medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

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

www.zonahospitalaria.com añoXIV enerofebrero2020 nº81

SUMARIO

2 Tratamiento de varices con microespuma o láser endovascular
3 Demasiada información médica en la red...
4 Ictus. Atención especializada y neurorrehabilitación
5 La Hidrodilatación, ¿solución a la capsulitis?
6 El método del plato, tras los excesos navideños
7 Tratamiento de las varices con microespuma
8 Efectos del ejercicio físico en pacientes con alzheimer
9 La cirugía plástica facial dentro de la estética dentofacial integral
10 Vacunación antigripal en embarazadas
11 Fatiga en el paciente oncológico
12 La comunicación: nuestro GPS biocultural...
13 Todos los pacientes con varices se pueden tratar...
14 La lectura como herramienta terapeútica...
15 ...incontinencia urinaria
16 La medicina hiperbárica... y la fibromialgia
17 ¿Roncas? Tu cuerpo te está avisando
18 Trombosis venosa profunda...
20 Baby Led Weaning...
22 Tengo diabetes, ¿y ahora qué?
23 Lactancia y menstruación
24 No oigo bien, ¿tendré un tapón?
25 ... infecciones vaginales
26 ... personas con disfagia
27 Ejercicio físico multicomponente
28 Tengo una enfermedad neurológica crónica...
29 Manicura semipermante...
30 ¿Estigmatizamos a las personas con enfermedad mental?

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

Sonríe siempre a la vida

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 microespuma o láser endovascular

EXTREMIDADES 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 - 644 297 726

Una de cada 3 personas padece el problema de las varices con todos los problemas 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, porque no todas las varices se deben tratar igual.

¿Qué son las varices?

Las varices son venas que han dejado 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 tradicional, la cirugía, supone "arrancar" el tronco venoso afectado junto con las colaterales varicosas de cierto calibre, es un tratamiento agresivo, 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 y deje de causar problemas sin necesidad de arrancarla.

La **ESCLEROSIS CON MICROESPUMA** consiste en la inyección mediante la ayuda del ecógrafo de un agente químico en el interior de los segmentos venosos insuficientes para provocar una inflamación que conduce al cierre del eje venoso lesionado y la desaparición de las varices que dependen de él.

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

Para segmentos venosos más grandes tenemos otra forma de aplicar la microespuma , a través de un catéter (**CATÉTER CLARIVEIN**) que se introduce con un simple pinchazo en el eje venoso lesionado causante de las varices (safena interna o externa). También es ambulatorio, solo requiere de una anestesia local para la punción e introducción del catéter y permite también hacer vida normal tras el procedimiento, caminar y por supuesto ir a trabajar.

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

Si el eje venoso afectado está demasiado dilatado el tratamiento más adecuado es el **LÁSER ENDOVASCULAR**, se trata de un procedimiento ambulatorio por el que se introduce a través de una punción, una fibra LASER que desprende calor y provoca que la vena a tratar se cierre, precisa de una anestesia local o raquídea y la ventaja es que varices enormes se solucionan en 30 minutos, el paciente puede realizar una vida prácticamente normal en un par de días pudiendo olvidarse de su problema y sin necesidad de realizar visitas frecuentes a la consulta médica.

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 - 644 297 726
doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es

Demasiada información médica en la red. ¿De quién me puedo fiar?

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

Son muchos los pacientes que acuden a mi consulta de cardiología en Pamplona que ya se han informado acerca de sus síntomas en internet, antes de acudir a visitarme. Esto en general me parece una ventaja, ya que significa que estas personas se preocupan realmente por su enfermedad y están comprometidas en la búsqueda de una solución a su problema.

El problema radica principalmente, en que existe demasiada información en internet y esta información no siempre es del todo ponderada y correcta. Es por este motivo que, la Fundación Española del Corazón (FEC) recomienda tener un conocimiento previo de la fuente consultada ya que, no todos los contenidos que circulan por la red son fiables (https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2384-desconfia-de-paginas-web-sobre-salud-sin-sello-de-calidad-medica-.html).
En la nota de prensa que acabo de citar decía que: "gracias a Internet, el paciente en general está mejor informado y esto es positivo, tanto para el profesional, como para el enfermo, porque entiende mejor su patología y el tratamiento de la misma".

Fundación Española del Corazón

Por tanto internet se ha convertido en una muy buena fuente de información, siempre y cuando ésta sea válida: por eso, las páginas web consultadas tienen que estar siempre avaladas por una sociedad científica, por una asociación de pacientes y si es posible estar acreditadas por un sello de calidad.
En este sentido creo que es mi labor, como cardiólogo que atiende a un paciente de forma integral, asesorarle sobre las páginas web donde puede encontrar una información adecuada acerca de la patología que presenta.
Por este motivo, la FEC recomienda seguir los siguientes pasos para contrastar la validez de la información publicada en Internet:

- Consultar la autoría de la página, es decir, saber qué sociedad científica o asociación de pacientes proporciona la información.
- Confirmar que la página esté actualizada. A ser posible, que la información que se divulgue esté al día.
- Asegurarse de que tenga el sello de calidad. La web médica consultada tiene que estar avalada por alguna institución médica.

Web Médica Acreditada y Web de Interés Sanitario

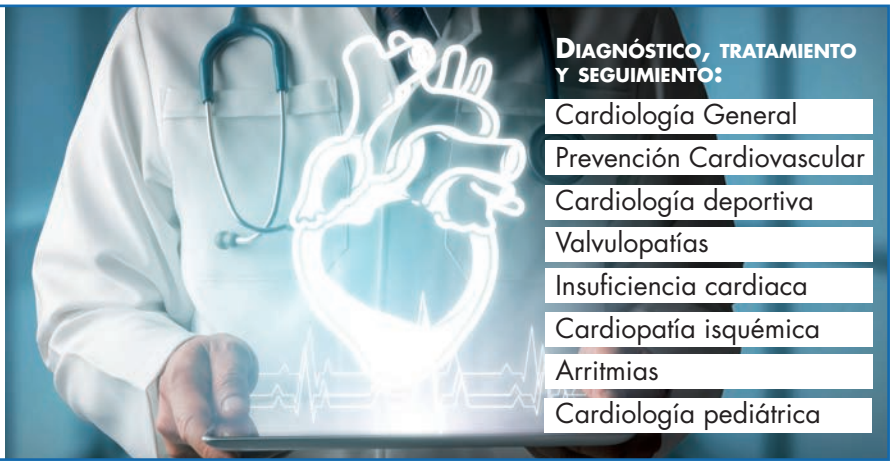
Entre los organismos encargados de acreditar las páginas web relacionadas con temas de salud en España se encuentran Web Médica Acreditada y Web de Interés Sanitario. Estos organismos se encargan de otorgar un sello de acreditación a todas aquellas páginas que cumplen unos principios mínimos de deontología médica y divulgan información de rigor y calidad, es decir, acorde con la normativa HONcode: https://www.hon.ch/HONcode/Patients/index_sp.html
Por todos los motivos expuestos, mi página web está acreditada por Web Médica Acreditada y como Web de Interés Sanitario. Pero no se trata de que te den un sello de calidad. Pienso al igual que Honcode que lo que hay que hacer es:

1. Comprometer a los desarrolladores de sitios web con normas éticas básicas en la presentación de la información sanitaria.
2. Ayudar a los usuarios a cerciorarse de conocer siempre la fuente y el objetivo de los datos leídos.

Dr. Azcárate
CARDIÓLOGO

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

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



Ictus. Atención especializada y neurorrehabilitación

Dr. Jaime Gállego Culleré. *Neurólogo Grupo 5 CIAN Navarra*

Según datos del Instituto Nacional de Estadística en España el ictus es la segunda causa de muerte, la primera entre las mujeres y tercera en los hombres. Representa la principal causa de incapacidad o invalidez del adulto y la segunda causa de demencia.

Más del 40% de los pacientes que sufren un ictus presentan déficits que inhabilitan o dificultan realizar las actividades cotidianas. Cerca de una tercera parte de los pacientes que son ingresados por un ictus, lo son por repeticiones o recurrencias y conllevan un incremento significativo de la morbi-mortalidad. Es la entidad neurológica que mayor número de ingresos hospitalarios genera, más del 65%, y una de las patologías de mayor estancia hospitalaria y consecuentemente de mayor coste para las economías de los sistemas sanitarios. El ictus es responsable 3% - 5% del gasto sanitario.

El ictus constituye un problema de salud pública de primer orden. Pero lo que es realmente más importante recalcar es que el ictus es, ante todo, una tragedia personal para el que lo sufre, pero también y por extensión un drama que afecta a la unidad familiar y para el que nadie está preparado, porque no se espera. Cada ictus es distinto, no solo porque los síntomas sean diferentes, sino porque las personas que lo sufren son distintas, aunque tengan síntomas similares.

Frente a la magnitud del problema es necesario insistir en que el *ictus es una catástrofe que se puede prevenir, se debe tratar y se puede rehabilitar y recuperar.*

Atención urgente y especializada. Cadena de atención al ictus. Código ictus. Tratamientos

En el ictus es *fundamental el factor tiempo,* un paciente tiene mayores posibilidades de mejoría o recuperación cuanto antes pueda ser confirmado el diagnóstico y tratado. *Es una urgencia tiempo-dependiente.* Para poder alcanzar todo el potencial posible de los tratamientos de la fase aguda (y también de los de prevención) del ictus es imprescindible mejorar el conocimiento público de los factores de riesgo, signos y síntomas del ictus y respuesta delante de los mismos, a través de campañas organizadas y coordinadas por los centros primarios y/o de referencia de ictus.

El "Código Ictus" (implantado en toda España y en nuestra Comunidad) diseñado con el fin de una rápida identificación, notificación al 112 y traslado de los pacientes a los servicios de urgencias, permite poner en marcha el proceso intrahospitalario de diagnóstico y cuidados mientras se traslada al paciente afectado hasta el centro en el menor tiempo posible.

El sistema requiere una estrecha coordinación dentro de unos límites geográficos definidos entre los servicios de urgencias médicas, los centros de atención primaria y hospitales comarcales, y el centro de referencia de ictus, donde es posible ofrecer una atención especializada y tratamientos específicos a los pacientes con patología cerebrovascular aguda de forma continuada. *Es por lo tanto fundamental optimizar las estrategias diagnósticas urgentes para reducir el tiempo desde el inicio del ictus hasta la acción médica adecuada.*

Neurorrehabilitación del ictus

El modelo asistencial del ictus debe proseguir como un "continuo" más allá de la fase aguda con las diferentes medidas orientadas a potenciar la recuperación neurológica como la neurorrehabilitación, sin soslayar la importancia de la prevención secundaria y la atención sociosanitaria.

A pesar de recientes cambios en las guías del tratamiento agudo del ictus, el tratamiento rehabilitador sigue siendo crucial para reducir el grado de discapacidad y disminuir la brecha entre el deterioro funcional de los pacientes y sus necesidades. Es preciso disponer de un plan integral de neurorrehabilitación con un equipo multidisciplinar (médico/a rehabilitador, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, neuropsipcólogo/a, enfermera/o y trabajador/a social) en el que el neurólogo o neuróloga debe formar parte activa del mismo y cuyo objetivo es prevenir complicaciones, reducir el déficit neurológico a fin de lograr la máxima capacidad funcional posible para facilitar la autonomía personal y la reintegración familiar y sociolaboral.

El proceso rehabilitador debe ser entendido como un proceso dinámico, multidisciplinar y centrado en la persona, es decir, debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, teniendo en cuenta sus metas personales, preferencias, valores, rutinas previas y medio en el que se desenvuelve para favorecer su recuperación.

La Hidrodilatación, ¿solución a la capsulitis?

Dr. Gentian Cuko
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Experto en Ecografía y en Dolor.
Licenciado en Medicina y Cirugía. Nº Colegiado: 5014951

CITA PREVIA:
Policlínica Navarra | C/ Juan Antonio Fernández, 3 | 31500 Tudela | T 948 847 333

La capsulitis adhesiva o hombro congelado es una de las causas más limitantes y discapacitantes dentro de las patologías que provocan dolor en el hombro.

Es una inflamación crónica del tejido conectivo que rodea la articulación del hombro y que puede durar de seis meses a dos años.

Sintomatología

Se han descrito varias fases pero la clínica típica es el dolor que empeora por las noches y la limitación de los movimientos del hombro con rigidez importante de la articulación.
Los pacientes afectados se ven muy limitados en su entorno y en actividades básicas de su vida diaria como el vestir, peinar o higiene personal.
La larga duración de esta patología y la lenta evolución puede alterar el estado emocional de los pacientes provocando estrés y depresión reactiva.

El diagnóstico suele ser clínico, con la anamnesis y exploración física del médico. Las pruebas complementarias como la radiografía, ecografía y resonancia magnética se suelen realizar para descartar otras patologías.

Tratamiento

El tratamiento inicial suele ser conservador con rehabilitación, terapia física, analgesia, antiinflamatorios. Si no ha habido mejoría se puede realizar la hidrodilatación o hidrodistensión capsular.

¿Que es la Hidrodilatación?

Es una técnica mínimamente invasiva que consiste en introducir un líquido, generalmente suero fisiológico, dentro del hombro en el espacio intracapsular. El objetivo es el de aumentar el volumen dentro de la articulación y disminuir la rigidez capsular.

Procedimiento

Es una técnica indolora que se puede realizar de forma ambulatoria. El paciente no precisa ninguna preparación específica el día previo a la técnica. Se utilizan medidas de asepsia, para minimizar el riesgo de infección, y se aplica anestesia local. Se introduce suero fisiológico mediante una aguja, guiada con ecografía, en el espacio intracapsular.
Una vez realizada la técnica se realizan movilizaciones pasivas de la articulación. La duración de la técnica suele ser de unos 30 minutos y las molestias suelen ser locales que desaparecen a las horas siguientes.

Resultados

La mejoría del rango articular se observa desde el primer momento con las movilizaciones pasivas. No hay contraindicaciones para volver a repetir la técnica si fuera necesario. El paciente debe seguir con ejercicios de rehabilitación hasta conseguir la recuperación completa.

REHABILITACIÓN ESPECIALIZADA
Mi formación para tu salud

Dr. Gentian Cuko
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Nº Colegiado: 5014951
dr.gentiancuko@gmail.com

Tratamiento del dolor
Intervencionismo
Punción ecoguiada
Ondas de choque
Medicina deportiva y regenerativa

CITA PREVIA
POLICLINICA NAVARRA
C/ Juan Antonio Fernández, 3
31500 Tudela | T 948 847 333

El método del plato, tras los excesos navideños

Eva María Manso Perú
DUE del Centro de Salud de Estella

Una vez pasadas las fechas navideñas, casi todos hacemos un plan y nos marcamos objetivos para el año que entra. Generalmente nos marcamos unos objetivos poco realistas y difícilmente alcanzables. Uno de los más habituales está en torno a la alimentación.

