencia senil que alertan de la aparición de esta enfermedad, aunque no siempre son muy claras en la fase inicial. Estas señales se producen en las actividades cerebrales que afectan al comportamiento habitual, a la memoria, la expresión oral y a la capacidad de razonar sobre hechos cotidianos.

Así, el primer síntoma asociado a la demencia senil tiene que ver con pequeños olvidos en la vida cotidiana, de cosas que acaban de suceder y que no afectan, en esa primera fase, al normal desarrollo de la vida del enfermo. Los primeros síntomas de la demencia senil son, normalmente, los siguientes:

- Pérdida de memoria: Comienzan a olvidarse fechas, citas, o tareas relacionadas con acontecimientos recientes. Empiezan a olvidar los nombres de familiares y amigos y de objetos cotidianos.
- **Repetición de preguntas:** ¿qué hora es? ¿qué día es hoy?
- Ansiedad e impotencia con cambios bruscos de humor: al no poder controlar situaciones cotidianas aparecen cuadros de ansiedad e impotencia que terminan con cambios de humor. Cada vez se muestra más irritable
- Problemas de orientación: estando en casa preguntan ¿dónde estamos? ¿a dónde vamos? Olvidan el camino a lugares que antes frecuentaban. Aparecen cuadros de desorientación parcial o total.
- Desorden en el hogar: cambian las cosas de sitio y después no recuerdan dónde las han puesto: llaves, mandos tele, ingredientes para cocinar, ropa, gafas. Empiezan a aparecer objetos en los sitios más extraños: llaves en la nevera, gafas en cajas de zapatos, etc.
- Torpeza de movimientos: Comienzan a tener dificultades para cocinar, abrir puertas, conducir, manejar mandos de la televisión, etc. No pueden llamar por teléfono. Comienzan a tener problemas para hacer cosas en las que eran buenos como jugar a las cartas, cocinar, dibujar o escribir. Pierden coordinación física e incluso pueden tener problemas de equilibrio.
- Apatía: comienzan a perder interés por tareas que antes les gustaban y algunos presentan síntomas de fatiga sin haber realizado esfuerzo alguno.
- Comportamientos inadecuados: el familiar

comienza a tener actitudes extrañas o inapropiadas, actitudes que están totalmente fuera de lugar, que afectan a la relación con sus amigos y familiares.

• Insomnio: es un síntoma frecuente en las personas mayores pero se acentúa en los enfermos con demencia senil

¿Podemos hacer algo para prevenir la demencia senil?

Es importante señalar que la mayoría de los factores de riesgo de la demencia senil (como la edad), no se pueden evitar. No obstante, sí que es posible prevenir la demencia senil en algunos casos, ya que algunos tipos de esta dolencia tienen su origen en accidentes cerebro-vasculares, cuyo riesgo sí puede reducirse con unos hábitos saludables. De hecho, los especialistas afirman que un estilo de vida saludable puede reducir el riesgo de padecer cualquier clase de demencia senil.

Así, entre los hábitos que pueden prevenir la demencia senil o reducir el riesgo de padecerla se encuentran los siguientes:

• Practicar ejercicio regularmente. Un corazón sano es garantía de una mejor conservación del cerebro. El ejercicio regular favorece los sistemas internos de reparación celular

y de los tejidos, incluyendo los del cerebro.

- Eliminar el sobrepeso y la obesidad. El sobrepeso es un importante factor de riesgo para que aparezca la demencia senil ya que en muchos casos provoca diabetes tipo 2, un nivel alto de colesterol e hipertensión que son factores de riesgo.
- Evitar la hipertensión. La presión arterial alta es uno factor de riesgo para diversas enfermedades pero sobre todo puede provocar derrames cerebrales que terminen en demencia así como provocar enfermedades microvasculares que ralenticen el flujo de la sangre que llega al cerebro dañando células y nervios en esa zona, lo cual puede terminar en demencia senil.
- Controlar la diabetes. La diabetes es otro factor de riesgo por lo que debe controlarse adecuadamente para evitar la aparición de la demencia senil.
- Adiós al tabaco y al acohol. El tabaco aumenta el riesgo de padecer alguna enfermedad vascular y disminuye los niveles de oxígeno que llegan al cerebro. El alcohol tiene conocidos efectos secundarios y entre ellos se encuentra la aparición prematura de una demencia senil.
- Vida socialmente activa. Algunos estudios

apuntan a la posibilidad de que una vida social y familiarmente activa puede ayudar a reducir el riesgo de esta enfermedad. Fortalecer los lazos familiares y con los amigos parece ayudar a reducir el deterioro cognitivo del paciente.

