medicina salud

zonahospitalaria

medikuntza eta osasuna

ospitaleko gunea nafarroa

navarra

Síguenos en: https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/ https://twitter.com/ZHospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoXIII noviembrediciembre2018 nº74

SUMARIO

2 ¿Qué puedo hacer con mis varices?
3 Cómo se realiza un electrocardiograma en la consulta
4 Cómo paliar los efectos secundarios de la quimioterapia
5 La importancia de hacer una revisión optométrica exhaustiva
6 Acceso venoso central
7 Esclerosis con microespuma y catéter Clarivein
8 Primeros auxilios en congelación
9 Una apuesta por la implantología dental moderna
10 Cómo organizar nuestros menús
11 Guapas por dentro, guapas...
12 Endocarditis infecciosa
13 Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia...
14 Tratamiento con yodo radiactivo (I)
16 La oxigenación hiperbárica, una aliada contra la migraña
17 La prevención, la mejor arma contra la caries infantil
18 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
20 Avances en obesidad y nutrición
22 Recuperación postparto
23 Condromalacia rotuliana
24 El apoyo psicológico y lúdico en pacientes oncológicos
26 La pelvis durante el parto
27 La gota
28 Trastorno Alimentario Compulsivo (TAC) o por atracón
30 Comedores Compulsivos Anónimos (OA) de Navarra
31 Narcolepsia: cuando el sueño ataca

EJEMPLAR GRATUITO

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

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.*

cirugíavascular

¿Qué puedo hacer con mis varices?

Antes y después del tratamiento

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

Las varices están presentes en una de cada tres personas de nuestro entorno y más de un 50 % de ellas sufren algún tipo de molestia (pesadez, dolor, calambres, picor, flebitis, úlceras…), además del problema estético asociado.

¿Qué son las varices?

Las varices son venas que han dejado de funcionar adecuadamente y por ellas la sangre no "sube" hacia el corazón, si no que "cae" hacia el pie provocando un aumento de la presión tanto dentro como fuera de la vena (hipertensión venosa), ocasionando la dilatación de la misma y los síntomas que todos conocemos (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

Es imprescindible la valoración por un cirujano vascular con experiencia, realizar una exploración física y SIEMPRE con un ecodoppler color para valorar el estado de la circulación de la pierna y poder escoger el tratamiento más adecuado (no todas las varices se deben tratar del mismo modo).

¿Qué hacer?

Debemos comenzar aconsejando practicar algún tipo de ejercicio diario (caminar, nadar, bicicleta…), intentar mantener un peso adecuado y acostumbrarse a usar unas medias de compresión durante el día.

Pero si lo que tenemos que hacer es eliminar las varices, tenemos que optar por quitar la vena que funciona mal o por conseguir que esta se cierre para que la sangre deje de "caer". Para quitar la vena disponemos de 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 "molesto". Además, provoca la lesión de los nervios que las acompañan generando zonas de la piel con menos sensibilidad (acartonadas) generalmente de por vida. Para cerrar esas venas que funcionan mal y así evitar que la sangre siga cayendo hacia el pie, disponemos de la esclerosis con microespuma ecoguiada.

La esclerosis con microespuma

Es un tratamiento muy poco agresivo y muy eficaz. La esclerosis con microespuma consiste en la inyección (una serie de pinchazos sin heridas) de un agente 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 o hacer deporte.

Si es necesario, permite tratar las dos piernas a la vez y es un tratamiento más rápido que la esclerosis con microespuma. En muchos casos el problema queda solucionado con un solo día de tratamiento.

Conclusiones

Las varices son un problema de salud frecuente y pueden causar severos trastornos en los pacientes. Cualquier variz con indicación de cirugía es tratable con microespuma con o sin el catéter CLARIVEIN.

Es un tratamiento muy poco agresivo para la extremidad, se realiza con visitas periódicas a la consulta y no afecta a otros vasos sanos o nervios periféricos, no provoca el dolor ni las posibles complicaciones, las incomodidades ni las lesiones e inconvenientes permanentes que genera la cirugía tradicional.

DOCTOR GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

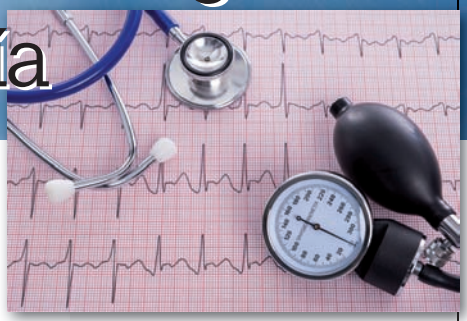
| SIN ANESTESIA | SIN BAJA LABORAL | SIN HERIDAS NI CICATRICES |
| VIDA TOTALMENTE NORMAL AL FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO |

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

Catéter Clarivein®

TRATAMIENTO CON MICROESPUMA: 1, 2 y 3

Cómo se realiza un electrocardiograma en la consulta de cardiología



Pedro María Azcárate
Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
Especialista en Cardiología. Nº Colegiado: 26/31-06741

Calle Cipriano Olaso, 8 bajo. Pamplona
T 948 22 13 11 | www.doctorazcarate.com /

Dr. Azcárate
CARDIÓLOGO

La realización de un electrocardiograma es un proceso que dura de 3-4 minutos.

El corazón es un órgano del cuerpo compuesto sobre todo de tejido muscular que tiene cuatro cámaras, cuatro válvulas y un sistema eléctrico que coordina su correcto funcionamiento.
Las dos cámaras superiores se llaman aurículas, y las dos cámaras inferiores se llaman ventrículos.
Como hemos dicho tiene un sistema eléctrico "natural" o "autónomo" que hace que el músculo cardíaco se contraiga de forma adecuada y bombee sangre a través del corazón hacia los pulmones y el resto del cuerpo.

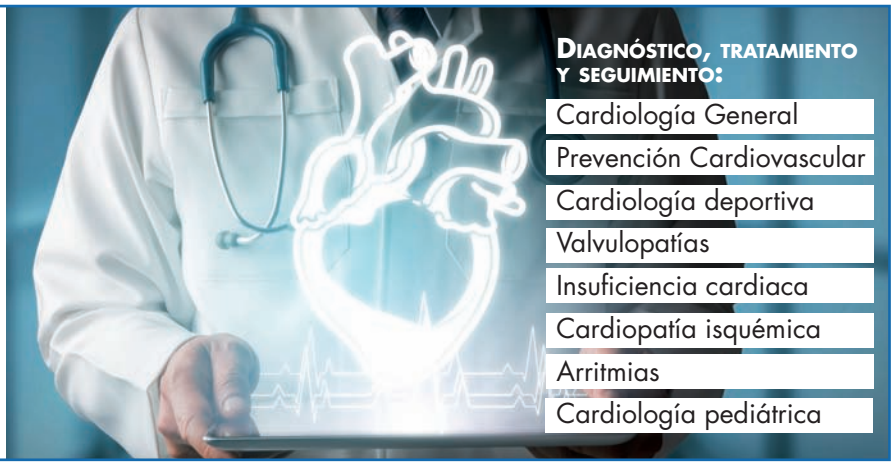
Prueba sencilla

El electrocardiograma es una prueba sencilla utilizada en cardiología desde hace mucho tiempo que permite ver si existen diversas alteraciones cardíacas: en el sistema eléctrico del corazón, en el músculo cardiaco, en el ritmo del corazón...
Hoy en día la obtención de un electrocardiograma en la consulta de cardiología es muy sencilla. Solo hace falta poner al paciente unas pequeñas pegatinas sobre el cuerpo y conectarlas mediante unos cables a un dispositivo de pequeño tamaño.
Por tanto, un aparato de electrocardiograma traduce la actividad eléctrica del corazón en trazados de líneas en papel o de forma digital. Los picos y caídas en los trazados de las líneas se llaman ondas y representan los estímulos eléctricos de las aurículas y los ventrículos.
En otras palabras la actividad eléctrica se registra desde la superficie del paciente y se analiza en papel o en la pantalla de un ordenador. Esta información es muy útil para el diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades del corazón.

Dr. Azcárate
CARDIÓLOGO

Pedro María Azcárate
Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
Especialista en Cardiología. Nº col.: 26/31-06741

CONSULTA
C/ Cipriano Olaso, 8 bajo. 31004 Pamplona
T 948 22 13 11
www.doctorazcarate.com



Cómo paliar los efectos secundarios de la quimioterapia

Berta Torrero Bonel. *DUE C. Zona Básica Valtierra Cadreita*
Dra Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA*

La quimioterapia es un tratamiento del cáncer que mediante fármacos impide el crecimiento de las células destruyéndolas. Este tratamiento no distingue entre células malignas y benignas por lo que tiene numerosos efectos secundarios.

Forma parte del propio tratamiento el ayudar al paciente a convivir con las modificaciones de la vida diaria que tanto la enfermedad como su tratamiento les imponen.
Daremos algunos consejos para evitar algunos de ellos y mejorar otros.

¡Ayudemos a que esto sea más fácil!

1. Se produce una **alteración en el número de las células sanguíneas** originándose riesgo de infección y aumento del peligro de sangrado.

Para evitar la infección deberemos:
- Lavar frutas y verduras crudas concienzudamente antes de comerlas. No comer alimentos difíciles de lavar (escarolas, frambuesas...) También lavar la cáscara y superficie de fruta dura (sandía, melón..)
- Extremar la limpieza de los utensilios de cocina. No utilizar la misma tabla para cortar carne y verduras.
- Descongelar los alimentos dentro del frigorífico.
- Buena cocción de los alimentos. No dejarlos crudos.
- Evitar pescados y mariscos crudos.
- Comprar los alimentos envasados no a granel.
- Evitar restaurantes de autoservicio.
- Evitar alimentos con moho como los quesos.

Para evitar el sangrado deberemos:
- Extremar el cuidado en el afeitado, mejor con maquinilla que con cuchilla.
- Extremar el cuidado en el rasurado de piernas, mejor cremas que cuchilla.
- En el domicilio evitar objetos innecesarios para evitar golpes.
- Evitar el uso de objetos punzantes y cortantes, si los usas protégete con guantes.

2. Se producen diversas **alteraciones a nivel del aparato digestivo**.

[A] *Se inflama la mucosa del aparato digestivo:*
- Mantener una buena higiene bucal con enjuagues de manzanilla tras las comidas.
- Emplear cepillo de dientes de cerdas suaves.
- Mantener la boca hidratada, se puede masticar chicle, comer pequeños trozos de piña o chupar cubitos de hielo de alimentos líquidos que nos gusten.
- Si aparecen heridas utilizar medicamentos para los hongos diluidos y anestésicos locales.
- Tomar alimentos de textura suave y fríos, ya que son mejor tolerados.
- Evitar alimentos irritantes y picantes.

[B] *En la mayoría de los casos se produce diarrea:*
- Evitar tomar café, especias, leche, alimentos ricos en grasa o alimentos ricos en fibra.
- Se debe beber mucho líquido (el zumo de limón y el té tienen propiedades astringentes)
- La manzana y el membrillo también son astringentes.

[C] *En otras ocasiones se produce estreñimiento:*
- Buena hidratación.
- Ejercicio en la medida que sea posible (caminar..)
- Dieta rica en fibra.
- Laxantes con supervisión médica.

[D] *Aparecen náuseas y vómitos:*
- Elegir alimentos secos y crujientes (galletas, tostadas..)
- Las primeras horas del día son las ideales para realizar la comida principal porque las náuseas y vómitos son menores.
- Limitar la ingesta de líquidos durante las comidas
- Comer lentamente masticando bien.
- Elegir alimentos según el gusto personal. No intentar la ingesta de alimentos habitualmente preferidos durante la fase aguda para evitar que terminemos creando rechazo sobre ellos.
- Elaborar comidas atractivas a la vista en platos pequeños.

[E] *Alteraciones en el gusto, sabor metálico tras la ingesta de alimentos ricos en proteínas:*
- Evitar carnes rojas
- Antes de comer, tomar caramelo de menta que disminuye el sabor.

[F] *Hay falta de apetito:*
- Comidas pequeñas y frecuentes. Lo ideal es un plato con alimentos variados.
- Evitar olores fuertes y alimentos excesivamente grasos.
- Hacer las comidas en los momentos de mejor situación.
- Es importante un buen ambiente familiar.

[G] *Molestias gástricas:*
- Evitar alimentos de digestión lenta y pesada: verduras, legumbres y ensalada (la legumbre en puré se tolera mejor).
- Comer alimentos de fácil digestión : pasta, arroz, cremas...
- Formas culinarias sencillas: plancha, hervidos, asados.

3. Se produce **caída de pelo**.
- Evitar tintes, rulos y secadores
- Usar pañuelos, gorras o pelucas . El uso de peluca debe ser antes de la caída para dar tiempo a acostumbrarse a ella. Esta debe ser de características similares al pelo original.

En muchas ocasiones los consejos más simples, pero aplicados en el momento ideal ayudan a mejorar la calidad de vida en esta difícil etapa que algunos pacientes están atravesando. El paciente necesita que le ayudemos a hacer estos reajustes.
Nuestro deber e ayudarle a retomar las riendas de su vida que se ha visto alterada por la enfermedad.

La importancia de hacer una revisión optométrica exhaustiva

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

Beatriz Irigaray es optometrista corportamental en Óptica Navarra.

ZH- ¡Hola Beatriz! Para empezar, siempre he tenido esta duda, ¿qué diferencia hay entre un oftalmólogo y un óptico optometrista?

El Optometrista analiza que los ojos funcionen bien, el oftalmólogo es el encargado de tratar las patologías o enfermedades de los mismos; en términos coloquiales, el óptico es el Software y el oftalmólogo el Hardware, ambos complementarios e imprescindibles.

ZH-Cuando uno acude a una óptica, lo hace con la intención de graduarse la vista y, llegado el caso, ponerse gafas o lentillas, ¿es esta la labor del óptico o podemos encontrar más beneficios en una revisión?

Te puedes quedar en la superficie y saber simplemente tu graduación o podemos analizar cómo funciona tu sistema visual para poder prescribir la graduación más eficiente y así garantizar una correcta adaptación a tus gafas. Esto requiere una revisión más exhaustiva.

ZH-Hablas de una revisión más exhaustiva, ¿en qué consiste?

Muchas veces tenemos dolores de cabeza después de estar usando el ordenador o leyendo, mareos en movimiento, sensación de alergia, somnolencia al realizar tareas de cerca o que, por ejemplo, nuestros hijos leen o escriben con dificultad... Esto pueden ser síntomas de algunos problemas visuales y la gente no lo asociamos al sistema visual y que una revisión a fondo puede detectar para así poder tratarlo correctamente ya sea con corrección visual con gafas, lentillas o terapias y ejercicios visuales específicos para cada caso. De hecho, todo el mundo que trabaja mucho con ordenador debería hacerse una revisión en profundidad si nota algún tipo de molestia o síntoma.

ZH-¿Sería conveniente hacer también una revisión con el oftalmólogo?

Siempre es interesante, sobre todo a partir de los 40 años, hacer un revisión con el oftalmólogo; no obstante, adicionalmente a la revisión, los ópticos optometristas suelen incluir un cribado o screening para descartar posibles patologías y en su caso derivar al oftalmólogo que es el profesional cualificado para su tratamiento.

