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 mayojunio2019 nº77

SUMARIO

2 Tratamiento de varices, con láser endovascular
3 Estrés y corazón
4 Estrategias de prevención en el pie diabético
5 Si no necesito gafas, ¿tengo buena visión?
6 Verduras de primavera de Navarra
7 Eliminación de varices sin cirugía
8 Alternativa a la prótesis de rodilla
9 La importancia de la estabilidad primaria en la colocación de implantes dentales
10 Clínica Cross: 10 años a la vanguardia
12 De Internet a Fortnite: Algunos riesgos de las nuevas tecnologías
13 Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia...
14 Test de colores
15 Protege tus ojos de radiaciones nocivas
16 FIVE: la edad sí importa, y lo que dice de ti más
18 Reflujo faringolaringeo
19 Síndrome disfórico premenstrual
20 Enfermedades del viajero
22 ¡Mi madre se ha roto la cadera!
23 Esguinces de tobillo
24 Artritis vs artrosis
25 Como superar el miedo al parto
26 Detección del riesgo de caídas
27 Doctor, se me "engancha" el dedo
28 Profilaxis antibiótica en el paciente quirúrgico
29 Transferencias en el paciente con ictus
30 Cómo entendemos la Ginecología en la actualidad

EJEMPLAR GRATUITO

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

¿Lluvia en primavera?

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Alfredo Erroz **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L./*L.G.*** NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026. **Distribución** 8.000 ejemplares.

© PubliSic S.L. El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.*

Tratamiento de varices, con láser endovascular

ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON LÁSER ENDOVASCULAR

Dr. Gonzalo Villa
Especialista en Cirugía Vascular
Nº Colegiado: 313106416
Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 625 635 691
Consultorio Zurriola | Gran Vía, 3 | 20002 San Sebastián | 943 323 500 - 625 635 691

Una de cada 3 personas padece el problema de las varices con todos los inconvenientes que ocasionan (dolor, pesadez, flebitis, úlceras, ...). Lo importante para tratar esta patología es disponer de los medios más modernos y eficaces y aplicar el más adecuado a cada caso en concreto, no todas las varices se deben tratar igual.

¿Qué son las varices?

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

Valoración del problema

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

Tratamiento

El tratamiento de esta patología se debe enfocar en eliminar la vena importante que está causando las varices, sobre todo el problema de circulación y, por supuesto, en eliminar las propias varices por el daño que causan a la extremidad y por el componente estético que conllevan siempre esas venas dilatadas.

Para eliminar la vena principal causante del problema de retorno venoso y de las varices podemos realizar el tratamiento tradicional, la cirugía, que supone **"arrancar"** el tronco venoso afectado junto con las colaterales varicosas de cierto calibre. Es decir la vena afectada se extirpa mediante una cirugía **agresiva**, con un postoperatorio que en el mejor de los casos resulta **"doloroso"** pero que en ocasiones resulta un verdadero "calvario" con la aparición de hematomas, cicatrices, posibilidad de infección, etc.

Afortunadamente existen tratamientos menos agresivos y más eficaces que lo que hacen es provocar que la vena a tratar se cierre, es decir la vena deja de funcionar mal pero no es necesario arrancarla, deja de causar problemas sin necesidad de pasar por un procedimiento tan doloroso.

En nuestro centro valoramos al paciente y escogemos el tratamiento más adecuado para cada paciente, en la mayoría de las ocasiones será el **LÁSER ENDOVASCULAR**, se trata de un procedimiento **ambulatorio** por el que se introduce a través de una punción, una fibra láser que desprende calor y provoca que la vena a tratar se cierre. Es necesaria una sedación suave.

Durante el procedimiento además se realiza una microcirugía con la que eliminamos las varices con lo que el problema de la extremidad queda totalmente resuelto en un solo procedimiento de manera **cómoda, rápida y con muy buenos resultados estéticos**.

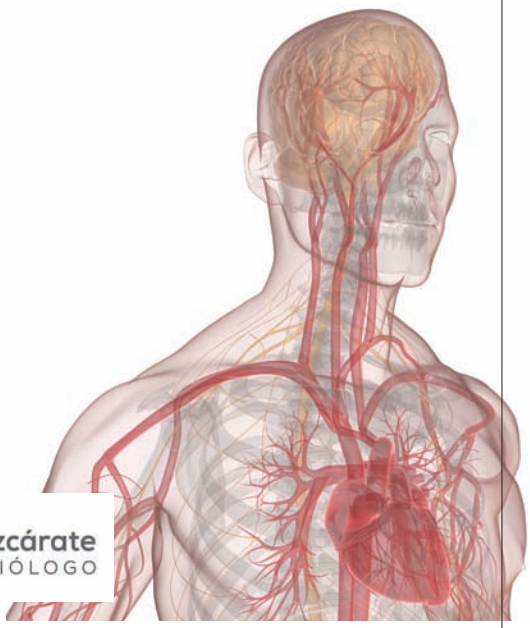
Varices enormes se solucionan en 30 minutos. El paciente puede realizar una vida prácticamente normal unas horas después pudiendo olvidarse de su problema y sin necesidad de realizar visitas frecuentes a la consulta para tratamientos que pueden resultar largos y más pesados.

Es hoy por hoy el tratamiento más eficaz para solucionar un problema serio de varices de forma muy poco agresiva, rápida y con buenos resultado estéticos.

DOCTOR GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

EL TRATAMIENTO MAS ADECUADO PARA SU PROBLEMA DE VARICES
LÁSER ENDOVASCULAR. MICROESPUMA. CATÉTER CLARIVEIN

Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 625 635 691
Consultorio Zurriola | Gran Vía, 3 | 20002 San Sebastián | 943 323 500 - 625 635 691
doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es



Estrés y corazón

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

Creo recordar que desde siempre me ha apasionado el cerebro humano, por lo menos desde que era estudiante de EGB, antes de ejercer la cardiología en Pamplona.

El cerebro es un órgano imprescindible para dirigir a todos los órganos del cuerpo sin que nosotros seamos conscientes (sistema nervioso autónomo), pero que también permite que podamos pensar, tomar consciencia de quienes somos, controlar algunos órganos de forma activa (por ejemplo la respiración) y entre otras muchas cosas responder al estrés al que podamos estar sometidos.

Cerebro y corazón

Al cerebro lo veo como si fuese un ordenador muy complejo; con muchas piezas y cables: con un hardware (anatomía) y un software (programación) muy bueno. El software (la programación del ordenador-cerebro) además aprende "solo" y/o de forma activa, y se actualiza de forma constante: aprendemos a hablar, aprendemos a comer, aprendemos a pensar ¡cómo manejo el estrés!

Las neuronas y los nervios, la anatomía del sistema nervioso, me los imagino como el hardware (la estructura física del ordenador). Otro órgano que responde al estrés es el corazón. Es un órgano compuesto por básicamente músculo, tejido valvular y tejido "eléctrico". Se contrae de forma autónoma (de forma inconsciente) pero todo lo que pasa a nuestro alrededor le afecta a través del sistema nervioso (el famoso estrés). Si vemos mientras caminamos por Pamplona un tigre salvaje delante nuestro, el corazón se pondrá a latir muy deprisa de forma automática. Esto es debido entre otras cosas a la liberación de una hormona que se llama adrenalina. Esta reacción es natural y prepara a nuestro cuerpo (no solo al corazón) para reaccionar de una forma rápida ante una situación poco favorable como la que hemos descrito, aunque si la respuesta es demasiado intensa puede llegar a paralizarnos.

Hoy en día no vemos tigres (un estrés enorme de forma repentina) por la calle en Pamplona, pero si estamos sometidos a demasiados "mini-tigres" durante todo el día (pequeño focos de estrés): me levanto, llego tarde al trabajo, tengo que sacar adelante un proyecto, voy en coche y tengo que estar atento, me llegan dos mensajes por redes sociales al teléfono, estoy pendiente de internet, escucho la noticias que no suelen ser positivas, y todo esto en un mundo lleno de prisas. Si este ataque de "mini-tigres" es constante y mantenido a lo largo del tiempo (muchos pequeños focos de estrés) puede llegar a estropear a nuestro ordenador y provocar ansiedad. La respuesta natural al estrés dejará de funcionar bien por exceso de uso y pueden aparece síntomas de ansiedad: sobrecarga de pequeños estímulos de estrés mantenidos en el tiempo. Esto nos pasa a casi toda la población occidental.

La adrenalina

En resumen solemos estar sometidos en mayor o menor medida a cierto estrés, debido a muchos factores externos e internos y esto provoca una liberación mantenida y perjudicial de varias hormonas (como la adrenalina) que hacen que estemos todo el día en una tensión mayor de la que es recomendable. Además este estrés-ansiedad (pequeños ataques de "mini-tigres" de forma constante) no es bueno para nuestro organismo y en particular es perjudicial para el corazón y para nuestras arterias. Es algo demostrado científicamente. Qué podemos hacer frente a nuestro estilo de vida occidental tan perjudicial para nuestro corazón: solemos comer mal, no solemos hacer ejercicios, seguimos fumando, vivimos estresados, estamos "empantallados", no leemos... Mi respuesta es clara pararse a pensar, o mejor dicho pararse. Sino pensamos en cómo vivimos y en cómo nos gustaría vivir nunca cambiaremos. Y eso solo se hace pensando y teniendo un plan de acción para prevenir la enfermedad coronaria. Seis consejos sencillos: 1-No fumes. 2-Come saludablemente. 3- Haz ejercicio. 4- Reduce el estrés. 5- Mantén tu pedo ideal. 6- Conoce tus niveles de colesterol, azúcar y presión arterial. Lógicamente hay que ir al detalle y, en ocasiones, si hay demasiado estrés hay que acudir a un buen profesional.

Si estamos demasiado agobiados, no dormimos bien, estamos todo el día enfadados, irritables... mi consejo es que hay que acudir a un buen psicólogo o psiquiatra que nos ayude.

Cambiar el estilo de vida

Es importante saber que en la consulta de cardiología hay que tener en cuenta todos estos factores que hemos descrito a la hora de comunicarnos con el enfermo. Por eso insisto mucho a los pacientes que acuden a mi consulta en que se olviden del tiempo para contarme sus problemas, que traten de estar relajados (ir a un cardiólogo produce en general estrés). Además, los factores psicológicos son importantes, no solo porque son más frecuentes en los pacientes con enfermedad cardiaca (ya han sufrido el ataque de un "tigre salvaje"), sino también porque afecta al bienestar físico y psíquico, al estilo del vida (generalmente una persona con ansiedad lleva una vida desordenada) y porque si no se habla de ello en la consulta (sino le explicamos al paciente que es el estrés y como se trata), favorece que el paciente tome peor la medicación (no esta motivado), no siga las revisiones en la consulta y sea más difícil que cambie su estilo de vida.

Por último, os propongo ver un vídeo de Valentín Fuster que os puede ayudar (un cardiólogo impresionante): "**Las ocho claves para vivir mejor**". https://www.youtube.com/watch?v=lIlMtl0g7KM

1. Tiempo para reflexionar.
2. Cuál es tu talento.
3. Trasmitir positividad.
4. Tutoría.
5. Actitud positiva.
6. Aceptar quien eres.
7. Autenticidad.
8. Altruismo.

Estrategias de prevención en el pie diabético

Ana Sans Castellví
Podóloga. Hospital San Juan de Dios
Cita previa Consultas externas 948 290 690
Servicio a domicilio

El podólogo es el especialista calificado para el diagnóstico y tratamiento de diversas afecciones del pie y tobillo cada vez más mencionado por la resonancia que tiene el pie diabético. Como especialistas del pie actuamos como gestores en el cribado del pie diabético.

El objetivo del podólogo es *"identificar los factores de riesgo de mala evolución del pie diabético con la finalidad de intensificar cuidados y visitas de seguimiento"* y con ello disminuir las complicaciones asociadas al pie diabético.

Controles de revisión

Establecemos así los controles de revisión del pie diabético en base a la clasificación del riesgo del mismo (bajo, moderado, alto y ulcerado), indicándose los circuitos de atención en el nivel más adecuado para obtener los mejores resultados de la forma más eficiente posible.

Como podólogos realizamos:

1. Inspección dérmica y ungueal.
2. Exploración de la sensibilidad, pues el paciente diabético sufre neuropatía y establecemos riesgo según escala NDS (NEUROPATHY DISABILITY SCORE)
3. Valoración morfológica movilidad articular y fuerza muscular.
4. Valoración estática y dinámica de la pisada para valorar la distribución de las cargas y presiones plantares, que pudieran ser susceptibles a ulceraciones.

De tal forma que actuamos como gestores de los casos para tratar nosotros o derivar al paciente al especialista que requiera para:

1. Manejo adecuado de la herida.
2. Descarga de la lesión.
3. Control de la infección.
4. Tratamiento de la enfermedad vascular periférica.

Por ello, cada vez más se ven equipos multidisciplinares que forman una unidad de pie diabético. Optimizando los recursos y ofreciendo una calidad de asistencia al paciente.

Objetivos

1. Disminuir el número de pacientes con amputaciones de extremidades inferiores.
2. Disminuir el número de ingresos hospitalarios.
3. Disminuir el número de pacientes con incapacidad laboral permanente.
4. Disminuir los costes de sanidad pública.

Clínica Integral del pie-A.S; os ofrecemos una amplia gama de tratamientos para afecciones podológicas.
Podólogo especialista del pie según art.12.9 Real decreto 1393/2007, publicado boletín estado 17 feb.2009.

CLÍNICA INTEGRAL DEL PIE
www.podologiapamplona.es
ANA SANS CASTELLVÍ
Podóloga
Hospital San Juan de Dios
C/ Beloso Alto, 3. Pamplona
CITA PREVIA 948 290 690
SERVICIO A DOMICILIO
TRATAMIENTOS:
Quiropodia: uñas encarnadas, hongos... | Estudio biomecánico de la pisada con plantillas a medida | Podología deportiva | Podología pediátrica | Cirugía del pie

optometría

Si no necesito gafas, ¿tengo buena visión?