• Ejercicio intelectual. Algunos especialistas recomiendan el entrenamiento intensivo del cerebro para ayudar a retrasar el deterioro del razonamiento. Cuando aparecen los primeros síntomas recomiendan estimular el cerebro y la memoria con la lectura, crucigramas, sudokus, sopas de letras, etc.

Por último mencionar la figura del "cuidador ". La demencia senil suele venir acompañado de una serie de emociones difíciles de gestionar, especialmente cuando se trata de un familiar. La persona deja de reconocernos y su personalidad cambia por completo, desarrollando nuevas conductas a menudo negativas hacia nosotros. Esto nos genera emociones de tristeza o de pérdida, experimentando un proceso similar al del duelo. Es normal que estas emociones nos afecten, por lo que no debemos negarlas. Asimilarlas y comprenderlas será clave para cuidarnos también a nosotros mismos.





Dr. José Antonio García Erce. Director del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea «Hemoterapia basada en sentido común» Grupo Multidisciplinar para el Estudio y Manejo de la Anemia del Paciente Quirúrgico (www.awge.org) Carlos Jericó Alba. Servicio de Medicina Interna, Hospital Sant Joan Despí. Barcelona Grupo Multidisciplinar para el Estudio y Manejo de la Anemia del Paciente Quirúrgico (www.awge.org)

El déficit de hierro (DH) es la alteración nutricional más prevalente en el mundo, A pesar que el hierro es el segundo metal más frecuente en el centro de la Tierra y uno de los oligoelementos más importantes en los seres vivos. El DH es la causa principal de anemia y afecta a todos estamentos sociales y etarios, desde el mismo embarazo, y marcando nuestro desarrollo físico y mental. El DH es un factor de riesgo de muchas condiciones y enfermedades, además de representar el primer signo de alarma de muchas patologías.

De hecho, en los últimos años el DH ha sido reconocido como objetivo terapéutico. Afecta a la calidad de vida tanto de pacientes afectos de patologías inflamatorias crónicas, como de millones de mujeres en nuestro país. Es la principal causa, tanto de transfusión sanguínea evitable, como de transfusión inadecuada. Su estudio y tratamiento debe ser fundamental, no sólo para reducir el consumo de recursos sanguíneos, sino sobre todo para mejorar el pronóstico de cualquier paciente que vaya a ser sometido a un procedimiento quirúrgico. En los humanos el metabolismo del hierro tiene un fino y delicado equilibrio: carecemos de un mecanismo activo de secreción, y tenemos un poder de absorción poco eficaz. Por ello, nuestro cuerpo mantiene un continuo y balanceado proceso de reciclaje o de reutilización del mismo, muy influenciado por el estado inflamatorio y nutricional.

En el lado opuesto al DH se encontraría el exceso de hierro o hemocromatosis hereditaria, la alteración genética más frecuente en la etnia caucasiana. En otras regiones, tanto afroamericanas como asiáticas, la condición

genética más prevalente son defectos en la síntesis de la hemoglobina, la proteína fundamental para el transporte de oxígeno, sea cuantitativa o cualitativa (anemia talasémica o depranocítica, p.ej), cuya consecuencia es una anemia de más o menos gravedad, que con frecuencia se acompañan de un acúmulo progresivo de hierro por una eritropoyesis ineficaz.

El hierro no está solo implicado en la síntesis de la Hb, principal proteína de los eritrocitos o hematíes, responsable del color rojo de la sangre, y cuya función es el transporte de oxígeno de los pulmones a los tejidos. El hierro está además implicado en muchos procesos enzimáticos, respiratorios, del crecimiento celular y es necesario en casi todos los frentes del sistema inmune. Se conoce la relación entre el hierro y la infección. El riesgo de infección se incrementa tanto por el DH como por su sobrecarga de hierro. En diferentes grupos de pacientes, se ha podido observar que el DH y la transfusión sanguínea son factores de riesgo para la infección nosocomial en pacientes críticos y postoperatorios de distinta naturaleza. Diferentes experiencias clínicas han descrito el posible beneficio del hierro endovenoso para reducir infecciones nosocomiales en pacientes quirúrgicos.

