ZH 15 AÑOS

medicina salud

zonahospitalaria

medikuntza eta osasuna

ospitaleko gunea nafarroa

navarra

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

www.zonahospitalaria.com añoXV enerofebrero2021 nº87

SUMARIO

2 Tengo varices, ¿qué tratamiento es el más adecuado para mi?
3 ¡Ya disponemos del nuevo nuubo system!
4 La persona mayor frágil
5 Radiofrecuencia, una técnica efectiva en el tratamiento del dolor
6 El intestino, un segundo cerebro
7 ¿Cuál es el mejor tratamiento para mis varices?
8 Enfermedad respiratoria crónica: ejercicio en tiempos de COVID-19
9 La estructura ósea, clave en la estética facial
10 El lenguaje con enfermos de cáncer (apuntes)
12 La cognición social como dominio neurocognitivo
13 Tratamiento de varices grandes con adhesivo (Venaseal) y microespuma...
14 Aliviar la tensión y la ansiedad antes de ir al quirófano
15 Vida en los ojos del paciente
16 Oxigenoterapia hiperbárica en traumatología
17 La sedación consciente, la solución para aquellos niños con miedo al dentista
18 Desórdenes de la articulación temporomandibular
20 ¿Cuándo un dolor de cabeza debe preocuparme?
22 Atención enfermera extrahospitalaria del politraumatizado
23 Enfermedad boca-manos-pies
24 ¿Qué es estar en emergencia emocional? (II)
27 Rotura de fibras del gemelo...
28 ¿Mi hijo se queda sin respiración...
30 ¿Qué son los cólicos del lactante?
31 El masaje infantil

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

GOOGLE ANALYTICS
3.264.770
VISITAS A PÁGINAS
HA RECIBIDO ZH EN 2020

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Merche Ferrer **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (mercheferrer@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.*

Tengo varices, ¿qué tratamiento es el más adecuado para mi?

ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON LÁSER

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 gran proporción de la población nota pesadez, dolor y edema en las extremidades inferiores. La mayoría de las veces por un problema de varices que tiene un tratamiento rápido, eficaz y poco agresivo.

Las varices son venas que han dejado funcionar y provocan hipertensión venosa ocasionando una dilatación de la misma y causando los síntomas que todos conocemos: pesadez, dolor de piernas, cansancio, calambres, picor, piernas inquietas, y en casos avanzados flebitis, hemorragias, lesiones en la piel e incluso heridas en la piel difíciles de tratar.

Ante la presencia de varices no dude en acudir a un cirujano vascular con experiencia para llevar a cabo una exploración física y SIEMPRE un ECODOPPLER VENOSO color para valorar el estado de la circulación de la pierna para escoger el tratamiento más adecuado (**no todas las varices se deben tratar del mismo modo**).

En la Seguridad Social le ofrecerán el tratamiento habitual y más antiguo, la cirugía llamada **safenectomía**, supone "arrancar" el tronco venoso afectado junto con las colaterales varicosas de cierto calibre, es un tratamiento muy agresivo que precisa de una anestesia epidural o general, baja laboral de entre 4 y 6 semanas y soportar un postoperatorio con dolores durante semanas, cicatrices de gran tamaño además de la lesión de los nervios que las acompañan generando zonas de la piel con menos sensibilidad (acartonadas) generalmente de por vida.

En centros como el nuestro especialidados en tratamientos de estos problemas le ofrecemos los tratamientos más adecuados y menos agresivos para solucionar su caso en concreto. NO TODAS LAS VARICES SE TRATAN IGUAL.

Láser endovacular

Se trata de un procedimiento ambulatorio, se realiza con una sedación suave y consiste en realizar un simple pinchazo en la vena a tratar por el que se introduce una fibra LÁSER que desprende calor y provoca que la vena a tratar se cierre, la ventaja de este tratamiento es que piernas con varices enormes se solucionan en 30 minutos, el paciente puede realizar una vida prácticamente normal el mismo día y olvidarse de su problema sin necesidad de realizar visitas frecuentes a la consulta médica. Es el método más moderno, rápido, menos agresivo y con menos índice de recidivas para tratar varices de gran calibre.