Beatriz Irigaray. Optometrista corportamental en Óptica Navarra

OPTICA NAVARRA

CENTRO ESPECIALIZADO EN OPTOMETRÍA 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

https://www.instagram.com/opticanavarra/
https://www.facebook.com/OpticaNavarra/

La neurociencia ha demostrado que somos "seres visuales". Para abordar con mayores probabilidades de éxito las dificultades de aprendizaje, resulta imprescindible realizar un buen estudio de la visión. Cuando hablamos de visión no estamos hablando sólo de la vista (agudeza visual).

La visión es el conjunto de habilidades para identificar, interpretar y comprender lo que vemos.
Una buena visión, además de permitirnos ver un 100%, nos permite dar significado y comprender lo que vemos.
El 80% de nuestro cerebro funciona, de una forma u otra, relacionado con la visión.

Habilidades visuales imprescindibles para el aprendizaje

1. Agudeza visual.
2. Control de los movimientos oculares.
3. Habilidad del enfoque.
4. Coordinación ocular.
5. Coordinación ojo-mano.
6. Conceptos direccionales.
7. Percepción visual de forma.
8. Memoria visual.
9. Visualización.

Los movimientos oculares

Permiten el movimiento rápido y preciso que se necesita para una buena lectura, para mirar de la pizarra al texto y unos seguimientos adecuados para practicar deportes.

▶Señales que indican unos **malos movimientos oculares**:

- Necesidad de usar el dedo para no perderse en la lectura.
- Dificultades para copiar.
- Necesidad de leer el texto varias veces.
- Omisión de palabras al leer.
- Problemas para golpear y coger una pelota.

▶Señales de un **mal enfoque**:

- Visión borrosa.
- Problemas para copiar de la pizarra.
- Cansancio visual al leer y escribir.
- Necesidad de frotarse los ojos.
- Baja comprensión de lo leído.
- Evitar las tareas.

▶Señales de una **mala binocularidad**:

- Ojo torcido.
- Supresión de la visión.
- Visión doble.
- Dificultad para ver con profundidad.
- Cansancio visual.
- Períodos de atención reducidos.
- Pobre comprensión lectora.
- Evitar la tarea de cerca.

La **coordinación ojo-mano** es muy importante para que la escritura no necesite un esfuerzo extra, para expresar adecuadamente ideas por escrito y también para un eficaz rendimiento en los deportes.Los conceptos direccionales (dirección visuo-espacial) aportan una buena comprensión de nuestro propio cuerpo, lo que nos ayudará a poder realizar buenos juicios espaciales y a integrar la lateralidad (direccionalidad). En caso de no tener bien desarrollada esta capacidad, podemos invertir letras, palabras y números, tanto en la lectura como en la escritura.
La **Memoria Visual y Visualización** es la capacidad para formar y retener imágenes visuales. Y ello nos prepara para una buena comprensión lectora y conseguir la máxima información en el menor tiempo posible.

▶Señales de una **mala memoria visual y visualización**:

- Problemas al copiar.
- Dificultad para recordar lo que vemos o leemos.
- Pobre comprensión lectora.
- Deletreo en la lectura.

Es muy frecuente pensar que un niño no tiene problemas visuales porque le han mirado la agudeza visual de lejos, todo está bien y no necesita gafas. Pero un examen visual completo va más allá de agudeza visual y refracción.
Aquí os dejamos una lista de señales que puede tener un niño que presenta problemas de aprendizaje relacionados con la visión.

1. Se acerca mucho al texto para leer.
2. Se frota los ojos a menudo.
3. Ve doble o borroso al leer.
4. Se queja de dolores de cabeza al finalizar el día.
5. Mueve la cabeza cuando lee o escribe.
6. Acompaña la lectura con el dedo.
7. Confunde letras o palabras.
8. Invierte letras o palabras.
9. Se salta, relee u omite letras o renglones.
10. Vocaliza cuando lee en voz baja.
11. Dificultad de concentración y tiene cortos períodos de atención.
12. Requiere una cantidad excesiva de tiempo para acabar las tareas.
13. Es lento en la lectura.
14. Baja comprensión lectora.
15. No le gusta leer ni escribir.
16. Mala coordinación general.

ACTIVA TU VISIÓN CON LAS NUEVAS
SEIKO SMARTZOOM

SEIKO
PRECISION FOR VISION

ENTORNO DIGITAL — Ayuda a la acomodación
FILTRO DE LUZ AZUL — Mayor nitidez y ojos descansados
PROTECCIÓN 100% UV — En ambas caras de la lente

Lentes con ayuda visual para consultar el móvil o disfrutar de la tablet sin que sufra la vista.

Incluyen SRB, capa de protección contra la luz azul nociva que emiten las pantallas de nuestros dispositivos digitales.

Reducen la fatiga y el estrés ocular.

ÓPTICA NAVARRA
DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO

Verduras de primavera de Navarra

La huerta es, muy posiblemente, uno de los mayores tesoros de la despensa navarra. Los espárragos (de fina y extraordinaria textura y cuyo referente de origen es patrón obligado de calidad), las alcachofas, la borraja, la acelga, achicoria, guisantes, habas, puerros, cogollos de Tudela y de grumillo, ajos, cebolletas... constituyen un legado gastronómico de incontable valor que supone además, la base de una cocina de gran autenticidad pero que tampoco cierra sus puertas a los nuevos gustos y formas de cocinar.

Aunque cada zona de la geografía navarra tienen sus platos tradicionales y sus recetas propias y específicas para cada temporada, adecuadas en todo momento a un consumo estacional, hay un plato de verduras por excelencia que está presente en el imaginario popular: la menestra. Y más concretamente, la menestra de Tudela.

La menestra tudelana tiene una particularidad: que en su composición sólo intervienen cuatro verduras frescas -alcachofas, espárragos, guisantes y habas- y el ingrediente principal: el punto: las verduras deben estar en su cocción exacta y la textura correcta y tendiendo más a seca que a acuosa.

De esas cuatro verduras, los cuatro ases a los que se refieren en Tudela, dos de ellos, el Espárrago de Navarra y la Alcachofa de Tudela, cuentan además con sendas figuras de protección oficial de calidad reconocida.

Espárrago de Navarra

El Espárrago de Navarra está acogido a Denominación Específica desde el año 1986, y a Indicación Geográfica Protegida desde el año 2003. Es un producto con personalidad propia cuyo cultivo a orillas del río Ebro ha sido tradicional y se ha transmitido a lo largo de muchas generaciones.

La temporada del espárrago es muy corta (de marzo a junio) pero su figura esbelta y elegante llega a todos los puestos de verduras, tiendas de alimentación y supermercados de Navarra. El espárrago en fresco es tan distinto del de lata que parecen productos diferentes. Aunque los dos provienen del mismo sitio: de las fértiles huertas regadas por el caudaloso Ebro a su paso por las Comunidades de Aragón, La Rioja y Navarra. Allí, bajo los caballones para que la luz del sol no estropee su blancura, crecen hasta que el hortelano, uno a uno, los saca a la superficie haciendo un pequeño hoyo en la tierra, los corta y vuelve a tapar el pequeño agujero.

Es muy fácil degustar Espárragos de Navarra frescos. Se pelan generosamente de arriba abajo con cuidado de no tocar la yema. Se corta la parte final del tallo a la misma longitud, que es la más fibrosa y se ponen a hervir con agua abundante y sal. Una vez escurridos, se recomienda tomarlos templados para apreciar su sabor y características en toda su expresión.

Alcachofa de Tudela

Las mismas tierras regadas por el río Ebro, pero esta vez ubicadas únicamente en Navarra, alrededor del municipio del que toma su nombre, han sido y son, zonas productoras de Alcachofa de Tudela, que hunde sus raíces en el pasado más remoto. Se caracteriza por su forma redondeada, ligeramente elipsoidal, y por tener las hojas centrales muy apretadas sin que lleguen a cerrarse por dentro. Son crujientes, ligeramente amargas y jugosas y consumidas en crudo, proporcionan una sensación de frescor en la boca.

Está acogida a Denominación de Calidad desde el año 1988 y a la Indicación Geográfica Protegida desde el año 2000. Para poder ser acogidas por la IGP, las alcachofas comercializadas en fresco deben estar perfectamente seleccionadas y responder a las categorías comerciales Extra y Primera.

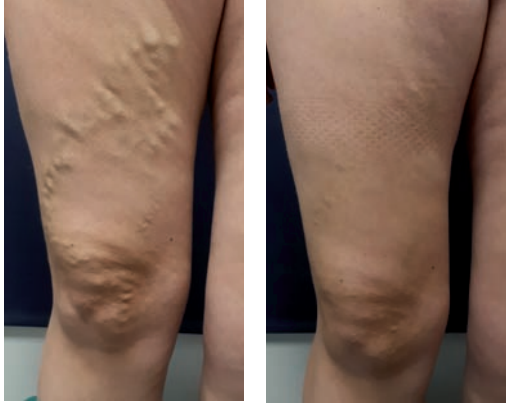
Admite dos presentaciones distintas:

Alcachofas con tallo y hojas; y Alcachofas sin tallo. Los envases de madera, plástico o cartón alimentario, deben ser de modelos autorizados por el Consejo Regulador y llevar las contraetiquetas o bandas que garanticen la autenticidad del producto amparado.

La marca Reyno Gourmet

Reyno Gourmet aglutina cientos de referencias de productos agroalimentarios que van desde los más tradicionales y conocidos como el espárrago de Navarra, la alcachofa de Tudela, el pimiento de piquillo de Lodosa, el queso Roncal e Idiazabal, la ternera y el cordero de Navarra, el vino o el pacharán navarro, a los más novedosos y menos asociados a Navarra como son el azafrán, los derivados del pato, las pastas o las mermeladas. Sin embargo la marca de calidad navarra ha conseguido desde su creación en 2007 impulsar y dar prestigio internacional a las distintas y variadas figuras de calidad con las que cuenta la Comunidad Foral: 8 denominaciones de origen, 6 indicaciones protegidas y otras cuatro certificaciones propias a las que están asociadas 108 empresas y más de 2.400 referencias.

Eliminación de varices sin cirugía



Antes y después del tratamiento con microespuma

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

Las varices son una dilatación permanente y anómala de las venas de las piernas. Esto es lo que tienen en común todos los pacientes con varices, porque, por lo demás, no hay dos varices iguales.

Hay varices colaterales, pero también hay varices que dependen de la safena interna, externa, anterior, de la insuficiencia de alguna perforante, etc. Cada una de ellas supone un problema diferente y requiere un tratamiento individualizado. Por ello, es esencial la valoración especializada por parte de un Cirujano Vascular con experiencia acreditada en las diferentes modalidades de tratamiento de las varices.

El objetivo del tratamiento de las varices es doble: en primer lugar debe ser funcional y hemodinámico, esto es, debe corregir el problema circulatorio subyacente; pero, por otro lado, no se puede descuidar la mejoría del aspecto estético que supone la presencia de las varices.

Hay múltiples modalidades de tratamientos para eliminar las varices: cirugía, termoablación, esclerosis, etc. De todos ellos, el menos invasivo es la esclerosis con microespuma. Es una técnica que, en manos expertas, consigue unos resultados similares a las técnicas más agresivas, pero sin los inconvenientes de éstas. Su otra gran ventaja es que permite el tratamiento de todo tipo de varices.

La esclerosis con microespuma

A diferencia de otras técnicas, la esclerosis con microespuma no requiere anestesia, ni realizar ningún tipo de incisiones ni precisa un período de recuperación tras el tratamiento. Se lleva a cabo en un número variable de sesiones tras cada una de las cuales el paciente puede realizar las actividades de su vida diaria: trabajo, deporte, etc. Asimismo, es la única técnica que evita la posibilidad de lesionar el nervio periférico que acompaña a los ejes safenos.

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. Cualquier variz puede tratarse con microespuma, independientemente de su calibre. Cuando en la Consulta se objetiva insuficiencia de algún eje safeno, la forma más rápida y eficaz de administrar la microespuma es a través de un catéter. Es un procedimiento similar que permite introducir la microespuma en el interior de la safena interna, externa o anterior directamente, lo cual aumenta su eficacia y acorta la duración de los tratamientos. En definitiva, la esclerosis con microespuma es una técnica que permite la eliminación de cualquier tipo de variz, pero con la menor agresividad posible, lo cual evita tener que interrumpir las actividades habituales del paciente. Tampoco precisa ingreso dado que es un procedimiento ambulatorio.

ARICES
ICROESPUMA
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

Alternativa a la prótesis de rodilla

en pacientes jóvenes con genu varo sintomático (osteotomía tibial valguizante)

Mirian Arellano Mangado. Fisioterapeuta. Complejo Hospitalario de Navarra

El genu varo ("piernas en paréntesis o de futbolista"), es una causa frecuente de dolor de rodilla, que obliga en ocasiones a la implantación de una prótesis total de rodilla. La osteotomía valguizante es una técnica quirúrgica correctora alternativa que puede retrasar la necesidad de dicha prótesis en pacientes jóvenes.

Es relativamente frecuente observar casos de genu varo congénito entre la población, condición que altera el eje normal de la rodilla, que puede empeorar cuando se realizan ciertos deportes (futbolistas), y que provoca con el tiempo dolor y artrosis por sobrecarga de la parte interna de ambas rodillas, lo que obliga con frecuencia a la colocación de prótesis de rodilla, problemática en pacientes jóvenes por la necesidad de recambio de las mismas a lo largo de su vida.

Osteotomía tibial valguizante como alternativa a la prótesis de rodilla

La osteotomía valguizante de realineación se efectuará con el objetivo de mejorar el dolor por medio de la redistribución de fuerzas y el traslado de ellas hacia el compartimiento menos afectado de la rodilla (en este caso el externo). Esta redistribución de fuerzas aumenta la supervivencia de la articulación y consigue evitar o retrasar los cambios degenerativos. Con la osteotomía se busca el alivio del dolor, la mejoría funcional y la capacidad de asumir una actividad física más intensa que en los casos en los que se ha optado por una prótesis total de rodilla.

Procedimiento quirúrgico y seguimiento

La intervención consiste básicamente en una fractura quirúrgica controlada de la tibia para conseguir un ángulo adecuado que consiga corregir de esa manera la desviación del eje de la rodilla, manteniendo dicha corrección mediante una placa y unos tornillos hasta que el hueso consolide.