Anemia y déficit de hierro

Por otro lado, la anemia o descenso de la masa eritrocitaria - reflejada por un valor descendido de la hemoglobina - es la patología más habitual, la alteración analítica adquirida más frecuente en pacientes ingresados, así como la patología congénita más prevalente, o es el principal marcador pronóstico negativo de muchas condiciones médicas. El caso es que suele ser el primer signo de muchas patologías crónicas y graves (enfermedad

inflamatoria, insuficiencia renal o cardíaca, neoplasias, etc). La prevalencia de anemia es un importante indicador sanitario, considerándose su diagnóstico, prevención y tratamiento un objetivo principal en Salud Pública. Según estudios epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud publicados en 2005 casi un 25% de población mundial padecería anemia. Por desgracia es tan frecuente, que por habitual, se considera "normal". La causa más frecuente de anemia a nivel global es la ferropenia o DH. Por ello, popularmente se cofunden, y se consideran erróneamente sinónimos: no todas las anemias son ferropénicas y puede haber ferropenia sintomática sin darse todavía la anemia.

Etiología del déficit de hierro

La patología digestiva, excluidas las pérdidas ginecológicas de la mujer en edad fértil, es la principal causa de DH, con o sin anemia. Incluso, aunque la causa principal sea de origen ginecológico, con frecuencia coexiste una patología digestiva, que agrava la anemia o explica la resistencia o refractariedad al tratamiento oral de hierro.

Igualmente el DH es altamente prevalente en pacientes con patologías gastrointestinales y hasta tres cuartas partes de pacientes afectos de enfermedad inflamatoria intestinal lo padecen. Hoy en día es mandatorio su escrutinio y tratamiento activo. El DH o la anemia ferropénica puede ser el primer signo o clave diagnóstica de pacientes con infección por Helicobater pilori, de sensibilidad al gluten, o afectos a neoplasias gastrointestinales. Todo adulto mayor de 50 años afecto de DH, con o sin anemia, debe ser investigado para descartar un posible cáncer de colon.

Consecuencias del déficit de hierro

El DH es un trastorno habitual en las mujeres en edad fértil. Esta condición se agrava durante el embarazo. Se ha descrito la relación entre dicha carestía con prematuridad, placentas de menor peso, niños de menos peso. Iqualmente se ha relacionado con mayor incidencia de infecciones de orina. El DH se ha asociado también con trastornos de aprendizaje en estos niños hasta la edad de 5 años. En los últimos años también se ha relacionado el DH con una mayor prevalencia y mayor gravedad de trastornos de esfera cognitiva, tales como niños hiperactivos, tics, síndromes de Gilles de la Tourette, peor rendimiento académico, o incluso hasta algún autor relaciona el DH en pleno crecimiento en la adolescencia y la "edad del pavo". También se conoce la relación con la sintomatología del síndrome de piernas inquietas y la mejoría clínica cuando se trata con hierro endovenoso. Igualmente, se ha descrito casuística de casos de mujeres filiadas como síndrome de fatiga crónica o depresión menor, que presentaban mejoría al ser tratadas de un DH asociado.

En los últimos años se ha objetivado que hasta el 50% de los pacientes afectos de insuficien-

cia cardíaca padecen DH. En los últimos años se ha relacionado con este DH con una mayor gravedad de la misma, peor calidad de vida, mayor riesgo de crisis y reingresos hospitalarios. Las últimas Guías

de su manejo recomienda su estudio y tratamiento activo con hierro endovenoso.

Déficit de hierro y transfusión

Existe una serie de motivos que indican la conveniencia de transfundir menos, entre los que se encuentran: la condición de recurso limitado de la sangre humana; los elevados costes de la preparación, distribución y administración de los componentes sanguíneos; los efectos adversos de la transfusión sanguínea alogénica, como errores de identificación, transmisión de enfermedades infecciosas, daño pulmonar agudo, sobrecarga circulatoria, inmunomodulación, entre otros; y diversas disposiciones de la legislación vigente.

Asimismo, la anemia (y el DH) preoperatorio, además de ser el mayor factor de riesgo transfusional, se ha relacionado con una mayor

morbilidad, mortalidad, infección nosocomial, estancias hospitalarias más largas, además de más reingresos y más reintervenciones. Recientemente se ha publicado un trabajo multicéntrico español , sobre más de 3.300 pacientes, que muestra una prevalencia de anemia preoperatoria del 36%, pero la presencia del DH alrededor del 50%, siendo la principal causa de anemia.

Por ello, siempre que sea posible, la anemia y el DH preoperatorio deben ser diagnosticados y tratados antes de la realización de un procedimiento quirúrgico electivo; y se deberá, igualmente, iniciar lo antes posible su tratamiento en el postoperatorio inmediato. La presencia de anemia sin estudiar ni tratar es considerada como motivo de contraindicación de cirugía programada.

(Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS, DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS



Imagen real de una prótesis capilar **RUEBER**





- NO QUEREMOS QUE LA FALTA DE CABELLO SEA UN PROBLEMA
- ASESORAMIENTO INTEGRAL
 PARA EL CUIDADO DE LA PIEL
- VISITE NUESTRAS NUEVAS INSTALACIONES Y LE INFORMAREMOS SIN COMPROMISO
- NOS ADAPTAMOS A TODAS LAS ECONOMÍAS

Monasterio de Urdax, 8, 1º - Esquina con Pío XII, 9 · 31007 PAMPLONA · **Tel. 948 25 50 53 www.ruebercentrocapilar.es** · rueberpamplona@rueber.es



Cómo prevenir la Diabetes Mellitus tipo II

Marta Montañés Guimerá, María José Guillén Sosa, Maitane Aguirre Eguaras, Elisa Martínez Monreal y Yoana Martínez Cilleros. Enfermeras del Complejo Hospitalario de Navarra Blanca Martínez Monreal. Médico del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Osasunbidea

La diabetes mellitus tipo II o no insulinodependiente es el tipo más común de diabetes. Supone el 80-90% de los casos, el número de afectados en todo el mundo de forma acelerada.

Es una enfermedad crónica que en la actualidad es cada vez más frecuente su diagnóstico en jóvenes debido al alarmante aumento de la obesidad infantil.

Cuando se padece, el cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina. La insulina es necesaria para que el cuerpo pueda usar la glucosa como fuente de energía. Cuando comemos, el cuerpo procesa todos los almidones y azúcares, y los convierte en glucosa, que es el combustible básico para las células del cuerpo. La insulina lleva la glucosa a las células. Debido a este mecanismo de resistencia a la insulina, es por lo que la glucosa se acumula en la sangre en vez de ingresar a las células, lo que puede dar lugar a complicaciones.

¿Qué la causa?

La genética y los factores ambientales son las principales causas.

Los factores de riesgo para padecerla son:

- Obesidad.
- Hiperlipemia (aumento de los niveles de colesterol en sangre).
- Hipertensión arterial.
- Hábitos alimenticios no saludables (rica en grasas saturadas y poliinsaturadas, azúcares...).
- Sedentarismo

Es mayor la frecuencia de diabetes tipo II en personas con antecedentes familiares de primer grado.

¿Cuáles son sus síntomas?

- Sensación de fatiga.
- Visión borrosa.
- Sed habitual y necesidad de beber.
- Hambre a horas inusuales del día.
- A veces se puede producir pérdida de peso.
- Poliuria (aumento de la necesidad de orinar).
- Aumento del número de los procesos infecciosos y mayor lentitud en la curación de lo mismos.
- Dolor o entumecimiento de los pies y manos.
- Irregularidades menstruales.

En su fase inicial no presenta síntomas y suele ser diagnosticada en una analítica de control rutinaria. Por lo que en muchas ocasiones cuando se llega al diagnóstico se han producido complicaciones.

¿Qué complicaciones puede producir?

Esta patología produce trastornos metabólicos caracterizados por una elevación inapropiada de la glucosa en sangre (hiperglucemia), que da lugar a complicaciones crónicas por afectación de grandes y pequeños vasos y nervios. Puede llegar a producir síndrome metabólico, que eleva el riesgo cardiovascular. A este síndrome se asocia la diabetes, hipertensión arterial, aumento del colesterol, ácido úrico y/o triglicéridos y sobrepeso.

¿En qué consiste el tratamiento?

Se basa en tres pilares básicos fundamentales:

- Un plan de alimentación equilibrado.
- Práctica de ejercicio físico regular.
- Tratamiento farmacológico personalizado. En los pacientes que presenten obesidad el objetivo principal será la reducción de peso.

¿Cómo prevenir la diabetes tipo II?

• Ejercicio físico de forma habitual: mejora los niveles de colesterol, la presión arterial,

ayuda a controlar el peso corporal y, especialmente, mejora la resistencia a la insulina. Muchos estudios demuestran que aquellas personas que realizan ejercicio físico de forma habitual desarrollan menos casos de diabetes tipo 2 que otras que permanecen sedentarias. Es aconsejable realizar ejercicios de carácter aeróbico como caminar rápido, montar en bicicleta, nadar o salir de excursión. Este tipo de ejercicio consumen más cantidad de glucosa mientras que se realizan por lo que tienen un mayor efecto preventivo. La duración recomendada es de 30-60 minutos diarios o al menos días alternos.

Debe introducirse como una actividad placentera como una más en nuestra agenda semanal.