ZH-Beatriz, antes nos comentabas que existen terapias visuales, ¿nos podías decir en pocas palabras en qué consisten?

Hay problemas visuales que se corrigen con gafa o lentilla y otros que requieren trabajar y reforzar el sistema visual para que se comporte correctamente y así poder obtener una calidad de visión lo más óptima posible.

Acceso venoso central ¿Qué es?

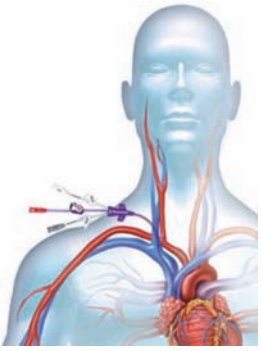
Marta Aguado Sevilla. *FEA Anestesiología y Reanimación*
Mikel Ansó Navarro. *FEA Anestesiología y Reanimación*
Guillermo Napal Ongay. *FEA Anestesiología y Reanimación. Hospital García Orcoyen, Estella*

Se denomina acceso venoso central a aquellos en los que la punta del catéter se sitúa en una vena endotorácica, es decir, cerca del corazón, generalmente en la vena cava superior. A estas venas se puede acceder gracias a determinadas referencias anatómicas, como pueden ser óseas, musculares o vasculares; o mediante la ecografía.

En nuestra práctica habitual accedemos a venas yugulares internas, subclavia, axilar y femoral.

¿Cuáles son sus indicaciones?

Sus indicaciones generales derivan de las limitaciones de los accesos venosos superficiales y deberían reservarse para el paciente que vaya a obtener un claro beneficio de esta técnica.



Sus indicaciones serían las siguientes:

- Monitorización invasiva.
- Drogas vosactivas o fármacos que producen daño intimal (soluciones de pH<5 o Ph >9 y de osmolaidad > 500 mOsm/L), quimioterapia por ejemplo.
- Diálisis/aféresis.
- Aporte de elementos nutritivos que producen daño endotelial (Osmolaridad > 10% de glucosa o 5% de aminoácidos).
- Para terapia intravenosa en pacientes cuyas vías periféricas han sufrido venoclisis repetidas o lesionadas por flebitis o extravasación de líquidos al tejido celular subcutáneo.

La resucitación solo con líquidos no es una indicación de cateterización venosa central. Un dispositivo de calibre 16G en vena periférica puede infundir el doble de fluido que en un catéter venoso central de 16G. Sin embargo es cierto que la canulación de una vena periférica sea imposible en pacientes hipovolémicos y en shock.

¿Cuál es el abordaje?

El abordaje para la vena cava superior bien puede ser por vía periférica o central, esta última por canalización de Vena Yugular Interna (VYI) y la vena subclavia (VSC).

A la hora de elegir una vía venosa profunda hay que tener en cuenta el riesgo de infección de la zona, la cercanía del campo operatorio o la existencia de características anatómicas especiales, por ejemplo, pacientes con bocio; también debemos tener en cuenta si existen alteraciones de la coagulación que nos pudiesen dificultar una correcta hemostasia.

El cateterismo de la VYI debe ser de primera elección debido al menor riesgo de neumotórax y a la posibilidad de comprimir una posible hemorragia en la zona. Es el sitio preferido para una hemodiálisis aguda. En contra está el hecho de que pueda resultar relativamente difícil su canalización en pacientes obesos y en los de cuello corto y que tiene un índice de fracasos superiores al del cateterismo de la VSC. Además, el cuello es una zona móvil y puede incomodar al paciente. En la literatura encontramos que las complicaciones son más frecuentes en el acceso de VYI, pero más graves cuando se cateteriza la VSC.

Quizás el cateterismo de la VSC se puede considerar sencillo porque ésta permanece fija a la clavícula por tractos fibrosos y no se colapsaría en pacientes hipotensos. De elección elegimos la del lado derecho para evitarnos el riesgo de quilotorax. Debemos evitarlo en sujetos que se encuentren agitados, pacientes con insuficiencia respiratoria grave y en aquellos pacientes caquécticos y enfisematosos. Cuidado con los pacientes con alteraciones de la coagulación, por la dificultad de poder realizar una adecuada hemostasia.

El cateterismo de la arteria exilar es una alternativa interesante, sobre todo por su vía subcoracoclavicular, tiene la ventaja de que permite comprimir fácilmente los vasos axilares contra la parrilla costal, y por ello, utilizarlo si existen problemas de hemostasia. Se trata de una técnica difícil de dominar y no se recomienda en pacientes obesos, gracias a la ecografía hoy en día nos facilita la punción de venas alternativas.

Otra de las opciones existentes sería la punción de la vena femoral, teniendo en cuenta los riesgos de trombosis y sepsis, debemos reservarla para situaciones excepcionales, cuanto todas las anteriores estén contraindicadas. Se trata de un acceso adecuada para la hemodiálisis a corto plazo o la plasmaféresis en pacientes ingresados. Cuidado de nuevo en los pacientes con alteraciones de la coagulación por la posibilidad de dañar la arteria y su dificultad para realizar la correcta hemostasia.

¿Qué vía elegir en situaciones especiales?

Cuando nos encontremos con un paciente con neumotórax y debamos canalizar un acceso central, optaremos por la VYI o VSC ipsilateral al pulmón lesionado, así evitamos una posible agresión al pulmón contralateral.

Normalmente la cateterización de la VSC se puede realizar rápidamente durante la RCP, pero es cierto que la VYI necesita menos interrupciones de las compresiones torácicas externas y puede ser preferible si tenemos la vía aérea asegurada. En esta situación, por su rápida realización, el abordaje supraclavicular de la VSC (vía de Yoffa) sería una buena alternativa.

La VSC es una buena alternativa en los pacientes neuroquirúrgicos, si se ha descartado previamente un neumotórax antes de la inducción a la anestesia general.

Esclerosis con microespuma y catéter Clarivein

Antes y después del tratamiento

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

Si tiene usted varices debe saber que no es un problema estético. Realmente reflejan la existencia de una insuficiencia venosa en mayor o menor grado, que consiste en una lesión de las válvulas venosas que impide el correcto retorno de la sangre de las piernas hacia el corazón.

Las varices pueden no dar ningún síntoma durante años. No obstante, lo más habitual es que produzcan dolor, cansancio, pesadez, picor, etc. Sus complicaciones más frecuentes son las flebitis o las hemorragias. Aunque no haya síntomas, el problema circulatorio sigue estando ahí, así como el riesgo de complicaciones. Si no se soluciona, poco a poco puede irse deteriorando la piel e incluso aparecer una úlcera.

Hay dos grandes formas de tratar las varices. El tratamiento quirúrgico. Supone su extirpación. Requiere anestesia raquídea o general, la realización de incisiones y, dado que es un tratamiento relativamente agresivo, implica la necesidad de un período de recuperación de aproximadamente 6 semanas.

La esclerosis con microespuma

La esclerosis con microespuma es una alternativa a la cirugía sin los inconvenientes de ésta. Consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de las varices. Ello produce su cierre y paulatina desaparición. Requiere un número variable de sesiones en función del calibre de las varices, su número, etc.

Cuando en la Consulta se objetiva insuficiencia de algún eje safeno, la forma más rápida y eficaz de administrar la microespuma es el catéter Clarivein. Se usa un agente esclerosante similar, pero se introduce la microespuma a través de un catéter, que gira dentro de la vena a gran velocidad. La combinación del efecto químico de la esclerosis con el mecánico de la rotación del catéter permite eliminar un eje safeno insuficiente en una sola sesión. Posteriormente, habrá que tratar las colaterales permeables a través de sesiones de microespuma.

En cualquiera de los casos, siempre que se realiza un tratamiento que implique el uso de microespuma, no se requiere anestesia (o sólo local), no hace falta ingreso puesto que son procedimientos ambulatorios, ni existe período de recuperación. El paciente puede incorporarse a sus actividades habituales nada más finalizar el tratamiento.

En definitiva, la microespuma ofrece unos resultados equipatables al tratamiento quirúrgico habitual, pero con una agresividad mucho menor y sin tener que interrumpir las actividades habituales del paciente.

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

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
CLARIVEIN® - MICROESPUMA
SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

Dr. José Manuel Jiménez Arribas:
PAMPLONA. Clínica San Fermín. Avda. Galicia, 2
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3

CONSULTA MÉDICA
948 235 850
644 722 549

Primeros auxilios en casos de congelación

Ilka Stefanova. *DUE. Servicio Urgencias Extrahospitalarias. Enfermera de consejo sanitario*
Laura Sánchez Iñigo. *Médico de Familia. Urgencias. Hospital García Orcoyen*
David Navarro González. *Médico de Familia. Servicio Urgencias Extrahospitalarias. UVI-Móvil Parque de Bomberos Trinitarios*

Cuando estamos expuestos a temperaturas muy bajas, la piel y los tejidos subyacentes pueden sufrir congelación sin darnos cuenta. Si no se interviene a tiempo las lesiones pueden ser graves e irreversibles.

Las partes de nuestro cuerpo que son más propensas a sufrir este daño son las extremidades (sobre todo las manos y los pies), junto con la nariz y las orejas. Las congelaciones suelen afectar más a personas que tienen mala circulación, fumadores, diabéticos, los que siguen tratamiento con determinados fármacos (como los betabloqueantes), personas que padecen el fenómeno de Raynaud (palidez intensa de los dedos de la mano por falta de riego sanguíneo, seguido de coloración azulada y posterior enrojecimiento, con dolor más o menos intenso, que dura de 10 a 15 minutos, se cura espontáneamente y sin dejar secuelas) y por supuesto los que llevan ropa inadecuada para la ocasión.
Especial atención a los ancianos, dado que tienen un riesgo incrementado de padecer hipotermia por una respuesta más lenta del organismo frente al frío, por las enfermedades múltiples que suelen tener estos pacientes, los múltiples fármacos. El manejo es igual que en el resto de los casos.

Signos y sintomas

- Entumecimiento en partes del cuerpo expuestas al frío. Rigidez articular y muscular.
- Piel y tejido subcutáneo que se sienten duros, sólidos o congelados.
- Cambios en el color de la piel, incluyendo blanco o gris.
- Aparición de ampollas.
- Sensibilidad disminuida hasta llegar a la anestesia total de la zona.
- Tras calentamiento, área roja y dolorosa.

Clasificacion de la congelación

Los tipos de congelación se definen dependiendo de la profundidad que alcanza la lesión que se ha producido .

- **Congelación superficial:** la piel está enrojecida y se siente muy fría. Si la exposición continúa la piel se vuelve pálida y blanquecina y se entumece.
- **Congelación profunda:** a medida que la congelación avanza se afectan los tejidos más profundos, se pierde la flexibilidad y se puede perder la sensación de frio y dolor. Aparecen ampollas y la piel adopta un color grisáceo con aspecto ceroso, para adquirir mas tarde aspecto negruzco por la necrosis originada y aparece escara.

Primeros auxilios

El calentamiento progresivo es la clave del tratamiento de la congelación.

- Trasladar a la persona a un lugar mas cálido.
- Quitar la ropa húmeda y cualquier joya.
- Hidratar con bebidas calientes y dar alimentos ricos en hidratos de carbono.
- Mantener a la persona caliente tapándola con una manta y utilizar agua tibia para sumergir las partes lesionadas (la temperatura del agua apropiada es de 38-40 grados) o envolver con paños calientes sin aplicar presión los dedos por separado.
- Llamar a servicios de emergencias.
- NO frotar las zonas congeladas, dado que puede producir más lesiones.
- NO utilizar calor directo (fuego, mantas eléctricas....), se pueden provocar quemaduras.
- NO drenar las ampollas de la piel congelada, realizar curas bajo supervisión médica.
- NO andar (si son los pies los que están congelados), puede agravar el daño tisular.
- NO tomar bebidas alcohólicas ni fumar durante el proceso de recuperación, pueden retrasar la cicatrización.

¿Cómo prevenir la congelación?

Utilizando ropa especial contra el frío, impermeables, prestando especial atención a las zonas de mayor riesgo (manos, pies, orejas, nariz). Evitar ropa y calzado muy ajustados. Es importante asegurarse y mantener una buena alimentación con aporte de calorías apropiado. En caso de encontrarse en una situación de frío extremo que podría prolongarse se debe aumentar la actividad corporal y mantenerse en movimiento para no perder calor. Detección precoz de los síntomas iniciales para poder tomar las medidas adecuadas según la situación.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

▶CIRCUITO DEL ESTRECHO+NORTE DE MARRUECOS / 1 al 7 Diciembre
Viaje novedad en AVE ida y vuelta. Ceuta – Tetuán – Tánger – Chauen – Asilah - Pensión completa. Últimas plazas. Grupo personalizado. 885 €
▶FESTIVIDAD DE LA VIRGEN DE LOURDES EN EL SANTUARIO / 9/11 Febrero
Autocar + Pensión completa. Puede reservar su plaza. 210 €
▶ANIVERSARIO DE LAS APARICIONES EN FÁTIMA – FESTIVIDAD DE LA VIRGEN 11/15 Mayo
Ciudad Rodrigo+Fátima+Batalha+Coimbra+Guarda+Salamanca. Pensión completa. Reserve su plaza. 525 €

el mundo de Raquel
C.I.E.: 21746MY

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

Una apuesta por la implantología dental moderna

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

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

En los últimos años, la implantología dental se ha convertido en una de las especialidades más demandadas por los pacientes para sustituir las piezas dentales perdidas.

Como bien sabemos en Clínica Bustillo, donde llevamos más de veinte años dedicados a este campo, los implantes dentales presentan indudables ventajas sobre otras opciones de restauración. Ayudan a recuperar la plena funcionalidad de los dientes y presentan un acabado que no los diferencia de las piezas naturales.

Aunque pueda parecer reciente, se trata de una disciplina con una trayectoria muy dilatada y que ha evolucionado mucho. Por ello, ya podemos hablar de una implantología tradicional y de una moderna.

En nuestra clínica hemos realizado una decidida apuesta por la implantología moderna, con un proceso de trabajo presidido por la calidad, desde los materiales que utilizamos, la tecnología aplicada y, por supuesto, la dilatada experiencia que atesoramos en la colocación de implantes en multitud de casos, especialmente en los más complejos.

Hemos podido reducir al máximo los tiempos de tratamiento y ofrecer una responsabilidad del tratamiento de por vida, del trabajo realizado para los pacientes que se han tratado íntegramente en nuestro centro.

Documento de Calidad de Materiales

La parte más importante de un tratamiento con implantes es la que no se ve y, precisamente, la que el paciente debe conocer. Ha de saber qué productos se han integrado en su boca y cuál es su origen. Solo así se podrá hacer un adecuado seguimiento de su evolución.

Hemos desarrollado un carné del paciente que recoge el protocolo de tratamiento y los productos y materiales utilizados en el proceso, cada uno de ellos con su correspondiente código de trazabilidad. Fruto de ello, los pacientes pueden disfrutar de las garantías de calidad de todos los materiales usados en su tratamiento.

La garantía es uno de los aspectos de la implantología moderna, pero no el único. A él se unen otros como la experiencia y la especialización, la inversión en productos y materiales de última generación, la aplicación de la tecnología digital y el trabajo con colaboradores de primer nivel.