Es imprescindible que tengamos una alimentación variada y equilibrada, pero en ocasiones seguimos dietas que nos han recomendado, que lejos de ayudarnos, nos impiden llegar a nuestro objetivo: estar sanos y correctamente alimentados. En ocasiones intentamos seguir una dieta estricta, con alimentos restringidos y/o pesados; a largo plazo es difícil seguir este tipo de dietas.

Dieta equilibrada

Una dieta equilibrada nos aporta la energía y nutrientes necesarios para nuestros requerimientos diarios, nos evita deficiencias y nos ayuda a mantener un peso adecuado. Por otra parte, nos ayuda a prevenir enfermedades crónicas. Este tipo de alimentación es adecuado para toda la familia y con él hacemos que niños y jóvenes adquieran hábitos saludables.
En nuestra dieta debemos incluir todo tipo de alimentos, teniendo en cuenta una frecuencia de consumo concreta. De forma gráfica lo representamos en la pirámide de alimentos; en la base aparecen alimentos que debemos consumir a diario y en el vértice, los de consumo ocasional.
Uno de los métodos que nos pueden ayudar en la tarea de alimentarnos mejor es el Plato para Comer Saludable de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Creado por expertos en nutrición de la Escuela y los editores en Publicaciones de Salud de Harvard.
Es una guía para facilitarnos en nuestro día a día y ayudarnos a crear comidas saludables y equilibradas, sin recurrir a la báscula de cocina. Puede usarse teniendo como referencia un plato o incluso si tenemos que llevar una fiambrera al trabajo.

Método del plato

Este método nos es de gran utilidad si tenemos en cuenta determinadas cuestiones. Partimos de un plato, lo dividimos en 2 mitades y una de ellas, a su vez, en dos partes iguales.
La mitad de nuestro plato o fiambrera contendrá verduras y frutas. Intentemos aportar variedad en nuestras frutas y verduras, que sean de distintos colores... teniendo en cuenta que las patatas no están incluidas en este apartado.
Una cuarta parte del plato se llenará con cereales (granos) integrales: trigo integral, cebada, granos de trigo, quínoa, avena, arroz integral, y las comidas elaboradas con ellos (pasta de trigo integral.
Se insiste en que sean integrales por menor impacto en la elevación del azúcar y la insulina que el pan blanco, arroz blanco, y otros cereales refinados.
El cuarto restante con contenido proteico: pescado, pollo, huevo, legumbres (habas/garbanzos/lentejas), y frutos secos naturales son fuentes de proteínas, además de saludables. Podemos mezclarlas en ensaladas, y con verduras.
Evitaremos en lo posible las carnes rojas, y carnes procesadas como beicon y embutidos (salchichas).

Otros aspectos

Ya tenemos el plato lleno, pero vamos a tener en cuenta otros aspectos:

- Aceites, con moderación: escoja aceites saludables (aceite de oliva, colza, soja, maíz, girasol, cacahuete) y evite los aceites parcialmente hidrogenados, ya que contienen grasas trans no saludables. Lo ideal es el aceite de oliva virgen extra, el eje de nuestra apreciada dieta mediterránea.
- Bebidas: preferentemente agua. Evite las bebidas azucaradas (principal fuente de calorías y con poco valor nutricional), limite la leche y productos lácteos a una o dos porciones al día, y el zumo de fruta a un vaso pequeño al día.
- Manténganse activo: es importante en el control de peso y una buena forma física.

Es primordial enfocarse en la calidad de la dieta. Como ejemplo, diremos que el tipo de carbohidratos en la dieta es más importante que la cantidad de ellos, porque algunas fuentes de carbohidratos (verduras, frutas, cereales integrales y legumbres (habichuelas/garbanzos/lentejas) son más saludables que otros.

Tratamiento de las varices con microespuma

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 la consecuencia visible más frecuente de una insuficiencia venosa. Es decir, son manifestación de la existencia de un problema circulatorio de retorno de la sangre hacia el corazón.

Su **tratamiento**, persigue un doble objetivo. Lo fundamental es eliminar el problema hemodinámico (circulatorio), que provocan las varices. Y, por otro lado, hay que solucionar el problema estético que suponen.

Existen múltiples métodos para eliminar las varices, que se pueden agrupar en tres bloques: cirugía, procedimientos de termoablación y esclerosis con microespuma.

De todos ellos, la **esclerosis con microespuma** es la alternativa menos agresiva y ofrece unos resultados similares.

Consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes, lo cual conduce a su cierre y paulatina desaparición. Cuando existe afectación de algún eje safeno, el uso de un catéter para introducir la microespuma permite ofrecer un tratamiento más rápido y eficaz de la causa de las varices. Es un método que combina el efecto químico de la espuma con el de la rotación del catéter a gran velocidad, lo cual potencia sus efectos.

Tratamiento para todo tipo de varices

Es el único tratamiento que **no precisa anestesia** (o, a lo sumo, local). Asimismo, el único que permite tratar **todo tipo de varices** (ejes safenos, varices tronculares, varices reticulares, etc.). A diferencia de otros métodos, no es necesario realizar incisiones de ningún tipo para eliminar las colaterales varicosas. Del mismo modo, es la única modalidad que respeta con absoluta seguridad el nervio safeno y el sural (que acompañan a la safena interna y la safena externa).

Todo ello, unido a que se trata de un **procedimiento ambulatorio**, posibilita que no sea necesario ningún tiempo de recuperación.

El tratamiento se realiza a través de un número variable de sesiones durante las cuales no hace falta interrumpir las actividades de la vida diaria.

Para planificar el mejor tratamiento es esencial una consulta con un especialista en **Angiología y Cirugía Vascular** con suficiente experiencia, dado que se trata de un problema circulatorio real. En dicha consulta se realiza un examen minucioso de las varices. Y, lo más importante, una ecografía/Doppler venosa en color. Es el único modo de conocer el estado del sistema venoso superficial y profundo y, por tanto, de aplicar el tratamiento más efectivo.

El **Doctor Jiménez Arribas** posee una dilatada experiencia de más de 20 años en el tratamiento de varices. Ello le acredita profesionalmente para abordar su problema circulatorio de la forma más eficaz posible; y ello con el trato cercano y cordial que usted merece.

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

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

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

CONSULTA MÉDICA
948 235 850
644 722 549

Efectos del ejercicio físico en pacientes con alzheimer

Janko Calvo Gil, Raquel Arriazu Alcázar y Nuria Paz Balbuena. Fisioterapeutas del Hospital Reina Sofía de Tudela

Un adecuado programa de rehabilitación, basado principalmente en técnicas de terapia ocupacional, fisioterapia y reeducación de la comunicación, es un componente esencial en el tratamiento global del paciente con Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un proceso demencial progresivo. Su etiología es aún desconocida y actualmente es incurable, dañando al sujeto en muchas de sus funciones mentales superiores.

Desde un punto de vista de su enfoque sanitario, la EA se encuentra en la encrucijada de cuatro especialidades médicas: Neurología, psiquiatría, medicina familiar y comunitaria y geriatría, sin que esto reste importancia a la contribución de otras especialidades médicas, como es la rehabilitación, la cual está formada por un gran equipo de profesionales (médico rehabilitador, fisioterapeuta, psicólogo, logopeda, enfermero, terapeuta ocupacional y auxiliar de enfermería). La rehabilitación no intenta una vuelta a la normalidad funcional previa, sino una compensación para reducir al mínimo su deterioro progresivo.

¿Cómo actúa la fisioterapia?

La fisioterapia no influye en la evolución e irreversibilidad de la EA, pero si juega un papel decisivo en el tratamiento.

Puede combatir o retardar los procesos involutivos de la edad y/o inactividad que producen alteraciones de los órganos, aparatos y sistemas, y que aunque asintomáticos al principio, pueden en un determinado momento evolucionar hasta alcanzar la incapacidad física del mayor.

La fisioterapia tiene gran relevancia en el adulto mayor, no solo en aspectos relacionados con la asistencia sanitaria sino también a nivel preventivo mediante la educación para la salud, es decir, ofrecerles información y conocimientos sobre cómo llevar una vida saludable y la introducción, a través de la fisioterapia, del ejercicio físico e higiene postural en su día a día.

¿Qué efectos produce un programa de ejercicio físico en la enfermedad de alzheimer?

La mejora de la salud se materializa en una incidencia directa sobre varios de los factores de riesgo de aparición de la Enfermedad de Alzheimer, y sobre otros factores del envejecimiento:

- Enlentece la involución cardiovascular previniendo la arteriosclerosis.
- Enlentece la involución respiratoria y la involución endocrina (especialmente de las suprarrenales, con la consiguiente mejoría de la adaptación y resistencia al estrés).
- Facilita la actividad articular y previene la osteoporosis y las fracturas óseas. Se incrementa la absorción de calcio y potasio.
- Aumenta la actividad enzimática oxidativa con la consiguiente mejora de la utilización del oxígeno y metabolismo aeróbico de grasas y glucosa. Se pierde peso graso.
- Reduce niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos y mejora los índices colesterol/HDL en sangre.
- Aumenta la tolerancia al esfuerzo por aumento de los umbrales aeróbico y anaeróbico.
- Aumenta el volumen sistólico (volumen de sangre que el corazón expulsa hacia las arterias).
- Aumenta el volumen de sangre (plasma y glóbulos rojos). Mejora la capilarización muscular.
- Mejora el sistema respiratorio por mejora de la capacidad vital, aprovechamiento de la oferta de oxígeno e incremento de la ventilación, difusión y transporte de oxígeno.
- Controla y reduce la tensión arterial en reposo y durante el esfuerzo.
- Favorece el equilibrio neurovegetativo, psicofísico y la actividad psicointelectual.
- Estimula el optimismo, la vitalidad y la voluntad.
- Contribuye a la integración social.
- Mejora la calidad y disfrute de la vida.

¿Qué tipo de ejercicio físico puede hacer un paciente con alzheimer?

No hay que olvidar que junto al cuadro de demencia que presentan estos pacientes, existen otras patologías comunes a esta edad (osteomusculares, respiratorias, diabetes, vasculares periféricas...) y que repercuten en la evolución y pronóstico de la enfermedad. Por lo que previamente a la realización de cualquier programa de ejercicio físico, es fundamental consultar a un profesional sanitario especializado, para que realice una completa valoración y exploración al usuario y hacer la prescripción del ejercicio físico.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso

La Salud también Viaja
Servicio Religioso CHN
Colegio de Médicos

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

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

▶ PEREGRINACION A TIERRA SANTA DEL 18 AL 28 DE MARZO. Últimas plazas
▶ CIRCUITO POR LA RIBERA SACRA Y CRUCERO POR EL DUERO DEL 26 AL 31 DE JULIO
▶ ESCAPADA A ALMERÍA, CABO DE GATA Y MELILLA DEL 20 AL 27 SETIEMBRE - AVIÓN
▶ CIRCUITO PORTUGAL CON FÁTIMA DEL 8 AL 15 DE MAYO - AVIÓN

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 cirugía plástica facial dentro de la estética dentofacial integral

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

La experiencia de muchos años en tratamientos de implantología dental, sumados a la práctica de la cirugía oral y maxilofacial, nos ha confirmado que la recuperación de la salud bucodental, especialmente si el deterioro se debe en parte al envejecimiento, debe tener en cuenta no solo la dimensión funcional, sino también la estética.

En ese sentido, en Clínica Bustillo incorporamos constantemente los últimos avances de la disciplina, tanto en la aplicación de nuevos enfoques y protocolos como en el uso de tecnologías avanzadas.

Como resultado, nuestros pacientes de implantes dentales reciben siempre propuestas de tratamiento que tratan de restaurar las condiciones óptimas de su boca en lo que respecta a la recuperación de las piezas perdidas, la regeneración de la estructura ósea, y, asimismo, a una mejora del aspecto general de su rostro que les ayude a sentirse mejor y a afrontar los años venideros con la mejor calidad de vida posible.

Enfoque multidisciplinar

Este enfoque multidisciplinar nos ha llevado a profundizar en tratamientos más allá de la pura implantología para poder ofrecer alternativas lo más completas posibles a nuestros pacientes.

En concreto, aunque ya llevamos tiempo aplicando estas terapias a personas que nos las han demandado, hemos decidido incluir de manera sistemática servicios de cirugía plástica facial con los que abordar simultáneamente problemas del rostro que pueden ser resueltos o mejorados al tiempo que el paciente se somete al tratamiento de implantes dentales.

Con todo ello, podemos ofrecer un completo programa de estética dentofacial integral que combina diferentes especialidades además de la implantología, como la cirugía oral, la cirugía ortognática o la ya citada cirugía plástica facial.

La cirugía plástica facial, de la que ostentamos la preceptiva acreditación por parte de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Facial, (dedicada al avance y a la práctica de la cirugía plástica facial y reconstructiva de la cara y el cuello) es una disciplina orientada a la corrección o mejora de deformidades o anormalidades presentes en el rostro.

Pueden tener origen congénito o surgir por causa de patologías, o la propia evolución vital de cada persona. A través de ella intentamos reparar o reconstruir las zonas deterioradas de la cara para devolverle un aspecto armónico y saludable, siempre bajo criterios estrictamente médicos y éticos.

En nuestra clínica consideramos que no se debe frivolizar con esta área quirúrgica, sino que en todo momento ha de ir totalmente ligada a la existencia de problemas reales de salud, sean de índole física o también psíquica. No está de más recordar que la cara es nuestro principal vehículo de expresión y de comunicación.

Cualquier anomalía presente en ella nos perjudica en nuestra autoestima y en la relación con los demás, aparte de que, como ocurre con la boca y las piezas dentales, nos pueda impedir alimentarnos con normalidad y ser causa de otras enfermedades.

A continuación, vamos a describir brevemente algunos de los tratamientos de cirugía plástica facial que ofrecemos en nuestro centro:

Lifting facial

Estiramiento de la piel para lograr un aspecto más joven del rostro y eliminar las arrugas.

Lipofilling facial

Aportación de grasa en las zonas de la cara donde se ha perdido para aumentar el volumen y producir un efecto de rejuvenecimiento.

Cirugía de la eliminación de la papada

Eliminación del tejido colgante en el cuello y tensado del músculo para devolver firmeza a la zona y mostrar un rostro más joven.