• Alimentación saludable: un buen control alimentario reduce la probabilidad de padecer diabetes y a la vez la hipertensión o aumento del colesterol. La alimentación más recomendada es la llamada dieta Mediterránea, otra buena opción sería seguir dietas con menor contenido en hidratos de carbono que las tradicionales. Consiste en llevar una alimentación equilibrada y saludable reduciendo la cantidad y la frecuencia de aquellos alimentos más ricos en hidratos de carbono como azúcares y dulces pero también harinas como arroz, pasta, patata, legumbres, pan y cereales. Por lo otro se incrementaría la cantidad de alimentos proteicos (carnes, pescados o huevo) y alimentos grasos, como aceite de oliva y otras grasas cardiosaludables.

Es también recomendable repartir las comidas en 5 ó 6 veces al día, debido a que si se reparte la alimentación en varias tomas a lo largo del día el impacto sobre las cifras de glucosa es mucho menor, a la vez que consigue moderar el apetito.

Javier Gordillo Vázquez. Enfermero endoscopia digestiva. Complejo Hospitalario de Navarra Isabel Pachón Vázquez. Enfermera. Complejo Hospitalario de Navarra Carmen María Gordillo Vázquez. Graduada en Biomedicina básica y experimental

La ingestión de cuerpos extraños así como la impactación de bolo de alimento en el esófago constituyen el segundo motivo de atención endoscópica en los servicios de urgencias después de la hemorragia digestiva alta. Se trata de una urgencia que no debe demorarse en el tiempo aunque no supone una emergencia para el usuario que la sufra. Conocer la clínica y el tratamiento puede ayudar a la población en general.

Por cuerpos extraños se entienden todo aquel objeto que, de manera fortuita o voluntaria, se impacta en el tracto digestivo (más concretamente en el esófago) y que dificulta u obstruye el paso habitual de comida por este. Puede ser de tipo orgánico como: carne, espinas o huesos cuya ingesta suele ser accidental. O inorgánicos como: monedas, agujas, prótesis dentales, etc.

Independientemente de la naturaleza del cuerpo extraño, éste tiende a detenerse en zonas esofágicas dónde anatómicamente se estrecha la luz, por lo que es importante el conocimiento de la anatomía para distinguirlas de las estenosis patológicas que suelen ser la causa más frecuente de la impactación de los cuerpos extraños a nivel esofágico.

Los pacientes con anormalidades anatómicas del esófago como anillos, membranas, divertículos o neoplasias están predispuestos a sufrir impactaciones de cuerpos extraños y por tanto deben recibir una educación sanitaria acorde con su situación.

En pacientes adultos, tras la ingesta del cuerpo extraño se produce una clínica muy significativa:

- Disfagia: dificultad o imposibilidad para tragar.
- Odinofagia: dolor de garganta.
- Sialorrea: excesiva producción de saliva.
- Sensación de cuerpo extraño o molestia a nivel cervical o retroesternal que en muchas ocasiones se debe a la acción traumática del paso a través del esófago del objeto ingerido. La presencia de dolor retroesternal agudo e imposibilidad para tragar suele ser la forma de presentación más característica de la impactación del bolo de alimento aunque en otras ocasiones puede ocurrir de forma más incidiosa.

Extracción del objeto

Los usuarios que acuden a Urgencias con sospecha de ingesta de cuerpo extraño, son valorados por el personal médico quienes realizan una historia clínica detallada, que incluye el momento de la aparición de los síntomas, tipo y características del objeto ingerido, presencia de prótesis dentales, antecedentes previos de disfagia, pirosis o de impactación previa de cuerpos extraños esofágicos.

Una vez realizada la valoración del usuario y confirmada la sospecha de impactación de cuerpo extraño (la ayuda de pruebas radiológicas puede ayudar al diagnóstico) se

debe descartar la extracción de este por parte del otorrinolaringólogo si se encontrase accesible para la retirada por los medios con los que cuentan. En caso de no visualizarse el objeto y confirmarse que se encuentra en vía esofágica se procederá a realizar una endoscopia digestiva para extraer dicho objeto. Esta endoscopia se realiza sin sedación y con la colaboración activa del usuario que se somete a ella. Solo en casos excepcionales se realiza bajo sedación anestésica. La efectividad de la extracción de cuerpo extraño mediante endoscopia digestiva es muy alta. Pero cuando este tratamiento fracasa por las limitaciones de la misma el planteamiento podría ser quirúrgico.