Esta filosofía se concreta en una enorme mejora de la vivencia del paciente. Se pasa de procesos que duran varios meses o incluso más de un año a intervenciones que posibilitan la colocación de implantes y dientes en el mismo día, incluso con la realización simultánea de injertos de hueso.

Implantes diseñados para la estabilidad primaria

La aparición de nuevos protocolos de trabajo y el desarrollo de novedosos tipos de implantes ha llevado a que la llamada estabilidad primaria sea la clave de la integración en el hueso. Es decir, buscamos que el implante sea completamente estable desde el momento de su colocación, sin que resulte necesario esperar un tiempo. Esto nos permite conectar una interfaz protésica que sobresale de la encía. Realizamos las pruebas sobre ella, y tanto el implante como la masa ósea en la que se inserta no sufren con las manipulaciones.

En consecuencia, podemos colocar los dientes en el mismo acto quirúrgico y esperar a que la encía cicatrice y se retraiga, y que el propio tejido progrese hacia su estado normal.

Los nuevos modelos de implantes muestran un diseño que facilita su colocación en huesos estrechos, cortos o de baja densidad. Tales propiedades contribuyen a acortar los pasos del proceso. Además, disponemos de una amplia gama de implantes, con multitud de diámetros y alturas, que también favorecen la inmediatez.

No obstante, si bien la calidad de los productos y materiales es un factor relevante, la trayectoria cuenta mucho más. La experiencia clínica de más de 20 años y miles de implantes dentales colocados, consiguen que el éxito de los casos sea una norma, y el confort y satisfacción de nuestros pacientes una realidad.

El apoyo de la tecnología digital

Junto al bagaje profesional, el apoyo constante de la tecnología digital ha transformado esta disciplina. No solo ha mejorado la predictibilidad del tratamiento, sino que, sobre todo, ha contribuido a responder con solvencia a las expectativas del paciente.

Con el apoyo de recursos como el escáner de haz cónico, el escáner intraoral y el software de diseño facial logramos diagnosticar con precisión cada caso, y hacer una planificación y simulación exactas del tratamiento y el resultado de la intervención.

Si tiene alguna duda, puede contactar con nosotros en el teléfono **948 152 878** o a través de **consulta@clinicabustillo.com**

Cómo organizar nuestros menús

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

En la actualidad, las condiciones de vida han cambiado y cada vez más personas comen fuera del hogar, no se hace una planificación semanal de los menús y casi todo se improvisa en el último momento. El resultado es una nutrición inadecuada e insuficiente en determinados nutrientes en muchos de los casos. Es conveniente aprender cuales son las bases de una buena organización de menús para evitar este problema.

Las comidas y las cenas de toda la semana deben tener una variedad importante de alimentos y contener los necesarios para que la dieta resultante aporte todos los nutrientes esenciales.
Cada menú debe de cumplir las siguientes normas:

- Contener la dosis justa de proteínas.
- Verduras y hortalizas deben de estar siempre presentes.
- Aportar una buena cantidad de fibra dietética.
- Asegurar un buen contenido de calcio.
- Elevar el nivel vitamínico con alimentos crudos (frutas o verduras) en todas las tomas.

El cambio en los hábitos de consumo actuales ha llevado a comer menos legumbres y a un mayor rechazo del pescado y verduras entre otros. Hay que rectificar estas malas tendencias y hacerse una serie de propósitos:

- Introducir legumbres como plato principal varias veces por semana y un puñadito de frutos secos un par de veces.
- Consumir alimentos que aporten hidratos de carbono complejos o de absorción lenta: legumbre, arroz, pasta, pan, otros cereales (maíz, avena...), harinas, patatas, etc. Todas las comidas deben de tener una ración de alimentos que aporten estos hidratos de carbono.
- Potenciar el consumo de pescado frente a la carne. Mínimo dos o tres veces por semana es imprescindible consumir pescado. Una o dos veces en semana es aconsejable el consumo de pescado azul y una vez en semana el consumo de marisco. En cuanto a la carne, es recomendable que una vez en semana sea carne roja.
- Cocinar con pocas grasas pero sin suprimirlas totalmente. Cada día se tomará como mínimo una cucharada sopera de aceite. Recuerda que el mejor aceite es el aceite de oliva virgen.

Con todas estas ideas y principios se confeccionarán los menús. La pauta que se ofrece es la de los ingredientes básicos que forman cada una de las comidas. A partir de ellos las combinaciones y posibilidades culinarias son muy amplias y permiten la posibilidad de preparar menús adaptados a diferentes circunstancias, épocas del año (frío, calor), etc.

Algunos ejemplos

▶MARTES comida:
Ejemplo 1- Pimientos asados/Potaje de legumbres con costilla de cerdo/Yogur.
Ejemplo 2- Ensalada/Legumbre con atún en aceite y vinagreta/Yogur.

▶JUEVES comida:
Ejemplo 1- Arroz con salsa de tomate/Pollo con pimientos/Fruta.
Ejemplo 2- Espárragos a la vinagreta/ Arroz con setas y conejo/Fruta.

▶SÁBADO cena:
Ejemplo 1- Ensalada/Hojaldre de verduritas y huevo/Helado.
Ejemplo 2- Ensalada con huevo duro/Yogur con cereales.

Al hablar de verduras se incluyen todas las hortalizas; setas, espárragos, alcachofas, calabacines, tomates...además de todas las verduras de hoja y raíces.
Las cantidades se adaptarán a las necesidades de cada persona. La mejor forma para saber si el consumo de calorías es el adecuado, será el mantenimiento de peso.

Por otro lado, un **desayuno, media mañana y merienda** adecuados como complemento de las tomas principales de comida y cena, son imprescindibles para el equilibrio nutritivo al final del día. Estos deberán incluir y combinar alimentos de varios grupos: lácteo, cereal, fruta y alimento proteico.

Estos serían algunos ejemplos saludables:
▶2 tostadas de pan integral/Jamón york o serrano/1 yogur natural/Café o infusión.
▶Yogur natural/1 puñado de frutos secos/2 quesos en porciones o 40 g de queso bajo en grasa/Zumo de naranja natural.
▶Vaso de leche con azúcar o miel/Cereales integrales/1 pieza de fruta.

Guapas por dentro, guapas por fuera

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

Hemos comentado en anteriores ocasiones que la vejez no es una enfermedad. Es una parte del ciclo de la vida, en la que se van produciendo cambios en nuestro organismo. De esto sabemos mucho las mujeres: la adolescencia, la maternidad, la menopausia son parte de la fisiología femenina que nos ha generado cambios en nuestro cuerpo, y todas hemos sabido adaptarnos a ellos.

En la época del envejecimiento, considerado a partir de los 65 años, también vamos a sufrir cambios. Es verdad que algunos son molestos. En anteriores publicaciones hemos hablado de ellos y hemos contado algunos consejos para que evolucionen de la mejor manera posible. Pero ¿por qué no nos fijamos en las ventajas que también nos brinda esta edad?

Por ejemplo tenemos más tiempo, menos obligaciones y ahora sabemos mucho más que antes, y dado que gran parte de nuestra vida hemos sido cuidadoras, vamos a empezar a cuidarnos también a nosotras mismas.

En primer lugar, hay que aceptar nuestro cuerpo, no queramos aparentar la edad que ya no tenemos. Es evidente que cada uno de nosotras reaccionamos de manera distinta ante el hecho de ser o hacerse viejo. Unas ven los aspectos positivos, se sienten valoradas, aceptan los cambios y los trabajan, o mantienen buena relación con quienes le rodean, Por el contrario, existen otras que reniegan de la vejez, se sienten alguien que ha perdido su valor, demuestran desesperanza, y consecuentemente, tienen muy baja autoestima.

Sin embargo, si lo analizamos bien, veremos que existe otra forma de ser guapas. Esta cualidad solo se alcanza cumpliendo años, gracias a los valores que nos aportan la experiencia, la serenidad, la sabiduría, la personalidad, la elegancia, la comprensión que se adquiere con los años... Todo esto nos permite sentirnos bien, ¡soy guapa por dentro!. Y si estoy a gusto con mi edad, también estaré a gusto con mi cuerpo, me sentiré más guapa y más favorecida, ¡soy también guapa por fuera!

Por ello, debemos dedicar tiempo a cuidar nuestro aspecto físico. Va a favorecer que nos veamos mejor, a asumir mejor estos cambios y, probablemente, a querernos más.

Estos cuidados deben incluir, además de los hábitos de salud, y de higiene personal:

CUIDADO DE LA PIEL

Es conocido por todas que la piel pierde elasticidad, aparecen arrugas, manchas. Por lo tanto, tendré que mantener una correcta hidratación, tendremos que beber agua principalmente u otro tipo de líquidos saludables, cuidaré mi alimentación e incidiré en aquellos alimentos que me aporten vitaminas, y cómo no, usaré cremas hidratantes. Aquí nos fiaremos del consejo de nuestro dermatólogo, farmacéutico...y recordando que no siempre lo más caro es lo mejor. Interesan también cremas que aporten vitamina C, vitamina A (retinol, ácido retinóico) o vitamina E.

CUIDADO CON EL SOL

Tendremos que protegernos de él con cremas de protección solar, ropa adecuada, gafas de sol, y evitar horas centrales del día en verano. Pero tenemos que exponernos a él, diariamente, dando un paseo que nos permita beneficiarnos de sus efectos de cara a garantizar dosis suficiente de Vitamina D, imprescindible para nuestros huesos. Con esto sería suficiente. Vigilad posibles manchas o lunares que aparezcan en nuestra piel, especialmente si crecen o van cambiando de aspecto. Ante la duda, acude a tu médico.

CANAS

No son un problema de salud. Es un tema estético y aquí todas las opciones son válidas. En todo caso los tintes, salvo casos excepcionales, no son peligrosos o dañinos.

MAQUILLAJE

Si existe ese hábito no hay por qué abandonarlo, ya que bien usado, ayuda a mejorar la imagen.

CUIDA TU PESO

Con la edad, nuestro organismo pierde agua corporal, disminuye el músculo y por si fuera poco, la grasa del cuerpo aumenta y se deposita en abdomen, cintura u otras zonas del cuerpo. La hidratación, una buena alimentación y el ejercicio van a constituir los pilares sobre los que apoyaremos nuestro aspecto físico. Lo peor que podemos hacer es no hacer nada.

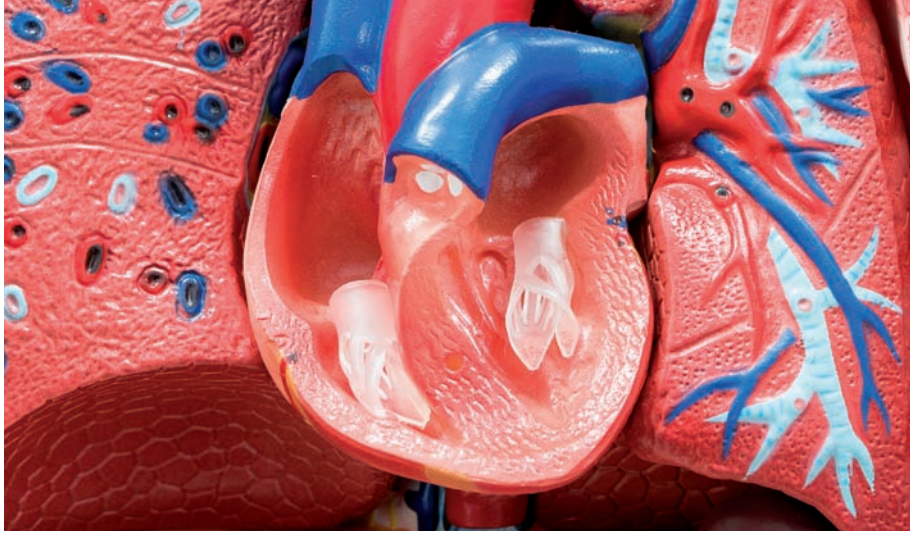
La inactividad es la que va a acarrear las peores consecuencias para nuestro cuerpo. Como además vamos a disminuir de talla, por las consecuencias del envejecimiento en la columna, no me queda más opción que aminorar estos efectos con una actividad física adaptada a mis circunstancias.

Y recordad, la primera norma de belleza empieza por la limpieza. No os abandonéis. La higiene corporal diaria, con una buena ducha, hidratación, ropas cómodas y por qué no, alegres, modernas o clásicas según el gusto, pero en la que nos sigamos sintiendo nosotras mismas.

¿Todo esto es válido para los hombres? ¡Pues claro que sí!. Todos nos merecemos seguir siendo agradables a la vista de los demás y ante nosotros mismos. Pongámonos a ello. Nosotros podemos.

anestesiología

Profilaxis de la endocarditis infecciosa



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

La endocarditis infecciosa es una infección de gravedad por las complicaciones que pueden causar tanto a nivel local como por embolización séptica a través del torrente sanguíneo al resto del organismo. Aumenta la gravedad de esta enfermedad, dado que se trata de un difícil diagnóstico y además de tratamiento intravenoso prolongado, no siempre eficaz y en algunas ocasiones quirúrgico.

De aquí viene la importancia que nos transmiten los pediatras y médicos de atención primaria en insistirnos en una correcta higiene bucal en todos los pacientes con cardiopatía estructural. Su revisión debe ser imprescindible en el seguimiento de estos pacientes, así como el correcto tratamiento de los problemas odontológicos. Esto es muy importante ya que el mantenimiento de una adecuada higiene bucal probablemente reviste mas importancia que la profilaxis antibiótica.

¿Qué ocurre con la endocarditis infecciosa y pacientes con cardiopatía estructural de base?

A pesar de que la colonización del endocardio normal es muy baja, hay algunos gérmenes que tienen cierta afinidad por él. El daño inflamatorio endotelial que crean lo flujos a elevada presión en determinadas cardiopatías supone un factor de riesgo para el desarrollo de una endocarditis infecciosa.
No todas las cardiopatías suponen un factor de riesgo para el desarrollo de una endocarditis, ya que no todas las cardiopatías provocan cambios fisiopatológicos que deriven en un endocardio dañado y susceptible a una infección, por ello es importante conocer las cardiopatías que van a provocar estos cambios, y precisan de medidas de protección.

¿Qué cardiopatías precisan profilaxis con antibióticos?

Se dividen en tres grupos: alto, moderado y bajo riesgo.

▶Alto Riesgo
- Paciente con válvula cardíaca protésica, incluida bioprótesis y válvulas de homoinjerto.
- Endocarditis bacteriana previa.
- Defecto cardíaco congénito cianótico complejo (Por ejemplo: Ventrículo único, tetralogía de Fallot...).
- Cortocircuito o fístula sistémico-pulmonar generado por intervención quirúrgica.

▶Riesgo moderado:
- Ductus arterioso persistente.
- Coartación aórtica.
- Comunicación interauricular tipo ostium primum.
- Válvula aórtica bicúspide.
- Disfunción valvular adquirida (cardiopatía reumática, colagenopatía vascular).
- Miocardiopatía hipertrófica.
- Prolapso de la válvula mitral si insuficiencia mitral, o engrosamiento de las valvas de la mitral o ambos problemas a la vez.