Tras el procedimiento quirúrgico es fundamental un tratamiento rehabilitador y de fisioterapia, ya que la musculatura está adaptada al eje previo de la pierna, lo que hace frecuente la aparición de tendinitis y contracturas musculares que deben corregirse cuando el paciente reanude la deambulación y su actividad física.

Tratamiento rehabilitador

En la primera fase, de descarga durante 6 semanas, el tratamiento irá encaminado a disminuir el dolor y la inflamación: analgésicos, crioterapia, ultrasonidos, TENS, ejercicios isométricos, drenaje...

En la segunda fase, carga con muletas, el tratamiento irá encaminado a ganar fuerza y aumentar el rango articular: bicicleta estática, electroestimulación, ejercicios de fortalecimiento, estiramientos, masaje, equilibrio, coordinación, reeducación de marcha, hidroterapia...

Tercera fase, vuelta al ejercicio diario, el tratamiento irá encaminado a ejercicios de potenciación, propiocepción...

Conclusiones

La osteotomía valguizante se presenta como una alternativa a la prótesis de rodilla en pacientes jóvenes, con una desviación del eje de las rodillas en varo, lo que provoca con el paso del tiempo dolor y limitación funcional por sobrecarga de la parte interna de las mismas, además de favorecer la evolución hacia la artrosis precoz. Si bien no deberá considerarse esta técnica como un tratamiento definitivo, puede esperarse una reducción del dolor de hasta un 80% y una durabilidad promedio de unos 8-10 años. El tratamiento rehabilitador posterior a la cirugía es fundamental para obtener resultados óptimos. La correcta selección de los pacientes es fundamental, y la mejor indicación estará en pacientes activos y menores de 60 años (aunque la edad no está siempre correlacionada con la actividad).

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso
La Salud también Viaja
Servicio Religioso CHN y Colegio de Médicos
el mundo de Raquel
C.I.E.: 2174EMY

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

▶ SANTUARIO DE LOURDES 25 al 26 de Junio 120 € y del 28 al 29 de Septiembre 126 €. Autocar + Hotel *** P.C.+almuerzo+visitas acompañadas+programa religioso+vino, agua+seguro. Reservas avanzadas.

▶ MADEIRA+AZORES del 10 al 17 de Julio (Especial San Fermín). Viaje de calidad con gran contenido. Visita el último vergel del Atlántico. 3 noches Madeira y 4 noches en Azores. Avión+hotel****+Pensión completa+seguro+visitas incluidas+tasas+guia acompañante. 1.710 € por persona. Últimas plazas.

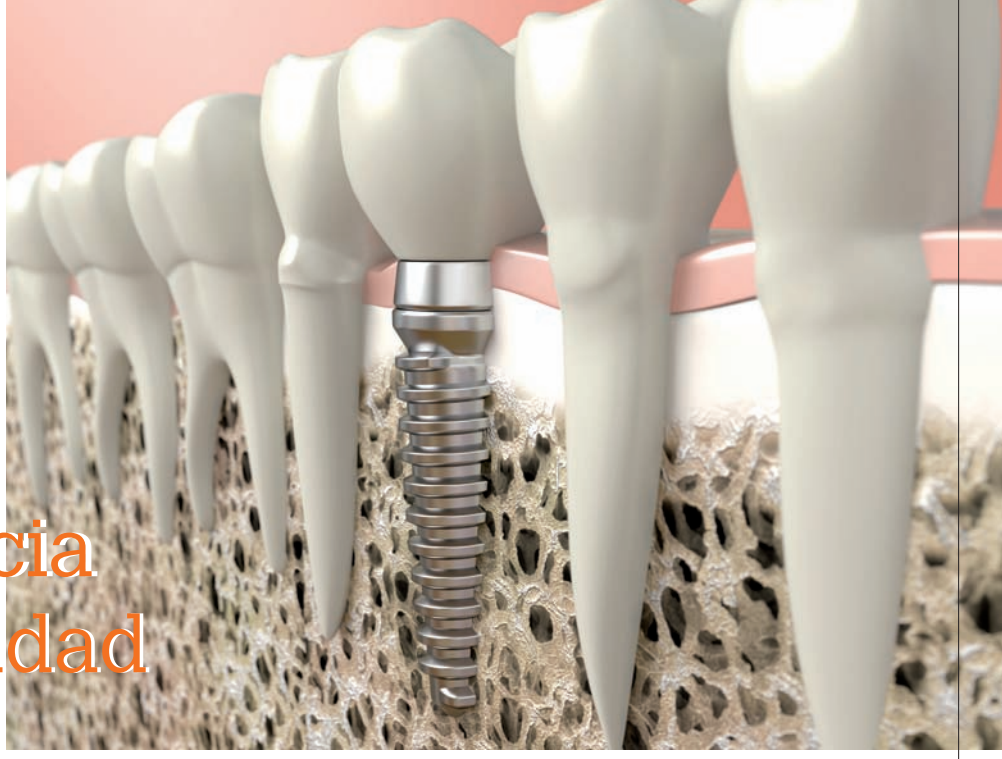
▶ RINCONES DEL NORTE DE GERONA 29 Julio al 2 Agosto. Un viaje especial de gran contenido por el Norte de Gerona incluyendo excursiones, visita Museo Dali, recorrido por la costa y estancia en un hotel con piscina de gran encanto. Todo incluido. 715 € por persona. Últimas plazas.

TODOS LOS PROGRAMAS SE PUEDEN VER EN LAS PÁGINAS WEB

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



La importancia de la estabilidad primaria en la colocación de implantes dentales

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

Uno de los aspectos clave a la hora de predecir el éxito de un implante dental está en que se produzca la adecuada integración de la pieza de titanio en el hueso del maxilar. De hecho, como nos dice la historia de esta disciplina, los implantes comenzaron a generalizarse cuando se descubrieron materiales cuyas propiedades permitían lo que llamamos osteointegración.

Este principio se ha mantenido a lo largo de los años, aunque los avances tanto en el diseño de los implantes como en las técnicas de regeneración de masa ósea han permitido que los tiempos de intervención se reduzcan y puedan abordarse tratamientos más complejos y duraderos.

A la hora de planificar un tratamiento, los especialistas intentamos que sea lo menos invasivo posible, no se dilate demasiado en el tiempo y no obligue a muchas intervenciones. Estos objetivos se consiguen con relativa facilidad si hablamos de la sustitución de pocas piezas dentales y el paciente no presenta un gran deterioro del hueso que ha de acoger el implante.

Sin embargo, cuando las actuaciones van dirigidas a la colocación de muchas piezas o incluso dentaduras completas, resulta más difícil alcanzarlos. No obstante, gracias a los avances de la implantología, podemos afirmar que cada vez estamos más cerca de cumplirlos en los procesos más sofisticados, hasta el punto de que se incrementan los casos en los que es factible poner los implantes y los dientes definitivos en la misma intervención.

Para lograr este propósito, es importante alcanzar cuanto antes lo que se denomina la estabilidad primaria. Es decir, que la integración del implante en el hueso proporcione funcionalidad inmediata (podamos usar los dientes con total normalidad) sin que sean necesario un tiempo de espera a que se produzca la osteointegración, que limita las posibilidades de uso del diente, ante la posibilidad de que surjan roturas u otros problemas por falta de cicatrización.

Mejora de las técnicas regenerativas

Durante muchos años, la estabilidad primaria solo se conseguía tras un período de absorción del implante por parte del hueso, al que además había que reforzar a menudo con injertos. Hoy día siguen siendo necesarios los injertos de hueso en algunos casos, pero el plazo de fusión ha disminuido por los avances en materiales de regeneración.

Con ello, el paciente tenía que sufrir varias intervenciones, llevar piezas provisionales y manejarse con cuidado para no comprometer la evolución del implante, por lo que su calidad de vida se veía afectada.

Estamos superando estos procesos merced a la citada mejora de las técnicas regenerativas, pero también al progreso sobre los propios implantes. Se dispone de una extensa gama de piezas, de diferentes tamaños, grosores y sistemas de anclaje, que dan respuesta a una amplia casuística de patologías.

Por otro lado, contamos con tecnologías como los dispositivos de cirugía guiada, que nos ayudan a determinar la ubicación más precisa de los implantes en la boca, de acuerdo con la morfología del paciente y la calidad de la masa ósea existente.

Dichos sistemas, como el Robot X Guide de Cirugía Guiada que hemos incorporado recientemente a Clínica Bustillo, se benefician asimismo de la planificación digital del diagnóstico, que facilita disponer de una imagen fiel del estado de la boca, examinar las distintas opciones de tratamiento y planear el trabajo paso a paso.

Por lo tanto, podemos decir con satisfacción que los implantes dentales se afianzan como la alternativa más segura para la restauración de salud bucal cuando concurre la pérdida de una o varias piezas dentales. Es un tratamiento predecible y duradero, que proporciona una experiencia análoga a la de los dientes naturales, y cada vez requiere menos intervenciones incómodas para los pacientes.

Clínica Cross: 10 años a la vanguardia

La Clínica Cross nació hace 10 años fruto de la asociación de los doctores **Ricardo Ruiz de Erenchun** y **Carlos Concejo**, ambos con trayectorias de reconocido prestigio. Desde su inauguración su objetivo ha sido convertirse en un referente dentro de la Cirugía Plástica y la Cirugía Maxilofacial.

La Clínica está ubicada en Imarcoain a 10 minutos de Pamplona y cuenta con modernas instalaciones entre las que se encuentra un quirófano de última generación, con la dotación necesaria para realizar cualquier intervención quirúrgica y confortables habitaciones de recuperación.

Uno de las prioridades de La Clínica Cross ha sido siempre ofrecer tratamientos muy avanzados junto a un trato exquisito para que los pacientes tengan la seguridad de estar en las mejores manos dentro de un ambiente confortable de privacidad y empatía.

Además de ofrecer los tratamientos más avanzados, la Clínica Cross está a la vanguardia en cirugía de corta estancia, consiguiendo que la mayoría de los pacientes abandonen la clínica en menos de 12 horas y el 100% antes de las 24 horas, incluyendo intervenciones de gran complejidad como la cirugía ortognática o el lifting facial. Para que esto sea posible, todo debe funcionar a la perfección lo que minimiza las complicaciones y garantiza una rápida reincorporación a la vida social.

Los doctores **Ruiz de Erenchun y Concejo** han sido elegidos entre miles de médicos de todas las especialidades como dos de los 10 médicos más reconocidos del país durante 3 años consecutivos (2015-2017) por el prestigioso portal de internet Top Doctors.

TOPDOCTORS® AWARDS

Tratamientos que diferencian a la Clínica Cross

Cirugía oral y Maxilofacial
Dr. Carlos Concejo

- IMPLANTES CIGOMÁTICOS: Dientes fijos en 24 horas sin injertos en casos de pérdida extrema de hueso.
- INJERTOS CON ULTRASONIDOS Y REGENERACIÓN CON PLASMA (PRGF): En casos de pérdida localizada de hueso.
- IMPLANTES DENTALES: Implantología guiada, carga inmediata, implantes post extracción.
- CIRUGÍA ORTOGNÁTICA POR ULTRASONIDOS: Mínima inflamación, alta en 24 horas.

Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Dr. Ricardo Ruiz de Erenchun

- RINOPLASTIA ULTRASÓNICA: Mínimo sangrado, mínima inflamación resultados más precisos.
- CIRUGÍA DEL ENVEJECIMIENTO: Lifting facial, blefaroplastia.
- REMODELACIÓN FACIAL: Lipofilling, Bichectomia, mentoplastia.
- REMODELADO CORPORAL: Liposucción, Lipotransferencia, cirugía postmaternidad.
- AUMENTO DE PECHO: Mínima estancia inferior a 12 horas, prótesis de máxima calidad.

Medicina Estética
Dra. Patricia Ruiz Siqueira

- TRATAMIENTO ANTIEDAD.
- MESOTERAPIA FACIAL Y CORPORAL CON VITAMINAS Y PLASMA (PRGF).
- HILOS TENSORES.
- CARBOXITERAPIA.

CLÍNICA CROSS
cirugía avanzada

Plaza Europa, 13 bajo | Ciudad del Transporte | 31119 Imarcoain (Navarra)
T 948 853 668 | info@clinicacross.es | www.clinicacross.es |

De Internet a Fortnite: Algunos riesgos de las nuevas tecnologías

Dr. Pablo Sabater Maestro
Psiquiatra de Fundación Argibide

Les llamamos nuevas tecnologías, pero se encuentran presentes en nuestro medio desde hace más tiempo de lo que pensamos: los primeros ordenadores fueron creados en los años 40, el embrión de Internet fue desarrollado en 1969, y los primeros juegos electrónicos en la década de los 70.

No obstante, aunque presentes en el imaginario popular, no se ha extendido su uso de forma masiva hasta los últimos años. La electrónica, "las pantallas", y la comunicación a distancia han dejado de ser algo anecdótico y están presentes en nuestro día a día. En España hay más móviles que personas, y el uso de aplicaciones de mensajería instantánea está extendido entre todas las generaciones, desde los niños hasta los ancianos. En cuanto a los videojuegos, si bien inicialmente parecían ser exclusivamente utilizados como forma de ocio entre los adolescentes, han visto ampliado su perfil de usuarios hasta el punto de que, en la actualidad, la mitad de los jugadores son mayores de 35 años y generan más ingresos que la industria cinematográfica. El uso generalizado de estas tecnologías está interrelacionado con un cambio social a muchos niveles, entre los que se puede mencionar, entre otros, la incorporación de la mujer al trabajo, el descenso de la natalidad, la progresiva urbanización de la sociedad y la demanda de estar siempre "conectados", hecho este último que ha cambiado el patrón de relación tanto a nivel social como familiar y laboral. Es extraño no disponer de un ordenador (o "tablet") en el puesto de trabajo, y la mayoría de gestiones se pueden realizar por internet (desde hacer la compra semanal hasta solicitar un préstamo) sin necesidad de contactar personalmente con alguien. El auge de las redes sociales ha facilitado el contacto con gente que no veíamos desde la infancia. Un adolescente quizás no ha salido de casa en toda la tarde, pero ha pasado gran cantidad de tiempo "chateando" con sus amigos mientras juegan en grupo al "Fortnite".