La esclerosis con microespuma

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

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

Conclusión

Cualquier variz con indicación de cirugía es tratable con una de estas técnicas. Son tratamientos muy poco agresivos, no afectan a otros vasos sanos o nervios periféricos, no provoca el dolor ni las posibles complicaciones ni las incomodidades ni las lesiones e inconvenientes permanentes que genera la cirugía tradicional.

Consulte con un Cirujano Vascular con experiencia para aplicar el tratamiento más adecuado a su caso en concreto.

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

¡Ya disponemos del nuevo nuubo system!

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

Renovarse o morir. La última versión del Nuubo System ya forma parte del equipo técnico de nuestra consulta de cardiología en Pamplona. En la sección de 'Patologías' de este portal web hay suficiente información publicada acerca del llamado 'holter ECG' pero, resumiendo, se puede definir como una prueba sencilla en la que se suelen colocar unos electrodos ("pegatinas") en el tórax (pecho) del paciente para registrar, de forma continua, el ritmo cardiaco a través de un sistema de grabación.

La tecnología del nuevo Nuubo ha sido diseñada para obtener la mejor calidad de la señal del ECG de los pacientes, además de traer determinados avances que suponen un mejor diagnóstico -proyecta más información que los anteriores sistemas- y una mayor comodidad para los pacientes -sin cables ni adhesivos-. Además, permite mayores posibilidades en el tiempo de estudio. Habitualmente, la prueba con los sistemas convencionales es capaz de registrar el ritmo cardiaco entre 24 y 48 horas pero con el sistema Nuubo se puede prolongar, según las necesidades, hasta los 30 días.

Palpitaciones, lipotimias, arritmias...

Esta es una prueba idónea para pacientes que presentan "palpitaciones" (sensación subjetiva del latido cardiaco) y en los que no se ha llegado a establecer un adecuado diagnóstico. También se puede utilizar en pacientes que hayan presentado un episodio sincopal o "lipotimia" (pérdida de conocimiento con caída al suelo).

Como es un dispositivo muy cómodo, que utiliza un sistema de grabación avanzado, se puede registrar el ritmo del corazón durante un tiempo más prolongado. Este sistema parece que mejora el diagnóstico de una arritmia muy frecuente: fibrilación auricular. También puede ser de utilidad en el diagnóstico de arritmias en pacientes que practican deporte. Por todos estos motivos, nuestra consulta dispone del sistema de Holter Nuubo desde hace más de 3 años, una de las tecnologías más avanzadas que existen en el mercado con el objetivo de tener los mejores recursos destinados a nuestros pacientes.

El nuevo modelo incluye un chaleco que se ajusta mejor y obtiene una calidad de señal óptima en muchas situaciones (durante el ejercicio intenso, por ejemplo).

La "grabadora", donde se almacena la información, dispone de un botón que el paciente puede pulsar cuando nota las arritmias (registro de eventos).

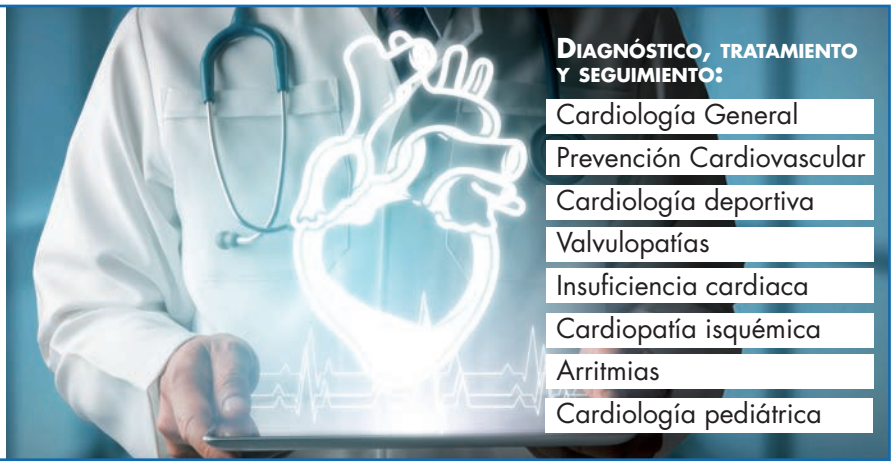
Por último, el sistema informático con el que se procesan los datos es más dinámico e interactivo, esto permite una mejor precisión a la hora obtener un diagnóstico adecuado.