Rinoplastia

Corrección de la forma y tamaño de la nariz y mejora de las vías respiratorias.

Blefaroplastia

Intervención para revertir el envejecimiento de los párpados o el deterioro de la piel en esa área.

Otoplastia y lobuloplastia

Cirugía orientada a mejorar la posición de las orejas o a corregir las deformaciones del lóbulo.

Rejuvenecimiento

Inyección de materiales de relleno como toxina botulínica en zonas del óvalo facial y el mentón para devolver la firmeza del rostro y eliminar arrugas.

Aumento y definición de los labios

Intervenciones para paliar la pérdida de volumen de los labios y el deterioro de la piel adyacente mediante tratamientos de implantes dentales o inyecciones de materiales de relleno.

Como hemos indicado al principio, son técnicas vinculadas a nuestros tratamientos habituales de implantología oral. Solo un adecuado diagnóstico nos indicará cuál de ellas es la más indicada, según las circunstancias y necesidades de cada paciente.

Si quiere saber más sobre las posibilidades de la cirugía plástica facial en la mejora de su salud, solicite cita previa en el teléfono 948 152 878 o a través de consulta@clinicabustillo.com

Vacunación antigripal en embarazadas

Blanca Fernandino Zubieta. *Enfermera. Hospitalización a Domicilio CHN*
Amaya Aguas Torres. *Enfermera. Sección de Promoción de la salud ISPyL*
Maite Calvo Yanguas. *Enfermera, Atención Primaria SNS-O*
Leticia Fernandino Zubieta. *Enfermera. Sección de enfermedades transmisibles y vacunaciones ISPyL*

La gripe estacional es una enfermedad infecciosa vírica que se transmite por vía aérea de una persona a otra a través de las gotitas expulsadas al hablar, toser o estornudar o bien por contacto con objetos contaminados con secreciones respiratorias de infectados. La transmisión se ve favorecida por el contacto entre personas en espacios cerrados. Se inicia repentinamente, tiene un período de incubación de 1 a 3 días y un período de transmisibilidad de 3-5 días desde el comienzo de la enfermedad en personas adultas, y de 3-7 días desde el comienzo de la enfermedad en niños y niñas.

Entre los síntomas se incluye la fiebre alta, gran afectación del estado general, dolor de cabeza, dolor muscular, falta de apetito, fatiga, congestión nasal, irritación de garganta, tos seca, etc. Los síntomas remiten normalmente sin secuelas en una semana sin tratamiento farmacológico, pero pueden dar lugar a complicaciones en personas con ciertas patologías de base, o bien agravar la patología subyacente.

En la mayoría de los casos es suficiente el reposo en domicilio y el tratamiento sintomático con analgésicos o antitérmicos. Al tener un origen vírico, no está indicado el tratamiento antibiótico de la gripe, ya que no es eficaz. Las complicaciones más habituales son la neumonía viral primaria o la infección respiratoria bacteriana secundaria, que también puede derivar en neumonía.

Las embarazadas mayor riesgo

La infección por el virus de la gripe causa epidemias durante la estación invernal y casos aislados y brotes fuera de la misma. La tasa de ataque anual es del 5-10% en adultos y del 20-30% en niños.

Las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad por gripe durante las epidemias estacionales y las pandemias. Las alteraciones inmunológicas del embarazo incrementan el riesgo de complicaciones asociadas con algunas infecciones incluida la infección por virus de la gripe. Además, los cambios en el sistema cardiovascular y respiratorio aumentan el riesgo de la severidad de la infección.

Además de buscar la protección materna, es importante considerar las posibles repercusiones en el feto. El diagnóstico de gripe durante el primer trimestre del embarazo, se ha asociado a un aumento de malformaciones cardiacas, labio leporino, defectos del tubo neuronal y en el segundo y tercer trimestre a un aumento del número de abortos, partos prematuros y una disminución del peso al nacimiento.

Vacunación anual

La principal medida de prevención frente a la gripe es la vacunación anual previa a la epidemia estacional. La OMS alienta a los países a que otorguen prioridad a la prevención de la gripe y elaboren estimaciones nacionales que influyan en las políticas de prevención. Cada año se producen hasta 650.000 defunciones por enfermedades respiratorias relacionadas con la gripe estacional. El comité Asesor de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sobre prácticas de inmunización recomienda que todas las mujeres embarazadas durante la temporada de gripe sean vacunadas.

Además de los beneficios individuales de la vacunación estudios recientes avalan que la vacunación durante el embarazo protege a los recién nacidos durante los 6 primeros meses de vida. Es un dato bastante relevante ya que ningún niño puede ser vacunado antes de los 6 meses de edad. Los lactantes menores de 6 meses tienen tasas de hospitalización similares a las de los mayores de 65 años, un 40% más de posibilidades de ingresar en UCI con respecto a los de 6-12 meses, siendo además el 75% de los hospitalizados lactantes sanos.

La vacunación en el embarazo es segura y de hecho hay un riesgo considerable de enfermedad gripal grave en este grupo y en pruebas de la inocuidad de la vacuna contra la gripe estacional durante el embarazo y de su eficacia para prevenir la gripe tanto en las madres como en los lactantes pequeños, en quienes también se observa una elevada carga de morbilidad. Dicha recomendación no se aplicaría en situaciones con riesgo de gripe bajo ni a vacunas vivas atenuadas que no están indicadas, en cualquier caso, durante el embarazo. Tampoco se aplicaría a mujeres embarazadas con contraindicaciones conocidas a vacunas antigripales inactivadas (por ejemplo, alergia al huevo).

Otra de las vacunas recomendadas durante el embarazo es la dTpa para prevención de la tosferina en el recién nacido. Sorprendentemente analizando las coberturas de vacunación de ambas vemos que así como en la vacunación frente a la tosferina se logran unas coberturas del 80% las de vacunación antigripal quedan muy lejos de esas cifras. Posibles causas de la no vacunación antigripal en embarazadas podrían ser: desconfianza, desconocimiento tanto de la paciente como de los/las profesionales, dificultad para acudir a las consultas (absentismo laboral), no tener una fecha concreta para hacerlo, o que se plantea como protección exclusivamente materna.

Según datos publicados por el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), la vacunación antigripal evitó en la pasada temporada 230 defunciones, 2.000 consultas por gripe de personas de alto riesgo, 300 hospitalizaciones con gripe y 40 ingresos en la UCI. La cobertura de vacunación en embarazadas en 2017 en Navarra fue del 43% en general. Al analizar la cobertura antigripal de forma más minuciosa, según el mes del parto se observan diferencias importantes. Así pues, encontramos que se logró un 1,9% de vacunación en las embarazadas que dieron a luz en octubre frente a las que dieron a luz en enero, dónde se alcanzó un 77,5%. Esta misma tendencia se ha seguido todos los años.

Así que si estás embarazada no lo dudes, vacúnate.

Fatiga en el paciente oncológico

Laura Frías González. *Fisioterapeuta. Complejo Hospitalario de Navarra*

La supervivencia de los pacientes oncológicos aumenta gracias a los avances en ciencias de la salud, pero estas personas presentan diversos síntomas derivados del cáncer que deben ser tratados para mejorar su calidad de vida. Entre estos síntomas están:

- Fatiga inducida por cáncer.
- Dolor asociado al cáncer.
- Fragilidad fisiológica.

¿Qué es la fatiga inducida por cáncer?

La fatiga es el síntoma más prevalente en el paciente oncológico. Es un cansancio inusual, persistente y subjetivo que no desaparece con el descanso, interfiriendo así en el día a día de las personas que lo padecen.

¿Cómo diagnosticar la fatiga?

La escala de Piper permite valorar 4 dimensiones de la fatiga inducida por cáncer: severidad, afectividad, sensorial y cognitiva, a través de los 22 items que la componen.

Estos ítems se valoran por el propio paciente con una puntuación de 0 a 10, cuyos valores dependen de la pregunta.

En las 6 primeras 0 será indicativo de "nada" y 10 de "mucho", de las siguientes se indicara su valor al lado de la pregunta:

1. ¿El grado de fatiga que siente en este momento le causa ansiedad?

2. ¿El grado de fatiga que siente en este momento interfiere en su capacidad para terminar sus actividades laborales o de estudio?

3. ¿El grado de fatiga que siente en este momento le interfiere en la capacidad para relacionarse con sus amigos?

4. ¿El grado de fatiga que siente en este momento le interfiere en su actividad?

5. ¿El grado de fatiga que siente en este momento interfiere en sus actividades de ocio?

6. ¿Cómo describiría el grado de intensidad o severidad de su fatiga?

7. ¿Cómo describiría la fatiga que siente en este momento? (0 placentera; 10 no placentera)

8. ¿Cómo describiría la fatiga que siente en este momento? (0 agradable; 10 desagradable)

9. ¿Cómo describiría la fatiga que siente en este momento? (0 productiva; 10 destructiva)

10. ¿Cómo describiría la fatiga que siente en este momento? (0 positiva; 10 negativa)

11. El grado de fatiga que siente ahora es: (0 normal; 10 anormal)

12. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 fuerte; 10 débil)

13. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 despierto; 10 adormilado)

14. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 bien; 10apática)

15. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 fresca; 10 cansada)

16. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 con energía; 10 sin energía)

17. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 paciente; 10 impaciente)

18. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 relajada; 10 inquieta)

19. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 alegre; 10 desesperada)

20. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 capaz de concentrarse; 10 incapaz de concentrarse)

21. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 con buena memoria; 10 sin memoria)

22. Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: (0 capaz de pensar con claridad; 10 incapaz de pensar con claridad)

¿Cómo tratar la fatiga?

El ejercicio físico tiene la evidencia científica más sólida para el tratamiento de la fatiga, por lo que realizarlo de forma regular y segura va a ser la terapia más eficaz a pautar.

¿Cómo influye el ejercicio terapéutico en el paciente oncológico?

Le realización de ejercicio va a evitar el descenso de la calidad de vida facilitando la vuelta a la realización con autonomía de las actividades de la vida diaria de forma precoz. Esto se va a conseguir gracias a los beneficios del ejercicio terapéutico, que son los siguientes:

- Disminuir la fatiga.
- Mejorar la capacidad funcional.
- Mejorar y restaurar la función física.
- Prevenir y disminuir la discapacidad.
- Aminorar los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia.
- Mejorar el estado de salud.
- ...

¿Cómo debemos realizar el ejercicio terapéutico?

Siempre se ha de tener en cuenta que cada persona es única, por lo que habrá que individualizar el entrenamiento y conocer las preferencias y gustos de cada uno.

De forma general, se debe pautar un ejercicio aeróbico de intensidad moderada de al menos 150 minutos a la semana, junto con un ejercicio de fuerza alrededor del 60% de 1RM (una repetición máxima), con una frecuencia de 2-3 veces a la semana.

La comunicación: nuestro GPS bio-cultural para adaptarnos a los nichos sociales

Fermín Goñi Sáez. *Psicólogo Clínico. Director Científico de Fundación Argibide*

Una de las características más diferenciales de nuestra especie consiste en la extraordinaria capacidad comunicativa que poseemos; función que posibilita la adaptación exitosa a los diferentes nichos sociales.

Capacidad bio-cultural

Esta capacidad -que permite a los seres humanos generar escenarios interpersonales de alta complejidad informativa- presenta un desarrollo bio-cultural en el que ambos factores juegan un papel capital: son necesarias unas condiciones neurobiológicas determinadas para posibilitar el desarrollo de la capacidad comunicativa (cognición social, funciones ejecutivas, mentalización...), al tiempo que no resulta posible desarrollar la comunicación interpersonal al margen de un nicho socio-cultural de interacción humana (crianza, actividades cooperativas, simbolización, intencionalidad compartida, etc.).

La comunicación exitosa

Constituye un proceso tan natural como complejo: requiere que el sujeto sea capaz de comprender el significado de la información multisensorial, lingüística, social y afectiva que de forma dinámica se presenta en el escenario comunicativo con modificaciones constantes en intervalos muy breves de tiempo.

En la **comunicación discursiva** -el grado de mayor competencia comunicativa-, se activan elementos particularmente importantes que incluyen la toma de turnos (capacidad de reconocer oportunidades para iniciar, interrumpir y mantener el flujo de la conversación), el mantenimiento del tema (permanecer en el tema de comunicación hasta que la otra persona indique que está ocurriendo un cambio) y la toma de perspectiva (capacidad de comprender la perspectiva de los demás). También emergen múltiples características de la comunicación no verbal que contribuyen a una comunicación significativa y exitosa: algunas son la proximidad (capacidad de mantener una distancia adecuada y orientada hacia la otra persona), el lenguaje corporal (que puede influir profundamente en el significado del mensaje) y el afecto (las señales afectivas se consideran una parte integral de la competencia conversacional).

Neurodesarrollo y comunicación

Si bien el neurodesarrollo de la capacidad comunicativa no responde a un único e inflexible itinerario biológico, las alteraciones o déficits en la comunicación identificadas en las primeras etapas del desarrollo y que generan dificultades significativas en la adaptación social (problemas en la interacción recíproca, en la atención conjunta, en la comprensión de las intenciones ajenas, en el uso flexible de la comunicación verbal, etc.) requieren una exploración y valoración clínica por parte de profesionales de las áreas de pediatría, neuropediatría, psicología clínica y psiquiatría. La repercusión funcional de la comunicación se revela con significativa evidencia cuando existe algún déficit, trastorno o dificultad en su desarrollo, competencia y/o uso; como sucede –por ejemplo- en el neurodesarrollo atípico que se manifiesta a nivel clínico en el trastorno del espectro autista.

Más de 40 años apostando por la Salud Mental

Infancia-Adolescentes-Adultos-Mayores

Psicología-Psiquiatría-Psicogeriatría-Peritajes

FUNDACIÓN ARGIBIDE

C/ Iturrama, 7 Entreplanta
Tfno.: 948 266 511
Fax: 948 266 650
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 casi 3500 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
drleopoldofernandez@gmail.com

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

La lectura como herramienta terapeútica en las unidades de hospitalización psiquiátrica

Beatriz Pérez Echeverría y Miren Tanco Salegui. *Terapeutas Ocupacionales. CHN- Unidades de Psiquiatría*

Esta iniciativa toma forma tras el día de la Salud Mental, en una jornada cuyo lema fue la lucha contra el estigma. Ese día, de la mano del servicio de Terapia Ocupacional cuyas bases profesionales se sustentan en la actividad con propósito o actividad terapéutica, y que tiene entre otros como objetivos favorecer la consolidación de vínculos y promover nuevas formas de visibilidad para luchar contra el estigma en Salud, se realiza una primera lectura en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

Tras valorar la buena impresión y satisfacción por parte de los usuarios y gracias a la labor de coordinación realizada entre diferentes agentes (director de la Biblioteca central, voluntariado de las bibliotecas y de los clubs de lectura, comité de humanización del hospital de Navarra) se pone en marcha las sesiones de lectura de manera regular y organizada.