Adicciones comportamentales

Hay una parte del ser humano que se rebela y teme los cambios. Ya ironizaba Miguel de Cervantes en el Quijote con el daño que pueden hacer las tecnologías (en aquel momento, la lectura y, por ende, la imprenta, en el protagonista). En la actualidad, es el tiempo que se pasa delante de una pantalla lo que nos hace temer el desarrollo de ciertos problemas psiquiátricos o psicológicos relacionados con las llamadas adicciones comportamentales.
Como se ha descrito anteriormente, las nuevas tecnologías están ya tan incorporadas en nuestra vida diaria, que resulta una cuestión controvertida el intentar establecer un límite de tiempo que, una vez superado, pueda situarnos en riesgo de desarrollar problemas psicológicos. En cambio, sí parece evidente que en el momento que dicho uso nos impide cumplir de un modo razonable con nuestras responsabilidades diarias, o cuando interfiere en actividades saludables (comer, pasar tiempo en familia o con amigos, realizar ejercicio físico, etc.), podemos estar en una situación de abuso de las nuevas tecnologías.

Cambiar nuestra rutina diaria

Es en este momento cuando ya es recomendable comenzar a establecer cambios en nuestra rutina diaria. Cuestión más complicada, si cabe, es establecer cuándo el abuso se convierte en un problema de adicción, aunque por norma general, debería ponernos en alerta la dificultad para cambiar los hábitos pese a intentarlo repetidamente, la aparición de problemas laborales o académicos, o un aislamiento social.
En definitiva, tanto si ya somos adultos como si todavía somos niños o adolescentes, deberíamos tratar de hacer un uso racional de las nuevas tecnologías. Estas no son malas de por sí, pero su exceso puede conllevar problemas importantes a nivel psicológico. Como todo en la vida, deberíamos aplicar el principio de que "en el término medio está la virtud".

fundación ARGIBIDE

42 AÑOS AL SERVICIO DE LA SALUD MENTAL EN NAVARRA

- Psiquiatría y psicología adultos
- Psiquiatría y psicología infanto-juvenil
- Psicogeriatría
- Psiquiatría legal y peritajes
- Unidad de Trastornos de Personalidad
- Tratamientos grupales

C/ Iturrama, nº 7 Entreplanta | 31007 Pamplona | T. 948 26 65 11
info@fundacionargibide.org | www.fundacionargibide.org

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**.
Desde hace más de 15 años nuestro equipo ha tratado más de 3.500 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

Figura 1

Test de colores
(roth -28 fichas)

Ariñe Goñi Torrea. *DUE Complejo Hospitalario de Navarra*
Elena González Esain. *DUE y Fisioterapeuta. Centro de Salud Rochapea*
Marta Bona Otal. *Médico de Familia. Centro de Salud II Ensanche*
Paula Ayestarán Yubero. *DUE. Complejo Hospitalario de Navarra*

La prueba de color Roth 28 se utiliza para examinar la capacidad de discriminación de matices de color como técnica diagnóstica para evaluar los defectos de visión del color congénito (daltonismo) u adquirido.

Objetivo

Asegurar la correcta realización del test para determinar la integridad cromática de la retina en orden a detectar alteraciones de la visión del color o discromatopsias.

Metodología

Las fichas para realizar el test vienen en una caja de madera, ordenadas en forma de óvalo. Consisten en piezas circulares con un centro de color y una numeración en la parte de abajo. (Ver figura 1)

Los colores de las fichas van describiendo toda la gama de matices de color y están ordenados según progresión de los tonos. Una de las fichas queda de referencia y el resto son manipulables.

Cada ficha lleva en su reverso un número de orden que permitirá reproducir sobre una hoja de respuestas la ordenación dada por el paciente.

Procedimiento

Explicar al paciente en que consiste el test y cerciorarnos que lo ha comprendido correctamente.

Para ello, mostraremos al paciente el conjunto ordenado de fichas para que sepa cómo debe quedar al final.

Indicaremos que hay una ficha fija que le servirá como referencia.

Deberá ordenar de nuevo la serie de forma que cada color mantenga una diferencia tonal mínima tanto con el anterior como con el posterior.

Dispondrá de todo el tiempo que necesite.

El procedimiento se puede llevar a cabo de dos maneras, monocularmente o binocular.

Monocularmente si se sospecha una alteración de la visión del color adquirida, ya que estas alteraciones pueden no afectar a ambos ojos por igual.

Binocular en casos de alteraciones congénitas.

Posteriormente una vez finalizada la colocación de las fichas, se trascriben los resultados a una tabla prefijada.

(Ver figura 2)

Se obtendrán unas gráficas con un patrón característico según la anomalía que el paciente presente y de ahí obtendremos el diagnóstico. (Ver figura 3)

Figura 3

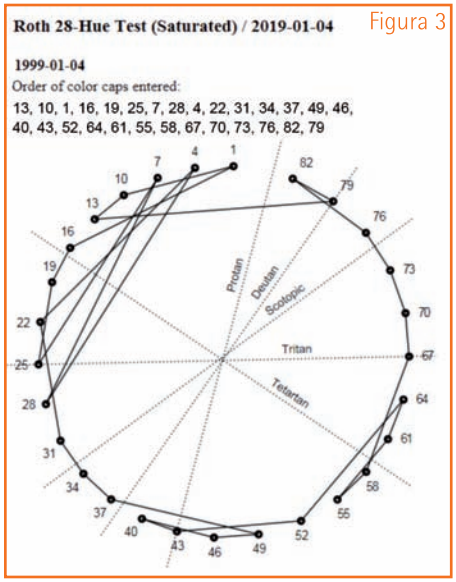


Figura 2

82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82
79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73
70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67
64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Protege tus ojos de radiaciones nocivas

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

Es imprescindible proteger los ojos de las radiaciones nocivas para conseguir mantenerlos sanos.

Los cristales oscuros no son necesariamente mejores que los claros, ya que la protección contra los rayos UV no proviene del color o la oscuridad de los mismos, todos han de filtrar un mínimo del 99% de los rayos UV, si están homologados.

¿Qué radiaciones afectan a nuestros ojos?

Las radiaciones solares más nocivas que nos afectan en el exterior son la ultravioleta y la infrarroja.

▶Radiaciones ultravioletas

Los ultravioletas son absorbidos por la córnea y el cristalino, sus efectos son acumulativos y permanentes.
Pueden provocar: Conjuntivitis y lesiones corneales, Cataratas y Pinguécula , pterigium.

▶Radiaciones infrarrojas

La radiación infrarroja también tiene efectos acumulativos, provoca degeneración retiniana y acelera las cataratas.
Debido al efecto térmico evapora la lágrima y contribuye a la destrucción del colágeno del contorno de los ojos, provocando arrugas en la piel.

▶Radiación azul nociva de los dispositivos electrónicos

Si pasamos bastante tiempo frente a dispositivos electrónicos que son fuentes de radiación azul como móviles, tablets, lámparas led... podemos tener las siguientes molestias: fatiga visual, picor de ojos, dolor de cabeza, dificultad para conciliar el sueño...
La luz azul en exceso puede alterar el ciclo circardiano, ya que es responsable de la disminución de la melatonina. Cuando recibimos luz azul a última hora del día activamos la situación de alerta provocando dificultades para conciliar el sueño.
Esta luz azul es muy energética, tiene efectos nocivos en retina y cristalino.

¿Qué filtros podemos elegir?

▶Filtros polarizados

Los filtros polarizados evitan los reflejos mejorando el confort visual, la nitidez y la percepción de los colores.
Se combinan con filtros UV y se pueden aplicar sobre lentes graduadas.
Son ideales para situaciones en las que el sol rebota sobre superficies horizontales creando reflejos y deslumbramientos.
Se recomiendan en deportes acuáticos, esquiar y también para conducir.
Son prácticos para la pesca ya que la lente polarizada filtra la luz azul que se refleja sobre el agua y permite una visión más detallada para ver los peces y el fondo.

▶Filtros solares según su categoría

Existen cuatro categorías dependiendo de la transmisión a la luz: la categoría 1 son lentes de coloración suave para mitigar la luminosidad exterior, la categoría 2 son para una luminosidad media, la categoría 3 es la más adecuada para la protección solar en la mayoría de las circustancias y por último los cristales de la categoría 4 son adecuados para luminosidades altas como en la montaña, desiertos.. y en personas con fotofobia pero no están permitidas para la conducción.
Una gafa de categoría superior es más oscura, pero no protege más contra la radiación UV que otra de categoría inferior, han de filtrar un mínimo del 99% de UV.

▶Lentes fotocromáticas

Se oscurecen con la exposición a la luz solar y se aclaran en interiores.

▶Filtros para bloquear la radiación azul de dispositivos electrónicos

Atenúan la luz azul en exceso ganando contraste y nitidez.

▶Filtros selectivos para Baja Visión

Los filtros selectivos permiten la entrada de luz necesaria para la visión, pero bloquean la luz dañina y perjudicial aumentando el contraste.
Se prescriben dependiendo de la patología del paciente y sus necesidades.

¿Cómo elegir el color de las lentes de sol?

La elección del color es personal y subjetiva pero se pueden hacer recomendaciones según algunas actividades o necesidades del usuario.

▶Color marrón

- Para deportes al aire libre.
- En situaciones de contrastes de luz.
- Adecuados para personas operadas de cataratas y cirugía refractiva.

▶Color gris

- Es el color que menos altera los colores.
- Ideal para conducción.
- Recomendado en casos de fotofobia.

▶Color verde

- Recomendado para deportes náuticos o de invierno
- Adecuado en hipermétropes.
- Cambia la percepción de los colores más que el gris o el marrón.

GAFA DE SOL POLARIZADA
desde 59 €
POLARIZADOS GRADUADOS
desde 99 €

óptica unyvisión

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

FIVE: la edad sí importa, y lo que dice de ti más

La estética y la belleza como un estilo de vida

FIVE
ESTÉTICA Y MEDICINA

Five, estética y medicina. Five, salud y belleza. Five, seguridad. Five, experiencia y habilidad. Five... estilo de vida.

El cinco es un número mágico, símbolo de **la inquietud creativa, el inconformismo y la vitalidad**. Five es un homenaje a todo ello. La elegancia, la estética, la belleza y el cuidado al paciente como **estilo de vida Five**.

Estética en un entorno clínico

Five es el **nuevo centro de estética y medicina del Grupo Sannas**. El Grupo Sannas lleva más de 30 años dedicados al cuidado y a la salud de sus pacientes. **Nuestro espíritu inconformista e innovador** nos ha llevado a satisfacer las demandas de nuestros pacientes incorporando la estética a nuestros servicios de salud.

Five está ubicado en un **entorno clínico**, aportando **gran seguridad, discreción y confianza al paciente**. Entre esas prestaciones se encuentra la posibilidad de realizar los tratamientos bajo **sedación**.

La experiencia de más de 30 años en el sector de la salud nos ha hecho poner siempre el punto de mira en la **innovación** y la **tecnología**, usándola como una herramienta de trabajo, para la obtención de los mejores resultados.

Equipo sanitario: doctor y esteticista

Un **doctor especialista en medicina y cirugía estética, y una esteticista de referencia** en el sector forman el **equipo Five**. Un **equipo sanitario** que garantiza el diagnóstico, la planificación y el seguimiento personalizado de los tratamientos.

El **trabajo en equipo** de nuestros profesionales aúna **información, experiencia y habilidad** para ayudar a todos los pacientes. Ponerse en sus manos es **confianza y seguridad**.

ESTÉTICA Y BELLEZA

FACIAL

- Higiene facial
- Acné
- Manchas
- Couperosis
- Pieles maduras

CORPORAL

- Pacientes oncológicos
- Tratamientos corporales:
  - Reductores
  - Relajantes

OTROS

- Manicura y pedicura: Normal/ Permanente
- Diseño de cejas
- Micropigmentación

MEDICINA Y CIRUGÍA ESTÉTICA

FACIAL

- Toxina botulínica
- Ácido hialurónico
- Blefaroplastia
- Rinomodelación
- Lifting facial
- Lóbulos rasgados
- Otoplastia

CORPORAL

- Lunares
- Lipoescultura
- Mamoplastia
- Mastopexia
- Abdominoplastia
- Reconstructiva oncológica

TRATAMIENTOS FIVE

- Acné
- Pacientes oncológicos
- Pieles maduras
- Manchas
- Couperosis

Edad: la llevamos, no nos lleva

No existe una edad para empezar a cuidarse, la estética abarca todas las etapas de la vida. **La edad nos define**, reflejada en nuestro rostro y nuestro cuerpo, dice cosas de nosotros y de nuestra experiencia. Pero está en nuestras manos **cómo lucirla**.

Nuestro equipo guiará al paciente para **aplicar los tratamientos adecuados en cada etapa**, acompañando el paso del tiempo. Los tratamientos Five apuestan por una visión intergeneracional, que abarcan desde la adolescencia, con la eliminación del acné; a la prevención en etapas tempranas a partir de los 30 años; hasta el cuidado de las pieles maduras.

Alcanzar el éxito en todo tratamiento de estética depende de saber usarlo en su **justa medida**, en su **justo momento** y, sobre todo, en su **justo lugar**. Cada edad necesita de sus cuidados específicos. En Five **te guiamos y acompañamos durante toda tu vida**.

Hombre y mujer

Hoy en día nos cuidamos. Hombres y mujeres apostamos por **mantener una imagen** que refleje quiénes somos y que nos permita adecuarnos a nuestro ámbito laboral, no solo al personal.

La estética ha dejado de ser un campo exclusivo de la mujer para **acercarse también al hombre**. Five apuesta por la atención personalizada tanto para hombre como mujer, aplicando técnicas y productos adaptados a las peculiaridades de cada uno.