▶Riesgo mínimo:
- CIA aislada tipo OS.
- Reparación quirúrgica de CIA, CIV o PCA (sin shunt residuales después de 6 meses).
- Prolapso de la válvula mitral sin insuficiencia o engrosamiento de las valvas.
- Soplos cardíacos funcionales.
- Enfermedad de Kawasaki previa sin disfunción valvular.
- Fiebre reumática previa sin disfunción valvular.
- Marcapasos cardiacos (intravasculares o epicárdicos) y desfibriladores implantados.

¿ En que procedimientos debe realizarse la profilaxis en los pacientes de riesgo?

Al igual que no todas las cardiopatías precisaban profilaxis antibiótica no todos los procedimientos quirúrgicos son de riesgo para una sobreinfección del endocardio. Ni siquiera todos los procedimientos dentales.

▶Profilaxis de endocarditis en procedimientos dentales:
- Extracción dental.
- Procedimientos periodontales entre los que se incluyen cirugía, curetajes y pulido radicular, sondaje dental y revisión de mantenimiento.
- Colocación de implante dental y reimplantación de diente que ha sufrido avulsión.
- Instrumentación endodóntica (en el conducto de la raíz o cirugía más allá de ápice).
- Colocación subgingival de fibras o tiras de antibiótico.
- Colocación inicia de bandas ortodónticas pero no de apliques ortodóncicos.
- Inyección de anestésico local.
- Limpieza profiláctica de dientes o implantes cuando cabe esperar hemorragia.
- Odontología restauradora.
- Extracción postoperatoria de puntos de sutura
- Toma de impresiones orales.

▶Profilaxis de endocarditis en procedimientos de ORL, respiratorios, digestivos y genitourinarios.
- Amigdalectomía, adenoidectomía.
- Procedimientos quirúrgicos que afecten a la mucosa respiratoria.
- Broncoscopia rígida, flexible con biopsia.
- Esclerosis de varices esofágicas.
- Dilatación esofágica.
- Cirugía de las vías biliares.
- Cirugía de la mucosa intestinal.
- Cistoscopia.
- Dilatación uretral.

▶No estaría indicada en:
- Extracción de puntos de sutura.
- Extracción de la primera dentición.
- Eco transesofágica.
- Parto vaginal.
- Dispositivo intrauterino.

Ya desde 1995 la American Heart Association publicó una seria de recomendaciones para la profilaxis de la endocarditis infecciosa, en posteriores actualizaciones se amplían indicaciones y procedimientos, sin embargo se trata de un tema actualmente en revisión en la comunidad científica y a la espera de nuevos estudios en curso por lo que podría sufrir cambios en los próximos años.

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

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

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

En 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 siquiera anestesia local. La experiencia de tantos años y tantos pacientes nos permite ofrecer a nuestros enfermos resultados contrastados y tratamientos personalizados que se realizan siempre en fases ("sesiones") con 3 objetivos: 1. Tratar la enfermedad de un modo integral y con criterios hemodinámicos. 2. Tratar tanto las grandes venas como las pequeñas telangiectasias ("arañas vaculares"). 3. Hacer un seguimiento 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 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, NUNCA necesita anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones finas en la piel. Tampoco necesita ingreso, ya que se realiza en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) **desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta** sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral.

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

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

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

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

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

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

Tratamiento con yodo radiactivo I-131 para pacientes con cáncer de tiroides (Parte I)

Virginia Eraso Pérez, Maite Lerga Ros, Laura Zalduendo Roldán y Jara Intxaurrondo Martín.
Enfermeras de la Unidad de Oncología del Complejo Hospitalario de Navarra

El yodo radiactivo, también denominado yodo 131 (I-131) es un isótopo radiactivo capaz de destruir las células del tiroides. Se utiliza en el tratamiento de pacientes con enfermedades de tiroides (benignas como el hipertiroidismo o malignas como el cáncer diferenciado de tiroides) y recientemente en el diagnóstico y tratamiento del neuroblastoma.

La incidencia del cáncer de tiroides en Navarra ha aumentado en los últimos 30 años en ambos sexos. Supone alrededor del 1,5% de los nuevos diagnósticos de este tipo de enfermedad en Europa. Desde 1990 se ha convertido en el cáncer que se ha incrementado más rápido en mujeres, siendo el quinto más común en ellas. En Navarra se registra una media de 40 casos nuevos de carcinoma diferenciado de tiroides al año. Puede aparecer a cualquier edad, aunque el pico de incidencia se produce alrededor de los 40 años, en las mujeres y de los 50 a los 60, en varones. En cuanto al sexo hay una tasa más elevada en las mujeres que en los hombres.

Dos habitaciones de alta seguridad

Las razones del aumento de la incidencia no están claras, aunque apuntan a la posibilidad de que con el empleo cada vez más frecuente de las modernas pruebas de imagen, se esté produciendo una "sobredetección" de tumores de pequeño tamaño.

El Complejo Hospitalario de Navarra ha habilitado dos habitaciones de alta seguridad radiológica acondicionadas para los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides (papilar que es el más frecuente y folicular) y que requieren el suministro de yodo 131, una sustancia radioactiva que se utiliza en tratamiento postquirúrgicos.

Las habitaciones ubicadas en la Unidad de Oncología y Endocrinología C2 han sido dotadas de equipamiento específico para la gestión, recogida, tratamiento y evacuación controlada de los residuos radiactivos líquidos y sólidos que se generan con cada tratamiento.

Las habitaciones disponen de una antesala, un baño individual especialmente equipado, un cuarto de residuos sólidos y una zona de lavado para el personal sanitario con ducha incorporada.

El I-131 se administra en el hospital, en forma de cápsula vía oral y el paciente debe permanecer ingresado y en aislamiento entre dos y cuatro días para evitar que contamine a otros.

El ingreso hospitalario de estos pacientes es para evitar la radiación a personas de su entorno y realizar la correcta recogida de los residuos radiactivos.

Parte del yodo radiactivo queda retenido en el organismo y otra parte se elimina por orina, mayoritariamente y también por saliva y sudor. Por ello, se debe de tomar una serie de medidas de seguridad para evitar la radiación.

Por cuestiones de seguridad, hay determinadas personas que deben evitar el tratamiento con yodo radiactivo:

- Embarazadas o lactantes o mujeres que planean un embarazo en los próximos 6 mese.
- Personas que no puedan seguir las precauciones de seguridad por la radiación.
- Niños pequeños que no hayan probado otras opciones de tratamiento antes.
- Algunas personas con oftalmopatía de Graves (oftalmopatía tiroidea) por riesgo de que empeore.

El Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica es el encargado de medir la radiactividad tanto del paciente como de los enseres y de las personas que le rodean y atienden durante el ingreso. También de establecer y supervisar todas las medidas de seguridad radiológicas necesarias, de determinar el momento en el que el paciente puede ser dado de alta sin suponer un riesgo y de la formación en materia protección de todo el personal encargado de las habitaciones.

Todo el personal del Servicio de Endocrinología del Complejo Hospitalario de Navarra ha sido formado sobre los procedimientos de trabajo y la protección radiológica.

Tendrán que llevar un dosímetro que controlará constantemente la dosis de radiación a la que se está expuesta quedando registradas en su historial médico. El historial dosimétrico contendrá las dosis mensuales, las dosis acumuladas en cada año oficial y las dosis acumuladas durante 5 años.

Riesgos y efectos secundarios

El paciente tratado con yodo radiactivo emitirá radiación por algún tiempo después de recibir la terapia.

Los efectos secundarios a corto plazos pueden ser:

Hinchazón y dolor al palpar el cuello.
Náuseas y vómitos.
Hinchazón y dolor en las glándulas salivares.
Sequedad bucal.
Cambios en el gusto.

Masticar un chicle o chupar un caramelo puede ayudar con los problemas de la glándula salivar.

En algunas personas, el tratamiento con yodo radiactivo también reduce el lagrimeo lo que provoca sequedad en los ojos.

Conclusion

A pesar del riesgo de irradiación y contaminación, la terapia con yodo radiactivo mejora la tasa de supervivencia de los pacientes con cáncer tiroideo.

Este tratamiento requiere de unas medias de protección para evitar la irradiación como son la limitación en el tiempo de exposición, la distancia cuanta más distancia con el paciente menos irradiación y, la mampara plomada.

El Servicio de Endocrinología está integrado por un equipo interdisciplinar que trabajan de manera conjunta para ofrecer a los pacientes el tratamiento más adecuado y seguimiento continuo para lograr los objetivos deseados.

La explicación de estos consejos resulta de gran ayuda para los pacientes fomentando la seguridad ante la protección radiológica.

LO MEJOR DE LO NUESTRO
LO MEJOR DE NAVARRA
DUGUN HOBERENA
NAFARROAKO HOBERENA
CALIDAD NATURAL GARANTIZADA
BERMATUTAKO KALITATE NATURALA
Reyno Gourmet
PIQUILLO DE LODOSA
ESPARRAGO DE NAVARRA

La oxigenación hiperbárica, una aliada contra la migraña

OXIEN
Rehabilitación Hiperbárica

Un porcentaje elevado de pacientes con migraña no siente la mejoría suficiente con los tratamientos habituales. La oxigenación hiperbárica ha demostrado ser una terapia complementaria eficaz para prevenir y tratar las crisis de esta enfermedad.

La **migraña** es una **enfermedad neurológica crónica, incapacitante,** que afecta al 15% de la población europea y al 14% de la española; más frecuente en mujeres jóvenes y de gran comorbilidad.
Según un estudio de la Sociedad Española de Neurología, solo el **17% de los pacientes con migraña utiliza la medicación apropiada**. Además, un **40%** está **sin diagnosticar**.
La migraña está caracterizada por **crisis de dolor de cabeza recurrente e intenso** que puede ir acompañada de náuseas, vómitos, hipersensibilidad a la luz y al ruido y empeoramiento debido a la actividad física.
El dolor de cabeza **incide** directamente **en la calidad de vida**, ya que impide con frecuencia desarrollar con normalidad actividades laborales, sociales y familiares.

Origen de la migraña

Desde hace décadas se han planteado múltiples teorías para explicar el curso de la migraña, su componente genético y su asociación a factores de riesgo. Actualmente **se desconoce una fisiopatología única y exacta que la explique**. La teoría más antigua y con mayor sustento es la vascular. Entre las alteraciones que produce se encuentran cambios estructurales, implicación de neuropéptidos, sensibilización e inflamación neurogénica.

La oxigenación hiperbárica para tratar la migraña

Lo más habitual para tratar la migraña es el tratamiento sintomático con fármacos no específicos (paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos), fármacos preventivos (ergóticos y triptanes) y fármacos coadyuvantes (antieméticos, etc.).
Existe un porcentaje elevado de pacientes con migraña que **no siente la mejoría suficiente con este tipo de tratamientos**.
En la búsqueda de alternativas para el tratamiento de la migraña, varios estudios han demostrado que **la oxigenación hiperbárica puede ser una terapia complementaria eficaz para prevenir y tratar las crisis de migrañas**, ya que los pacientes sentían una mejora considerable tras las sesiones de cámara hiperbárica.
El aporte de oxígeno medicinal a una presión superior a la atmosférica, permite que ese oxígeno llegue a todos los tejidos, provocando un **efecto antiinflamatorio y regenerativo**. De esta forma se reestablece la actividad en las áreas del cerebro afectadas y se reduce el dolor.
Es imprescindible que un médico hiperbarista valore al paciente y marque un plan de tratamiento. Este trabajará en coordinación con otros médicos para **abordar la migraña de forma interdisciplinar**. El tratamiento es cómodo y fácil para el paciente.

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

En Navarra contamos con la **única cámara hiperbárica**, avalada por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y Sanidad Navarra, en el centro **Oxien**, del Grupo Sannas.
Oxien cuenta con un equipo de expertos que hacen vivir una experiencia inolvidable al paciente.

Ha llegado la **Medicina Hiperbárica** a Navarra.

Se recomienda el tratamiento hiperbárico para las siguientes enfermedades:
- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
- FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA
- ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA
- MEDICINA DEPORTIVA
- ODONTOLOGÍA
- INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO

OXIEN
Medicina Hiperbárica
MEDICINA HIPERBÁRICA A TU ALCANCE
www.oxienhiperbarica.com

GRUPO sannas
C/ Madres de la Plaza de Mayo, 16. 31013 Nueva Artica (Navarra)
T. 948 06 80 80

Llámenos y el personal médico especializado dará cobertura a su consulta.

S.E.M.H

La prevención, la mejor arma contra la caries infantil

sannas DENTOFACIAL

La falta de concienciación de los padres dificulta el cuidado de la salud bucodental. Es fundamental que dispongan de la información necesaria para transmitir unos hábitos de higiene saludable adecuados a sus hijos.

El aumento de caries entre los niños refleja el déficit existente en la prevención de su salud oral. Según la última encuesta de salud oral en preescolares en España, más del 36% de los niños entre 5 y 6 años tiene caries. Un dato fácilmente reducible gracias a la prevención.

La caries dental en la infancia es la **enfermedad crónica más frecuente** en nuestro país, sobre todo **en edades preescolares**. Una enfermedad que puede generar dolor intenso, infecciones faciales, visitas de urgencia, problemas sistémicos, e incluso hospitalizaciones; sin olvidar la dificultad del manejo de estos pacientes en consulta o el coste de los tratamientos.

Para hacerle frente, **la prevención oral es clave**. Es primordial comenzar con los buenos hábitos desde los primeros años de vida porque así ayudamos a evitar tratamientos más complejos y costosos en el futuro, mejorando su calidad de vida.

Para apostar por la prevención es necesario **concienciar a los padres**. Una labor en equipo desde nuestro **Centro de Prevención Oral** y el pediatra hará que dispongan de la información necesaria para el **cuidado de la salud oral de sus hijos**.

Los **hábitos de higiene oral** deberían comenzar con el cepillado desde que el bebé cuente con su **primer diente**. Es conveniente utilizar un cepillo infantil de textura muy suave con cabezal pequeño y a partir de los 2 años, pasta dental con flúor. En cada aplicación se debe emplear una cantidad del tamaño de una lenteja.

Primera visita al dentista

Además, desde Sannas y en consonancia con la Sociedad Española de Odontopediatría, aconsejamos que **la primera visita al dentista se haga con la aparición de los primeros dientes**. En la visita, el odontopediatra y su auxiliar pueden transmitir a los padres la información que necesitan y enseñar qué hábitos de higiene seguir.

Gracias a la prevención, los niños adquirirán unos buenos hábitos y se reducirá la incidencia de caries en edades tempranas.

Acerca de Sannas

La **Clínica Sannas**, tras 30 años de esfuerzo e innovación, ha logrado posicionarse como un centro de referencia en Navarra, redefiniendo los conceptos de la odontología de vanguardia para ofrecer un **servicio excelente y de calidad**.

Cada año, gracias a su **Centro de Prevención Oral**, da **formación a más de 1.500 niños**, ya que apuesta por la prevención como el futuro de la odontología.

Sannas cuenta con expertos en distintas ramas de la odontología para tratar a los niños, entre los que se encuentran anestesistas, que permiten trabajar bajo **sedación**, una técnica especialmente indicada para ellos.

Clínica autorizada por Sanidad Navarra como Centro de Especialidades y considerada Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Sannas, seguridad y excelencia avaladas por más de 30 años de experiencia en el cuidado de la salud bucodental.