Lo novedoso de la iniciativa radica en que estos grupos de lectura se hacen en un momento de hospitalización, en unidades que hasta la fecha han sido muy herméticas al exterior y las personas ingresadas están en una situación de especial vulnerabilidad, desorganización y desestructuración mental.

Para que la lectura sea terapéutica y tenga éxito es importante que la bibliografía sea adecuada para el momento vital. La preselección de textos la hacen con nuestra supervisión y colaboración los lectores voluntarios de acuerdo a los objetivos que perseguimos, tales como desplegar la reflexión, la imaginación, el juego o la risa. Convocamos a las personas ingresadas a perder el tiempo con la imaginación, esa gran realidad virtual, y salir de la monotonía de la tarde.

Al paciente, se le pide que disfrute. Como prerrequisito ha de tener habilidad para escuchar, comprender, mantener atención y cierta estabilidad emocional.

La indicación para el que ejerce de lector es que debe estar pendiente del grupo para acompasar la lectura a las necesidades que surjan, y al finalizar esperar las preguntas, los comentarios, las asociaciones y si estos no aparecen, con cautela preguntar. Es importante que «vibren» con el relato, y que transmitan con afecto.

La heterogeneidad del grupo hace que la tarea sea compleja: adolescentes, adultos, personas mayores con condiciones sociales y culturales diversas, perfiles psicológicos diferentes, pacientes nuevos, otros antiguos... En todas las sesiones y ninguna es igual porque cambian las personas y sus estados, se establece una situación de incertidumbre para ambas partes; para los coordinadores que no sabemos cómo se integrarán a la propuesta los pacientes; y para los pacientes que no conocen la tarea y van «a ver qué pasa».

Agradecimiento de los pacientes

El resultado es lo importante y hasta la fecha es positivo. Hemos visto cómo a través de lo escrito se establecen vínculos entre las personas porque se trabaja desde una posición igualitaria en la que todos, participantes y equipo terapéutico pueden expresar sentimientos, dudas, quejas o situaciones en relación a la lectura. Hemos visto cómo al terminar se establecen minigrupos en los que la conversación continúa. Hemos visto el agradecimiento por parte de los pacientes y su gran aportación espontánea en la que quieren ser y son también agentes. Hemos visto cómo al día siguiente alguna frase permanece y podemos tirar de ese hilo para comenzar el día con complicidad. Hemos visto cómo al día siguiente algún paciente pide la obra para releerla o comentan que han comprado el libro para algún familiar...hemos encontrado un buen filón con el que ampliar nuestra intervención, puesto que la actividad encaja en nuestros objetivos profesionales. Y lo que es más importante, hemos oído al paciente desde otra perspectiva gracias a la aportación de todo este grupo de personas que de manera altruista nos prestan su voz, su buen hacer y su tiempo, con esa mirada fresca del que viene de afuera y no ha tenido ningún contacto con esta enfermedad.

Es tarea del terapeuta ocupacional ofrecer espacios terapéuticos que proporcionen experiencias de participación activa y exitosa en relación al medio ambiente, dos pilares de calidad de vida que rara vez experimentan nuestros pacientes, por ello, aunque ahora no estemos en esos servicios llevaremos adelante esta actividad en nuestros actuales nuevos puestos de trabajo con la colaboración de otras bibliotecas y personas. A Todos nuestro agradecimiento.

Aspectos positivos de la lectura en grupo

- Ayuda al participante a preservar sus capacidades.
- Ayuda a conocer otras culturas y otros puntos de vista diferentes al propio.
- Genera interacción entre personas, ayuda a acercar temáticas que fomentan la comunicación.
- Favorece la reflexión y realización de juicios críticos.
- Mejora las habilidades comunicativas.
- Desarrolla la inteligencia.
- Reduce tensiones.
- Permite el acceso a los recuerdos restableciendo parte de nuestra identidad.
- Hace que nos sintamos "acompañados" cuando nos identificamos con los personajes.
- Proporciona placer y disfrute.

El tiempo para leer, como el tiempo para amar, amplía el tiempo para vivir.
Daniel Pennac.

Tratamiento de fisioterapia en incontinencia urinaria

Sandra Plasencia Serra.
Fisioterapeuta, Complejo Hospitalario de Navarra
Zaira Sánchez Cuevas.
Fisioterapeuta, Centro de Salud Santa Ana, Tudela

Este artículo tiene como finalidad hablar del tratamiento de la fisioterapia en la incontinencia urinaria, ya que, sobre todo en las mujeres es una patología muy frecuente. A día de hoy, todavía se desconoce que la fisioterapia tiene un papel fundamental en el tratamiento de la incontinencia, por lo tanto, se pretende explicar los tipos de incontinencias que existen y algunos de los tratamientos que hay.

¿Qué es la incontinencia?

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina. Los síntomas pueden variar desde una filtración de orina leve hasta la salida abundante e incontrolable de esta. La incontinencia urinaria puede ocurrirle tanto a niños (la cual se considera relativamente normal hasta los 5 años) como a hombre y mujeres, siendo las últimas las que más predisposición tienen a sufrirlas.

Tipos de incontinencia urinaria

1. **Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)**: ocurre de forma repentina debido a unas ganas inminentes de orinar.
2. **Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE):** ocurre después de realizar un esfuerzo que genere presión en el suelo pélvico como, por ejemplo, toser.
3. **Incontinencia por rebosamiento:** ocurre cuando el volumen de orina excede la capacidad de la vejiga. La consecuencia es un goteo de orina por rebosamiento.

Además, existe un cuarto tipo de incontinencia denominado incontinencia urinaria mixta (IUM), en la cual, la paciente presenta incontinencia urinaria de urgencia y de esfuerzo.

Causas de la incontinencia

Las causas pueden ser múltiples:

- La edad: en mujeres jóvenes y de mediana edad es más frecuente la IUE mientras que, en mujeres de avanzada edad es más frecuente la IUU e IUM.
- El post-parto, la más frecuente es la IUE.
- La obesidad es uno de los factores de riesgo más importantes asociados a la IUE.
- La diabetes y la falta de estrógenos también puede causar IU.
- Las prostastectomías pueden causar IUU o IUM.

Tratamientos

Para las incontinencias de urgencia es fundamental el tratamiento mediante la **electroestimulación del tibial posterior**. El tibial posterior es una raíz del nervio sacro S2-S4, esto quiere decir que, su estimulación logra que se estimulen también las raíces del plexo sacro que están relacionadas con control visceral y muscular del suelo pélvico.

Por otro lado, para las incontinencias de esfuerzo, se utilizan diversas técnicas siempre teniendo en cuenta la importancia de trabajar las fibras musculares tónicas y fásicas. A continuación, se introducen algunas de las técnicas utilizadas en el tratamiento de las IUE.

- La **electroestimulación** muscular se utiliza para que, al realizar la contracción muscular, se recluten más fibras tanto fibras fásicas (las rápidas) como fibras tónicas (las de resistencia), siendo estas últimas las más predominantes en el suelo pélvico.
- Las IUE también se tratan con **biofeedback.** El término biofeedback se define como retroalimentación biológica. Permite al paciente controlar sus respuestas fisiológicas, visualizar la contracción que está realizando de manera que sea mucho más sencillo ganar propiocepción y aprender a realizar correctamente las contracciones del suelo pélvico.
- Las **bolas chinas** llevan una bolita dentro que genera propiocepción y activación mecánica de la musculatura. Por otro lado, los conos vaginales llevan pesos dentro lo cual permite fortalecer el suelo pélvico. Hay diferentes tamaños de ambos.
- Por último, es importante destacar el papel fundamental de los **ejercicios de la musculatura del suelo pélvico y del transverso**. Hay diferentes tipos de ejercicios cuyo objetivo es activar el transverso y la musculatura del suelo pélvico, los cuales son sinergistas (trabajan a la vez). Algunos ejercicios destacables son los depresivos y los hipopresivos, ya que no generan presión en el suelo pélvico. Los ejercicios depresivos trabajan el suelo pélvico y el transverso, se trabajan en cadena cinética cerrada con una contracción submáxima. Por otro lado, los hipopresivos trabajan el transverso que, a su vez, al ser sinergista del suelo pélvico lo activa también, sin generar presión intraabdominal.

Como conclusión de este breve artículo, es fundamental entender la importancia de una buena valoración en el caso de padecer incontinencias urinarias por un fisioterapeuta experto en pelviperineología, trabajar la musculatura abdominal y del suelo pélvico.

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

La medicina hiperbárica mejora la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia

OXIEN
Rehabilitación Hiperbárica

La medicina hiperbárica actúa sobre los síntomas de la fibromialgia, disminuyendo el dolor y la fatiga, y mejorando la función cognitiva y la capacidad física. En definitiva, mejorando la calidad de vida.

¿Qué es la medicina hiperbárica?

La **medicina hiperbárica** es una **especialidad médica** que trata los cambios fisiológicos y fisiopatológicos del ser humano, sometiéndolo a presiones superiores a la atmosférica con oxígeno medicinal (99,5% de riqueza) dentro de una cámara hiperbárica. Esto provoca **niveles elevados de oxígeno** en sangre, causantes de los diferentes efectos de la oxigenación hiperbárica, entre ellos, la **mejora del dolor crónico de la fibromialgia**.

¿Qué es la fibromialgia?

La **fibromialgia** es una **enfermedad crónica, persistente y debilitante**, de carácter neuropático, caracterizada por dolor generalizado y fatiga crónica, con un **impacto directo en la calidad de vida**.

Habitualmente se ha tratado a través de antidepresivos duales, anticonvulsivantes y otro tipo de fármacos, complementados con rehabilitación y/o terapia psicológica; pero existe una **terapia complementaria eficaz: la medicina hiperbárica**.

Innovación: medicina hiperbárica

La **medicina hiperbárica** ha mostrado **evidencias clínicas en el manejo de la fibromialgia** y otras patologías asociadas al dolor. Funciona como terapia adyuvante dentro del tratamiento multidisciplinar de la enfermedad[1].

La oxigenación hiperbárica (OHB) genera un estado de hiperoxia, que interviene directamente en los mecanismos de acción del dolor, **mejorando los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia**. Además, la OHB promueve la neuroplasticidad y rectifica significativamente la actividad cerebral anormal en áreas relacionadas con el dolor, así como disminuye el dolor de origen central y periférico[2].

Por tanto, la OHB, además de **disminuir el dolor, mejora la función cognitiva, disminuye la fatiga e incrementa la capacidad física**. Además, **reduce los puntos dolorosos y mejora el umbral del dolor**, a la vez que **disminuye la cefalea y los síntomas digestivos asociados**. Los casos tratados en Oxien demuestran que en pocas sesiones el paciente siente que **su calidad de vida mejora y recupera las ganas de vivir**.

Terapia complementaria

La oxigenación hiperbárica debe aplicarse como **terapia complementaria**. El equipo médico de Oxien valora cada caso y, de acuerdo con su médico tratante, pautan el mejor tratamiento para **mejorar la calidad de vida del paciente**.

¿Dónde acceder a una cámara hiperbárica?

Oxien es el único centro sanitario en Navarra avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y Sanidad Navarra. Cuenta con un equipo clínico interdisciplinar, que proporcionará al paciente un **tratamiento integral**.

1 Kholoud M. El-Shewy et al. (2018): "Hyperbaric oxygen and aerobic exercise in the long-term treatment of fibromialgia: A narrative review" en Biomedicine & Pharmacotherapy 109 (2019), pp. 629-638.

2 Efrati S. et al. (2015): "Hyperbaric Oxygen Therapy can diminish Fibromyalgia Syndrome – Prospective clinical trial" en PLoS ONE 10(5): e0127012. doi:10.1371/journal.pone.0127012.

MEDICINA HIPERBÁRICA
- Vascular
- Recuperación muscular
- Oncología y radioterapia

Cistitis rádica
Osteonecrosis mandibular...

FISIOTERAPIA Y OSTEOPATÍA
- Embarazadas y bebés
- Lesiones deportivas
- Disfunción cráneomandibular

OXIEN
REHABILITACIÓN HIPERBÁRICA A TU ALCANCE

C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica | www.oxien.es | Tel.: 948 06 80 80

¿Roncas? Tu cuerpo te está avisando

sannas DENTOFACIAL

En Navarra hay más de 7.500 personas diagnosticadas con apnea del sueño, pero el problema reside en el alto porcentaje de la población que la sufre sin saberlo. Asumimos los ronquidos como algo cotidiano, pero es un problema de salud que se trata y que, de no hacerlo, puede desencadenar consecuencias más graves.

Según la Unidad de Sueño del Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario de Navarra, cada año se realizan unos **1.500 estudios para diagnosticar el Síndrome de Apnea-Hipoapnea Obstructiva del Sueño**. Una enfermedad que hace que el paciente deje de respirar momentáneamente mientras duerme, debido a la obstrucción de las vías respiratorias.

Calidad del sueño, calidad de vida

La apnea del sueño incide de forma directa en la **calidad del sueño** de los pacientes. Evita que descansen bien, lo que conlleva fatiga y somnolencia diurna excesivas. Un diagnóstico temprano, llevado a cabo por un equipo de otorrinos, neumólogos y odontólogos, evitará consecuencias más graves, como problemas cardiovasculares, cerebrovasculares, hipertensión o diabetes; y determinará el tipo de apnea que sufre el paciente.

Las causas pueden ser diversas, desde obesidad a factores anatómicos o genéticos. El perfil más habitual es un hombre de edad media con sobrepeso y algún factor de riesgo cardiovascular asociado; así como mujeres en edades cercanas a la menopausia, debido a los cambios físicos propios de la etapa.

Tratamiento de la apnea del sueño

El **tratamiento** más habitual se basa en la utilización de **aparatos de presión positiva o CPAP**. Gracias a estas máscaras, los pacientes reciben aire mientras duermen en sus vías respiratorias para que no se cierren.

Aunque sea la solución más empleada, **existe otro tratamiento menos invasivo, más cómodo y eficaz: el Dispositivo de Avance Mandibular**. El DAM corrige de forma controlada y confortable la posición de las vías respiratorias y la mandíbula durante el sueño, mediante el incremento del tono muscular a nivel de la vía aérea.