El futuro es Five

La **investigación, la tecnología** y el **desarrollo de los productos** guiarán el **futuro** de la medicina estética. En Five **ponemos en valor las manos** de quien los aplica. La **suma de la ciencia y el arte** que implica esta especialidad, combinada con la **experiencia y la habilidad** conseguidas tras años de trabajo, son la **esencia de Five**.

FIVE
ESTÉTICA Y MEDICINA

C/ MADRES DE LA PLAZA DE MAYO, 16
31013 ARTICA, PAMPLONA (NAVARRA)
T. 948 38 44 22 / 948 38 44 33
INFO@FIVEESTETICA.COM
WWW.FIVEESTETICA.COM

FIVE

FIVE cuenta con un equipo profesional y experto en medicina y cirugía estética, así como con una esteticista de referencia en el sector.

UN ESPACIO
DEDICADO A LA SALUD
Y A LA BELLEZA

1, 2, 3, 4, FIVE

Reflujo faringolaringeo

Diego Fernando Regalado Bermeo. *MIR ORL en CHN*
Patricia Regalado Martín. *MIR ORL en CHN*
Ignacio Arruti González. *Jefe de Sección ORL en CHN*

Es el movimiento retrogrado de ácido y enzimas digestivas (productos corrosivos) provenientes del tracto digestivo hacia las estructuras de la faringolaringe.

Síntomas

La clínica típica de esta patología es inespecífica, sin embargo, hay una serie de síntomas muy frecuentemente asociados a la entidad que incluyen:

- Sensación de globo faríngeo 47%.
- Sensación de cuerpo extraño faríngeo 47%.
- Disfonía leve 71%.
- Ronquera 71%.
- Necesidad de carraspeo frecuente no productivo 42%.
- Tos seca crónica 51%.
- Disfagia leve 35%.

Otros síntomas que se han visto relacionados con la presencia de ácido en la laringe son: la sensación de obstrucción nasal, la presencia de nódulos en las cuerdas vocales, el edema de Reinke y la poliposis laríngea.

Incidencia

Aproximadamente el 75% de los pacientes que padecen esta patología no es consciente de la acidez. Igualmente hay falta de correlación directa entre los hallazgos de la exploración clínica con la presencia de síntomas, ciertos estudios detallan que alrededor de 85% de adultos sanos tienen hallazgos compatibles con reflujo faringolaringeo y una media de 30% de adultos sanos estudiados con pH metría esofágica también tienen reflujo, aunque no clínica.

¿Cómo se produce?

La afectación de la mucosa de la faringolaringe por el reflujo ácido o no, se produce por dos vías, directa e indirecta. El mecanismo directo corresponde a la irritación de la mucosa faringolaringea por acción corrosiva de los productos ácidos o básicos refluidos. La vía indirecta parece relacionada con mecanismos locales compensatorios secundarios a irritación de estructuras vecinas como el esófago. Independientemente del mecanismo lo que queda claro es que la deficiencia del tono de los esfínteres esofágicos tanto superior como inferior así como el aumento y la magnitud de la presión intraabdominal son factores claves en el desarrollo de esta entidad.

Aún permanece incierto el saber si la presencia de infección por Helicobacter Pylori juega un rol importante en el desarrollo de reflujo faringolaringeo.

¿Es igual tener Reflujo gastroesofágico que tener Reflujo faringolaringeo?

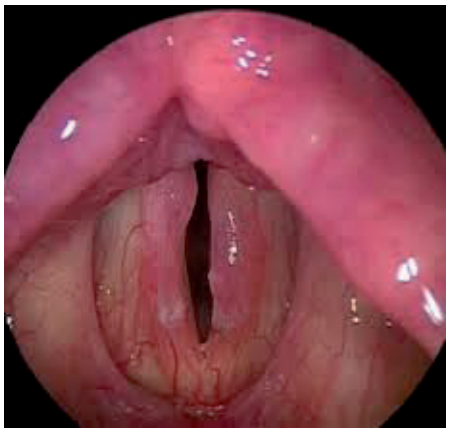
Aunque las dos entidades suenen muy parecidas se sabe que son claramente diferenciables la una de la otra como entidades independientes.

▶**Diagnostico Diferencial.**

- La condición imprescindible para la identificación de reflujo gastroesofágico es la presencia de Pirosis retroesternal, un fenómeno únicamente apreciable en aproximadamente el 40% de la población con reflujo faringolaringeo.
- En biopsias esofágicas la mayoría de los pacientes con reflujo gastroesofágico tiene signos de esofagitis mientras que solo es apreciable en 25% de quienes tienen reflujo faringolaringeo.
- En el reflujo gastroesofágico la patología se origina principalmente en el esfínter inferior y la clínica aparece primordialmente con el paciente acostado mientras que en el reflujo faringolaringeo la patología principalmente se debe al esfínter superior esofágico por lo que la clínica aparece con el paciente de pie y en actividades de ejercicio.
- Parece haber menos alteración en la movilidad esofágica en el reflujo faringolaringeo que en el gastroesofágico.
- La cantidad de ácido necesaria para producir patología en el reflujo faringolaringeo es menor que la necesaria para generar patología en el reflujo gastroesofágico debido entre otras cosas al tipo de mucosa y la acción de productos digestivos alcalinos.
- Hay que recalcar también que la producción de anhidrasa carbónica encargada de contribuir con la degradación del acido en las mucosas es menor en la laringe que en el esófago.

Patologías que se presentan en los pacientes con reflujo faringolaringeo

▶Rinorrea posterior.
▶Rinitis alérgica.
▶Rinitis no alérgica.
▶Infecciones del aparato respiratorio superior.
▶Hábito de carraspeo.
▶Hábito tabáquico o alcohólico.
▶Abuso vocal.
▶Exposición a cambios bruscos de temperatura.



- Estrés o patología emocional.
- Irritantes medioambientales.
- Neuropatía vagal.

¿Cómo se diagnostica?

Debido a las dificultades en cuanto al diagnóstico de esta entidad (a día de hoy no se dispone de pruebas que sean altamente fiables y fáciles de aplicar), el diagnostico del reflujo faringolaringeo se realiza con la suma de síntomas y signos asociados junto con escalas de valoración y control, asociadas a una adecuada exploración fibrolaringoscópica, incluso asumiendo el riesgo del sobrediagnóstico debido a la falta de especificidad. En casos raros y seleccionados se puede apoyar el diagnostico en la realización de una determinación de pH con sondas faringoesofágicas durante 24 horas.

Cuando las estrategias de aproximación diagnóstica resultan poco fiables, se dispone también de la posibilidad de establecer un diagnostico terapéutico con fármacos inhibidores de la bomba de protones, lo que significa, tratar empíricamente el reflujo y determinar la certeza diagnostica basados en la eficacia de dicha terapéutica.

Tratamiento

La terapéutica del reflujo faringolaringeo radica en dos pilares fundamentales.

1. Las medidas higiénico-dietéticas antirreflujo:

- **Modificaciones dietéticas**.

Evitar el consumo de cafeína, alcohol, chocolate, menta, bebidas gaseosas y alimentos fuertemente ácidos disminuye la irritación directa sobre la mucosa y las cantidades de ácido gástrico que alcanzan la faringe debido a la apertura patológica del esfínter esofágico.

- **Cambios en el estilo de vida**.

Evitar el consumo de tabaco, alimentarse con porciones más pequeñas de comida para disminuir el exceso de presión intraabdominal, evitar el ejercicio intenso hasta dos horas después de comer asi como no beber exceso de agua durante la práctica deportiva. No ingerir alimentos 2-3 horas antes de dormir. Inclinar la cabecera de la cama (poner tacos en las patas del cabecero) para favorecer el efecto de la gravedad sobre los fluidos del esófago.

2. Fármacos.

Dentro de las opciones y procurando personalizar cada caso se puede disponer de esquemas con inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, etc.), bloqueadores H2 (Ranitidina, cimetidina, famotidina, etc.), antiácidos sobre todo los que contengan bicarbonato, magnesio o aluminio. Una vez encontrada mejoría o cuando hayan transcurrido por lo menos 8-16 semanas se puede intentar suprimir progresivamente los fármacos en un periodo no menor a 6 semanas y con vigilancia de las posibles recurrencias.

Es recomendable que los pacientes jóvenes y aquellos que no tengan factores de riesgo sean seguidos y controlados por parte de su médico de atención primaria y se refieran los casos cuando los síntomas sean muy intensos o haya abuso de tabaco, alcohol o se presenten masas cervicales sospechosas de neoplasias.

Cuando el adecuado control sintomático con medidas y fármacos falla se debe pensar en la posibilidad de un error diagnostico y se deben investigar otras causas así como alergias o afectaciones pulmonares.

Enfermedades del viajero

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

Con el verano llega la época del año en la que la mayoría de las personas planean sus ansiadas vacaciones.

Se ha producido un aumento considerable de los desplazamientos internacionales tanto por razones de trabajo como con carácter vacacional.
Ello suele conllevar una serie de patologías que genéricamente se conocen como "enfermedades del viajero"
Con el fin de permanecer en estado saludable durante el viaje, previamente hay que tomar las medidas pertinentes para protegerse antes de irse, lo cual no exime de tomar medidas para prevenir enfermedades mientras se está viajando.
La mayoría de las infecciones contraídas durante un viaje son menores. Sin embargo, en algunas ocasiones, pueden ser graves o incluso mortales.
Las enfermedades varían en diferentes lugares del mundo. Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El clima local.
- Los insectos y parásitos.
- Las condiciones sanitarias .

Las mejores fuentes públicas para obtener información actualizada sobre viajes son:

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) wwwnc.cdc.gov/travel
- Organización Mundial de la Salud (OMS) www.who.int/ith/es
- Asociación española de vacunologia https://www.vacunas.org/vacunas-para-el-viajero/

Antes de viajar

Se recomienda solicitar una cita con su Médico de Atención Primaria de 4 a 6 semanas antes de partir para el viaje, ya que si precisa de vacunas específicas algunas de ellas necesitan tiempo para hacer efecto.
Para obtener una lista completa de los requisitos por países, puede verificarse en las páginas web de los CDC o la OMS.
Existen además centros de vacunación internacional donde se puede solicitar información. En Navarra se encuentra en Plaza de las Merindades s/n Pamplona. T 948 979310

Entre las personas que pueden tener requerimientos de vacunas diferentes se encuentran:

- Los niños.
- Las personas mayores.
- Las personas con sistemas inmunitarios debilitados o VIH.
- Las mujeres embarazadas o lactantes .

Prevención de la malaria

La malaria es una enfermedad grave que se propaga por la picadura de ciertos mosquitos. Ocurre principalmente en climas tropicales y subtropicales. La malaria puede causar fiebres altas, escalofríos con temblores, síntomas seudogripales y anemia.
Si viaja a una región donde la malaria es común, es recomendable tomar medicamentos que prevengan la enfermedad. Estos medicamentos se toman antes de partir, durante el viaje y por un período corto después de regresar.
En las áreas con sensibilidad a cloroquina, este va a ser el fármaco de elección y, en las que haya resistencia, existen 3 fármacos recomendados tanto por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 'Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades') como por la OMS: atovaquona/proguanil, doxiciclina y mefloquina.

Virus del zika (www.cdc.gov/zika)

El Zika es un virus que se transmite a los humanos a través de la picadura de un mosquito infectado. Los síntomas incluyen fiebre, dolor en las articulaciones, erupción cutánea y ojos rojos (conjuntivitis). Los mosquitos que diseminan el Zika son del mismo tipo que los que diseminan los virus del dengue y la chikungunya. Estos mosquitos generalmente se alimentan durante el día.
No existe ninguna vacuna para prevenir el Zika. Por ello, la prevención se basa únicamente en las medidas de prevención contra las picaduras de insectos.

Prevención de las picaduras de insectos

- Se recomienda utilizar ropa de manga larga y pantalón largo de colores claros.
- En las zonas corporales expuestas utilizar repelentes de insectos que contengan DEET o picardina.

- Procurar no usar perfumes.
- Las habitaciones han de estar debidamente protegidas con mosquiteras en puertas y ventanas, también alrededor de las camas fijándolas debajo del colchón.

Seguridad de los alimentos y el agua

Se puede contraer algunos tipos de infecciones al comer o beber agua o alimentos contaminados. Los alimentos mal cocidos o crudos ofrecen un alto riesgo de infección.
Se deben evitar los siguientes alimentos:

- Alimentos cocidos que se han dejado enfriar (como los de las ventas callejeras).
- Frutas que no han sido lavadas con agua limpia y luego peladas.
- Verduras crudas.
- Ensaladas.
- Productos lácteos sin pasteurizar como la leche o el queso.

Tomar agua que no ha sido tratada o que esté contaminada puede llevar a infección. Solo se deben beber los siguientes líquidos:

- Bebidas enlatadas o embotelladas sin abrir (agua, zumo, agua mineral carbonatada, gaseosas).
- Bebidas preparadas con agua hervida, como el té y el café .

No se debe emplear tampoco hielo en las bebidas, a menos que sea elaborado con agua purificada. El agua se puede purificar hirviéndola o tratándola con ciertos equipos químicos o filtros de agua.

Otras medidas para prevenir enfermedades infecciosas

- Límpiese con frecuencia las manos.
- Use jabón y agua o un limpiador a base de alcohol para ayudar a prevenir una infección.
- Evite bañarse y nadar en ríos, arroyos o lagos de agua dulce que contengan aguas estancas, residuales o excrementos de animales.
- Por lo general, nadar en piscinas tratadas con cloro es seguro.

Síndrome de la clase turista

El síndrome de la clase turista o trombosis de viajero es un término que se acuñó en los años 90 debido al aumento de síntomas de trombosis venosa en los pasajeros que viajaban con frecuencia en avión, realizando viajes de larga duración y contratando clase turista. Posteriormente, se ha comprobado que no solo los viajeros de la clase turista pueden sufrirlo, sino también de otras clases, solo tiene que coincidir que el individuo esté durante mucho tiempo sin mover las piernas, lo que ralentiza la circulación de la sangre, y que tenga probabilidad de sufrir esta enfermedad Para evitar problemas circulatorios conviene tomar precauciones especialmente si son viajes de larga duración.