Aunque ya se ha descrito el tratamiento de la extracción de cuerpos extraños existen una serie de recomendaciones que se deben tener en cuenta para mejorar la situación clínica del usuario que sufre una impactación:

- En caso de impactación de algún cuerpo extraño pare la ingesta de alimentos de manera inmediata.
- Mantenga la calma y no se asuste ya se trata de una situación reversible.
- Si la impactación ha sido involuntaria por comida sin hueso ni espina, la ingesta de bebidas carbonatadas puede ayudar a distender el esófago y favorecer el avance del bolo hacia el estómago.
- En caso de no disminuir la clínica no demore el tiempo en acudir al servicio de urgencias y no acuda solo.



TANATORIO LA FUENTE

Pol. Talluntxe Calle A, Nº 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



Las úlceras por presión (UPP), popularmente conocidas como escaras o llagas, son lesiones en la piel producidas, por lo general, sobre una prominencia ósea como resultado de una presión mantenida durante mucho tiempo, o presión en combinación con la fricción, produciendo roce o arrastre.

Entre el 3 y el 12% de los pacientes hospitalizados sufren UPP, aunque estas cifras alcanzan hasta el 40% en enfermos de alto riesgo y aún mayor en ancianos en situación de inmovilidad. Según el estudio de investigación de UPP las localizaciones anatómicas donde aparecen con mayor frecuencia este tipo de heridas son: glúteos, sacro, cadera, tobillos y talones.

Se pueden presentar en cualquier tipo de pacientes, pero existen grupos de mayor riesgo como son los enfermos de edad avanzada, los pacientes con alteraciones motoras, aquellos en estado de inconsciencia y los que presentan lesiones en la médula espinal.

¿Cómo se forman las UPP?

En personas encamadas las fuerzas de presión ejercidas durante mucho tiempo en una misma parte del cuerpo ocasionan un colapso vascular interrumpiéndose el flujo sanguíneo y provocando inflamación en el tejido celular subcutáneo primero y luego en la superficie de la piel. Si no se toman medidas adecuadas la lesión sigue evolucionando en

profundidad y en extensión. La clasificación de las UPP suele realizarse en función de la profundidad de afectación de los tejidos, así encontramos el llamado estadío 1 si observamos eritema y enrojecimiento de la epidermis hasta el estadío 4 cuando la destrucción es extensa y profunda, llegando a lesionar el músculo, hueso o tendones.

¿Cuáles son los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de las UPP?

Hay una serie de situaciones o factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar estas úlceras y derivan principalmente de la situación fisiopatológica del paciente. Los principales son:

- Trastornos vasculares. Insuficiencia arterial. Trastornos cardiopulmonares. Hipotensión.
- Deficiencia nutricional. Por exceso o por defecto: delgadez, obesidad, anemia. hipoproteinemia, deshidratación.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: coma, confusión.
- Déficit motor: Lesiones medulares, ICTUS, fracturas o lesiones óseas.
- Incontinencia urinaria y fecal.
- Pérdida sensorial. Inmovilidad.
- Tratamiento de radioterapia, quimioterapia.
- Pacientes inmóviles o que no pueden sentarse en silla de ruedas o levantarse de la cama por sí mismos.
- Edad. Los ancianos son más propensos a sufrir alteraciones de la piel ya que el contenido

de elastina (proteína de la piel) en los tejidos blandos disminuye, lo cual transfiere la carga mecánica del cuerpo a las células y fluidos intersticiales, y en el momento de generarse una presión, puede romperse la membrana celular.

• Factor psicológico. La depresión disminuye el grado de actividad y los mecanismos inmunológicos de defensa.

Las úlceras por presión no cicatrizan si las causas que las han originado no son tratadas eficazmente. Los estudios indican que la desnutrición representa un factor importante de riesgo ya que una situación nutricional deficiente, produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización de las lesiones y favorece la aparición de nuevas. En ocasiones será necesario consultar con un especialista en nutrición para asegurar una correcta alimentación y planificar un apoyo o suplemento nutricional.

Es esencial una actuación temprana:

- Identificando a las personas con riesgo que necesiten medidas de prevención.
- Protegiendo la piel.
- Protegiendo contra las fuerzas de presión, fricción y de cizalla.

¿Cuáles son las principales recomendaciones para prevenir las UPP?

- 1. Cuidar la piel en el caso de las personas que deban permanecer en la cama:
- Examinar la piel diariamente desde la cabeza hasta los pies todos los días. Se prestará una especial atención a las zonas vulnerables, como son las prominencias óseas (talones,

codos etc.) buscando enrojecimiento, erosiones o ampollas que puedan alertarnos de un principio de úlcera.