DAM, solución eficaz

El DAM se considera de primera elección en casos de ronquido simple, SAHS leve o SAHS moderado con bajo IMC. Además, también es una segunda opción para pacientes que no responden o rechazan la CPAP; con riesgo quirúrgico elevado o que rechazan la cirugía; y en los que han fracasado los procedimientos quirúrgicos, como tratamiento de rescate.

Ventajas DAM

- Poco voluminoso
- Fácil de transportar
- Cómodo y fácil de usar (viajes, claustrofobia, etc.)
- No requiere O2 ni red eléctrica
- Tratamiento reversible no invasivo
- Periodo de adaptación breve y poco traumático

Desventajas CPAP

- Ruidoso
- Voluminoso
- Difícil de transportar
- Obliga a adoptar una posición estática para dormir
- Tratamiento invasivo
- Difícil adaptación

Acerca de Sannas

La **Clínica Sannas**, tras 30 años de esfuerzo e innovación, ha logrado posicionarse como un centro de referencia en Navarra, gracias a un **servicio excelente y de calidad**.

En Sannas contamos con un **equipo de profesionales expertos en apnea del sueño y ronquidos**, que hará que la calidad de sueño y de vida del paciente mejore.

sannas DENTOFACIAL

Los deseos de nuestros pacientes son nuestros nuevos servicios

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

Odontología del alto rendimiento

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

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

CPS-236/25-15-NA

Trombosis venosa profunda.

¿Qué es, por qué me ha pasado, qué tengo que hacer?

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

La trombosis venosa profunda (TVP) es la formación de un trombo (coágulo de sangre) en alguna de las venas profundas. La localización más habitual son las extremidades inferiores (vena femoral, vena poplítea o vena iliaca), aunque puede afectar también a venas profundas de miembros superiores y zona pélvica.

Es una enfermedad potencialmente grave que puede complicarse. Cuando un coágulo se desprende y se desplaza a través el torrente sanguíneo se denomina émbolo. Este se puede atascar en los vasos sanguíneos del cerebro, los pulmones (embolia pulmonar) u otras zonas, lo que lleva a daño grave.

¿Cuáles son las causas?

Los coágulos de sangre se pueden formar cuando algo disminuye o cambia el flujo de sangre en las venas.

Los factores de riesgo para padecer una TVP incluyen:

◆ **Lesión en una vena**. A menudo causada por lo siguiente:

- Fracturas en la pelvis o en las piernas.
- Lesiones musculares graves.
- Cirugía reciente (especialmente cirugía de cadera, rodilla..) (particularmente si involucra el abdomen, la pelvis, las caderas o las piernas).

◆ **Circulación lenta de la sangre**, a menudo causada por:

- La permanencia prolongada en la cama (por ejemplo, debido a una enfermedad o después de una cirugía).
- Movimiento limitado (reposo relativo por un esguince, o llevar un yeso).
- Mantenerse sentado durante mucho tiempo, especialmente con las piernas cruzadas ➪ a este grupo pertenecen las TVP asociadas al "**Síndrome de la clase turista**" aplicado a personas que padecen una trombosis tras un viaje de al menos 3 horas.

◆ **Aumento del nivel de estrógenos**:

- Píldoras anticonceptivas.
- Terapia de reemplazo hormonal a veces usadas después de la menopausia.
- Embarazo donde el riesgo permanece aumentado hasta 6 semanas después del parto.

◆ **Enfermedades Crónicas**

- Enfermedad cardiaca.
- Cáncer y terapias propias para el mismo.
- Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).
- Ciertos trastornos autoinmunes como el lupus.

Otros factores que aumentan el riesgo de presentar una Trombosis Venosa Profunda incluyen:

- Haber tenido una TVP previa.
- Antecedentes familiares de TVP.
- Edad donde el riesgo aumenta con la edad.
- Obesidad.
- Tabaquismo (incluso pasivo).
- Presencia de un catéter en una vena central.
- Trastornos de la coagulación adquiridos o hereditarios.

Síntomas

Los signos y síntomas que puede manifestar el paciente son inespecíficos, tienen frecuencia y gravedad variables y son similares en los brazos y las piernas.

Los signos y síntomas de la trombosis venosa profunda pueden comprender:

- Hinchazón en la pierna afectada (rara vez se hinchan ambas piernas).
- Dolor en la pierna. Generalmente, el dolor empieza en la pantorrilla y se siente como un calambre o una inflamación.
- Enrojecimiento o manchas en la piel.
- Sensación de calor en la extremidad afectada.

La diferencia de > 3 cm en la circunferencia de ambas pantorrillas, el edema que deja fóvea y las venas colaterales superficiales visibles, pueden ser los signos más específicos.

Diagnóstico

La propia historia clínica explicada por el paciente así como el examen físico, ayudan a determinar la probabilidad de que el paciente presente una TVP antes incluso de realizar pruebas complementarias.

El diagnóstico se confirma típicamente mediante evaluación del flujo Doppler mediante una **Ecografía.**

La necesidad de realizar otras pruebas (analítica de sangre con coagulación) y su elección y secuencia dependen de la probabilidad previa a la evaluación, y en ocasiones, de los resultados de la ecografía.

Pronóstico

Sin tratamiento adecuado, la TVP del miembro inferior se asocia con un 3% de riesgo de embolia pulmonar, mientras que en la TVP de miembro superior, es muy inusual.

El riesgo de recidiva de la TVP es mínimo en pacientes con factores de riesgo transitorios (cirugías, traumatismos, inmovilidad.) y máximo en pacientes con factores de riesgo persistentes (por ejemplo cáncer).

Complicaciones

◆ Embolia pulmonar

Una embolia pulmonar se produce cuando un coágulo sanguíneo (trombo) que circula hacia el pulmón desde otra parte del cuerpo (en general, la pierna) obstruye un vaso sanguíneo en el pulmón.

Es importante prestar atención a los signos y síntomas de la embolia pulmonar entre los cuales se encuentran:

- Dificultad repentina para respirar.
- Dolor o molestia en el pecho que empeora cuando respiras profundo o cuando toses.
- Sentirse aturdido o mareado, o desmayarse.
- Pulso acelerado.
- Tos con sangre (hemoptisis).

◆ Síndrome Postflebítico

Una complicación frecuente que puede producirse después de una trombosis venosa profunda se conoce como «síndrome postflebítico» o «síndrome postrombótico».

El daño en las venas provocado por el coágulo sanguíneo reduce el flujo sanguíneo en las zonas afectadas, lo que puede producir:

- Hinchazón persistente de las piernas (edema).
- Dolor de pierna.
- Cambios de color de la piel.
- Llagas en la piel.

Tratamiento

El tratamiento está destinado principalmente a la prevención de la embolia pulmonar y secundariamente al alivio de los síntomas y la prevención de la recidiva de la TVP, la insuficiencia venosa crónica y el síndrome postflebítico.

Todos los pacientes deben recibir anticoagulantes, en un principio con inyecciones de heparina vía subcutánea por un periodo breve, seguida de un tratamiento a largo plazo con un anticoagulante vía oral.

Además se recomienda la elevación de las piernas con el apoyo de una almohada y otra superficie blanda así como uso de **media de compresión fuerte**.

La TVP aguda puede tratarse de forma ambulatoria o en unidades de Hospitalización a Domicilio sin precisar ingreso hospitalario.

Prevención

Las medidas para prevenir la trombosis venosa profunda comprenden:

- **Evita permanecer inmóvil:** Tras una cirugía o estado de reposo en cama por otros motivos, intenta ponerte en movimiento lo antes posible. Si permaneces sentado durante un tiempo, no cruces las piernas, ya que esto puede obstaculizar el flujo sanguíneo. Si recorres grandes distancias en automóvil, para aproximadamente cada una hora y camina.
- **Si estás en un avión**, ponte de pie o camina ocasionalmente. Si no puedes hacerlo, ejercita la parte inferior de las piernas. Intenta subir y bajar los talones mientras mantienes los dedos de los pies en el piso; luego, levanta los dedos de los pies con los talones en el piso.
- **Cambia tu estilo de vida:** Baja de peso y deja de fumar.
- **Haz ejercicio:** El ejercicio regular disminuye el riesgo de que se formen coágulos sanguíneos, lo cual es especialmente importante para las personas que permanecen mucho tiempo sentadas o que viajan con frecuencia.

Seguro de **Automóvil**

Sonia tiene que pasar la ITV, pero está muy *tranquila*

Porque con su Seguro de Automóvil, **en A.M.A. pasamos la ITV de su coche por ella.**

Así de fácil...

A.M.A. agrupación mutual aseguradora

A.M.A. PAMPLONA
Avda. Pío XII, 30
Tel. 948 27 50 50
pamplona@amaseguros.com

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

LA MUTUA DE LOS **PROFESIONALES SANITARIOS**

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

A.M.A. agrupación mutual aseguradora · Ama Vida Seguros de vida para profesionales sanitarios · AMA América Seguro ECUADOR · A.M.A. GRUPO · AMA América Seguro ECUADOR · Ama Vida Seguros de vida para profesionales sanitarios · A.M.A. agrupación mutual aseguradora

Baby Led Weaning, alimentación complementaria guiada por el bebé

Désirée Díaz-Jiménez. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Público de Montilla. Córdoba*
Mónica Machicado Sotoca. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. C. S. Puerta Madrid. Madrid*
Ana María Gómez Abero. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra*

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna/artificial exclusiva a demanda hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años o más. Pero, ¿cómo introducir el resto de alimentos de una manera natural y adecuada para el bebé? En la actualidad se ha extendido una nueva tendencia denominada "Baby-led weaning" también conocido en castellano como "alimentación complementaria guiada por el bebé".

Es un método alternativo para introducir la alimentación complementaria basado en ofrecer alimentos enteros, en lugar de triturados, con el tamaño y forma adecuadas para que sea el propio bebé el que los coja con sus manos y se lo lleve a la boca en función de su apetito, preferencias y siempre a partir de los 6 meses de edad. Es decir, hervir la verdura y la carne/pescado y ofrecérsela en trozos para que este sea capaz de agarrarlos sin problemas con sus manos.

Estudios publicados hasta el momento lo presentan como un método seguro aunque indican no realizarlo antes de los 6 meses ya que los niños aún no han desarrollado las habilidades motoras necesarias. Aporta multitud de beneficios al niño, respeta su propio ritmo y fomenta que desarrolle una buena relación con la comida y, por tanto, unos hábitos saludables. En el caso de niños en los que se empiezan a introducir alimentos a partir de los 4 meses, algo todavía muy extendido a pesar de las recomendaciones, es necesario recurrir a la alimentación con papillas y cuchara hasta alcanzado los 6 meses.

¿Un bebé de 6 meses está desarrollado para alimentarse con sólido y a demanda?

Desde el punto de vista del desarrollo psicomotor, los requisitos para que el niño pueda alimentarse solo son: mantenerse sentado y erguido de manera más o menos estable y manejo de las manos independientemente para agarrar objetos y llevárselos a la boca. La sedestación ocurre aproximadamente a los 5-6 meses de edad en la mayor parte de los bebés sanos. Al mismo tiempo que desarrollan esta capacidad, también empiezan a coordinar sus manos para agarrar y explorar objetos. El desarrollo de la función motora de la boca, ocurre progresivamente entre los 6 y los 9 meses a medida que el lactante va practicando, realizando movimientos verticales como de amasamiento con la mandíbula para fragmentar alimentos y movilidad lateral de la lengua que les permite mover la comida dentro de la boca y llevarla hacia el fondo para tragarla.

Así pues, a partir de los 6 meses de edad, un bebé sano está capacitado para alimentarse con sólidos siempre bajo la supervisión de un adulto.

¿Este método presenta más riesgo de atragantamiento?

Esta parece ser una de las preocupaciones mayores tanto para padres como para profesionales. Los estudios científicos avalan que los bebés que controlan lo que se llevan a la boca tienen menos riesgo de atragantarse en comparación a cuando son alimentados con una cuchara.

Esto es debido a que los bebés no son capaces de mover intencionadamente la comida hacia la garganta hasta después de haber desarrollado la habilidad de masticar, la cual no se desarrolla hasta después de haber aprendido la habilidad que les permite alcanzar y agarrar cosas (aproximadamente 9 meses), por lo que un bebe es incapaz de llevarse cosas pequeñas a la boca. Sin embargo, los alimentados con cuchara, estamos instándole a que sorba la comida hasta el fondo de la boca, aumentando el riesgo de atragantamiento.

También es importante diferenciar una arcada de un episodio de atragantamiento, dos mecanismos relacionados pero distintos. Las arcadas son movimientos espasmódicos que alejan de las vías respiratorias los

trozos de comida demasiado grandes y el atragantamiento, sin embargo, ocurre cuando las vías respiratorias quedan parcialmente o totalmente bloqueadas, lo cual activa el reflejo de la tos. El reflejo de la arcada es un mecanismo de seguridad que previene el atragantamiento y en los bebés de 6 meses se dispara en la zona anterior de la lengua, lejos de las vías respiratorias, asegurando que trozos de comida demasiado grandes no pasen de esta zona de la boca y permitiendo que solo la comida bien masticada alcance el fondo de la boca para ser tragada. De esta manera, el bebé aprende a tratar la comida de un modo seguro, evitando aquellas acciones que han desencadenado la arcada (como meterse mucha cantidad en la boca o llevarla demasiado atrás).

¿El método Baby-led weaning cubre las necesidades nutricionales del bebé?

La leche materna/artificial sigue siendo el alimento principal del lactante hasta los 12 meses, proporcionándole toda la energía y los nutrientes. A partir de los 6 meses el bebé empieza a necesitar cada vez más nutrientes, principalmente hierro y zinc, y ocurre de manera gradual.

Si empiezan a ofrecerse alimentos a partir de los 6 meses, a los 9 meses los bebes que han comido solos ya comerán una amplia variedad de alimentos en cantidad suficiente como para cubrir las necesidades y será este momento, donde la alimentación complementaria empezará a tomar el relevo a la leche materna/ artificial y el bebé, por sí solo, irá tomando cada vez más sólidos y menos leche de manera natural.