- Evitar la inmovilidad prolongada durante el viaje, levantarse y andar cada 2 horas.
- Intentar estirar las piernas en el asiento, evitando mantenerlas cruzadas y realizar algún ejercicio preventivo.
- Mantenerse hidratado.

En personas con riesgo elevado, conviene consultar con su médico, ya que sería útil el uso de Heparina profiláctica y uso de medias de compresión.

Después del viaje

Cuando finalicemos nuestro viaje y de vuelta a nuestro país de origen, ante cualquier problema de salud que nos acontezca deberemos acudir a nuestro medico e informar sobre el país que se ha visitado, sobre todo si se trata de una zona tropical o un país en vías de desarrollo
Existen enfermedades tropicales que se manifiestan con el tiempo, tras haber realizado el viaje, y no debemos dejar de tenerlas en cuenta.

¡Mi madre se ha roto la cadera!

Raquel Osés Narváiz. *Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería. CHN*
María Fe López Gastón. *Diplomada Universitaria de Enfermería. CHN.*
Marian Autor López. *Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería. CHN*

Esta frase o bien la hemos dicho o bien la hemos escuchado alguna vez. Pero ¿Qué pasa cuando alguien se rompe la cadera?

Llamamos cadera a un extremo del hueso más largo de nuestro cuerpo (el fémur) en la parte en que este se une a la pelvis, en esa unión tiene forma redonda (por eso llamamos la cabeza del fémur) para que podamos flexionar las piernas y por ejemplo nos permite agacharnos y subir y bajar escaleras.

¿Pero por qué se rompe la cadera?

Las causas son múltiples, por ejemplo por un traumatismo (un fuerte golpe) bien en un accidente, bien tras una caída, o por una enfermedad por ejemplo un tumor o la osteoporosis (una madera agujerada por la carcoma se rompe más fácil que si la madera está sana).

¿Y qué pasa una vez rota la cadera?

En general la mayoría llegan al hospital en ambulancia pues la fractura de cadera nos impide levantarnos y el intento de mover esa pierna nos produce gran dolor. Allí el personal nos atenderá, nos identificarán con una pulsera se nos realizarán una o varias radiografías (para ver dónde se ha roto). Nos sacarán sangre porque en la mayoría de los casos hay que pasar por quirófano para reparar esa cadera. Tras las pruebas llegará el traumatólogo que nos dará el resultado (o diagnóstico). Por lo general el tratamiento implica ingresar en el hospital y pasar por quirófano. Según el tipo de fractura en el quirófano nos pondrán una prótesis o un clavo o una placa para reparar nuestra cadera.

Han ingresado a mi madre en la planta de traumatología

Tras el ingreso en una planta de hospitalización, es probable que nos coloquen una tracción en la pierna fracturada (rota) para evitar o aliviar el dolor. Si habitualmente tomamos medicación el personal que le atenderá nos lo dará (por lo que no debemos tomar ningún medicamento por nuestra cuenta sin decirlo antes al enfermero o enfermera responsable).
El día que tengamos que ir a quirófano nos indicarán que debemos estar en ayunas, es decir, hasta ese momento no podremos beber ni comer nada para que nos puedan anestesiar.
Durante la intervención, la familia o acompañantes esperarán en la habitación, porque tras la intervención el traumatólogo subirá a la planta a informarles o bien les llamará por teléfono y les indicará dónde tienen que ir para recibir la información.

¡Ya le han operado de la cadera!

Loa primeros momentos es probable que esté con ganas de dormir y también es probable que tenga uno o más drenajes (un envase plástico donde se colecciona la sangre para que salga y no quede dentro produciendo inflamación o infección). También es probable que lleve sonda vesical (para la orina) y aunque hay veces que tendrá ganas de orinar, es normal, y la orina va saliendo por el tubo de la sonda.

¿Y después de pasar por el quirófano?

En general deberemos seguir en ayunas (sin comer ni beber nada) hasta 6 horas después de salir de quirófano. Después nos indicarán que empecemos a beber algo y si no hay complicaciones nos llevarán la dieta habitual.
En general si el médico lo indica al día siguiente a la tarde nos levantarán al sillón.
En los días siguientes el médico rehabilitador diseñará el programa de ejercicios para nuestra recuperación. Es importante nuestra colaboración así como la de nuestros familiares para realizar los ejercicios y en la frecuencia indicada.
Con los días nos llevarán a rehabilitación y para ello necesitaremos una bata y zapatillas con talón cerrado (el personal nos pondrá un pantalón antes de bajar a rehabilitación).
El servicio de rehabilitación no funciona el fin de semana por lo que es importante que sigamos haciendo los ejercicios indicados. Si nos indican que caminemos con un andador o muletas lo haremos siempre acompañados.
También es probable que nos visite la trabajadora social del centro para preparar todo para el momento del alta.
Por otra parte y para evitar una trombosis la enfermera o enfermero nos pondrá una inyección de heparina en la tripa y probablemente tras el alta nos tendremos que seguir poniéndonos unos días más, pero eso ya nos dirá el médico cuando nos informe del alta.

Nos vamos a casa

El médico nos da el informe de alta, en algunos casos, sobre todo, si se trata de personas mayores, nos darán un informe por parte de medicina interna y otro por parte de traumatología con las instrucciones a seguir según el tipo de cirugía, así como la fecha de revisión, (si en ese momento no podemos viajar en coche nuestro médico del centro de salud solicitará una ambulancia).Por eso el día del alta debemos comentárselo a nuestro médico.

Esguinces de tobillo

Carlos Sanz García, Jon Martí Ayerdi, Íñigo Martiarena Aguirreche y Esther Rodríguez García
MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Complejo Hospitalario de Navarra

El esguince de tobillo es la lesión más frecuente de la extremidad inferior que se atiende en el servicio de Urgencias y Atención Primaria.

La articulación del tobillo está formada por la tibia, peroné y astrágalo. Estos huesos se encuentran unidos por ciertos ligamentos. En la parte externa del tobillo podemos encontrar el **ligamento lateral externo** conformado por 3 fascículos (ligamento peroneoastragalino anterior, ligamento peroneoastragalino posterior y ligamento peroneocalcaneo). En la parte interna del tobillo encontramos el **ligamento lateral interno** conformado por dos fascículos (profundo y superficial o ligamento deltoideo). El ligamento que se afecta con mayor frecuencia es el ligamento peroneoastragalino anterior.

Torsión brusca del tobillo

Tradicionalmente los esguinces se clasifican en grados según la severidad:

- **Grado I:** mínima distensión, con inflamación y ligera impotencia funcional.
- **Grado II:** rotura parcial, moderada impotencia funcional.
- **Grado III:** rotura completa, gran inflamación y dolor. No pueden apoyar.

Generalmente el mecanismo de lesión es una torsión brusca del tobillo. El mecanismo lesional es indirecto produciéndose una inversión o eversión forzada del tobillo cuando se camina o se corre por una superficie irregular provocando la distensión de los tejidos. La combinación más frecuente es la inversión que combina la supinación y flexión plantar del tobillo es decir, cuando la planta del pie afectado mira hacia el otro pie.

Síntoma diagnóstico y tratamiento

Algunos factores predisponentes para sufrir esguinces de tobillo son: musculatura débil de la pierna por falta de uso o afectación nerviosa, esguinces previos que provoquen mayor laxitud de los ligamentos, obesidad y el uso de tacones.

La gran mayoría de esguinces son de grado leve, cuyo pronóstico, por lo general, es bueno. La mayoría de personas pueden apoyar y caminar desde el principio si la afectación de los ligamentos es leve.

Los signos y síntomas que acompañan al esguince son dolor, inflamación, impotencia funcional y hematoma.

Para diagnosticar un esguince es necesario una correcta anamnesis y una exploración física cuidadosa. No es necesario realizar radiografías del tobillo salvo imposibilidad para apoyar y dar 4 pasos, edad >55 años o dolor a la palpación de prominencias óseas. En ocasiones la afectación del ligamento deltoideo motiva una fractura asociada de la cabeza del peroné por lo que es necesario descartar de rutina esta patología.

Si la persona que ha sufrido el esguince es capaz de ponerse de puntillas o permanecer apoyado sobre la extremidad afectada se considera que la lesión es de buen pronóstico.

El papel de la resonancia magnética radica en el diagnóstico de patología osteocondral asociada, dolor crónico, inestabilidad, afectación severa de los ligamentos o sospecha de afectación de la sindesmosis.

El tratamiento de entrada por lo general es conservador con una recuperación rápida. Las medidas terapéuticas se resumen con el acrónimo **POLICE**:

P: protección
OL: óptima carga(lo que el dolor permita)
I: ice o hielo
C: compresión, consisten en inmovilización con vendaje o férula de yeso en casos de gran dolor.
E: elevación.

Puede ser necesario el empleo de muletas pero en cuanto se consiga la carga completa se deben abandonar. Tras el período inicial de inmovilización se procede con ejercicios de fortalecimiento de tobillo y movilización.

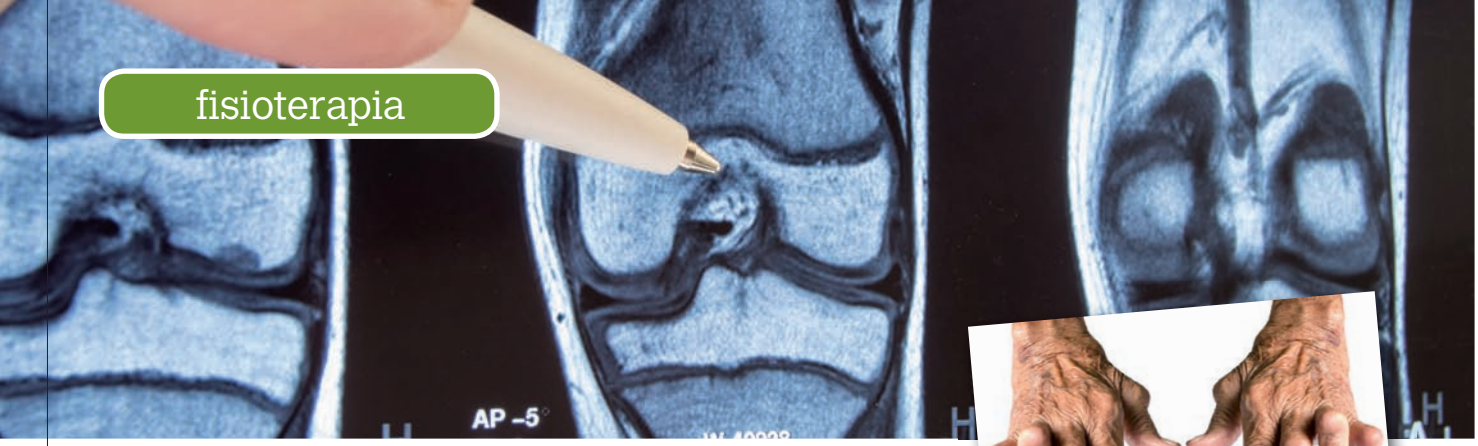
La tendencia actual en el manejo de los esguinces de tobillo es la carga precoz con un período mínimo de inmovilización.

Cabe destacar que un pequeño porcentaje de pacientes asocia una lesión del cartílago de la articulación.

La cirugía de entrada no se considera ventajosa y se reserva para pacientes con inestabilidad crónica que no mejoran con tratamiento rehabilitador.

Sexo, poder, religión y política.
Autor: José Luis García
Editado en AMAZON en 2019
Precio en tapa blanda 12,48 €, en versión kindle 4,99 €

En sus cerca de 400 páginas, habla de las conexiones entre el poder y el sexo y se plantea desde una visión crítica contra el poder político y religioso. Se abordan temas como la erótica del poder, el uso del poder contra iniciativas de esta naturaleza y el mal uso del mismo en las agresiones sexuales...



Artritis vs artrosis

Amaia Valencia Redín,
Anais Navarro Alonso
y Sara Bermejo Sandín
Fisioterapeutas
Complejo Hospitalario de Navarra

A menudo los pacientes llegan a rehabilitación comentando que padecen artrosis o artritis sin llegar a diferenciarlos y pensando que es lo mismo una enfermedad que otra. Y aunque ambas tienen alguna característica y síntomas similares, son dos patologías diferentes. Por lo tanto conviene saber la diferencia de ambas para poder tratarlas correctamente. Primero definiré ambas para luego compararlas y aconsejar hacia el mejor tratamiento desde el punto de vista de la fisioterapia.

Artritis: enfermedad sistémica que afecta preferentemente a las articulaciones, produciendo una inflamación sinovial crónica que puede dar lugar a destrucción articular y a otros tejidos extraarticulares. Presentándose en brotes de dolor e inflamación provocando limitación funcional y disminución de la autonomía.

Artrosis: proceso degenerativo de las articulaciones móviles que se caracteriza por el deterioro del cartílago articular, que puede llegar a desaparecer en fases avanzadas, y por la proliferación del tejido óseo nuevo en las áreas subcondrales y en los márgenes de la articulación (osteofitos). En fases avanzadas, cuando hay mucho deterioro de cartílago y/o incluso desaparición del mismo la vía de abordaje suele ser quirúrgica y suele basarse en la colocación de una prótesis (las más conocidas por todos son la de cadera y rodilla).
(Ver tabla arriba)

	ARTRITIS	ARTROSIS
DOLOR	Dolor constante, empeora con el reposo	Aumenta con el movimiento y mejora en reposo
SIMETRIA	Suele haber afectación bilateral y simétrica	Generalmente no
RIGIDEZ	Matutina, duración variable, incluso de horas	Matutina con una duración de 15-30 min. aproximadamente
DEFORMIDAD	Sí, debido a la inflamación persistente que afecta a hueso, ligamentos y tendones	Sí, debido a la destrucción del hueso y la alteración de las estructuras colindantes
AUTOINMUNE	**Sí es autoinmune**	**No es autoinmune**
EDAD	A cualquier edad, incluso en la niñez. Más común entre los 20-40 años	Asociada al envejecimiento. Más común después de los 40
SÍNTOMAS	Inflamación articular, casi siempre presente, dolor y pérdida de movilidad.	Rigidez, dolor y chasquidos
AFECTACIÓN	Ataca a la membrana sinovial	Ataca al cartílago
ZONAS MÁS AFECTADAS	Muñecas, manos, pies, hombros, codos, caderas, rodillas y cervicales	Columna vertebral, caderas, rodillas, dedos de las manos y primer dedo del pie

¿Cómo podemos mejorar con la fisioterapia?