- Cambios posturales cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas por la noche o con más frecuencia si el riesgo es elevado y la persona no se puede mover o levantar.
- Utilizar almohadas o cojines para evitar el roce entre las prominencias óseas.
- Emplear dispositivos para aliviar completamente la presión en puntos de apoyo como los talones y los pies.
- Utilizar preferentemente lencería y sábanas de tejido natural como el algodón.
- No emplear rodetes, aros etc. NO UTILIZAR flotadores para sentar al paciente.
- 2. Favorecer que la piel esté integra y sana:
- Si no hay contraindicación asegurar la adecuada ingesta de líquidos.
- Para el aseo y la higiene de la piel evitar el agua muy caliente y utilizar jabones y lociones con pH neutro.
- Hidratar la piel aplicando cremas y productos no agresivos, lubricantes.
- NO UTILIZAR sobre la piel ningún tipo de alcoholes o colonias ni talcos.
- Utilizar almohadillas protectoras.

- **3.** Proteger la piel de la humedad excesiva y de la incontinencia:
- Limpiar delicadamente la piel cuando se ensucie. Evitar los masajes y la fricción durante los cuidados.
- Evitar la exposición de la piel a una humedad excesiva. Utilizar compresas absorbentes, gasas o pañales para adultos. Cambiar las compresas y la ropa de cama siempre que estén mojadas.
- Utilizar cremas barrera a base de óxido de Zinc que bloqueen la humedad.
- Si una zona húmeda de la piel presenta una irritación, consultar con la enfermera para que haga una valoración y establezca un tratamiento adecuado.
- **4.** Utilizar materiales y dispositivos especiales para la prevención de las UPP:

En ocasiones, los cambios posturales no bastan por sí solos para alcanzar este propósito por lo que se deben utilizar superficies adecuadas para el manejo de la presión:

 Colchones de presión alterna. Para personas de riesgo alto. Reemplazan al colchón habitual de las camas para pacientes. Son superficies dinámicas que se hinchan y deshinchan mediante un motor de aire. Su interior está provisto de unas celdas o tubos que se llenan y vacían de aire en ciclos de 7 a 20 minutos. Cuando la celda está vacía se produce una presión mínima de contacto entre el cuerpo del paciente y la superficie de apoyo. De este modo se consigue en ciclos alternos el alivio de la presión que el enfermo lograría de modo natural si pudiera moverse.

- Colchones o colchonetas estáticos de aire para pacientes de bajo riesgo.
- · Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados. Son productos compuestos por ácidos grasos esenciales que han sido sometidos a un proceso de hiperoxigenación. Fundamentalmente aumentan la resistencia de la piel y la protegen frente al rozamiento. Es importante tener en cuenta que las principales complicaciones de las úlceras por presión son la infección y el dolor. Todo esto hace que afecten negativamente a la calidad de vida de los pacientes y de su familia. Además aumenta el riesgo de presentar otras complicaciones asociadas por lo que la PREVENCIÓN de estas heridas es un objetivo fundamental en la atención y cuidados de los pacientes encamados y de alto riesgo.





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



CONTROL DE LA MIOPÍA

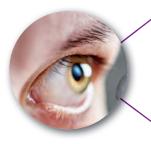
FRENANDO SU AVANCE

Mª José Aznárez Anaut y Begoña Pérez Armendáriz. Ópticos – Optometristas en Óptica Egüés Servicios de Optometría y Terapia visual con Cita previa 691 901 778



OPTOMETRÍA Y TERAPIA VISUAL

Las personas con miopía suelen tener un sistema acomodativo poco eficaz que lleva al aumento de la miopía. Mediante una evaluación optométrica completa se determina si es necesario prescribir unas gafas con lentes bifocales que puedan reducir el avance de la miopía.¹ Además, mediante la terapia visual se enseña a la persona a hacer cambios de enfoque correctamente y mejorar su rendimiento visual.



LENTES DE CONTACTO ESPECIALES

Disponemos de lentes de contacto especiales blandas con distintas zonas ópticas que permiten el control de la retina periférica para que se ralentice la elongación del ojo que hace aumentar la miopía.²



ORTO -K

La ortoqueratología es una técnica de moldeo corneal mediante el uso sólo nocturno de lentes de contacto rígidas diseñadas en función de tu córnea. Tratamiento reversible que ayuda en el desenfoque de la retina periférica que ralentiza el aumento de la miopía.³

^{1.} Yang Z, Lan W, Ge J, et al. The effectiviness of progressive addition lenses on the progression of myopia in Chinese children. Ophthal Physiol Opt. 2009; 29: 41-48

^{2.} Walline JJ, Greiner KL, McVey ME, Jones-Jordan LA. Multifocal contact lens myopia control. Optom Vis Sci. 2013;90(11):1207-1214

^{3.} Sun Y, Xu F, Zhang T, et al. Orthokeratology to control myopia progression: a meta-analysys. PLos One. 2015; 10(4)-.e0124535

Tendinopatía de la pata de ganso o anserina

Lorena Ibarz Coronas, Fisioterapeuta e Iván García Enériz, Enfermero. Hospital Reina Sofía

La tendinopatía anseria o también conocida como tendinitis de la pata de ganso es una lesión muy frecuente en corredores, mujeres de mediana edad, personas con valgo de rodillas y/o con sobrepeso, que se manifiesta por un dolor en la parte interna de la rodilla.