Consideraciones a tener en cuenta

- Ofrecer alimentos que tome el resto de la familia siempre que estos sean frescos, preferiblemente de la región y de temporada (la alimentación de la familia debe basarse en ingerir fruta, verdura e hidratos de carbono, y añadir pequeñas cantidades de alimentos ricos en proteínas, calcio y hierro y cantidades aún menores de aceite o grasas saludables.).
- No añadir sal ni azúcar a los alimentos que se ofrezca al bebé.
- La leche de vaca entera sin modificar no deberá introducirse hasta el año de edad, sí podrán ofrecerse antes queso, yogur y otros lácteos.
- No ofrecer frutos secos debidos a su peligrosidad de atragantamiento Por su tamaño y consistencia hasta los 3 años.
- Sentar a la mesa con el resto de la familia (en una trona o en el regazo de un adulto), asegurándose que está correctamente sentado y erguido.
- Continuar con lactancia materna a demanda. Los sólidos la complementan pero al principio no hay que suprimir tomas.
- Poner al alcance del bebé trozos de alimentos fáciles de agarrar con consistencia los suficientemente firme para que puedan agarrarse (trozos de fruta, verduras cocidas o al vapor, el pan, etc).
- No ofrecer otro tipo de bebidas que no sea el agua.
- Dejar que el bebé explore la comida y coma a su ritmo. No distraer al bebé ni persuadirle para comer más cuando no tenga interés.
- No permitir que nadie meta alimentos directamente a la boca del bebé.
- No dejar al bebé nunca solo mientras come.

Tengo diabetes, ¿y ahora qué?

Carmen Calvo Meca. *Enfermera C. S. Estella*
Jaione Fernández García. *Enfermera de Pediatría C.S. Ancín*

PACIENTE DIABÉTICO REALIZÁNDOSE AUTOANÁLISIS DE GLUCOS

MONOFILAMENTO PARA EXPLORACIÓN DE SENSIBILIDAD EN LOS PIES DE PACIENTES DIABÉTICOS

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica y crónica en la cual la glucosa en sangre se encuentra elevada. Puede estar causada por una secreción o acción insuficiente de la insulina o por una resistencia en los tejidos "diana". Existen varios tipos de diabetes pero la más común es la diabetes tipo 2.

La diabetes tipo 2 por lo general se desarrolla lentamente. La mayoría de pacientes son obesos o tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico, lo cual empeora la situación porque la grasa dificulta al cuerpo el uso de la insulina de una manera correcta. También influyen los antecedentes familiares y los genes así como un estilo de vida sedentario y la mala alimentación.

Síntomas

Los diabéticos tipo 2 generalmente no presentan síntomas al principio de la enfermedad y es posible que no tengan síntomas durante muchos años.

En caso de aparecer, los síntomas iniciales pueden incluir:

- Infecciones en vejiga, riñón, piel u otras localizaciones, que bien tienden a ser más frecuentes o curan más lentamente.
- Fatiga.
- Hambre.
- Aumento de la sed.
- Aumento de la micción.
- Visión borrosa.

Al cabo de los años, puede derivar en problemas importantes de salud con toda la sintomatología que estos problemas conllevan.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de la diabetes son:

- Glucemia al azar > o igual a 200 mg/dl en presencia de síntomas de diabetes tales como aumento de micción, aumento de la sed o pérdida inexplicable de peso.
- Glucemia en ayunas (al menos 8 horas de ayuno) > o igual a 126 mg/dl.
- Glucemia > o igual a 200 mg/dl a las 2 horas tras la sobrecarga oral con 75 g de glucosa (SOG).
- Hemoglobina glucosilada (HbA1c) > o igual a 6,5%.

En las tres últimas opciones hay que confirmar el diagnóstico con una nueva determinación, bien de glucemia en ayunas, SOG o hemoglobina glucosilada. A poder ser es preferible utilizar el mismo test que se empleó en la primera ocasión.

Tratamiento

Los pilares básicos del tratamiento de la diabetes son: la dieta, la actividad física y la farmacoterapia (antidiabéticos orales e insulina), cuando con la dieta y el ejercicio no es suficiente.

Figura 1

Actividades/Frecuencia	Inicio	3 meses	6 meses	Anual
Síntomas hiperglucemia	X	X		X
Síntomas hipoglucemia		X		
Síntomas complicaciones [1]	X			X
Cumplimiento dieta y ejercicio		X		
Cumplimiento farmacológico		X		
Consumo alcohol y tabaco	X	X		
Autoanálisis sangre [2]		X		
Intervenciones educativas [3]	X	X		
Peso y presión arterial	X	X		
Exploración pies [4]	X			X
Fondo de ojo	X			X
Hemoglobina glucosilada	X		X	
Perfil lipídico	X		X	
Filtrado glomerular	X			X
Albuminuria	X			X
Electrocardiograma	X			X
Vacunación antigripal [5]				X

Controles y frecuencia de los mismos

Los pacientes con diabetes deberán seguir los siguientes controles en caso de situación estable y con buen control (Ver Figura 1).

1. Los síntomas de complicaciones pueden ser cambios en la agudeza visual, dolor torácico con esfuerzo y en reposo, claudicación intermitente, ortostatismo, alteraciones del ritmo intestinal, impotencia, parestesias, dolores o calambres en piernas o brazos.

2. El autoanálisis se considera imprescindible en pacientes tratados con insulina y en tratados con ciertos antidiabéticos orales que pueden presentar hipoglucemias.

3. Las intervenciones educativas se refieren a generalidades, alimentación, ejercicio físico, consejo antitabaco, actuación en situaciones especiales, cuidados de pies, detección y manejo de hipoglucemias, realización de autoanálisis y manejo de insulina si procede.

4. La exploración de pies incluye: inspección, palpación de pulsos y exploración de sensibilidad. Si además hay ausencia de pulsos, dolor al caminar que hace que nos tengamos que parar (claudicación intermitente) y/o úlceras, tendremos que realizar una prueba llamada índice tobillo/brazo.

5. Se recomienda vacunación antigripal anual, vacuna antineumocócica y también es recomendable la vacunación contra la hepatitis B.

Conclusiones

Un buen control del paciente diabético consigue retrasar la aparición de complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Lactancia y menstruación

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

Después de dar a la luz, uno de los aspectos que podría inquietar a la mujer es la reaparición de la regla. La duración de la amenorrea (ausencia de menstruación) postparto varía mucho de una mujer a otra. La relación entre lactancia y menstruación puede generar dudas y falsas verdades.

Estoy amamantando a mi hijo/a. ¿Cuándo volveré a tener la menstruación?

Después de expulsar los loquios del postparto, la regla puede aparecer en una mujer que no ha lactado a las pocas semanas, mientras que en una que esté dando el pecho puede hacerlo después un largo periodo de tiempo.
Una de las hormonas fundamentales de la lactancia materna es la prolactina. Ésta suprime el eje hipotálamo-hipofisario, provocando una disminución de la producción de otras dos hormonas que son la LH y la FSH, encargadas de desencadenar la ovulación. Como consecuencia, se produce una anovulación (ausencia de ovulación) y amenorrea, durante un periodo de tiempo más o menos largo, mientras dure la lactancia materna.
Sin embargo, los niveles de prolactina pueden ser variables y por tanto, la amenorrea es imprevisible. Es igual de normal una madre lactante que vuelve a tener la regla a los 7 meses del parto y otra que siga sin tenerla pasado el año o incluso los dos años del parto. Las primeras menstruaciones podrían ser irregulares y mayores en cantidad y duración. Pero poco a poco se van regulando. Los síntomas premenstruales también pueden ser diferentes.

Después de la cuarentena he tenido un sangrado. ¿Es la regla?

En ocasiones podría ocurrir que, habiendo dejado ya de expulsar los loquios tras el parto, se presenta un sangrado similar a una regla. Se trata del final de los restos hemáticos que todavía quedan en el útero. A este fenómeno se le denomina "el partillo". Se consideran loquios todas las pérdidas anteriores a los 52 días posparto.

Doy el pecho y no tengo la regla. ¿Me puedo quedar embarazada?

La ovulación se produce 14 días antes de la aparición de la menstruación. Por tanto, tan solo es necesario acertar en el momento de la primera ovulación tras el parto. Si se da esta circunstancia cabe la posibilidad de embarazo sin haber visto la regla si no se toman las precauciones adecuadas. Entre el 1% y el 11% de las mujeres queda embarazada en el período de amenorrea después del parto.
Sin embargo, la lactancia materna se considera un método anticonceptivo natural, denominado método MELA (método de la lactancia y amenorrea). Ya que los elevados niveles de prolactina provocan una inhibición de la ovulación y amenorrea. Para que pueda considerarse un método EFICAZ se deben cumplir una serie de REQUISITOS:

- Bebé menor de 6 meses.
- Lactancia materna exclusiva (sin infusiones, ni agua) y a demanda.
- No pasar más de 6 horas sin mamar por la noche, ni más de 4 horas durante el día.
- Realizar más de 8 tomas al día.
- Ausencia de menstruación.

Si se cumplen estas condiciones, la posibilidad de embarazo es cercana a cero durante las primeras doce semanas postparto. A partir de los 6 meses, con el comienzo de la alimentación complementaria, las tomas comienzan a espaciarse y puede haber una disminución de prolactina en el organismo. Por tanto, es recomendable empezar a usar otros métodos anticonceptivos más eficaces.

¿Es malo no tener la regla tanto tiempo?

En absoluto, a pesar del miedo que se tiene a la ausencia prolongada de menstruación, no hay riesgo para la salud materna. La amenorrea sostenida previene la anemia y disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y ovarios.

¿Si me viene la menstruación tendré que destetar?

La aparición de la regla no representa problema alguno para la lactancia y tampoco existe ningún problema con la producción láctea. Algunas madres pueden referir mayor sensibilidad de los pezones o el bebe puede mamar menos por un posible cambio en el sabor de la leche, tendiendo a ser algo más salada.

No oigo bien, ¿tendré un tapón?

Carmen Calvo Meca. Enfermera. Centro de Salud de Estella
Jaione Fernández García. Enfermera de Pediatría. Centro de Salud de Ancín
Eva Herrero García. Enfermera. Centro de Salud de Estella

El cerumen es un conjunto de productos de descamación, secreciones sebáceas y secreciones de las glándulas ceruminosas que se encuentran en el tercio externo del conducto auditivo externo (CAE). Son un vehículo para alejar los deshechos y contaminantes de la membrana timpánica, lubrifica la piel y facilita el paso del sonido hacia el oído medio.

El oído tiene mecanismos de autolimpieza que producen la migración de restos de piel y cera hacia el exterior del mismo, por lo que en condiciones ideales no debería ser necesario limpiar los oídos.
El tapón de cerumen no es más que la acumulación de esta cera en el CAE, lo cual produce su bloqueo.

Factores predisponentes

- Intentos de extracción de la cera por el paciente.
- CAE estrecho o retorcido.
- Oídos que producen demasiada cera.
- Presencia de abundantes pelos en CAE.
- Edad (los ancianos suelen tener el cerumen más seco y duro).
- Historia previa de tapones impactados.
- Lavarse con exceso con jabón o champú.
- Uso habitual de audífonos o sistemas que implican la introducción de parte del dispositivo en el CAE.

Síntomas

Los síntomas más frecuentes son una sordera brusca o gradual, generalmente después de un baño, no dolorosa, con autofonía y sensación de plenitud. El tapón va creciendo despacio hasta que obstruye completamente el CAE y se produce la disminución de la audición.
Si el tapón se hace muy grande e impacta con el tímpano, pueden aparecer otros síntomas como acúfenos (pitidos o zumbidos en el oído), vértigo, inestabilidad o tos.

Diagnóstico

Ante la sospecha de un tapón, haremos una inspección del pabellón y del CAE mediante un otoscopio. El color de la cera puede variar desde amarillo claro hasta marón oscuro y su consistencia y grado de obstrucción es variable.
Debemos descartar infección o presencia de cuerpos extraños.

Técnica de extracción mediante lavado ótico

Tras el diagnóstico debemos dar instrucciones al paciente para que se aplique algún producto que reblandezca esos tapones(cerumenoliticos) para que sea más fácil su extracción. Puede usar algún preparado de venta en farmacias, usar aceite de oliva o agua oxigenada rebajada con agua al 50%, tres o cuatro veces al día durante los tres o cuatro día previos a la extracción.

◆ Material: Otoscopio, Batea, Jeringa para lavado de oídos, Toalla o paño desechable, Agua tibia y guantes.

◆ Técnica:

- Lo primero debemos informar al paciente de la técnica y las posibles complicaciones y obtener su consentimiento.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Comprobar la temperatura del agua que debe estar tibia.
- Colocar al paciente sentado.
- El mismo sujetará la batea para recoger el agua del lavado y los restos de cera.
- Cogemos la jeringa llena de agua, quitamos el aire y dirigimos el cono de la jeringa hacia la pared superior del CAE, nunca hacia el tímpano, introduciendo un centímetro más o menos en el conducto sin obstruirlo.
- Traccionaremos del pabellón auricular hacia atrás y hacia arriba para facilitar la irrigación.
- Inyectaremos el agua con ligera presión.
- Después de cada irrigación valoraremos con el otoscopio.
- Número máximo de irrigaciones serán tres.
- Informaremos al paciente de los cuidados posteriores, signos y síntomas de alarma por los cuales debería volver a la consulta.
- Registraremos en la historia del paciente la técnica realizada.

Complicaciones

- No se consigue extraer el tapón.
- Náuseas y vómitos.
- Acúfenos.
- Mareo.
- Dolor de oído.
- Sangrado.
- Que el paciente note el agua en su garganta.

Contraindicaciones

- Infección.
- Sospecha de perforación.
- Antecedentes de infecciones o supuraciones.
- Cirugía previa en oídos.
- Lesiones de tímpano y CAE.
- Historia de complicaciones en extracciones previas.

Educación sanitaria para prevenir los tapones

Evitar maniobras con instrumentos para limpieza ya que pueden impactar más la cera y producir inflamación o infección. Únicamente hay que limpiar el pabellón auricular con una gasa o paño fino.
Examinar los conductos auditivos de los ancianos al menos una vez al año.

Etiología y prevención de las infecciones vaginales

Ana María Gómez Abero. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra*
Désirée Díaz-Jiménez. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Público de Montilla. Córdoba*
María Begoña Moreno-Dueñas. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen del Rocio. Sevilla.*
Marta Rodríguez-Villalón. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional de Málaga. Málaga.*

La afectación del tracto genitourinario femenino es uno de los motivos más frecuentes de consulta, representando las infecciones vulvovaginales un 25% y siendo la vulvovaginitis candidiásica la más prevalente en Europa y la segunda en EEUU.

La vagina constituye un ecosistema en equilibrio dinámico que consta de mecanismos de defensa naturales, en ocasiones comprometidos por la edad, la fase del ciclo menstrual, el embarazo, el método anticonceptivo, la actividad sexual, determinados productos higiénicos íntimos y el uso de antibiótico entre otros.