Como conclusión, el nuevo modelo de Holter Nuubo es más eficaz, más versátil y mucho más fácil de usar -tanto para el paciente como para el cardiólogo-.

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



La persona mayor frágil

Eva María Manso Perú
DUE. CS de Estella

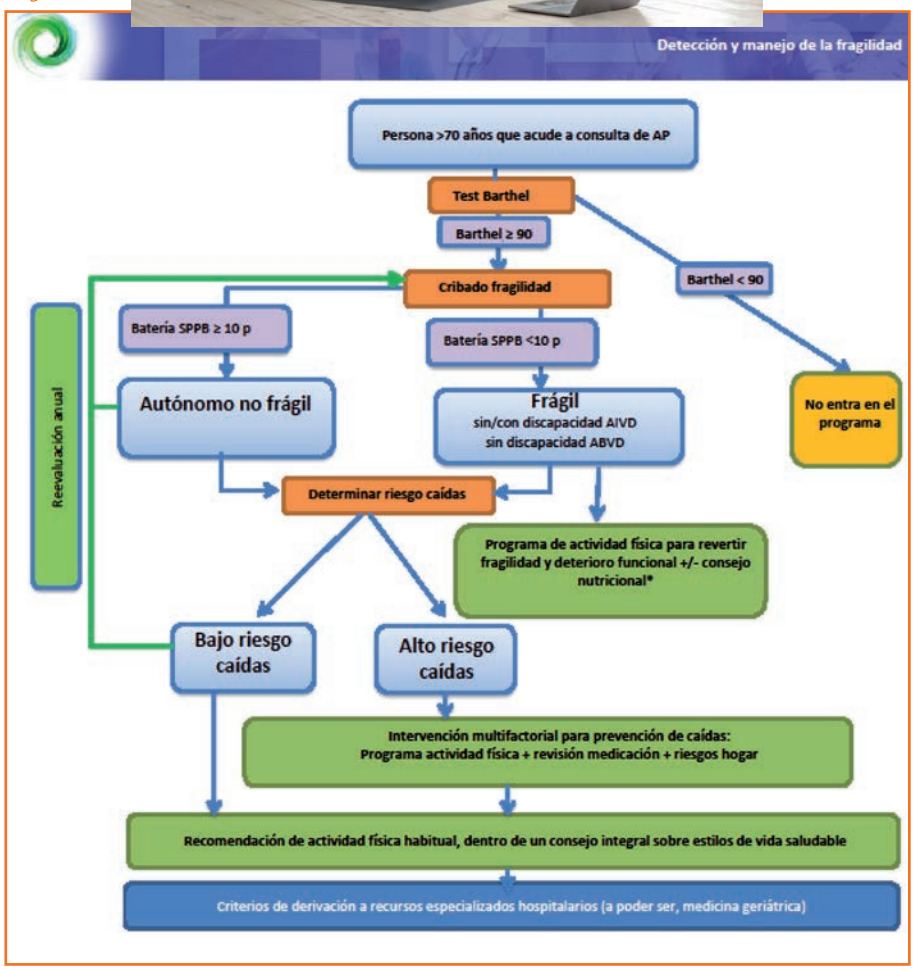
Los cambios demográficos y el envejecimiento de la población a nivel mundial justifican la necesidad de examinar el impacto del envejecimiento y el ejercicio físico sobre la salud, con el fin de prevenir sus consecuencias indeseables, mejorar el bienestar de los ancianos y facilitar su adaptación a la sociedad en que viven.

La prevalencia de personas mayores frágiles es del 10-20% en el medio comunitario.
Así, la discapacidad y la fragilidad, se han convertido en centro de atención de la investigación básica, clínica y poblacional.
El síndrome de la fragilidad define a los ancianos vulnerables, es decir, aquellos con un riesgo elevado de sufrir eventos adversos.
Es de vital importancia hacer un cribado y detectar al anciano frágil, siendo el abordaje una cuestión fundamental para conseguir un aumento de la perspectiva de vida libre de discapacidad.