En el caso de la artritis

- Reposo a veces acompañado de órtesis (férulas) para evitar deformidades (en las fases de brote inflamatorio)
- Fisioterapia respiratoria.
- Crioterapia (hielo), electroterapia antálgica, masaje descontracturante.
- Parafina (no en la fase inflamatoria) Generalmente la usamos previo al tratamiento manual.
- Movilizaciones pasivas suaves (por parte de un fisioterapeuta) para mantener la movilidad.
- Contracciones isométricas suaves, para mantener el tono muscular.
- Higiene postural (educación del paciente hacia un buen control postural, medidas de ahorro articular, etc).

En el caso de la artrosis

- Termoterapia por conducción, calor local o de alta frecuencia. (Microondas, onda corta y/o ultrasonidos)
- Masaje descontracturante, para relajar la musculatura de la articulación afectada.

- Ejercicio activo, preferiblemente sin carga (piscina, bicicleta).
- Evitar los movimientos que producen dolor, pero no inmovilizar la articulación.
- Educación postural orientada a supuesto de trabajo y a las actividades de suvida diaria, para intenta continuar con una vida activa sin empeorar la sintomatología.
- Controlar obesidad, evitar marchas prolongadas y subir y bajar escaleras.

En este caso, además, es muy importante tomar medidas preventivas por parte del paciente como son una alimentación equilibrada, realizar ejercicio físico de forma moderada (paseos en terreno llano y no muy largos, piscina, etc) y evitar los deportes de contacto (como el correr, fútbol, etc).

En ambos casos cabe puntualizar que son tratamientos cuyo objetivo es aliviar los síntomas y proporcionarle al paciente una mayor autonomía y confort y retrasar, en la medida de lo posible, el avance de la enfermedad y/o el paso por el quirófano. En ningún caso es un tratamiento dirigido a curar la patología ya que son enfermedades crónicas.
Son tratamientos que suelen ir acompañados de tratamiento farmacológico (AINES, analgésicos, DMARD etc.)y siempre bajo supervisión médica.
En fases avanzadas de ambas enfermedades o cuando causan una impotencia funcional muy grave el tratamiento suele ser quirúrgico.

Cómo superar el miedo al parto

Silvia Goldáraz Busto. Enfermera obstétrico ginecológica. Nº Colegiada 26/4381

Se acerca el momento del parto y comienzan a nacer sentimientos como el miedo, la incertidumbre o el nerviosismo. Asaltan multitud de dudas y temores. Todo ello sobre un único deseo en común: que todo salga bien.

Estas emociones se dan más frecuentemente en primíparas. Entre los orígenes de dichos miedos están la tendencia a pensamientos negativos, el haber escuchado historias de experiencias negativas (muchas veces duras y traumáticas) de otras mujeres o la falta de conocimiento e información acerca del proceso de parto.

¿Cómo afecta el miedo al parto?

El miedo durante el parto está asociado con un mayor dolor durante el proceso, una prolongación del primer y segundo período del parto (dilatación y expulsivo) y un mayor sentimiento de insatisfacción. No sólo el miedo, sino la ansiedad y el estrés durante el parto aumentan el nivel de adrenalina y en consecuencia, disminuyen las contracciones uterinas.

Las mujeres que tienen más miedo recurren más a la anestesia epidural. Y se ha demostrado que está también implicado en el 7-22% de las cesáreas electivas por parte de la madre, sin justificación médica.

¿Cuáles son los temores más frecuentes?

- **Miedo a un parto largo:** "¿Cuánto dura?" Es la pregunta que todas se hacen y algo que puede perturbar durante las semanas previas. Es imposible de determinarlo, aunque la media de la fase de dilatación activa es de 8 horas en primíparas y 5 horas en multíparas.
- **Miedo a una cesárea:** La mayoría de mujeres optaría por la vía natural, por los riesgos que supone cualquier procedimiento quirúrgico. La posibilidad de acabar en una cesárea puede ir en contra de las expectativas que tiene de cara al parto y, obviamente, supone un añadido más en su nivel de estrés.
- **Miedo al dolor en el parto:** El miedo al sufrimiento, a no saber si se será capaz de soportar el dolor, a perder el control o a morir, son los miedos más fuertes y frecuentes que experimenta la mujer ante un parto. El dolor y el miedo pueden provocar tensión y bloqueo muscular, indefensión y pérdida de autoestima, afectando a la óptima evolución del proceso del parto.
- **Miedo a que el bebé no esté bien:** Es algo que preocupa más a primíparas. A pesar de ser una situación excepcional, el miedo a que surjan complicaciones durante el nacimiento es uno de los más recurrentes.
- **Miedo al postparto:** A las posibles consecuencias y complicaciones (por ejemplo, a una hemorragia postparto), a una recuperación lenta, al cansancio, a no ser capaz de poder atender al bebé como le gustaría...etc.

¿Cómo vencer el miedo al parto?

- "Información, pero de la buena": La primera arma que puede tener una mujer para vencer su miedo, es conocer a fondo el proceso de parto en toda su dimensión. Saber qué es lo que va a suceder en cada etapa. Que sienta que tiene el control sobre sí misma y, además, que pueda contar con el apoyo total de su matrona, quien va a guiar, asesorar y resolver todas las dudas que se planteen. Por ello, las clases de preparación al parto son claves.
- "No me cuentes tu parto malo": Tan importante como recurrir a una información de calidad es protegerse de las historias sobre malos partos de otras mujeres. La mayoría de partos se desarrollan sin ningún tipo de complicación, por lo que resulta vital mantener un buen control de pensamientos negativos.
- "De verdad, ¿duele tanto?": Es fundamental no asociar dolor con sufrimiento. Las contracciones duelen, pero es un dolor que viene y va. Lo importante es saber y comprender para qué sirve ese dolor y de qué manera se afrontará. Además, gracias al torrente de endorfinas con poder analgésico que se desencadena en ese momento, se puede llegar a desconectar del mundo exterior y rendirse a la experiencia. Contar, también, que hay métodos no farmacológicos para poder gestionarlo y farmacológicos, como es la epidural.
- "Preparar cuerpo y mente": Es importante aprender a relajarse, mediante la práctica de yoga prenatal, ejercicio físico u otras actividades que ayuden a controlar la respiración.
- "Quiero que me respeten": En los últimos años se ha avanzado mucho en el parto respetado. Asimismo, la redacción de un "plan de parto" en el cual la mujer exprese sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas, puede ser un elemento crucial para disminuir el umbral del miedo al parto.
- "Ser positiva y confiar en el equipo sanitario": Conocer físicamente el lugar donde se va a dar a luz, los protocolos con los que se trabaja... puede ayudar a sentirse tranquila y aumentar la confianza.

Detección del riesgo de caídas

Ariñe Goñi Torrea. *DUE Complejo Hospitalario de Navarra*
Elena González Esain. *DUE y Fisioterapeuta. Centro de Salud Rochapea*
Marta Bona Otal. *Médico de Familia. Centro de Salud II Ensanche*
Paula Ayestarán Yubero. *DUE. Complejo Hospitalario de Navarra*

La caída tal como la define la Organización Mundial de la Salud, es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita a la persona al suelo en contra de su voluntad.

Las caídas son un verdadero problema sanitario en la comunidad, que supone todo un síndrome en el paciente anciano. Detectar personas con déficit de equilibrio dinámico ayudará a un correcto abordaje del riesgo, individualizando en cada caso la mejor opción terapéutica, desde un trabajo activo por parte de la persona hasta la indicación de necesidad de ayuda externa para la marcha.

Se han desarrollado distintas herramientas para valorar el riesgo de caídas, que son el resultado de la conjunción de múltiples causas: factores intrínsecos (hipertensión arterial y uso de hipotensores, alteraciones visuales, artrosis...) y extrínsecos (mobiliario en mal estado, suelos desnivelados o irregulares e iluminación deficiente, ente otros). La estandarización en la atención es la clave para un diagnóstico a tiempo, que evite que se produzcan. En este caso no hay evidencia sobre qué test es más adecuado para el cribado, pero cualquiera de ellos es una herramienta validada en nuestro país.

A continuación se exponen tres de las más utilizadas.

1. Test de Tinetti para el equilibrio:

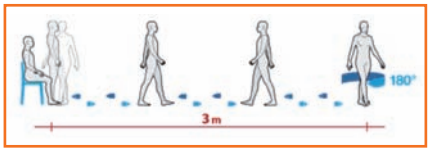
Se considera positivo si existe 3 o más anomalías en las tareas que representa el equilibrio. (Ver tabla CALIFICACIÓN)

2. Test Timed up and go cronometrado:

Se le pide al paciente que se levante de la silla sin ayuda y camine 3 metros, lo más rápido que pueda, gire después y vuelva a sentarse, cronometrando el examinador el tiempo que utiliza el sujeto.

CALIFICACIÓN

1. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
No vacila	1
2. Longitud y altura del paso	
a) Movimiento del pie derecho	
No sobrepasa al pie izquierdo	0
Sobrepasa al pie izquierdo	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie derecho se separa completamente del suelo	1
b) Movimiento del pie izquierdo	
No sobrepasa al pie derecho	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1
3. Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual	0
La longitud de los pasos parece igual	1
4. Fluidez del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
5. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
6. Tronco	
Balanceo marcado o usa ayudas	0
No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas	2
7. Postura al caminar	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1



Se considera que la persona tiene riesgo de caerse si tarda más de 10 segundos en recorrer la distancia y volver a sentarse.

3. Índice Dowton:

Se tienen en cuenta varios ítems respecto a la situación clínica y estado previo del sujeto a estudio. Se considera alto riesgo de caídas si obtuviera 3 o más puntos.

(Ver tabla Escala de Riesgo de Caídas)

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H. DOWNTON 1993)
RIESGO DE CAÍDA >2 PUNTOS

Caídas previas	No	0
	Si	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Doctor, se me "engancha" el dedo

Carlos Sanz García, Jon Marti Ayerdi, Diego Latasa Abancens y Francisco Javier Margallo Remón
MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología
Complejo Hospitalario de Navarra

Los tendones flexores circulan en contacto con los huesos de los dedos y para que puedan desempeñar su función correctamente necesitan la existencia de unas poleas que mantengan este contacto.

En ocasiones una vaina que recubre los tendones se inflama por fricción con la polea impidiendo su paso normal. Existen 8 poleas en cada dedo, en este caso la polea afectada es la A1. Esta patología es más frecuente en mujeres y se relaciona con patologías sistémicas como la artritis reumatoide, diabetes mellitus y gota. Los dedos más afectaos son el pulgar y el índice.

¿Cómo se presenta?

El dolor suele ser el primer síntoma en aparecer. El paciente notará dolor en la base del dedo afectado y podrá palparse un bulto en la zona del dolor que corresponderá con el engrosamiento del tendón previo al pase por la polea. En fases precoces el paciente notará dolor y sensación de engatillamiento del tendón a su paso por la polea, que puede ser vencido de forma activa por el mismo dedo o con ayuda de la otra mano. En fases más avanzadas el engatillamiento puede no ser reversible ayudándose con la otra mano y no es posible conseguir una extensión completa.

¿Cómo se diagnostica?

La historia clínica y la exploración física en consulta suelen ser suficientes para detectar esta patología. El dolor en la zona descrita, la palpación de un bulto y el engatillamiento suelen ser suficientes para el diagnóstico. Por lo general no son necesarias pruebas complementarias.

¿Cómo se trata?

De entrada, si la clínica es incipiente puede bastar con reposo y antiinflamatorios por vía oral. Si por el contario la clínica se mantiene a pesar de estas medidas se puede intentar solucionar el problema con infiltraciones de corticoides en la vaina del tendón afectado. Hasta un 70% de pacientes mejoran con 1 ó 2 infiltraciones.

Si las infiltraciones no son efectivas es necesario plantear la apertura de la polea en quirófano con una incisión de pequeño tamaño consiguiendo la liberación del tendón a su paso por la polea. Este tipo de cirugía frecuentemente es de carácter ambulatorio. La cirugía acaba siendo el tratamiento definitivo en pacientes con una larga evolución o con diabetes mellitus.
La mayor parte de los pacientes puede flexionar y extender con libertad el dedo tras la cirugía y la recuperación total suele demorarse unas pocas semanas más.

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.

Profilaxis antibiótica en el paciente quirúrgico

Marta Aguado Sevilla. FEA Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra
Guillermo Napal Ongay. FEA Anestesiología y Reanimación. Hospital García Orcoyen. Estella
Rubén Goñi Robledo. FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra

Una de las principales causas de morbimortalidad hospitalaria es la infección nosocomial postquirúrgica. Por ello está aceptado el uso adecuado de antibióticos en la profilaxis quirúrgica y disminuye de forma significativa infecciones, especialmente de la herida quirúrgica.

Además de los beneficios debemos considerar los riesgos inherentes por el uso de antimicrobianos como pueden ser las reacciones tóxicas y alérgicas, la aparición de bacterias multirresistentes... Aparte de incrementar el gasto hospitalario y de crear una falsa sensación de seguridad en la práctica quirúrgica.

Debemos tener en cuenta que en ningún caso la profilaxis antibiótica sustituye la calidad del acto operatorio ni permite que nos relajemos en las técnicas de asepsia y una estricta disciplina.

Finalidad y administración de la profilaxis antibiótica

Por la tanto, la finalidad de la profilaxis antibiótica es mantener una concentración sérica elevada; consecuentemente, se debe administrar durante el periodo preoperatorio. El momento más adecuado es el preoperatorio inmediato, media hora antes de la incisión inicial, que suele coincidir con el periodo de la inducción anestésica. La vía de elección para la administración es la intravenosa.

A veces una sola dosis de antibiótico en el preoperatorio inmediato suele ser suficiente. El antimicrobiano debe cubrir el periodo perioperatorio y en un tiempo que no debería ser superior las 4 horas postoperatorias, es el tiempo considerado crítico a efectos de la infección de la herida quirúrgica.