30 Aniversario SS
y preparando el futuro

Los deseos de nuestros pacientes son nuestros nuevos servicios

En Sannas, con 30 años de experiencia, hemos logrado que en la actualidad cuidemos de la salud oral de 3 generaciones.

Odontología del alto rendimiento

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

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

CPS-236/25-15-NA

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

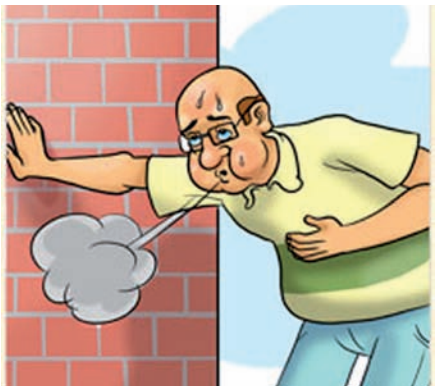
Susana Clemos Matamoros. *F.E.A. Medicina Interna. HospitalReina Sofia.Tudela*

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o por sus siglas EPOC es una enfermedad progresiva que dificulta la respiración, debido a la obstrucción de las vías respiratorias, causada por inflamación y exceso de mucosidad.

Se estima que en España 2 millones de personas la padecen y en Navarra la prevalencia actual se sitúa en más de 12 mil personas.
Detectar esta patología es difícil porque es una enfermedad silenciosa y aparece lentamente. En la mayoría de los casos es diagnosticada en personas de edad avanzada.

¿Qué es la EPOC?

La EPOC, es un trastorno respiratorio, que se caracteriza por la dificultad crónica del paso del aire por los bronquios.
El tabaco es su causa principal y contribuye a aumentar la gravedad de la enfermedad. Fumar durante años termina produciendo EPOC a muchas personas. No fumar o dejar de fumar a tiempo es la clave para no contraer esta enfermedad o evitar que la enfermedad avance y siga destruyendo los pulmones. No hay que olvidar que el daño producido en los bronquios y pulmones es irrecuperable.
Algunas personas desarrollan EPOC aunque no son fumadores, pero han respirado el humo del tabaco consumido por otras personas (convivientes, compañeros de trabajo, etc) y que al final produce los mismos efectos perjudiciales.
En sus inicios no siempre produce síntomas, sin embargo, la EPOC tiende a empeorar con el tiempo y es necesario diagnosticarla y tratarla.



¿Qué síntomas puede producir?

Los síntomas mas frecuentes son la **disnea** (sensación de ahogo), **tos y expectoración**.
Se comienza a tener tos y expectoración (escupir flemas) por las mañanas, al levantarse de la cama. Después comienzan a sentir fatiga al realizar determinados esfuerzos: subir escaleras, caminar rápido, cargar la compra, subir una cuesta e incluso los pacientes mas graves sienten fatiga para realizar las actividades básicas como peinarse, asearse, vestirse, ponerse los zapatos y realizar actividades domésticas mas habituales.

¿Cómo se diagnostica?

La EPOC es una de esas enfermedades que se diagnostican con una prueba fácil y sencilla de realizar, mediante la realización de una **espirometría** ("la prueba de soplar"). Con esta prueba de detecta el descenso de los flujos aéreos y por tanto la obstrucción bronquial ("cierre de los bronquios").
Para hacer la espirometría el paciente debe estar sentado cómodamente y respirar a través de una boquilla con filtro que está conectada al aparato de espirometría. Primero se realiza una respiración profunda y luego se sopla, tan fuerte y rápida como sea posible. El espirómetro mide la velocidad y la cantidad de aire que entra y que se puede expulsar de los pulmones. En el caso de tener EPOC se detecta un descenso en los flujos de aire que espiramos (salida de aire). A mayor cierre de bronquios menos salida de aire.
Debemos concienciarnos de la importancia del diagnóstico precoz de la EPOC, para establecer programas de cribado masivo poblacionales (en sujetos fumadores activos o pasados). Mediante la realización de espirometrías a personas adultas con antecedentes de tabaquismo activo o pasado y síntomas respiratorios (tos, flemas, fatiga).
La espirometría a parte de ser la prueba fundamental para su diagnóstico es una herramienta muy útil para establecer el grado de afectación de la enfermedad: leve, moderada o severa. Y además nos sirve para controlar la respuesta al tratamiento y valorar si existe mejoría en la espirometría. Es recomendable en el control de estos pacientes realizar una espirometría anual.

¿Cuál es su tratamiento?

Debe de saber que la EPOC es incurable pero los tratamientos actuales mejoran los síntomas y ralentizan la progresión de la enfermedad.
Se debe de dejar de fumar de una manera radical. Con el hecho de dejar de fumar en ocasiones hemos acabado con el problema y no se precisan mas acciones terapéuticas.
La mayoría de los pacientes requieren un tratamiento continuo para mantener sus síntomas bajo control. Aunque es posible que los síntomas no desaparezcan del todo se puede

mejorar la calidad de vida y llevar una vida plena con el tratamiento.

Objetivos del tratamiento

- Aliviar los síntomas.
- Mejorar la capacidad de ejercicio.
- Mejorar la calidad de vida.
- Frenar y mejorar el deterioro de la función pulmonar.
- Disminuir el riesgo de padecer agudizaciones.
- Mejorar la supervivencia.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se administra en la EPOC por **vía inhalada**. De esta manera, el medicamento llega directamente a los pulmones actuando directamente sobre los bronquios. Por tanto, en muy importante realizar la técnica de inhalación de forma correcta para que llegue la mayor cantidad del fármaco posible a los bronquios. Existen diferentes dispositivos de inhalación, para que cada paciente se adapte al que considere de mayor facilidad para su uso.

1. Fármacos Broncodilatadores: Son los medicamentos fundamentales de primera línea en el tratamiento de la EPOC. Los bronquios reciben terminaciones nerviosas de dos sistemas nerviosos antagónicos; del sistema nervioso simpático y del sistema nervioso parasimpático. Los fármacos que estimulan el sistema nervioso simpático (betaadrenérgicos) producen relajación del los bronquios y los dilatan mejorando el paso del aire. Por otro lado, los fármacos que inhiben el sistema parasimpático (anticolinérgicos) también producen relajación del músculo liso bronquial y broncodilatación.

2. Corticoides Inhalados: Sirven para reducir la inflamación de las vías respiratorias. Su indicación está reservada a pacientes con EPOC que generalmente presentan agudizaciones bronquiales frecuentes o su EPOC se asemeja o tiene un comportamiento similar al asma bronquial. Y sus dosis deben de ser revisadas cuando mejora la agudización y el paciente pasa a una situación estable de su enfermedad.

Tratamiento no fármacológico

1. Terapias respiratorias domiciliarias. En pacientes con EPOC muy avanzado y que entran en situación de insuficiencia respiratoria crónica van a precisar de Oxígeno para tratarla, mejorar los síntomas y supervivencia. Se debe utilizar un mínimo de 16 horas al día. Su uso se suele recomendar durante la noche, después de las comidas y ante cualquier esfuerzo.

2. Vacunas. Los pacientes con EPOC deben vacunarse de la gripe todos los años. En la mayoría de los casos la vacuna evita que contraigan esta enfermedad, o al menos, hace que sea menos grave. Con ello evitamos complicaciones que pueden ser graves si se contrae una gripe.
Otra de las vacunas recomendada es contra el Neumococo, bacteria implicada en el origen de muchas neumonías e infecciones bronquiales. Con ella, se confiere inmunidad a los pacientes con EPOC. Existen dos tipos de vacunas contra el neumococo, una que requiere recuerdo a los 5 años (Pneumo 23) y la otra (Prevenar 13) que sólo requiere una dosis.

3. Rehabilitación respiratoria. Es una parte importante del tratamiento de la EPOC. Son programas que incluyen un entrenamiento físico global, tanto de los músculos respiratorios para mejorar su fuerza y resistencia como del resto de musculatura (sobretodo piernas y brazos) para mejorar la tolerancia al ejercicio y disminuir la disnea.
Otros programas contemplan aspectos de mejora en la nutrición, apoyo psicológico y manejo de la medicación.

nuestra experiencia, tu bienestar

Visita nuestras exposiciones:
Navas de Tolosa, 5 • 31002 Pamplona • Tfno.: 948 227 244
Ctra. Zaragoza, km. 98 • 31512 Fontellas • Tfno.: 948 823 300
o entra en ochoalacar.com

OL
OCHOA·LACAR
ALGECOSA

Avances en obesidad y nutrición

Eduardo Ripalda Ansa. *Médico de Familia. Mutua Navarra*
Susana Mexía Dos Santos. *MIR R4 Médico de Familia. C.S. Iturrama*
Javier Velaz Arbizu. *Médico de Familia C.S. Lodosa*
Claudia Pérez Estrada. *Médico de Familia C.S. Ayegui*
Junior García. *Médico de Familia. C.S. Olite*
Daniela Armas. *MIR R4 Médico de Familia. C.S. San Juan*

Estoy disfrutando mucho de un libro que acaba de publicar un antiguo profesor de la carrera, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública por Málaga y Harvard: "Salud a ciencia cierta" Dr.Martínez-González. No puedo, por menos, comentar alguna pincelada de lo que estoy aprendiendo.

Para empezar, actualmente más 2.100 millones de personas sufren sobrepeso u obesidad en el mundo, y lo peor de todo, es que la tendencia va a ir en aumento en los próximos años. En Estados Unidos la obesidad está presente en cuatro de cada diez adultos, ¿y en España estamos mejor? No, el 70% de la población española presenta sobrepeso u obesidad.

¿Cómo hemos llegado a estas cifras?

Comemos demasiado y mal. Hemos ido variando nuestra alimentación: por un lado nuestro estilo de vida estresante hace que cuanto menos tiempo pasemos cocinando mejor, y, ya se sabe, que el cocido tan rico y sano de nuestra abuela era a fuego lento; por otro lado, la industria alimentaria se encarga de confeccionar productos ultraprocesados cargados de azúcar y sal que al paladar le saben muy bien, los cuales queremos repetir continuamente, pero no ayudan a nuestra salud; y por último, porque las raciones de nuestras comidas son excesivas. Se ha comprobado que cuanto más grandes son las porciones más comemos, y culturalmente, a día de hoy, está aceptado como normal el tamaño de nuestras raciones.

Pero, ¿es importante el sobrepeso o la obesidad?

Sí y mucho. Por un lado, el sobrepeso es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular, la diabetes tipo 2 o la insuficiencia renal. Por otro lado, la obesidad se asocia con 15 tipos de cánceres: colorrectal, esófago, estómago, riñón, endometrio, mama, páncreas (el más agresivo de los cánceres), hígado, tiroides, etc. Un tercio de todos los cánceres se podría prevenir si se controlase la obesidad. Por tanto, merece mucho la pena abordar en serio este cometido.

Mi peso excesivo es por mi metabolismo, por mi constitución o por la edad. ¿Es así?

Sumados juntos los efectos de todos los genes conocidos que tienen relación con la obesidad, se llega a explicar menos del 5% del peso corporal. Por lo que el metabolismo no justifica el sobrepeso o la obesidad.

Por otro lado, serán pocos los que por el peso de su músculo y hueso tengan sobrepeso (suma de ambos dos, porque no existe el obeso por causa de unos "huesos pesados")

Por último, quien crea que por el hecho de cumplir años uno tiende a engordar porque no hay más que mirar alrededor.....ha de saber que está mintiéndose a sí mismo. Eso no es así, de ninguna manera. No ocurre que con la edad se expresan determinados genes que nos hacen engordar.

Mi peso ideal

Se define sobrepeso como Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 25, y obesidad si es mayor a 30.

El IMC es la división entre el peso (kg) entre la altura al cuadrado (en metros).

¿Esto significa que si estoy en 24,99 ya estoy libre de todos los riesgos del sobrepeso?

La respuesta, obvia, es no. Porque para que esto ocurra tenemos que estar lo más próximo posible a nuestro peso ideal, el cual sigue la regla del ochenta y ocho. Consta de tres sencillos pasos:

1. Resta 100 a los centímetros de tu altura.
2. Calcula el 80% del valor que hayas obtenido (para hacerlo, multiplica por 0,8 el resultado del primer paso)
3. Súmale 8 para obtener tu peso ideal.

Si uno ve que está muy alejado de su peso ideal no hay que asustarse, sino ser consciente de la realidad y de que te tienes que quitar algunos kilos para mejorar tu salud. Te exigirá esfuerzo, aunque no costosos sacrificios, pero el beneficio merece mucho la pena.

¿Cómo pierdo peso?

Siguiendo la dieta mediterránea de nuestros abuelos. 12 reglas:

1. Usa el aceite de oliva virgen extra como única grasa culinaria, incluso para freír. No sobrepases las 4 cucharadas al día para que puedas perder peso.
2. Consume cada día dos raciones de verdura (al menos una de ellas fresca) y tres o más piezas de fruta.
3. Toma 3 veces o más por semana un puñado de frutos secos (30gr) sólo naturales o tostados.
4. Aumenta el consumo de legumbres a la semana (tres o más ocasiones).
5. Toma, al menos, 3 raciones de pescado a la semana tanto blanco como azul.
6. Limita mucho el consumo de carne roja y procesada (4-6 ocasiones al mes), se salva el jamón serrano. Come carne blanca, mejor de ave.
7. Limita las cantidades de tus platos. Come de forma frugal, poco abundante. Puedes ayudarte usando platos de postre. Y haz, al menos, cinco comidas al día.
8. Compra pan integral, harina integral, arroz integral y pasta integral y tómalos con moderación. Los productos integrales tienen una absorción más lenta y, así, no fuerzan al páncreas a trabajar en exceso (especialmente el pan blanco y el arroz refinado así lo hacen) lo cual facilita desarrollar una diabetes mellitus.
9. Apenas tomes pasteles, bollería y galletas (sólo caseras aunque parezca exagerado); si acaso, consumirlas menos de dos veces por semana.
10. Evita la mantequilla, la nata y la margarina.
11. Limita las patatas fritas y evita los refrescos y las bebidas azucaradas así como los zumos de frutas, si se toma alguno que sea 100% natural.
12. Toma una copa de vino tinto a diario, si ya se consume alcohol (en abstemios no invitamos a que empiecen a hacerlo).

Si vas comiendo de esta forma y lo acompañas de ejercicio (andar 30-40 minutos 5 veces semana) los resultados en pocas semanas los podrás ir viendo, pero hace falta paciencia y constancia para poder coronar la cumbre. Para ello, vete por etapas, ponte metas realistas, y con el paso de meses llegará la pérdida de peso que tanto deseas y que tanto bien te va a hacer a tu salud. **¡¡¡MERECE LA PENA!!!**

Arazoa beti berbera ez bada... konponbidea ere ez

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

AUTOZAINKETA, ARRETA ON LINE ETA TELEFONIKOA
www.consejosalud.navarra.es / consejosalud@navarra.es / 948 290 290

AUTOCUIDADO, ATENCIÓN ON LINE Y TELEFÓNICA
www.consejosalud.navarra.es / consejosalud@navarra.es / 948 290 290

OSASUN ETXEA
Kontsulta Zerbitzua

CENTRO DE SALUD
Servicio de Consultas

OSPITALEKOAK EZ DIREN LARRIALDIAK
Zure Osasun Etxeko ordutegitik kanpo

URGENCIAS NO HOSPITALARIAS
Fuera del horario de tu Centro de Salud

OSPITALEKO LARRIALDIAK
Ospitaleko Larrialdi Zerbitzua

URGENCIAS HOSPITALARIAS
Servicio de Urgencias del Hospital

Osasun zerbitzu bakoitzak, arazo jakin bati irtenbidea emateko irtenbide onena da. Laguntza behar duzunean, zein izango den erremedio egokiena balora ezazu.