Detección de la persona mayor frágil

Intentaremos detectar los primeros datos de disminución de funcionalidad y valoraremos si hay merma de funcionalidad respecto al estado previo. Existen múltiples test y pruebas que nos sirven para valorar la funcionalidad del anciano, pero las escalas más empleadas en nuestro medio son el índice de Lawton y Brody y la escala de Barthel.
El cuestionario VIDA, creado y validado en España, presenta mayor rango de determinación de actividades y puntuación, sin sesgo de género, y sencilla de cumplimentar (unos 3 minutos).
Otro de los instrumentos a nuestro alcance es la valoración geriátrica integral (VGI), herramienta de valoración multidimensional para personas mayores, que ha demostrado efectividad detectando nuevos diagnósticos y manejándolos adecuadamente, tanto en el medio geriátrico especializado como en la atención primaria.

Figura 1



Pruebas de ejecución o desempeño: sirven para valorar la funcionalidad, y se emplean ampliamente en la detección de la fragilidad. En ellas los sujetos realizan diferentes tareas específicas, generalmente motrices y de marcha, o relacionadas con el equilibrio o movilidad de extremidades
Para cribado de fragilidad, según el documento de consenso en caídas y fragilidad del SNS, las pruebas de ejecución se indicarían en las personas de 70 o más años, que no tengan alteración en las ABVD (Barthel ≥90 puntos).
Algunas de ellas son:

- **Short Portable Physical Battery (SPPB):** Valora el equilibrio en diferentes posiciones de los pies, marcha al caminar 4 metros generalmente, y levantarse y sentarse repetidamente de una silla.
- **Test de la marcha:** Velocidad en m/seg para recorrer una distancia, en general de 4 ó 5 metros.
- **Prueba de "levántate y anda":** Tiempo que tarda en levantarse de una silla, caminar 3 metros y volver a sentarse en la silla.

El documento de consenso en fragilidad y caídas del SNS indica detectar a las personas mayores frágiles a través del SPPB, aunque también son de utilidad las otras pruebas de ejecución. *(Ver Figura 1)*

Los pacientes clasificados como ancianos frágiles, serán susceptibles de una intervención principalmente de actividad física y consejo nutricional, completando la
valoración del riesgo de caídas, como síndrome geriátrico por excelencia incapacitante.
Hay que poner atención en manejar adecuadamente los procesos agudos y sobretodo las enfermedades crónicas que se relacionan más con la discapacidad y dependencia (cuadros osteoarticulares degenerativos y reumáticos, enfermedad cardiovascular y bronquial crónica, trastornos neurológicos, etc.), y los síndromes geriátricos principales (incontinencia urinaria, deterioro cognitivo, inestabilidad y caídas, desnutrición).
Intentaremos adecuar la medicación, valorar interacciones, sopesar los efectos secundarios, tratar de reducir el número de medicaciones y evitar, en la medida de lo posible, la polifarmacia.
La hospitalización domiciliaria, u otras formas de control avanzado domiciliario, o incluso apoyado con nuevas tecnologías (telemonitorización) pueden ser alternativas, al menos para reducir la estancia hospitalaria.
En resumen, el adecuado cribado y control de nuestros pacientes frágiles y su funcionalidad y adaptación al medio en que viven es primordial para conseguir una vida autónoma y libre de discapacidad.

Radiofrecuencia

Una técnica efectiva en el tratamiento del dolor

Dr. Juan A. Martínez Molina
Especialista en Anestesiologia y Tratamiento del Dolor
Nº Colegiado: 3108040
Clínica San Fermín | Avda. Galicia, 2 | 31003 Pamplona | Cita previa 948 23 58 50 - 623189010
jamtnezmolina@gmail.com | www.drmartinezmolina.com

Es frecuente encontrar pacientes que acuden a la consulta con un dolor que no han conseguido aliviar tras varios tratamientos (generalmente infiltraciones). Además, muchos pacientes refieren que en los casos en los que se ha conseguido un alivio, este ha sido poco duradero. En estos casos la radiofrecuencia puede suponer un tratamiento eficaz para el alivio del dolor.

¿Qué es la radiofrecuencia?

Se trata de una técnica mínimamente invasiva que consiste en aplicar una corriente de alta frecuencia a través de una cánula (aguja) que se coloca en el lugar responsable del dolor, generalmente bajo visión directa con radiografía o ecografía. Al pasar la corriente por la cánula, la temperatura en la zona aumenta, consiguiendo así aliviar el dolor mediante la interrupción / modulación en la transmisión del estimulo doloroso.

¿Cómo se hace el procedimiento? ¿Es doloroso?