La microbiota vaginal (VMB) es la comunidad de microorganismos vivos en un determinado nicho ecológico. Podemos encontrar dos tipos bien diferenciados:

◆ **Microbiota autóctona o residente**, que impiden el establecimiento o la proliferación excesiva de microorganismos potencialmente patógenos, gracias a:

- La adherencia de forma específica a las células epiteliales y a dichos patógenos (competitividad con gérmenes patógenos).
- La producción de compuestos antimicrobianos y producción de peróxido de hidrógeno (desinfectante).
- Producción de ácido láctico que disminuye el ph vaginal.

◆ **Microbiota transitoria**, que presenta fluctuaciones continuas en su población relacionadas con la propia fisiología.

Esta microbiota varía a lo largo de la vida de la mujer:

- Existe una baja actividad y por lo tanto niveles bajos de estrógenos en las niñas **prepuberales**. Se caracteriza esta etapa por una microbiota diversa (existente en la piel como Staphylococcus epidermidis y la procedente de la zona perineal, de origen entérico: bacilos y cocos anaerobios estrictos y aerobios) y un pH elevado.
- Durante la **edad fértil** de la mujer existe una producción de hormonas esteroideas de origen ovárico. Más de la mitad de las especies son lactobacilos, encargados del mantenimiento del equilibro del ecosistema vaginal (L. crispatus, L. iners, L. jensenii y L. gasseri). La función principal de los lactobacilos es la conversión de glucosa a ácido láctico en el epitelio vaginal.
- De nuevo, tras la **menopausia**, existe una diminución de la producción estrogénica que a su vez disminuye el exudado vaginal y los nutrientes con la consiguiente disminución de microrganismos. Vuelven a aumentar la proporción de bacterias dérmicas e intestinales, lo que supone un aumento de la patología infecciosa del tracto urinario.

Factores endógenos y exógenos

El mantenimiento del equilibrio del ecosistema vaginal viene determinado por factores endógenos y exógenos, las alteraciones de la microbiota vaginal son un factor fundamental de la fisiopatología de las infecciones vaginales, asociadas con el desarrollo de la vaginosis bacteriana, vaginitis por Candida, vaginitis aeróbica, tricomoniasis y otras infecciones del tracto urinario inferior.

Las recomendaciones higienico-dietéticas para la prevención y tratamiento de estas infecciones son las siguientes:

- Higiene externa vulvar diaria con jabón de pH suave, evitando el uso de productos de higiene íntima perfumados. No son necesarias las duchas vaginales. Procurar un secado correcto.
- Realizar la higiene perineal siempre hacia atrás para evitar la contaminación perineal.
- Ropa interior de algodón. Evitar Nylon y la lycra.
- No usar ropa ajustada o húmeda largos periodos de tiempo.

Otra de las medidas que está tomado cada vez más importancia es el uso de probióticos, tanto vaginales como orales, coadyuvantes con el tratamiento preciso o de forma preventiva ante situaciones de riesgo como durante la toma de antibióticos o de recurrencia.

Su acción fundamental es entre otras la reducción del pH por la producción del ácido láctico y su acción inmunomoduladora, potenciando la respuesta de defensa ante amenazas.

La aplicación vaginal es de elección por el efecto sistémico directo, frente a la vía oral que precisa un tiempo de aplicación mayor.

Guía de nutrición para personas con disfagia

Paula Ayestarán Yubero. *DUE. Complejo Hospitalario de Navarra*
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*

La palabra disfagia proviene del griego que significa desorden al comer. Se define como la sensación o dificultad para la deglución tanto para líquidos como para solidos (Fass R.2016).

Las personas que padecen disfagia, pueden tener alterada la eficacia de la deglución, y por lo tanto, la capacidad para alimentarse e hidratarse de manera óptima, pudiendo aparecer cuadros de desnutrición y deshidratación. En ocasiones pueden existir alteraciones en la seguridad de la deglución, con peligro de que se produzcan complicaciones respiratorias graves. El abordaje de este síntoma requiere actuaciones que abarcan un correcto diagnóstico e intervención terapéutica, incluyendo recomendaciones nutricionales y tratamiento o reeducación de la deglución.

Métodos diagnósticos y valoración

La disfagia es un síntoma de alarma que debe ser estudiado sin demoras. El primer paso a seguir es la realización de una historia clínica detallada para determinar si los síntomas son debidos a patología orofaríngea o esofágica. La anamnesis y la exploración física permiten dirigir el diagnóstico etiológico, con frecuencia es necesaria la realización de pruebas complementarias para alcanzar el diagnóstico definitivo. Entre las más comunes están: analítica general, esofagograma baritado, endoscopia alta, manometría faringoesofágica, videofluoroscopia de la deglución, fibroscopia de la deglución(FEES), manometría de impedancia automatizada(MIA)y prueba de la deglución del agua.

Para el cribado de la disfagia se han desarrollado varios instrumentos validados, uno de los más usados es la encuesta EAT10 (Eating Assessment Tool). Es un cuestionario sencillo, que consta de diez preguntas, puede ser realizado por el propio paciente o cuidador y es de rápida cumplimentación (entre dos y cuatro minutos). Se considera una buena herramienta de cribado y va a dar información al médico para identificar a aquellos pacientes que presentan clínica de posible disfagia y que deben ser evaluados más exhaustivamente.

El método de exploración clínica volumen-viscosidad MECV-V. Es un método sencillo y seguro. Consiste en utilizar bolos alimentarios de tres viscosidades diferentes (néctar, líquido y pudding) y tres volúmenes crecientes (5, 10 y 20 ml). Se evalúan los signos de disfagia en la deglución en un orden progresivo de dificultad. Todo ello, bajo la monitorización de la saturación periférica de oxígeno mediante un pulsioxímetro para detectar las posibles aspiraciones silentes y aportar más seguridad a la prueba.

Adaptación de la alimentación y manejo de los trastornos de la deglución

Las cuestiones que hay que plantearse tras la valoración, y establecido el diagnóstico de disfagia, son:

1. La severidad de la alteración.
2. La vía de alimentación: oral, no oral o mixta. **3.** Las intervenciones terapéuticas relacionadas con la nutrición.

Según la severidad, se recomendarán adaptaciones tanto para el alimento sólido (modificación de volumen, consistencia, textura) como para los líquidos (espesantes, agua gelificada). Si se determina que el paciente no puede mantener una nutrición e hidratación adecuadas y seguras por vía oral, será preciso instaurar una vía alternativa: sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). La mejor recomendación que puede realizarse en el manejo de la disfagia orofaríngea se refiere a la modificación de la dieta. Con esta intervención, los estudios demuestran una reducción en el riesgo de penetración en la vía aérea y de neumonía por aspiración.

Se pueden realizar unas recomendaciones generales respecto a los alimentos que se deben emplear en caso de disfagia: en lo relativo a la textura, es importante que el alimento sea homogéneo, evitar grumos, espinas y que sea jugoso y de fácil masticación. Rehuir dobles texturas con mezclas de líquido y sólido. Incluir la máxima variación de alimentos para evitar la rutina y procurar que las condiciones organolépticas sean atractivas.

Tipos de dietas

1. Dieta basal. Normal. Cuando no existen problemas en la deglución, incluyendo todas las texturas y consistencias.
2. Dieta blanda o de fácil masticación. Con relación a problemas masticatorios, pero sin síntomas de disfagia. Posible como dieta de transición a la dieta normal.
3. Dieta de disfagia para la reeducación de la deglución. Este tipo de dieta constituye una transición desde la dieta para la disfagia con mayor gravedad (con textura exclusivamente triturada) hacia la dieta para la disfagia leve (reeducación de la deglución avanzada) o bien a la dieta destinada a usuarios sin trastorno deglutorio (con textura normal). Evita alimentos de riesgo y no admite dobles texturas. Permite formar fácilmente el bolo. Exigencia para masticación: ninguna o ligera/suave. ¿A qué tipo de usuarios está destinada?

- Presentar una disfagia en fase oral o faríngea leve o moderada.
- Tener dentición y capacidad de masticación adecuada para los alimentos que se incluyen.

En este nivel se prevé que se puede hacer frente, con seguridad, a porciones de comida de hasta 2,54 cm y manejar de manera adecuada el bolo alimenticio en la boca.

4. Dieta de disfagia para la reeducación de la deglución avanzada. Evita alimentos con líquidos tanto solos como formando parte de dobles texturas. Exigencia para masticación: alta.
5. Dieta túrmix (producto comercial). Es la dieta de elección para los usuarios que presentan la disfagia en fase oral o faríngea de mayor gravedad. Purés comerciales de consistencia uniforme, homogénea, saborizados y que reúnen los requerimientos nutricionales completos o enriquecidos.

Adaptación de los líquidos:

1. Textura néctar. Puede beberse en vaso; al caer forma un hilo fino.
2. Textura miel. Se puede beber o tomar con cuchara; al caer forma gotas gruesas, no mantiene su forma.
3. Textura pudding. Solo puede tomarse con cuchara; al caer mantiene su forma.

Más información: http://www.imserso.es

Ejercicio físico multicomponente

Eva María Manso Perú
DUE del Centro de Salud de Estella

Una vez detectado el anciano frágil, nuestras acciones se encaminarán a conseguir un adecuado estado nutricional, el control de las enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, la revisión y adecuación periódica de la medicación habitual. Por otro lado debemos fomentar alternativas a situaciones estresantes a las que son más vulnerables las personas mayores, como es la hospitalización.

Sin duda, la intervención que más efectividad ha demostrado en la mejoría de la condición física global y el estado de salud global en las personas mayores frágiles es la realización de programas de actividad física multicomponente.

La actividad física multicomponente reduce la incidencia y el riesgo de caídas, morbimortalidad y previenen el deterioro funcional y la discapacidad que son los principales eventos adversos de la fragilidad.

Las mejorías de la capacidad funcional son más evidentes cuando la intervención está dirigida a más de un componente de la condición física (fuerza, resistencia y equilibrio) comparado con un único tipo de ejercicio físico.

Este tipo de ejercicios son aquellos que integran ejercicios de fuerza muscular, resistencia aeróbica, flexibilidad y equilibrio

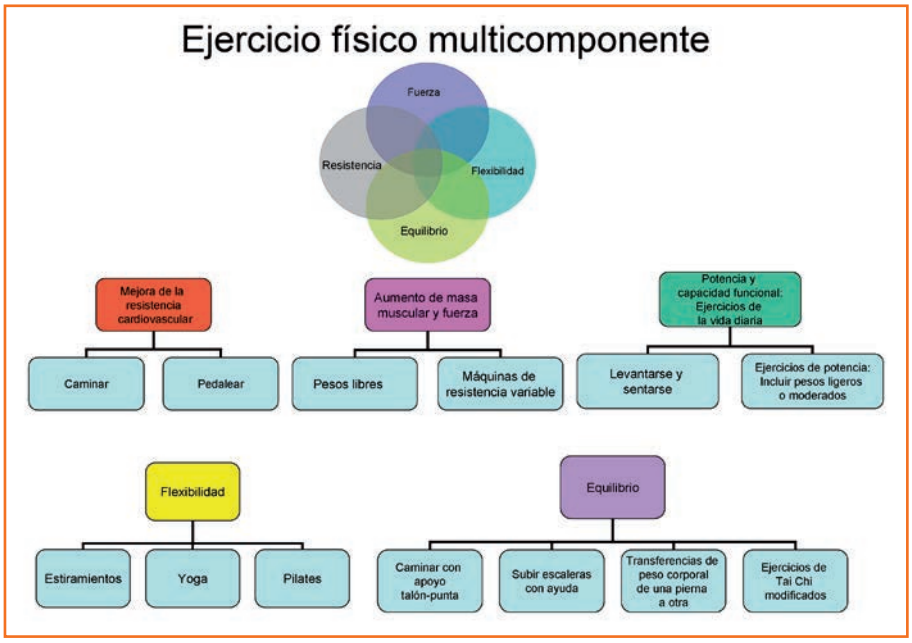
Indicaciones de ejercicio físico multicomponente e impacto en la fragilidad

Para obtener buenos resultados, independientemente del fomento de actividad física rutinaria y habitual, debiera proponerse un programa supervisado de ejercicio físico adecuado a las características de la persona, con suficiente intensidad, y que aborde varios aspectos como ejercicios aeróbicos (caminar y otros de resistencia aeróbica, fuerza muscular, flexibilidad y equilibrio (multicomponente). Aprovecharemos los recursos que tengamos en la comunidad (polideportivos o lugares específicos).

Es necesario que el diseño de un programa de ejercicio físico en el anciano frágil deba acompañarse necesariamente de recomendaciones sobre variables tales como la intensidad, potencia, volumen y frecuencia de entrenamiento ideales en esta población.

Debemos hacer una evolución médica previa rigurosa a todos los ancianos en busca de patologías asociadas que contraindiquen la realización de un programa de ejercicio físico, normalmente cardiovasculares: infarto cardiaco reciente o angina inestable, hipertensión no controlada, insuficiencia cardiaca aguda y bloqueo AV completo.

La forma de prescribir ejercicio físico en el anciano frágil debería realizarse con un plan individualizado, de forma progresiva y con la misma exactitud que cualquier tipo de tratamiento farmacológico.



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.

Tengo una enfermedad neurológica crónica, ¿necesito rehabilitación?

Goretti Esandi Martínez, Nora Goñi Belza, Estitxu García Ferreiros y Javier Cotelo Sánchez
Fisioterapeutas. Esclerosis Múltiple Navarra

Por patología neurológica se entiende toda enfermedad que afecta al sistema nervioso central (cerebro, médula espinal...) o periférico (nervios periféricos...). Dentro de estas enfermedades, algunas pueden resolverse espontáneamente (ej. Parálisis facial periférica) y otras pueden dejar secuelas crónicas.

Las patologías neurológicas crónicas pueden ser progresivas (ej. Parkinson) o no evolucionar con el paso del tiempo (ej. Ictus). Tanto en casos agudos como en crónicos es importante iniciar neurorrehabilitación, llevada a cabo por un equipo interdisciplinar.

La neurorrehabilitación es el proceso de recuperación de las funciones del sistema nervioso (SN) tras una lesión. Las secuelas pueden ser físicas, cognitivas, emocionales o sociales. Su objetivo es que la persona mantenga la máxima funcionalidad en su vida diaria. Este proceso se basa en la neuroplasticidad, que es la capacidad que tiene el SN de generar nuevas conexiones para intentar suplir las funciones de las áreas afectadas. Es muy importante aprovechar esta capacidad natural del SN para tratar de disminuir las secuelas, y en este sentido, la neurorrehabilitación juega un papel fundamental.