Elkarrekin, gure osasun sistema azkarragoa eta eraginkorragoa izan daiteke!

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

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

Nafarroako Gobernua / Gobierno de Navarra

Recuperación postparto

Sara Bermejo Sandín, Anaïs Navarro Alonso. *Fisioterapeutas Complejo Hospitalario de Navarra*
Paloma Moro López-Menchero. *Fisioterapeuta y Docente de la Universidad Pública de Navarra*

El cuerpo y organismo de la mujer sufren grandes e importantes cambios durante la gestación y el parto. Tras el nacimiento del bebé se inicia un proceso de recuperación que es lento y gradual.

El embarazo y el parto, tanto si es vaginal como si es por cesárea, son factores etiopatogénicos entre otros de incontinencias urinarias, disfunciones anorectales y de problemas de estabilidad pélvica, tanto a corto como a largo plazo.

Al igual que es importante realizar controles y programas de educación maternal durante el embarazo es imprescindible mantener intervenciones durante el postparto, ya sean preventivas o de carácter terapéutico.

Suelo pélvico

Durante el postparto más inmediato, en el que la mayoría de los músculos están distendidos o lesionados, especialmente los músculos del abdomen y del suelo pélvico, se realizará un trabajo desde el campo de la prevención. En este momento, es fundamental la educación postural. Enseñar una correcta higiene postural intentando así proteger al suelo pélvico de todos los aumentos de presión intraabdominal que secundariamente pueden repercutir en el mismo es crucial para evitar el agravamiento de las lesiones.

Por otra parte, la postura que adoptamos repercute directamente sobre la actividad de los músculos esqueléticos, siendo una manera de comenzar con un trabajo de activación muscular de forma indirecta y suave. Haremos especial hincapié en los cambios posturales y en momentos concretos como puede ser el de la defecación o de la lactancia.

Con la educación postural también enseñamos a evitar posturas incorrectas con los consiguientes desequilibrios y problemas musculares.

Recomendaciones

- Evitar la bipedestación prolongada y la carga de pesos.
- Incentivar el descanso (no la inmovilización).
- Incorporarse de la cama siempre desde una posición de decúbito lateral.
- Se deben enseñar unos buenos hábitos de micción, y especialmente una correcta mecánica evacuatoria, siempre sin forzar la salida si no hay deseo. Una postura recomendable sería sentarse con una flexión de cadera superior a 90º, para lo cual es útil colocar un pequeño banco bajo los pies, elongación de la columna e inclinación del tronco ligeramente hacia delante y sin realizar maniobra de Valsalva durante el empuje, es decir permitiendo la salida del aire.
- Realizar contracciones perineales (ejercicios de Kegel) varias veces al día de forma lenta y suave y sin que haya dolor, favoreciendo así la circulación de la zona y por tanto la cicatrización y el dolor.

Existe un tiempo de recuperación fisiológico tras el parto en el que muchos de los síntomas que experimenta la mujer durante el postparto más inmediato evolucionan hacia una curación espontánea. Trascurrido este tiempo es conveniente hacer una valoración de la pared abdominal, del suelo pélvico, de la zona pélvica y la columna, ir realizando un trabajo de reeducación muscular específico, e intensificándolo de forma suave y progresiva. Resultaría a largo plazo ineficaz la recuperación de las regiones anteriores de forma aislada, especialmente cuando hablamos de la musculatura del suelo pélvico y de la pared abdominal, debido a la estrecha relación anatómica y biomecánica que guardan entre sí.

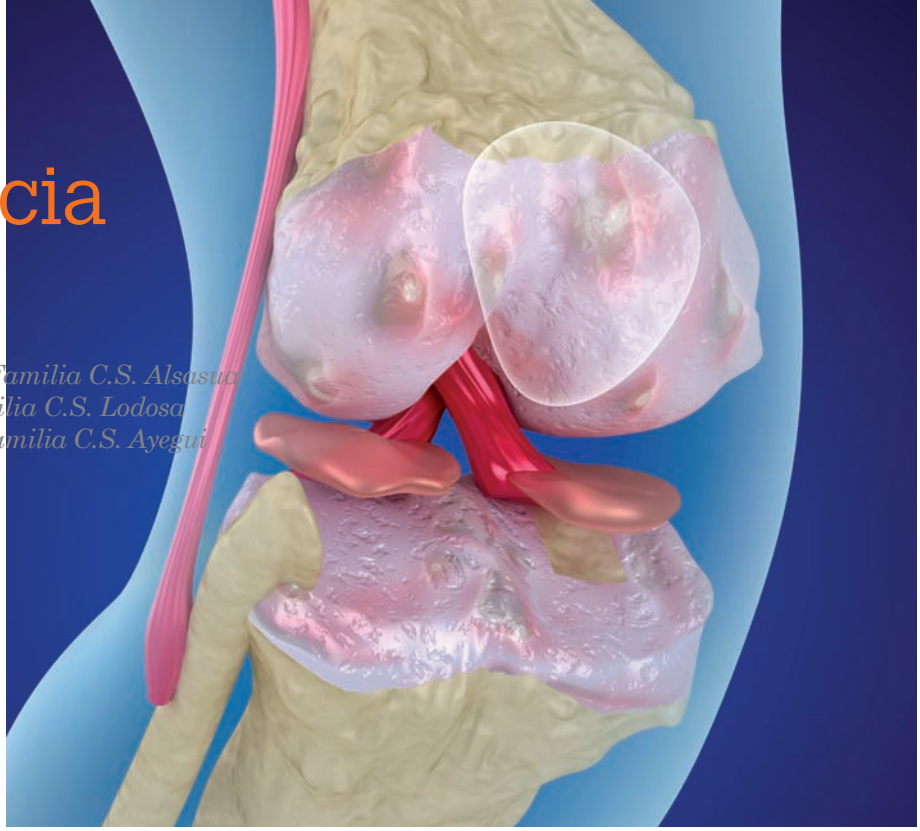
Si la mujer continúa con ciertos síntomas desencadenados tras el parto pasadas seis semanas, como pueden ser una incontinencia urinaria, requerirá un tratamiento más específico de rehabilitación.

En la intervención postnatal se encuentra el momento ideal para prevenir el número de incontinencias y prolapsos del futuro.

medicinafamiliar

Condromalacia rotuliana

Eduardo Ripalda Ansa. Médico de Familia C.S. Alsasua
Javier Vélaz Arbizu. Médico de Familia C.S. Lodosa
Claudia Pérez Estrada. Médico de Familia C.S. Ayegui



Se trata de la afectación del cartílago articular de la rótula (región en contacto con el fémur) en forma de reblandecimiento, fisura o úlcera, según en el momento evolutivo que se encuentre.

Es más frecuente en las mujeres, sobre todo en la segunda década de la vida. Los factores que predisponen a esta patología son el aumento de laxitud articular de la rótula, las anomalías en el alineamiento de la extremidad inferior y los desequilibrios en el sistema de fuerzas del cuadriceps y del tendón rotuliano.

El paciente presenta dolor en la cara anterior de la rodilla que se produce al bajar escaleras o con posturas prolongadas con la rodilla en flexión (signo de la butaca), así como episodios de seudobloqueo (dificultad en la extensión de la rodilla).

La radiografía simple en fases iniciales no muestra alteraciones; más avanzada la enfermedad se puede ver osteoporosis. El escáner y la resonancia magnética pueden revelar el grado de evolución de la lesión y descartar otras patologías que cursen con síntomas similares, aunque no siempre es necesaria su realización.

El tratamiento consiste fundamentalmente en rehabilitación mediante ejercicios de fortalecimiento y reequilibrio de la musculatura del cuadriceps. Asimismo, en ocasiones, órtesis (rodilleras, plantillas), modificación de la actividad física, toma de condroprotectores e infiltraciones intrarticulares con ácido hialurónico. Si fracasa, está indicado realizar una artroscopia que permite determinar la importancia de las lesiones y verificar la integridad de todos los compartimentos de la rodilla.

Seguro de **Automóvil**

DESCUBRA NUESTRAS
COBERTURAS EXCLUSIVAS
PENSADAS PARA USTED Y SU COCHE

Hasta un
60%* bonificación
en su seguro de Automóvil

A.M.A. agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com
902 30 30 10 / 913 43 47 00
Síganos en
y en nuestra APP

A.M.A. PAMPLONA Avda. Pío XII, 30 Tel. 948 27 50 50 pamplona@amaseguros.com
A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico) Avda. Baja Navarra, 47; 1ª Tel. 948 21 02 28 cpamplona@amaseguros.com

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación.
No acumulable a otras ofertas. Consulte fechas de la promoción y condiciones en su oficina provincial A.M.A.

La importancia del apoyo psicológico y lúdico en los pacientes oncológicos

Amaia Barbero Ibáñez
Psicóloga y Coordinadora del voluntariado en la Asociación de Ayuda a Niños con Cáncer de Navarra (ADANO)

ADANO, es la asociación de Ayuda a Niños con Cáncer de Navarra, fundada en 1989, cuando las familias que en ese momento estaban pasando por un proceso oncológico, vieron la necesidad de crear algo en conjunto para poder dar soporte a todas las familias que pasaran por esta enfermedad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los niños con cáncer y sus familias.

Está incluida en la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer y fue reconocida por el ministerio de Sanidad por el trabajo de coordinación y cooperación con el equipo de Oncohematología pediátrica.

Abordaje

Desde el Complejo hospitalario de Navarra (CHN), se aboga por un abordaje multidisciplinar de la enfermedad, teniendo en cuenta la importancia de los aspectos psicosociales a la hora de afrontar un diagnóstico de cáncer infantil.

Partimos de la base que un diagnóstico de este tipo, no entra en la trayectoria vital y supone un fuerte impacto emocional para la familia. El diagnostico viene acompañado de una reorganización familiar, en el que cada miembro de la familia se tiene que adaptar a unas nuevas situaciones, como son los ingresos de larga duración, las pruebas médicas, el tener que acudir al hospital con frecuencia, tomar precauciones para posibles contagios, delegar en familiares el cuidado de los hermanos, etc. Es por ello, que se debe cuidar los aspectos psicosociales que rodean la enfermedad, respetando siempre los deseos de cada familia. Para esto, ADANO pone a disposición de todas las familias con un diagnostico oncológico sus servicios, que más adelante detallamos.

Primer contacto

Nuestro primer contacto con la familia, viene introducido por el equipo médico, ya que son las oncólogas, las que informan a la familia de la existencia de la asociación y de la posibilidad de recibir nuestra ayuda.

Una vez que la familia acepta, tanto la psicóloga como la trabajadora social, tenemos un primer contacto, en el que se les explica en que consiste la asociación, se les hace entrega y se les explica el material con el que nosotras trabajamos y se les da la posibilidad de que se lo lean detenidamente y nos puedan preguntar cualquier duda.

Les informamos que nosotras vamos cuatro días a la semana al CHN, dos la trabajadora social y dos la psicóloga, que se les orientará en todo lo que necesiten y de la posibilidad de que los voluntarios de ADANO pasen por la habitación para jugar con el menor.

Se crea una vinculación con la familia, que nos permite poder trabajar los aspectos psicológicos, que son tan importantes en un proceso como éste.

Estos aspectos se atienden a nivel familiar, ya que, como bien hemos especificado antes, es una enfermedad que afecta a todo el núcleo familiar. Se intenta cuidar los aspectos que rodean a los niños y niñas, como son la familia, teniendo muy en cuenta a los hermanos y hermanas, la escuela, los amigos, sus hábitos y

aficiones. Intentando, que en la medida de lo posible este proceso sea lo menos invasivo en sus vidas. Para ello, desde ADANO, nos coordinamos también con el colegio, ofreciéndoles la posibilidad de orientar al profesorado y de facilitarles material con el que poder trabajar con los compañeros de clase.

Este vínculo y las visitas al hospital nos permiten tener un contacto más asiduo y así poder detectar cualquier cambio a nivel emocional. La atención se realiza, bien durante el tratamiento y a posteriori, trabajando posibles secuelas a nivel emocional, escolar, familiar,... Intentamos que ADANO sea un referente para estas familias al que poder acudir a lo largo de toda la infancia de sus hijos diagnosticados de cáncer, no limitándonos al momento del diagnóstico y del tratamiento.

Programas de Voluntariado

Desde ADANO creemos que tanto los aspectos psicosociales como los aspectos lúdicos son muy importantes a la hora de sobrellevar una situación de este tipo. No podemos olvidar que son menores y en estas etapas de la vida el juego es una manera de comunicar y expresarse.

Para esta parte lúdica, tenemos dos programas de voluntariado, el voluntariado hospitalario y el programa de tiempo libre.

En el **voluntariado hospitalario** contamos con un equipo de voluntarios que acuden al hospital de lunes a viernes en horario de mañana y tarde, para jugar, hablar, entretener, etc., a los niños ingresados y de hospital de día. Para poder acceder a este voluntariado primero les realizamos una formación relacionada con las situaciones que se podrán encontrar en el hospital y herramientas para poder gestionarlas. Además, se realiza con todos ellos una supervisión mensual, en las que se trabaja para mejorar la labor que se realiza.

Las familias acogen muy bien a los voluntarios y agradecen su labor y los menores conectan muy bien con ellos y muchas veces supone una inyección de diversión en un periodo de sus vidas en el que predominan las pruebas médicas y los ingresos.

El **programa de tiempo libre**, tiene como objetivo que los niños oncológicos, recuperen hábitos de ocio y se puedan socializar con otros niños que han pasado por una situación similar. Este programa se desarrolla los fines de semana por la mañana (sábado o domingo) donde se realizan diferentes actividades, como la preparación del festival de navidad, gymkanas, excursiones y nuestro campamento de verano. En este programa contamos también con voluntarios monitores de tiempo libre que se encargan de elaborar y realizar actividades que puedan gustar a los menores.

Información y sensibilización

Otro programa que creemos muy importante es nuestro programa de información y sensibilización. Realizamos charlas en centros, cursos, etc. con el objetivo de informar, sobre el cáncer infantil, desmontar mitos y normalizar lo máximo posible todos los aspectos relacionados con esta enfermedad. Intentamos evitar así, situaciones incómodas para los niños oncológicos y ayudamos a que la reincorporación a sus hábitos y centros sea más fácil.

No podemos olvidar que el cáncer infantil no entiende de etnia, edad, sexo, nivel cultural o socio-económico, que puede afectarnos a cualquiera. Dentro de este programa, intentamos informar a la población en general del cáncer infantil y de nuestra asociación. Ya que es una enfermedad que, si no se ha vivido de cerca, bien sea en algún familiar, amigo, conocido, etc. no es tan conocida. Para ello, instalamos Stands informativos en los eventos que realizamos y en las actividades que nos proponen nuestros colaboradores, en los cuales se recaudan fondos para seguir con nuestra labor.