El procedimiento se realiza habitualmente en quirófano, con anestesia local y con una sedación para que usted se encuentre confortable durante el procedimiento. No es una técnica dolorosa, aunque bien es cierto que puede notar alguna pequeña molestia en algún momento del procedimiento.

¿Tiene efectos secundarios?

Generalmente realizando la técnica en quirófano y guiándonos con técnicas de imagen las complicaciones y efectos secundarios son pocos e infrecuentes.

¿En qué patologías puede utilizarse para el alivio del dolor?

Puede emplearse en múltiples patologías. Las mas frecuentemente empleadas son patologías lumbares como el dolor facetario y la patología discal lumbar. Es una técnica útil en el tratamiento del dolor debido a artrosis. También tiene su aplicación en el tratamiento de dolores articulares como rodilla, hombro y cadera.

¿Este alivio me va a durar más que con una infiltración?

Si, generalmente esta técnica es mas duradera que las infiltraciones sencillas, pudiendo llegar a conseguir un alivio del dolor de hasta 12 meses. Se trata de una técnica que se puede realizar de nuevo si vuelve a aparecer el dolor. Contamos con un protocolo anti-COVID completamente actualizado para ofrecerle la máxima seguridad y garantía en su tratamiento.

Dr. Martínez Molina
TRATAMIENTO INTEGRAL DEL DOLOR

Clínica San Fermín
Avda. Galicia, 2. Pamplona
Cita Previa: 948 235 850 | 623 189 010
www.drmartinezmolina.com

- Lumbalgia. Hernia discal. Radiculopatía
- Artrosis. Enfermedades degenerativas
- Dolor cervical
- Cefaleas crónicas. Migrañas
- Hombro doloroso
- Lesiones deportivas musculotendinosas
- Patología del suelo pélvico
- Dolor articular
- Dolor sacroilíaco
- Fibromialgia. Síndrome de fatiga crónica
- Infiltraciones
- Bloqueos epidurales
- Radiofrecuencia
- Iontoforesis
- Perfusión intravenosa de fármacos

El intestino, un segundo cerebro

Dr. Santiago Navas. *Farmacéutico. Investigador del Centro de Investigación en Nutrición de la Universidad de Navarra*
Dr. J. Alfredo Martínez. *Catedrático en Nutrición. Universidad de Navarra*
Begoña de Cuevillas. *Dietista-Nutricionista. Investigadora del Centro de Investigación en Nutrición de la Universidad de Navarra*

La obesidad es el trastorno nutricional más frecuente a nivel mundial. El rápido incremento de las tasas de obesidad infantil la convierte en uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial.

En el mundo, hay 124 millones de niños y adolescentes afectados por la obesidad, mientras que las cifras a nivel nacional indican que, en España, un 40,6% de los escolares entre 6 y 9 años tienen exceso de peso corporal. Esta prevalencia de obesidad infantil aumenta con la edad, obteniendo así la alarmante cifra de que el 77% de los niños obesos serán adultos obesos en el futuro.

Peso y altura

El peso excesivo en relación a la altura está originado por diversas causas, como factores sociales, factores ambientales (dieta, sedentarismo, etc.), comportamiento individual, factores psicológicos y factores genéticos. Algunos de ellos pueden ser modificables, como la alimentación o la actividad física, sin embargo, otros no son modificables, como el sexo o la edad, por lo que su abordaje tiene que ser integral.

La identificación de factores de riesgo asociados con la obesidad, así como la cuantificación del riesgo de cada uno de ellos resulta fundamental para entender un problema multifactorial como es la obesidad infantil.

En los últimos años, se está estudiando mucho la relación que puede tener esta enfermedad con la microbiota intestinal. De hecho, es frecuente el uso de la expresión: "El intestino es un segundo cerebro", pero ¿de qué hablamos realmente? Cuando mencionamos el término microbiota, nos referimos a la comunidad de microorganismos que residen en un entorno particular. Concretamente, la microbiota intestinal es aquella que reside en nuestro intestino y que se excreta fecalmente. Este conjunto de microorganismos intestinales compone entre 1 y 2 kg de nuestro peso corporal total.