Existen excepciones en las que se debe administrar una segunda dosis (mientras dure la intervención) a intervalos de dos veces la vida media del antibiótico empleado, por ejemplo esto ocurre en: intervenciones largas, pérdidas masivas de sangre (más de un litro) y retraso en la intervención.

En la mayoría de los casos en los que está indicada la profilaxis antibiótica, existe un consenso para el uso de una cefalosporina de primera o de segunda generación. En la cirugía de colon o ginecológica sería aconsejable elegir una cefalosporina con actividad anaeróbica o la asociación con Amoxicilina-Clavulánico. En el supuesto caso de alergia a betalactámicos o antecedentes de infección o colonización por Staphylococcus aureus resistente a meticilina, deberíamos utilizar teicoplanina o vancomicina. Por otro lado en el caso de que estemos ante una cirugía contaminada o potencialmente contaminada se puede considerar la asociación con clindamicina.

Para finalizar, algo que nunca debemos olvidar en quirófano, es comprobar, que los enfermos que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, han recibido su dosis de profilaxis antibiótica correspondiente.

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

Transferencias en el paciente con ictus

Miriam Cabiedas, Blanca Moreno y Mirian Arellano
Fisioterapeutas. Complejo Hospitalario de Navarra

Cuando el paciente con ictus vuelve a casa tras su alta en el hospital, debe implicarse más en la realización de la actividades diarias. Es muy importante que el cuidador no sobreproteja al paciente y que le ayude solo cuando sea necesario. De esta forma estaremos estimulando su autonomía.

Las transferencias implican un cambio de plano y de superficie de apoyo. Las más habituales son:

- Pasar desde sedestación (posición de sentado) a bipedestación (posición de pie).
- Pasar desde bipedestación a sedestación.
- Pasar desde una superficie a otra desde la posición de sentado.

Con este tipo de transferencias el paciente puede pasar de la cama a la silla de ruedas, de la silla de ruedas al retrete, de la silla de ruedas al coche y a la inversa. Este tipo de gestos, realizados de forma segura y sencilla facilitan el trabajo de ayuda para el cuidador y da confianza al paciente. Las superficies deben estar a la misma altura y muy próximas entre sí.

Paso de sedestación a bipedestación

Paciente: debe situarse lo más cerca posible del borde del asiento. Deberá colocar los pies separados a la altura de sus caderas.

Cuidador: colocará un brazo rodeando la espalda, abrazando por detrás del paciente debajo de las axilas hacia la zona escapular. El otro brazo lo colocará en la pierna afecta del paciente para ayudar a extender la pierna o a dar un paso en el caso de que tenga que pivotar. nos agarrará del costado y nunca del cuello. El cuidador se balanceará hacía detrás facilitando la incorporación del paciente. Los pies del cuidador sirven de freno.

Acción: Pedimos al paciente que se incline hacia delante doblando el tronco, echando su peso sobre las rodillas.

Paso de bipedestación a sedestación

Paciente: no puede ver la silla, por lo que sus piernas tienen que contactar con el asiento. Las manos del paciente las colocará en nuestros costados.

Cuidador: Situaremos una mano en la espalda del paciente y la otra en su pelvis. Nuestras rodillas frenan las suyas como protección.

Acción: Pedimos que se deje caer hacia la silla, flexionando sus piernas, doblando su tronco hacia delante. Nosotros acompañamos el movimiento. Si queda mal sentado realizamos una colocación con enderezamiento desde la pelvis. El paciente irá movimiento una cadera y luego la otra, hasta quedar con la espalda lo más recta posible y apoyada en el respaldo de la silla.

De una superficie a otra

Es una combinación de las anteriores transferencias. Primero realizamos el paso de sedestación a bipedestación. Para caminar o girar, ayudamos a que el paciente cambie el peso de un hemicuerpo a otro para desplazarse, hasta que sus piernas contacten por detrás con la superficie (cama, silla, silla de ruedas, retrete o coche) para realizar la maniobra del paso de bipedestación a sedestación.

Paciente: En posición de bipedestación con las manos a ambos lados del costado del cuidador.

Cuidador: Frente al paciente, con una mano en la zona escapular y el otro brazo en la pierna afecta para ayudar a dar el paso.

Acción: Solicitamos que lleve el peso corporal hacia una pierna para que la otra quede liberada y así pueda dar el paso hacia delante. Cuando haya movido la pierna liberada, cargará el peso sobre esa pierna y la otra que quede libre será la que de el paso. Así sucesivamente tantas veces como sea necesario. Si pretendemos girar daremos pasos cortos en círculo hasta que las piernas del paciente contacten con la otra superficie donde se vaya a sentar.

Recomendaciones para el cuidador

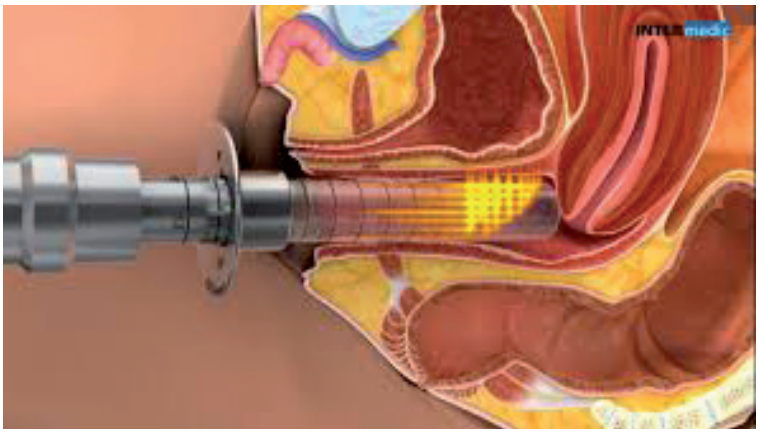
- No realizar movimientos bruscos.
- Colocar al paciente lo más cerca posible de usted para no sobrecargar la espalda.
- No tirar del paciente y siempre hacer contrapeso con su cuerpo.
- Durante los giros mover las piernas al mismo ritmo que las del paciente y no girar la cintura.
- Colocar los pies separados y las rodillas semiflexionadas para aumentar la base de sustentación y el equilibrio.
- Procurar mantener la espalda recta.

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

Cómo entendemos la Ginecología en la actualidad

ing instituto navarro de ginecología

SOLICITA TU CITA
O MÁS INFORMACIÓN
948 22 73 28
C/ LEYRE, 4 BAJO
31002 PAMPLONA



Dr. Toño Lara González. Ginecólogo. Nº Colegiado: 2990
Instituto Navarro de Ginecología. C/ Leyre, 4 bajo. 31002 Pamplona. T 948 22 73 28
Miembro de la Sociedad Española de Ginecología Estética Regenerativa Funcional

Ginecología, significa literalmente ciencia de la mujer, en medicina hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que estudia los procesos fisiológicos y patológicos del sistema reproductor femenino, abarcando en ella una concepción inseparable de mecanismos hormonales endocrinológicos y procesos urológicos entre otros sistemas orgánicos, a lo largo de las distintas etapas de la mujer, desde su adolescencia, si no antes, hasta la época senil.

En la actualidad debemos ser conscientes que variaciones en nuestro entorno sociocultural, ambiental y laboral, han influido de manera notable sobre tres puntos fundamentales en la vida de la mujer:

1. La edad media de la primera gestación es más tardía, debido principalmente a implicaciones socioeconómicas y laborables. Ello lleva consigo una preocupación sobre la importancia del envejecimiento ovárico y las diversas posibilidades que la ciencia nos ofrece en la actualidad para solventarlas.

2. El pronóstico de supervivencia media de las mujeres ha ido in crescendo desde décadas anteriores, situándose por encima de los 85 años, lo cual supone que más de un tercio de su vida, transcurre en época menopáusica, es decir, en ausencia de una hormona fundamental para el funcionamiento orgánico correcto, como es el estrógeno.

3. La incorporación de la mujer al trabajo y como consecuencia sus relaciones sociales y laborables, mínimamente, hasta la edad de la jubilación, obliga en cierto modo a un deseo de mantener su visión de un estado físicocorporal y mental óptimo.

Alargamiento de nuestra vida

Sin lugar a dudas y fuera de estos tres puntos fundamentales, hoy en día el deseo de una imagen corporal satisfactoria, el deseo de envejecer saludablemente, y un nivel de vida con una adecuada actividad física e intelectual, no solo es muy notorio y médicamente necesario, sino que es nuestro deber procurar que este alargamiento de nuestra vida no sea solo en años sino que sean años de calidad de vida óptima. Para ello, es importante tomar conciencia de procurarse un buen envejecer, teniendo en cuenta que el envejecimiento se inicia desde que nacemos acentuándose fisiológica y metabólicamente a partir de los 40 años.

La mujer como un todo funcional y orgánico

La ginecología en estos últimos años ha tomado conciencia de ello, han surgido nuevas sociedades ginecológicas especificas y afines a ellas que dedican su esfuerzo en difundir, facilitar su estudio y protocolizar tratamientos consensuados en estas áreas y etapas de la mujer. Hemos de nombrar Sociedades actuales como AEEM (Sociedad Española para el Estudio de la Menopausia), SEGECI (Sociedad Española de Ginecoestética y Cirugia Íntima), SEGERF (Sociedad Española de Ginecologia Estética Regenerativa y Funcional) o SEMAL (Sociedad Española de Medicina Antienvejecimiento y Longevidad), entre otras.

Ahora es el deber de los profesionales ginecólogos que desean incorporar a sus clínicas esta nueva visión mas completa de la ginecología (la mujer como un todo funcional y orgánico), integrarse en estas sociedades, capacitarse debidamente mediante Máster específicos en cada materia y continuar su puesta al día en los Congresos de las Sociedades específicas que se celebran con periodicidad.
Solo de esta manera de actuar médicamente, podremos proporcionar a la mujer los consejos y tratamientos más oportunos, actuales, mínimamente invasivos, consensuados y con la menor tasa de efectos colaterales no deseables.

Como puntos principales que debemos dar a conocer en nuestras clínicas a nuestras mujeres e intentando muy resumidamente hacer una puesta al día:

1

El papel y lugar que ocupan los tratamientos hormonales en cada etapa de la vida. Sus indicaciones y beneficios indiscutibles, lejos de la creencia de todo el mal que producen. No sólo pueden ser beneficiosos sino que en múltiples ocasiones son necesarios para un correcto funcionamiento orgánico, como es el caso por citar un ejemplo de la menopausia. Hay que conocer el porqué, el cuándo y cuánto tiempo son aconsejables instaurarlos.

2

Dar a conocer, como cada mujer puede conocer su potencial de fertilidad, para poder valorar en cada caso sus posibilidades y establecer un correcto protocolo de actuación vistas al futuro inmediato.

3

Conocer los tratamientos médicos actuales que pueden proporcionar un remodelamiento corporal a la vez que una reafirmación del tejido dérmico.
Hay etapas de la vida como la postgestación, perimenopausia y en ocasiones trastornos funcionales como ovario poliquístico o nutricionales que nos aportan unos centímetros de más debido a la hipertrofia del tejido adiposo y a una disminución del colágeno elástico tipo III.
Mediante procedimientos de actuación e indicación médica se puede lograr reestablecer nuestra sincronía orgánica. Así podemos hablar de una nutrición y ejercicio físico adecuado y necesariamente ayudarnos de lo que nos aporta la tecnología.
Por citar algún ejemplo, hablaríamos de las Ondas de Choque, Ultrasonidos de Alta Intensidad, conocidos como HIFU, ozonoterapia y/o carboxiterapia entre otras técnicas, con sus debidos protocolos de actuación.

4

Dar a conocer lo que hoy en día aporta el láser de CO2 a la ginecología en particular y a la gineco-estética en particular. Se podría decir sin mucho error que se ha colocado como el tratamiento de eleccción, único o combinado, en la patología del suelo pélvico, es decir, incontinencia urinaria, atrofia vaginal, dolor con las relaciones íntimas, infecciones urovaginales frecuentes y en indicaciones del área genital como curación del condiloma, lipomas, bartholinitis, o estéticas como corrección de hipertrofia de labios o clítoris o asimetrías, hiperpigmentaciones...

5

Dar a conocer técnicas como la regeneración mitocondrial, novedosa denominada Cell Gym, basada en intervalos de hipoxia – hiperoxia que nos disminuye el estrés oxidativo, causante de todas aquellas enfermedades de origen mitocondrial, donde entre más de 170 patologías nombraremos la fibromialgia, alteraciones del sueño, problemas de infertilidad ovocitaria y espermática...y como no el envejecimiento fisiológico. En realidad es una técnica antiaging ya que reestablece el funcionamiento mitocondrial y por lo tanto metabólico.
No podemos aquí indicar todas las novedades de la medicina ginecológica denominada integral donde hay que incluir su parte estética, como los hilos tensores o los rellenos autólogos, evitando asi reacciones de rechazo individuales, Si queremos recalcar que el ginecólogo que te va conociendo en todas las etapas de tu vida y ha cuidado de ti en diferentes procesos,y se ha establecido un lazo de confianza, hoy en dia si su preparación es la adecuada puede aconsejarte, y tratarte a ti como mujer en un concepto más integral que no únicamente en el concepto de tu sistema reproductor.

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CAMPAMENTOS DE VERANO 2019

SEMANAS - HORARIOS - ACTIVIDADES

Julio y Agosto de Lunes a Viernes

- **Semanas:** 1-5 julio / 15-19 julio / 22-26 julio/ 29 julio al 2 agosto / 5-9 agosto / 12-16 agosto / 19-23 agosto / 26-30 agosto

- **Horario de 9 a 14 h.**

Posibilidad de entrada desde la 8,30 h y salida 14:30 h con un suplemento de 20 € /semana

Actividades para todas las edades y niveles:

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

PRECIOS - DESCUENTOS - INSCRIPCIONES

- **190 € / semana**

15% Descuento para los alumnos de la escuela
10% Descuento para hermanos de alumnos

- **Inscripciones por email o teléfono:**

Marta Erroz 606 652 361
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
www.facebook.com/centroecuestrecizur