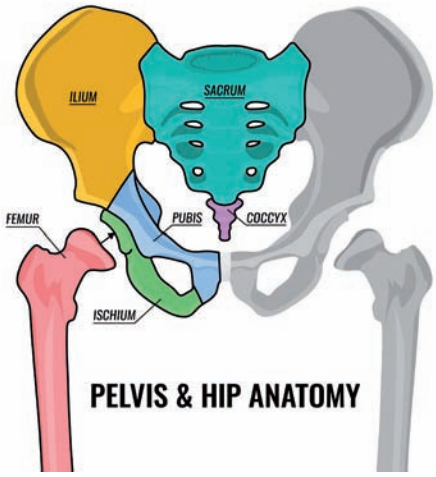
medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

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

fisioterapia

La pelvis durante el parto

Sara Bermejo Sandín, Laura Boneta Goñi y Anaís Navarro Alonso
Fisioterapeutas Complejo Hospitalario de Navarra



La cintura pélvica juega un papel primordial durante el mecanismo del parto desconocido para muchos. Se trata de un complejo articular compuesto por dos articulaciones sacroilíacas y una sínfisis púbica. Además, la articulación sacrococcígea está íntimamente relacionada con ambas. Este conjunto articular presenta una escasa movilidad y se encuentra reforzado por un potente sistema ligamentoso, convirtiéndolo en una región sólida y estable.

A pesar de ello, esta movilidad es diferente de unos individuos a otros y en el mismo individuo puede diferir según las circunstancias, como en el caso de la gestación y el parto, facilitados ambos por los cambios fisiológicos que se desarrollan en el cuerpo de la mujer durante los mismos. Pese a esta movilidad reducida existe cierto grado de amplitud articular.
El caso de la articulación sacrococcígea es el de una anfiartrosis que permite cierto grado de movimiento en flexo-extensión principalmente pasivo partícipe en procesos como la defecación y el parto.

Movimientos de nutación y contranutación

Por su parte, la sínfisis púbica se trata también de una anfiartrosis de movilidad casi nula. No obstante, al final del embarazo y durante el parto, permite pequeños movimientos de deslizamiento y la separación de un hemipubis respecto al otro.
Por último, tenemos los movimientos de nutación y contranutación.
En el movimiento de nutación el promontorio sacro y el vértice sacro y extremo del cóccix se desplazan en direcciones opuestas y a su vez las alas iliacas se aproximan mientras que las tuberosidades isquiáticas se separan. Como resultado se observa una disminución del diámetro anteroposterior del estrecho superior pélvico y un aumento del diámetro anteroposterior del estrecho inferior. En el movimiento de contranutación sucede a la inversa provocando una separación de las alas iliacas y una aproximación de las tuberosidades isquiáticas que como resultado aumentan el diámetro anteroposterior del estrecho superior y disminuyen el diámetro del estrecho inferior.
Además de estos movimientos se puede influir de una manera indirecta sobre los diámetros pélvicos a través de la movilidad de los miembros inferiores. Por ejemplo, una flexión de cadera conllevaría una retroversión pélvica con la consiguiente nutación pélvica y aumento del diámetro anteroposterior del estrecho inferior, y por el contrario una extensión de cadera provocaría una anteversión pélvica y una contranutación lo que a su vez repercutiría sobre el diámetro pélvico del estrecho superior.
De esta manera se puede entender que los movimientos de la pelvis y de miembros inferiores repercuten en cierta medida sobre la mecánica del parto ampliando los diferentes diámetros pélvicos facilitando así el paso del feto por el canal del parto.

Pero, ¿cómo aplicar esto al momento del parto?

Muchas han sido las posturas adoptadas por la mujer a lo largo de la historia durante el parto, incluso hay constancia de prácticas habituales de las mujeres suspendidas a través de materiales como cuerdas y correas para ayudarse a mantener distintas posturas. Hoy en día la realidad es otra, y este momento está mayoritariamente gobernado por actitudes de pasividad y posturas de horizontalidad.
De forma general, se diferencia entre posturas horizontales y posturas verticales posibles para adoptar durante el proceso del parto, cada una con sus respectivas ventajas e inconvenientes.
Las posturas horizontales son aquellas en las que se adopta una posición en la cama con la cabecera levantada en un ángulo entre 0º y 45º. Dentro de éstas se incluye la posición en decúbito supino, la posición en decúbito lateral o de Sims y la posición de litotomía u obstétrica, en la cual la gestante se encuentra decúbito supino con caderas y rodillas flexionadas y la cabeza algo reclinada y es generalmente combinada con estribos.
A nivel fisiológico y biomecánico en este tipo de posiciones sacro y cóccix quedan atrapados entre la madre y la superficie de apoyo sin ninguna posibilidad de movimiento y sin posibilidad de modificar los diámetros pélvicos. Además, a esta escasa movilidad pélvica, se suma la de los miembros inferiores sin apenas palanca que lo posibilite repercutiendo también sobre los diámetros, la acomodación del feto y los pujos. Hay que recalcar que estas condiciones se producen principalmente en las posiciones de litotomía y supina pero no se dan en la posición de decúbito lateral que supone una buena alternativa dentro de las posturas horizontales.
Por otra parte, tenemos las posturas verticales que se definen como aquellas en cual el torso de la mujer y el canal pelviano oscilan dentro de un ángulo entre 45º y 90º con respecto al plano horizontal y entre las cuales incluimos la postura de bipedestación, sedestación, cuclillas, rodillas, y posición de mahometano.
En relación a la biomecánica, estas posturas aumentan los diámetros pélvicos transversos y anteroposteriores. Además, la penetración del feto en el canal del parto está facilitada por la disposición anatómica y por la acción de la gravedad y, a nivel muscular, la faja abdominal y el diafragma trabajan en unas condiciones más óptimas ayudando a impulsar al feto hacia el canal del parto y mejorando así los pujos maternos.
No existe una postura universal que beneficie a todas las mujeres, no todas las pelvis son iguales y no todos los fetos descienden de la misma manera y con la misma posición por el canal del parto, y aunque existen discrepancias en cuanto a las distintas posturas consideradas y en relación a las ventajas e inconvenientes de las mismas, todos los autores parecen estar de acuerdo en que se debe animar a las mujeres a moverse, especialmente en los inicios del parto, ya que es una medida muy sencilla que puede facilitar su progreso, aumentar su comodidad y su tolerancia al dolor y, sobretodo, que se debe permitir a la mujer la elección libre de postura durante el parto, estimularla y animarla con la misma, ofrecer facilidades para que se adopten siempre y cuando se respeten los principios de calidad asistencial y control del estado fetal, y capacitar a los profesionales de atención al parto para asistir a la mujer en la posición que desee adoptar, no siendo la posición supina o de litotomía impuesta.
De hecho, en relación a esto último, es la propia OMS la que recomienda no colocar a la gestante en posición de litotomía ni durante la fase de dilatación ni durante la fase del expulsivo, considerándola no sólo ineficaz sino también perjudicial.

La gota

Iranzu Zudaire Fernández
DUE Complejo Hospitalario de Navarra
Erika Navarro Ruiz
DUE Hospital Reina Sofía de Tudela
Miriam Basterra Royo
DUE Hospital García Orcoyen de Estella

La gota o enfermedad gotosa es una enfermedad producida por una acumulación de sales de urato (ácido úrico) en el cuerpo, sobre todo en las articulaciones, riñón y tejidos blandos.

Es una manifestación del organismo debido a los estilos de vida poco saludables de la población.

Objetivos

- Dar a conocer al personal sanitario las medidas de prevención y tratamiento de la gota.
- Proporcionar información adecuada al paciente y a su familia sobre las pautas a seguir.

Fases de la gota

- Ataque agudo de gota. Produce inflamación y es muy doloroso.
- Hiperuricemia o aumento asintomático de ácido úrico en la sangre.
- Gota crónica por ataques recidivantes de gota.

Manifestaciones clínicas y evolucion

Suele iniciarse de manera repentina con dolor intenso en una o más articulaciones periféricas, acompañado por inflamación intensa, hinchazón y dolor a la palpación. En ocasiones hay fiebre.
Los ataques tempranos ceden espontáneamente en 3 a 10 días. El ataque va seguido por periodos libres de síntomas hasta que llega el siguiente, que puede tardar meses o años en aparecer.

Prevención

Existen factores potencialmente reversibles que contribuyen al aumento de la uricemia. Entre ellos se encuentra la obesidad, una dieta rica en purinas y el consumo regular de alcohol y ciertos medicamentos (Diuréticos de asa o tiazídicos, Aspirina en dosis bajas, Ciclosporina).
Es innecesario restringir la dieta de forma estricta. Hay que fomentar un mantenimiento de peso corporal normal.

Tratamiento

A) Tratamiento etiológico si la hiperuricemia es secundaria.
B) Tratamiento dietético: Dieta+agentes reductores del ácido úrico.
C) Tratamiento farmacológico.
1. Hiperuricemia asintomática: tratamiento dietético.
2. Hiperuricemia sintomática (artritis gotosa aguda),tres tratamientos disponibles:
- Colchicina: actúa como antiinflamatorio.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
- Corticoides a nivel intramuscular y sistémico.

3. Reducción de la hiperuricemia en pacientes con episodios recurrentes de gota, presencia de tofos y nefrolitiasis.
- Alopurinol: disminuye la síntesis de ácido úrico.
- Probenecid y Sulfinpirazona: agentes uricosúricos.

Intervenciones de Enfermería

Evitar dietas de inanición o ayuno prolongado. Disminución de la ingesta de alimentos ricos en purinas y dieta sin excesivas cantidades de alimentos proteicos. No consumir bebidas alcohólicas.
Durante ataques agudos guardar reposo en cama con inmovilización de la zona afectada y elevada.
Pueden aplicarse compresas calientes o hielo. Conservar descubierta la zona afectada o protegida, para brindar comodidad. Mantener hidratada la piel.
Si no hay contraindicaciones, ingerir por lo menos 2 L de líquido, para evitar acumulación de cristales de ácido úrico en los riñones, que puede ocasionar cálculos renales.
Animarle a que haga ejercicio regularmente y mantenga un peso saludable.

Conclusiones

La Gota tiene relación con patologías importantes y factores de riesgo por lo que el paciente que la padece debe ser evaluado de manera periódica.

La educación sobre el estilo de vida puede facilitar el control de esta enfermedad.

El tratamiento en gota crónica (tratamiento hipouricemiante) es continuo en el tiempo, por eso es importante la continuidad de la toma de medicación.

TANATORIO LA FUENTE
FUNERARIA SAN PEDRO NAVARRA
A su lado en los momentos más difíciles.
Pol. Talluntxe Calle A, Nº 2
31110 Noáin (Navarra) España
M: 618 989 761
T: 948 312 765
www.funerariasanpedronavarra.com
SERVICIO FUNERARIO COMPLETO
SERVICIO DE FLORISTERÍA Y CONTRATACIÓN DE ESQUELAS
TRASLADOS NACIONALES / INTERNACIONALES
Todo ello de la forma más cercana, respetuosa y profesional, gracias a nuestra amplia experiencia en el sector.
- Precio competitivo y excelentes condiciones de financiación.
- Trabajamos con todas las compañías aseguradoras.
- Amplio aparcamiento gratuito.

Trastorno Alimentario Compulsivo (TAC) o por atracón

Germán Jusué Erro. *Psicólogo Clínico. Jefe de Servicio Recursos Intermedios. Salud Mental de Navarra*

No ha sido hasta muy recientemente, con la aparición del DSM-V, cuando se admite este trastorno de conducta, el Trastorno Alimentario Compulsivo (TAC), como una entidad diagnóstica específica. Anteriormente, se habían establecidos unos criterios de investigación concretos a fin de unificar las pautas diagnósticas a seguir que permitieran llegar a reconocer (o no) plenamente esta conducta como un Trastorno.

Se considera que presentan un "Trastorno Alimentario Compulsivo (TAC), o por Atracón" aquellas personas que se den atracones de comida de forma recurrente, acompañados por la sensación subjetiva o comportamental de una "falta de control sobre la ingesta y de un malestar posterior clínicamente significativo. Estos atracones pueden ser similares a los que presentan personas con bulimia nerviosa (BN), pero no van seguidos de las típicas conductas compensatorias de la bulimia. Son ingestas rápidas de grandes cantidades de comida, aunque no exista la sensación de hambre, hasta sentirse desagradablemente lleno y con un profundo malestar psicológico con uno mismo tras la ingesta.

Además, con frecuencia, las personas con TAC no cumplen el criterio de ingerir "una gran cantidad de comida en un periodo corto de tiempo" (menos de 2 horas); por el contrario, suelen informar de ingestas no exageradas en un periodo corto, pero si excesivas a lo largo de todo el día, con pérdida de control.

Semejante en mujeres y hombres

Otras características del TAC, diferentes de las que se dan en el atracón asociado a la bulimia nerviosa, es que se dan tasas semejantes en mujeres y hombres (la BN es casi exclusiva de mujeres) y, aunque no existen datos epidemiológicos al respecto, la extensión del problema es mayor entre obesos que entre sujetos con peso normal (se ha encontrado que hasta un 30% de obesos que acuden a tratamiento presentan TAC, frente a un 2% en los no-obesos).

En cuanto a la presencia del problema en Navarra y en general, al no contemplarse en la Red de Salud Mental como una entidad diagnóstica específica y quedar englobado de forma general dentro de los "Trastornos de la Conducta Alimentaria No-Especificados", resulta casi imposible mostrar datos de prevalencia e incidencia.

Los estudios epidemiológicos realizados en nuestro entorno cultural (Europa), señalan prevalencias de hasta un 3% (que ajustado a la población de Navarra, supondría casi 20.000 navarros y navarras con este trastorno), de ellos un 30% serían obesos, tanto en hombres como en mujeres.

Trastorno multi-causal

A lo largo de los últimos años se han tratado de analizar y determinar explicaciones para este problema. La explicación más ampliamente aceptada para entender la presencia del TAC es la dieta: "los sujetos con dietas de forma crónica, desinhiben su control sobre su conducta alimentaria en situaciones tales como problemas emocionales, depresión, consumo de alcohol y violan su dieta. Además, la dieta continua lleva a una privación de energía, a la experimentación de hambre y a la urgencia de comer. En suma, los sujetos con dietas crónicas abandonan más fácilmente, pasando al otro extremo de una ingesta compulsiva descontrolada, que aquellos que no las hacen.

Con todo, como en la mayoría de los trastornos de SM, el Trastorno Alimentario Compulsivo es multi-causal, en el que influyen factores biológicos (incluso genéticos y/o familiares), psicológicos (como el que he señalado anteriormente) y también socioculturales (estilos de alimentación, urbanidad, etc); que serán necesario tener en cuenta para realizar el tratamiento más adecuado.

Estado actual de la atención del TAC en los servicios sanitarios de Navarra

Como ya he comentado, al no estar considerado como un trastorno como tal, la mayoría de los tratamientos de "atracones" se han centrado en aquel asociado a la "bulimia nerviosa". Pero los estudios epidemiológicos en nuestro entorno cultural y la evidencia clínica de que hasta un 30% de los obesos que acuden a tratamiento presenta TAC, pone de manifiesto la necesidad de realizar terapias más ajustadas, acordes con el problema y, en la mayoría de los casos, complementaria al tratamiento de la obesidad.