Las bacterias de nuestro intestino ayudan en funciones metabólicas y producción de sustancias que nuestro organismo no sería capaz de fabricar sin su ayuda, y a cambio le proporcionamos un lugar de colonización, que es nuestro tubo digestivo. Es durante los primeros años de vida cuando vamos formando la microbiota intestinal que nos irá acompañando a lo largo de nuestra vida junto con la alimentación, la genética, y el resto de factores.

¿Qué relación tiene la microbiota intestinal con la obesidad?

Las bacterias de nuestro organismo se alimentan de los componentes de alimentos que se encuentran como la fruta, verdura o frutos secos, y es por esto que una alimentación de mala calidad es capaz de promover un estado de inflamación en nuestro organismo asociada a su fermentación por los organismos intestinales. Además, diversos estudios demuestran que una menor diversidad de la composición de la microbiota intestinal se relaciona con un aumento de la grasa corporal.

Estudio CORALS

En todo este contexto nace CORALS, un estudio cuyo objetivo general es analizar un grupo de niños de 3 a 6 años, para poder, posteriormente, realizar medidas anuales e intentar determinar los factores de riesgo de obesidad infanto juvenil. Dicha investigación tendrá en cuenta múltiples factores de riesgo, atendiendo al carácter multifactorial de la obesidad y su relación con la microbiota intestinal.

En general, el estudio consta de dos visitas además de la realización de la extracción de sangre. La primera visita, de unos 40 minutos, donde se realizará la entrega de cuestionarios a los padres junto con los botes para la recogida de muestras. Además, realizaremos las medidas antropométricas, la tensión arterial y el estudio de la condición física a los niños. En cuanto a la segunda visita, tendrá una duración de unos 20-25 minutos y no será necesario que los niños estén presentes. Ambas se realizarán en las instalaciones de la Universidad de Navarra.

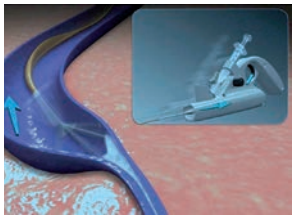
Os invitamos a participar en este trabajo de investigación, tan importante en la actualidad.

Podéis contactar con nosotros a través del correo electrónico bdecuevilla@unav.es o por teléfono/WhatsApp al 646 60 56 78 para participar o recibir información sin compromiso. También podéis escanear el código QR y rellenar el formulario.

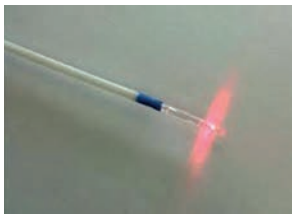
Invitamos a cualquier niño/a de Navarra de entre 3-6 años a participar con nosotros

Coral STUDY

¿Cuál es el mejor tratamiento para mis varices?



CATÉTER CLARIVEIN®



LÁSER ENDOVENOSO

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

Las varices son una patología muy frecuente, que consiste en una dilatación permanente de las venas de las piernas. Ello supone una anomalía estética. Pero, sobre todo, es un problema circulatorio real, puesto que se sobrecargan las venas de las piernas y se dificulta el retorno de la sangre hacia el corazón.

Su **tratamiento** tiene un doble objetivo: por un lado solucionar el problema circulatorio, y, por otro, mejorar el aspecto de las piernas. Hay **diferentes métodos** para eliminar las varices, y todos son efectivos, pero sólo un especialista en Angiología y Cirugía Vascular puede ofrecerle el mejor tratamiento para su problema concreto. Una mala indicación resulta en un tratamiento ineficaz, e incluso dañino, pues todos los métodos tienen sus ventajas, pero también sus inconvenientes si no se aplican al caso adecuado.

Esclerosis con microespuma

Entre las posibilidades de tratamiento, destaca la **esclerosis con microespuma** por su mínima agresividad. Es el método menos invasivo para eliminar las varices. Consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes, lo cual induce a su fibrosis y paulatina desaparición. Permite tratar todo tipo de varices, y no precisa anestesia de ningún tipo.

Técnica MOCA

Cuando hay afectación de algún eje safeno, la variante más efectiva de la microespuma es la **técnica MOCA** (mecánico/química). Se basa en el uso de un catéter que gira dentro de la vena para lesionar su capa íntima a la vez que se introduce microespuma. Este efecto mecánico/químico permite eliminar un eje safeno en una sola sesión. Se lleva a cabo con anestesia local, y, como la esclerosis con microespuma, es un tratamiento ambulatorio que permite reanudar las actividades habituales de la vida diaria inmediatamente.