A pesar de ser una patología bastante común, es frecuentemente mal interpretada y desatendida.

La pata de ganso se denomina a la inserción que forman los tendones de los músculos sartorio, semitendinoso y recto interno en la parte supero interna de la tibia por debajo de la interlinea articular. Como su nombre indica, la distribución de dichos tendones en la zona de inserción se asemeja a una pata de ganso. Su función principal se basa en ayudar a la flexión con rotación interna de rodilla y en la estabilización interna de la misma.

Existen numerosos factores que pueden desencadenar este proceso. Alteraciones en la pisada (pronación), sobrepeso o problemas lumbares o pélvicos son solo algunos de los

motivos que pueden provocarla. Además existen situaciones como son el uso de tacones, deportes con movimientos bruscos y repetitivos, correr por superficies irregulares, zonas con pendiente... que provocan una mayor inestabilidad en la rodilla generando un mayor estrés en la zona.

Síntomas

La tendinitis anserina se caracteriza por dolor en la parte interior de la rodilla que se agrava al correr, subir y bajar escaleras, pendientes o levantarse de una posición sentada. En casos agudos puede aparecer hipersensibilidad y dolor continuo e incluso nocturno.

Como toda tendinitis, en su fase inicial podemos encontrar dolor únicamente al iniciar el movimiento para mejorar e incluso desaparecer con el calentamiento, pero volviendo a aumentar después del ejercicio.

Es frecuente la aparición de edema local.

Tratamiento

Podemos establecer tres puntos claves en el tratamiento:

- Eliminar o corregir la causa:
- Evitar la actividad física durante los periodos agudos.
- Corregir el sobrepeso en caso de existir.
- Corregir las alteraciones biomecánicas.
- Aprender o mejorar la técnica de carrera.
- ▶ Tratamiento médico: Inicialmente se emplean analgésicos y antiinflamatorios. En el caso de que no se consiga una mejoría con estos y el tratamiento fisioterápico se puede indicar la aplicación de cortioides tópicos locales. Si dichas medidas no son efectivas se recurre a las infiltraciones con corticoides y/o anestésicos locales.
- Fisioterapia: Son muchas las posibles técnicas utilizadas para el abordaje de dicha

tendinopatía. Entre ellas podríamos destacar:
Masaje transverso superficial y profundo,
crioterapia, reacondicionamiento muscular
mediante ejercicios isométricos, excéntricos
y concéntricos, electroterapia, ultrasonidos,
EPI (Electrolisis percutánea intratisular) y

Prevención

kinesiotape.

Es imprescindible mantener un peso adecuado, usar el calzado adecuado y corregir las alteraciones en la pisada o los posibles problemas lumbares o pélvicos.

Se debe realizar una actividad física acorde a nuestro estado de forma, progresando y aumentando la intensidad de forma paulatina evitando el sobreentrenamiento. La realización de ejercicios de fortalecimiento y estiramientos analíticos ayudaran a evitar descompensaciones. Es fundamental realizar ejercicios de perfeccionamiento de la técnica de carrera

En el caso de existir alteraciones biomecánicas como la hiperpronación del retropié es conveniente corregirlas para evitar una posible lesión, favorecer la curación o evitar la recaída.

CENTRO ECUESTRE CIZUR NUEVO CONCEPTO DE HÍPICA













JESÚS GONZÁLEZ AYARRA MARTA ERROZ FERRER

Autovía A-12 Pamplona-Logroño, Salida 9 31190 Astrain - Navarra 618 757 284 - 606 652 361 info@centroecuestrecizur.com

CURSOS POR MESES ¡¡APÚNTATE!!

CLASES de INICIACIÓN y de TECNIFICACIÓN (doma y salto),

COMPETICIÓN, EQUINOTERAPIA, PUPILAJES...

NUEVO CONCEPTO de HÍPICA,

INNOVADORAS INSTALACIONES,

Bar-Restaurante...

LO QUE SIEMPRE HAS SOÑADO PARA TI Y TU CABALLO. $_{
m i}$ TE ESPERAMOS!





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