De entrada, tres son los tratamientos que se utilizan más frecuentemente con el TAC: La **Terapia Psicológica Cognitivo-Conductual**,

la **Terapia Psicológica Interpersonal** y la **terapia farmacológica.**

Los estudios llevados hasta el momento muestran que los paquetes terapéuticos cognitivo-conductual adaptados para el TAC son eficaces, al menos a corto plazo, para reducir la frecuencia de los atracones, así como la patología secundaria asociada (depresión, distrés, malestar psicológico). A largo plazo, los estudios aun son escasos, pero parecen confirmar los resultados obtenidos a corto plazo. Así pues, desde la Red de SM, nuestra respuesta inicial pasaría por la necesidad de evaluar y atender a esta población, llevando a cabo las intervenciones y tratamientos más adecuados, tanto al sujeto con TAC asociado a otros trastornos psicopatológicos (trastornos afectivos, trastornos de personalidad), como al obeso con TAC. Será el facultativo de SM que atienda el caso quien analizará y determinará, en función de las características específicas del sujeto, el paquete de tratamiento más adecuado (TCC, TIP, terapia farmacológica).

Objetivos del tratamiento

Con todo, entiendo que todo tratamiento dirigido al TAC debería tratar de conseguir los siguientes objetivos:

1. Procurar que la terapia se rija bajo dos principios básicos: uno educacional y otro referido a la necesaria participación activa del paciente.
2. Procurar conseguir un cambio en el estilo de vida del sujeto, mediante el cambio en los patrones alimentarios y de su actividad física, que facilite la reducción o supresión de la sobre ingesta compulsiva y una pérdida de peso.
3. Conseguir un peso razonable y, sobre todo, saludable, que pueda mantener en el tiempo.
4. Potenciar la auto-aceptación del sujeto para mantener la motivación y mejorar su bienestar psicosocial.
5. Dotar al sujeto con TAC de habilidades para la prevención de posibles recaídas, tratando de conseguir que los cambios alcanzados sean duraderos.

Perspectivas futuras en el tratamiento del TAC en SM

- Una de las primeras estrategias que debemos llevar a cabo es la de confirmar el TAC como trastorno con entidad suficiente en la Red de Salud Mental de Navarra, diferente del atracón asociado a la BN.
- Un aspecto importante a considerar en la identificación y atención del TAC es el de la cormobilidad asociada con otros trastornos psicopatológicos (principalmente con la obesidad, trastornos afectivos y trastornos de la personalidad): será necesario analizar si son distintos los sujetos con TAC que no presentan asociado otros trastornos psicopatológicos, de aquellos que presentan asociado trastornos afectivos y/o tienen asociado un trastorno de personalidad. Será necesario analizar qué implicaciones terapéuticas tiene la presencia o no de cormobilidad psicopatológica asociada, para adecuar la atención en cada caso.
- Teniendo en cuenta lo anterior, su entidad como trastorno relevante, la incidencia y presencia del mismo, y las consecuencias graves para la salud del que lo padece, habrá que desarrollar por parte de SM la propuesta de atención más adecuada y ajustada. En este sentido, es conveniente destacar el momento oportuno en el que nos encontramos con la elaboración del nuevo Plan de Salud Mental 2019-23, donde se plantea como uno de los objetivos la mejora de la atención de los trastornos mentales, la revisión del Programa de Atención de los Trastornos relacionados con la Conducta Alimentaria.

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

RUEBER

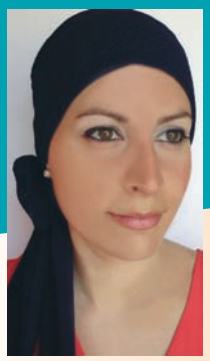
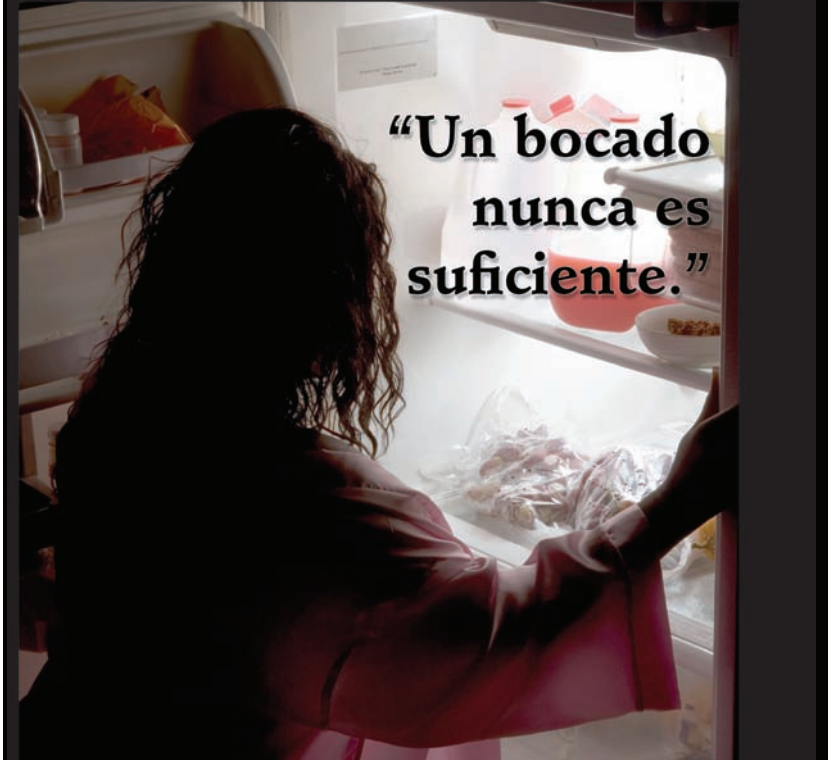


Imagen real de una prótesis capilar **RUEBER**

- 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

Comedores Compulsivos Anónimos (OA) de Navarra



OVEREATERS ANONYMOUS®
Intergrupo Navarra ®

Adicción a la comida. Una manera de enfocar los trastornos de alimentación

Muchas personas que sufren desórdenes de alimentación (como trastorno por atracón, bulimia nerviosa, etc) notan que su actitud hacia la comida se debe a un deseo irrefrenable, comparable con cualquier otra adicción a una sustancia o a un comportamiento.

En 1960 unas personas afectadas por este problema formaron un grupo basado en el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. Este nuevo programa, llamado Comedores Compulsivos Anónimos (OA de Overeaters Anonymous), ha ido creciendo hasta formar hoy unos 7000 grupos en 52 países.

OA ofrece un sistema de apoyo continuo para sus miembros y los anima a ayudarse unos a otros, reduciendo por tanto su aislamiento y soledad. Este apoyo se realiza fundamentalmente a través de las reuniones.

El único requisito para ser miembro de OA es el deseo de dejar de comer compulsivamente. No hay cuotas ni inscripciones; la organización se mantiene a sí misma con las pequeñas contribuciones, voluntarias y anónimas, de sus miembros.

Muchos miembros consideran a OA un complemento de los servicios profesionales que reciben. De hecho, OA no tiene conocimientos especializados sobre temas médicos, nutricionales o psicológicos y sugiere que los miembros interesados acudan a profesionales especializados para obtener ayuda en esas áreas.

En España hay reuniones en casi todas las capitales. Navarra cuenta con dos grupos, que se reúnen en Pamplona desde hace 25 años. Hemos ofrecido charlas informativas en algunos centros de salud primaria y salud mental. Nos hemos encontrado con un gran interés por parte de numerosos médicos, que ahora nos envían algunos de sus pacientes.

No existen estudios suficientes para determinar la eficacia de este programa dado su carácter anónimo. Los psicólogos de la fundación Recal, Dr Boris Rodríguez Martín y Belén Gallego Arjiz, en su artículo "Overeaters Anonymous: una fraternidad de ayuda mutua para la recuperación de la adicción a la comida" (https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01491/full?&utm_source=Email_to_authors_&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers_in_Psychology&id=373468) han recopilado algunas conclusiones basadas en los experimentos hechos en otros países y en su propia experiencia profesional. "*...Se ha observado que una mayor adherencia a un plan de alimentación, una mayor frecuencia de llamadas telefónicas a otros miembros y más tiempo dedicado a escribir acerca de sus propios pensamientos y sentimientos fueron predictores significativos de la disminución de la frecuencia de recaídas. Esta observación se tomó de 231 miembros de OA con trastorno por atracón y bulimia nerviosa (Kriz, 2002).*"

Según Rodríguez y Gallego los estudios no son concluyentes y ven la necesidad de más investigación. No obstante creen que "*...la combinación de asistencia médica con programas de 12 pasos podría brindar apoyo a largo plazo a las personas después del tratamiento inicial; por lo tanto reducir los costos de los servicios de salud mental durante la atención del seguimiento (Galanter, 2017).*"

Más información:
www.comedorescompulsivos.es
617 22 62 91
oanavarra@gmail.com

Reuniones en Pamplona:
Lunes y Jueves de 19:00 a 20:30 horas, en la Parroquia de La Asunción, Plaza de La Asunción s/n (barrio de San Juan).

Narcolepsia: cuando el sueño ataca

Ilka Stefanova, DUE. Servicio Urgencias Extrahospitalarias. UVI-Móvil Parque de Bomberos Trinitarios
Laura Sánchez-Íñigo. Médico de Familia. Urgencias. Hospital García Orcoyen. Estella

¿Qué es la narcolepsia y qué hacer si el sueño nos ataca? ¿Cuáles son los síntomas de la narcolepsia y qué cambios deberían hacer los pacientes que la sufren para vivir con normalidad?

La narcolepsia es un trastorno neurológico crónico caracterizado por fatiga diurna y ataques de sueño incontrolables que obligan a la persona a quedarse dormida.
Las personas con narcolepsia no pueden controlar cuándo permanecer despiertas y cuándo dormirse, lo que complica su vida cotidiana e incluso podría ser peligrosa en ciertos momentos.

Síntomas

Los primeros síntomas de la narcolepsia aparecen entre los 10 y 25 años de edad e incluyen:

- **Somnolencia durante el día.** La somnolencia es el primer síntoma de narcolepsia. Es un incremento exagerado de la somnolencia con cansancio a pesar de haber dormido las suficientes horas. A menudo, esta somnolencia se acompaña de una caída repentina durante alguna actividad, de forma similar a un síncope. Estos sueños pueden durar de unos minutos a varias horas.
- **Cataplejia.** Es una disminución del tono muscular. Este síntoma varía desde una alteración en el habla hasta una pérdida total del tono muscular de las extremidades. No todos los pacientes con narcolepsia sufren cataplejia. La cataplejia se desencadena con emociones muy fuertes y los ataques pueden durar unos segundos o unos minutos, causando muchas dificultades en la vida cotidiana. Su incidencia varía en cada individuo, pudiendo ocurrir varias veces al año o varias veces al día.
- **Alucinaciones.** Son visiones fugaces en la transición vigilia-sueño (alucinaciones hipnagógicas) o en la transición sueño-vigilia (hipnopómpicas). Las alucionaciones parecen realidad y pruducen un gran temor.
- **Parálisis del sueño.** Es una incapacidad transitoria en la cual el enfermo no se puede mover o hablar, justo antes o durante el ataque de narcolepsia. Estos ataques duran entre uno y tres minutos, generando una gran angustia para el enfermo porque permanece consciente pero su cuerpo no le responde.

La narcolepsia aparece en algunas personas cuando realizan actividades cotidianas de su vida diaria: escribir, conducir... Durante los ataques, las personas continúan haciéndo estas actividades de forma automática. Después del ataque, no tienen recuerdo de las acciones realizadas.

Causas de la Narcolepsia

No está claro qué causa la narcolepsia. Sin embargo, hay hallazgos que sugieren que la enfermedad está asociada con bajos niveles de la sustancia química hipocretina. La hipocretina es un neurotransmisor que ayuda al cerebro a regular el estado de vigilia del sueño REM. A veces, aunque no siempre, existe una predisposición genética a padecer narcolepsia.

Tratamiento y cómo disminuir sus efectos

La narcolepsia es un trastorno crónico y no existe cura. La narcolepsia se puede mantener "bajo control" gracias a fármacos adecuados y cambios en la vida cotidiana. En este sentido, la ayuda de los compañeros, amigos y familiares es extremadamente importante para mejorar el día a día de los pacientes narcolépticos.

Entre los **tratamientos** existentes, destacan los estimulantes del sistema nervioso central, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina o los antidepresivos tricíclicos, fármacos que deben ser siempre prescritos bajo supervisión médica y teniendo en cuenta los antecedentes personales de cada paciente (hipertensión, diabetes...).

Además de estos fármacos, los pacientes con narcolepsia pueden hacer algunos **cambios en sus vidas** para aliviar los síntomas:

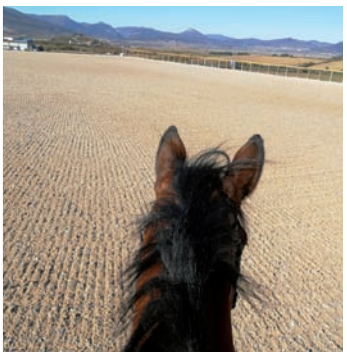
- Reducir la ingesta de alcohol y tabaco porque interfieren con el sueño.
- Dormir pequeñas siestas durante el día para evitar la somnolencia y parálisis del sueño. A veces, con 15-20 minutos son suficientes, mientras que otros pacientes requieren periodos más largos.
- Realizar un cronograma del sueño, y cumplirlo metódicamente.
- Realizar ejercicio físico leve-moderado de 4 a 5 horas antes de acostarse.

Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.
Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones
Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CAMPAMENTOS NAVIDAD 2018



10% descuento SI PRESENTAS ESTE ANUNCIO al inscribirte a uno de los CAMPAMENTOS DE NAVIDAD

Descuento no acumulable a otros descuentos y promociones.

Si en estas navidades quieres regalar un campamento, un bono de iniciación para doma o salto o clases sueltas: ¡¡Llámame!! **606 652 361 - Marta Erroz**

PROGRAMA

26 al 28 diciembre 2018 - 2 al 4 enero 2019
De miércoles a viernes de 9 a 14 horas

Actividades para todas las edades y niveles:

- Aprender los cuidados del caballo
- Volteo
- Juegos y gincanas
- Aprender a dar cuerda
- Clases de equitación: Doma / Salto / Horseball.
- Trenzado
- Carrusel

PRECIOS E INSCRIPCIONES

- 45 € / día
- 120 € / campamento

Descuentos especiales para los alumnos de la escuela

- Inscripciones por email o teléfono:
  606 652 361 - Marta Erroz
  info@centroecuestrecizur.com

OBSERVACIONES

- Será obligatorio tener la licencia federativa en vigor y el uso del casco en las clases

CENTRO ECUESTRE CIZUR

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

Nuevo concepto de hípica - Bar restaurante
Innovadoras instalaciones
LO QUE SIEMPRE HAS SOÑADO PARA TI Y TU CABALLO. ¡¡TE ESPERAMOS!!