El equipo interdisciplinar incluye medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, neuropsicología y trabajo social entre otros. Este equipo se coordina adaptándose a la situación de la persona afectada, a su contexto y al ambiente que le rodea. Así mismo, es importante destacar el papel de la persona afectada y su familia, ya que serán también encargadas de tomar decisiones en este proceso.

Papel de la fisioterapia en las patologías neurológicas

La fisioterapia neurológica es necesaria en estas patologías, aunque el enfoque va a cambiar en función de si la persona presenta patología aguda o crónica.

En las patologías agudas la fisioterapia y el resto del equipo va a intentar aprovechar al máximo la neuroplasticidad del sistema nervioso, más activa en los primeros meses tras la lesión.

En las patologías crónicas no progresivas, la rehabilitación física va a fomentar la recuperación de las máximas funcionalidades posibles con la mejor calidad de movimiento.

En las patologías neurológicas crónicas progresivas, de forma general, se procurará mantener las máximas funcionalidades posibles sin centrarse tanto en la calidad de movimiento, permitiendo ciertas compensaciones y siempre adaptándose a los intereses y calidad de vida de las personas en cada momento de la enfermedad.

Enfermedades crónicas, sistema de salud y asociacionismo

Las patologías crónicas, sean progresivas o no, necesitan rehabilitación de larga duración, abarcando en muchos casos toda la vida de la persona. Por ello, es esencial un tratamiento de calidad que mire por los intereses y la calidad de la vida de la persona, llevado a cabo desde el sistema público de salud y donde juegan un papel importante las entidades de pacientes.

En Navarra existen varias asociaciones que surgen con el objetivo de atender a personas con enfermedades neurológicas crónicas. Una de ellas es la Asociación Esclerosis Múltiple Navarra (EM Navarra), que trabaja desde una perspectiva integral y sociosanitaria con las personas diagnosticadas de esta enfermedad neurológica, crónica y degenerativa. Esta enfermedad requiere de profesionales especializados y en formación continua para acompañar a la persona durante todo el proceso.

EM Navarra atiende a sus personas afectadas de forma ambulatoria con servicios como fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, psicología, neuropsicología y trabajo social. También cuenta con un centro de día especializado en atender a personas con un grado de dependencia mayor.

En la entidad ofrecemos el programa **ACTIVA-T,** *donde se ofertan 5 actividades (hidroterapia, pilates, feldenkrais, hipopresivos y marcha nórdica) dirigidas a mejorar el desacondicionamiento físico generado por estas enfermedades.*

Conclusión

Es imprescindible realizar neurorrehabilitación en enfermedades neurológicas crónicas, para así mantener la máxima funcionalidad el mayor tiempo posible con buena calidad de vida.

Manicura semipermante: una moda en alza

Elena Baztarrica Echarte. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Berdún. Huesca*
Leyre Aguado Gil. *Especialista en Dermatología. Clínica Universidad de Navarra*
Laura Calvo Barrena. *Especialista en Psiquiatría. CS Mental II Ensanche*
María Barber Ansón. *Especialista en Medicna Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra*
Irene Losada Álvarez. *Especialista en Urología. Complejo Hospitalario de Navarra*

Hoy en día proliferan en nuestras calles centros de belleza dedicados al cuidado de las uñas. Son centros que se encargan principalmente de una moda creciente, la manicura semipermante o esmaltado de larga duración. Además, las ventas de kits caseros con el mismo uso están en alza, lo que hace que la práctica esté totalmente extendida en nuestra sociedad.

La manicura semipermante ofrece la posibilidad de llevar las uñas perfectamente esmaltadas durante unas dos o tres semanas, garantizando resistencia a golpes, manipulaciones (propias de la actividad laboral o de la actividad física) o líquidos (natación, playa...), así como color y brillo, como el primer día.
Consiste en la aplicación o bien directamente sobre la uña natural o bien sobre una uña acrílica de hasta tres capas de esmalte, secando cada una ellas con luz ultravioleta o luz LED durante unos segundos. Previamente se debe preparar la uña limando su superficie.
La retirada de la manicura requiere colocar directamente un algodón empapado en un producto removedor sobre la superficie de la uña, envolverlo en papel de plata para evitar su evaporación y, tras unos minutos, raspar la superficie de la uña para la eliminación completa del esmalte. Los productos removedores de calidad tienen bajo porcentaje de acetona pero habitualmente suele usarse acetona pura.

La dermatitis alérgica de contacto

Todo este proceso no está exento de riesgos. En primer lugar la preparación de la superficie exige el limado de la uña, que no debe ser excesivo , ya que ésto podría eliminar capas de la uña y en consecuencia debilitarla.
Respecto a los esmaltes, contienen acrilatos UV curables, que son acrílicos de alta viscosidad que reaccionan a las radiaciones ultravioleta generando lo que se conoce como polimerización, lo que transforma a la tinta de curado UV en un elemento solido y estable.
Están descritos en la literatura científica casos de dermatitis alérgica de contacto secundaria al uso de dichos acrilatos, que, aunque son más frecuentes en el personal que trabaja en los salones que está más expuesto al producto, pueden desarrollarse también en usuarios.
La dermatitis alérgica de contacto consiste en una reacción inflamatoria que puede afectar al área periungueal incluyendo los pliegues periungueales, el hiponiquio y, en ocasiones, el lecho ungueal.
En algunos casos, las lesiones aparecen en los párpados, la cara y el cuello por transferencia del monómero alérgico a estas áreas. Esta dermatitis requiere un periodo de sensibilización previo con el alergeno (los acrilatos en nuestro caso) que puede ser variable, de meses a años, y una vez que se ha producido la sensibilización, las lesiones suelen aparecer entre 24 y 48 horas tras nuevas exposiciones al alergeno. Además dicha dermatitis podría estar asociada al desarrollo de onicolisis, que consiste en una separación distal o lateral de la uña del lecho ungueal, y que además podría predisponer al desarrollo de infecciones por hongos (Trichophyton rubrum, Cándida albicans...) o bacterias (Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus...).
Respecto a las luces de secado con luz UV, éstas suponen la incidencia de rayos UV directamente sobre la piel, lo cual podría predisponer al desarrollo de lesiones por daño solar en la piel, pero el tiempo es inferior al minuto por lo que la dosis recibida es escasa. Además hoy en día los salones sustituyen dicha luces por luces LED que requieren todavía menos tiempo de secado.
En cuanto al retirado, muchas personas arrancan la capa de esmalte cuando ésta comienza a levantarse, lo que podría arrastrar capas superficiales de la uña, contribuyendo a que se vuelva más débil. Lo mismo ocurre con los removedores de acetona pura, que resultan más abrasivos sobre la superficie de la uña.
Con todo, podemos concluir que el esmaltado de larga duración es una moda que no está libre de riesgos y que como todo, deberían buscarse centros de belleza que cuenten con productos de alta calidad y con profesionales bien formados con el fin de minimizar los riesgos.

¿Estigmatizamos a las personas con enfermedad mental?

Dra. Olga Lucía Correa Ospina
Médico psiquiatra. Hospital Reina Sofía de Tudela. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

La palabra estigmatizar proviene del griego. Se usa para referirse a las heridas sangrantes que "aparecen" en algunos santos asemejándose a las heridas de Cristo en la cruz. Por tanto, puede considerarse como el concepto original de este término la acción de marcar a alguien.

En sociología, estigma es una condición que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores. Así estigmatizamos a las personas cuando según la raza que tengan, la religión que practiquen, el lugar de donde procedan, por dar algunos ejemplos; de forma automática nos hacemos una idea de qué tipo de persona es. Pues bien, a lo largo de la historia el padecer una enfermedad mental ha sido y lo sigue siendo motivo para estimatizar a las personas como diferentes. Las personas en estas situaciones han sido separadas de sus familias y de su entorno social por temor a lo desconocido. Y es que las enfermedades mentales hasta hace no mucho tiempo eran unas grandes desconocidas, incluso para la sociedad médica.

Se ha recorrido un largo camino con el propósito de entender y tratar las enfermedades mentales. Inicialmente se creía no había ninguna solución. Se pensaba que eran "taras" o defectos irremediables de algún miembro de la familia. Y por supuesto era un tema del que no se hablaba abiertamente y podía ser motivo de vergüenza para los grupos sociales.

Tema tabú

Luego, con el avance de la medicina, pasamos al deseo desesperado de encontrar la forma de resolverlas, ya que se ha podido comprender que no se trata de "defectos irremediables", sino de enfermedades del funcionamiento mental.

Desde el inicio de la búsqueda de una solución para estas enfermedades se ha pasado por métodos que al día de hoy serían inaceptables con la intención contener la "agresividad". Pero los resultados no conseguían ser del todo positivos. Los pacientes no mejoraban.

En vista de la ausencia de una solución efectiva y las dificultades de manejo en casa, estos pacientes empezaron a ser institucionalizados. Esto significa que ingresaban en centros de salud mental sin muchas posibilidades de plantearse la recuperación de una vida satisfactoria, si algún día se contó con ella. Esto con el alto precio del aislamiento y la pérdida de autonomía para la persona.

Así se trataba la enfermedad mental grave antes de los años 70' en España y la mayor parte del mundo. Para muchas familias esto implicó un sufrimiento importante. En muchos casos se tendía a la ocultación de la realidad, ya que resultaba muy dolorosa, porque se entendía que un integrante de la familia había enfermado y "nunca mejoraría".

De manera que se convirtió en tema tabú, sobretodo si se trataba de alguna familia influyente en la sociedad o personaje público, este dato familiar se omitía. Y al familiar en cuestión se le recluía en los antiguos manicomios. Esto dio pie a que la enfermedad mental a lo largo de los años fuera señalada como un defecto social. O como el escritor Torcuato Tasso titula en su libro que cuenta la historia de un manicomio y una mujer que ingresa en él, "los renglones torcidos de Dios". Y así va surgiendo poco a poco la estigmatización de las personas con enfermedad mental.

Pero afortunadamente los seres humanos y la ciencia de su mano han evolucionado. Ya no entendemos la salud mental de forma tan equivocada. La medicina se ha preocupado por comprender más las enfermedades mentales y se ha propuesto de forma frenética a darles solución. En este punto estamos ahora. Con la investigación científica sobre la causa de las enfermedades mentales, el desarrollo de fármacos más eficaces y respetuosos con la autonomía y personalidad de los usuarios, y con la instauración de redes más completas de manejo de estas patologías, donde la rehabilitación de las personas tiene un lugar tan importante como el tratamiento en sí.

Centros de rehabilitación

Sobre la década de los años 70 se inicia el movimiento conocido como "desinstitucionalización". Este proceso consistió en que progresivamente los pacientes fueron evaluados de forma minuciosa y salieron de los antiguos "manicomios". Fueron derivados a centros de rehabilitación en salud mental y centros de tratamiento individualizado con equipos de profesionales a cargo de su seguimiento ambulatorio y otros recursos especializados para la recuperación de las personas.

Esto supondría dejar atrás la época de ocultar a las personas que enferman a nivel mental. Pero la lucha para abandonar el estigma y el rechazo de estas personas es difícil. Se sigue observando que a nuestros pacientes se les trata como poseedores de enfermedades contagiosas, o motivo de vergüenza y esto genera temor y por lo tanto se les aleja.

Debemos saber que las enfermedades mentales pueden ocurrir en todos los estratos de la sociedad sin respetar raza ni nivel económico. Y también debemos saber que uno de los primeros indicadores de buen pronóstico en un paciente de salud mental es la situación de integración social. Cuando un paciente es despedido de su empleo; cuando sus amigos se aíslan; cuando su pareja se separa, las posibilidades de recuperación no desaparecen, persisten pero el camino hacia esta se hace más difícil de recorrer.

Integración social

Somos seres sociales y por lo tanto necesitamos de la sociedad en mayor o menor medida para conservar una salud mental óptima. Parte del proceso terapéutico de un paciente recae sobre la recuperación o integración social. La mente lo requiere para restablecerse. Un individuo aislado independientemente de su situación de salud mental tiende al deterioro de sus capacidades, al estancamiento de su evolución.

Esta puede no ser una tarea fácil para muchas de las personas del entorno de un paciente que padece una enfermad mental. Cuando un familiar enferma, la familia completa se ve afectada, el sufrimiento no lo padece solo ese individuo, toda la unidad familiar lo vive de una u otra forma. Y por desgracia a veces no se intenta reparar el daño por miedo, pero sobretodo por desconocimiento.

Desconocimiento de que hay posibilidad de recuperación. Los profesionales en la salud mental estamos deseosos de integrar a las familias y red social de nuestros pacientes en el proceso de restablecimiento de la salud, de rehabilitación y de recuperación. Creemos que es fundamental trabajar en equipo con pacientes y familiares y así mejorar los resultados.

Ahora bien hay que decir que en muchos casos los primeros que ocultan de enfermedad y sienten vergüenza de padecerla son los propios pacientes. Es decir, que se "autoestigmatizan". Es comprensible que así sea teniendo en cuenta lo que hemos visto a lo largo de la historia en la salud mental y la manera de visualizarla por parte de la sociedad. Si temen verse, o se han visto señalados y apartados por padecer dificultades a nivel de la salud mental, lo esperable es que tiendan a ocultarlo.

Por eso, hacemos especial énfasis en la necesidad de que haya una clara comprensión de que las enfermedades mentales son un problema de salud, no un elemento de desprestigio. Que si lo ocultamos de tras de la puerta, solo puede producir más sufrimiento.

Médicos y Profesional Sanitario

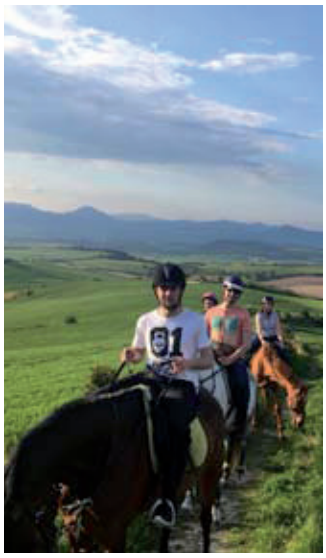
Zona Hospitalaria necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.

Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CURSOS 2020



ACTIVIDADES

CURSOS POR MESES ¡¡APÚNTATE!!

- **Clases de Iniciación y de Tecnificación de doma y salto**
- **Participación en las ligas de doma y salto**
- **Participación en los campeonatos nacionales**
- **Txiki Pony**
- **Equinoterapia, Paseos, Pupilajes...**

INSCRIPCIONES

- **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

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

10% descuento

SI PRESENTAS ESTE ANUNCIO al inscribirte en el **CURSILLO DE INICIACIÓN (8 clases)**. Válido para TODAS LAS EDADES hasta el 31 de marzo de 2020