Láser endovenoso

Por último, cuando las varices dependen de la safena interna o externa, y éstas son de gran calibre, el mejor método de tratamiento es el **láser endovenoso**, que es un procedimiento de termoablación. Consiste en la introducción de una fina fibra láser en el interior del segmento venoso y disparar pequeños pulsos de luz láser para ir fibrosando la vena con el calor que se genera. Es un método ambulatorio que se lleva a cabo con anestesia local y una ligera sedación. También permite reanudar las actividades de la vida diaria muy precozmente. Su uso está limitado en safenas muy superficiales o suprafasciales.

Si necesita una valoración de sus varices, el **doctor Jiménez Arribas** posee más de 20 años de experiencia en el tratamiento de las mismas, con miles de casos tratados. Le ofrecemos profesionalidad: una valoración honesta de su problema, la indicación del mejor tratamiento disponible en su caso y un seguimiento inmediato y cercano a lo largo de todo el procedimiento.

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE VARICES
CLARIVEIN® –MICROESPUMA–LÁSER ENDOVENOSO

VSC
Varices Sin Cirugía

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

TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
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

fisioterapia

Enfermedad respiratoria crónica:
ejercicio en tiempos de COVID-19

Janko Calvo Gil. *Fisioterapeuta del Hospital Reina Sofía de Tudela*

La práctica de actividad física de manera regular es esencial para tener un estilo de vida saludable y todavía más importante para aquellas personas que sufren una patología crónica respiratoria (como por ejemplo EPOC, bronquiectasias, fibrosis quística, etc). La falta de movilidad tiene un efecto directo negativo en la fuerza muscular y la capacidad cardiopulmonar.

El confinamiento decretado por la crisis sanitaria puede llevar a la inactividad física y al sedentarismo de las personas; especialmente en estos pacientes crónicos, por lo que citaremos unas recomendaciones generales de ejercicios que pueden realizar en su domicilio durante estos tiempos de COVID-19.

- Realizar ejercicio físico a diario (puede variar en función de la situación clínica de cada uno). Detener el ejercicio si presenta sintomatología respiratoria más de la habitual (mayor sensación de ahogo o dificultad al respirar). Usar la escala de Borg para controlar la intensidad de los ejercicios. Esta escala valora la percepción subjetiva de esfuerzo y puntúa desde 0 (que corresponde a nada de fatiga o de dificultad respiratoria) y aumenta hasta 10 (corresponde a la máxima fatiga o dificultad): Se recomienda realizar ejercicio de intensidad ligero-moderado. Esto quiere decir que el cansancio de los músculos que están trabajando o la sensación de dificultad respiratoria durante el ejercicio debería estar entre 4-5 (por encima del color verde, sin llegar al rojo). **NO sobrepasar estos valores.** Y en los períodos de descanso esta sensación se recupere a valores de 0-2 (por debajo del color verde).

Si se sobrepasa la intensidad recomendada disminuir el número de repeticiones o el ritmo al que se está haciendo el ejercicio.

- Evitar períodos largos de sedestación o inmovilidad. Realizar 2-3 veces al día, combinando ejercicios de piernas y brazos:

- **Ejercicios para piernas:** sentado en silla levantar la pierna hacia arriba, levantarse y sentarse de la silla, caminar en estático (levantar rodillas hacia arriba), subir y bajar escalón, ponerse de puntillas sujetándose a una silla, dar paseo por la vivienda,....
- **Ejercicios para brazos:** Levantar peso (ejemplo botella de agua) hasta altura de los hombros (separando los brazos del cuerpo), levantar palo hacia delante y arriba, hacer flexiones en la pared,...
- Controlar la respiración durante los ejercicios: Inspirar (coger aire) por la nariz y espirar (soltar aire) por la boca con los labios fruncidos (como si soplásemos una vela).

Aquellos pacientes que habitualmente hacen fisioterapia respiratoria para el correcto drenaje de secreciones, necesitan seguir con la práctica de estas técnicas durante el confinamiento.

- Los ejercicios de fisioterapia respiratoria deberían realizarse teniendo en cuenta el tratamiento inhalado que cada paciente realiza. Por lo que se recomienda seguir este orden (el cuál variará en función de los fármacos que le hayan pautado el médico. Si no está pautado, no se realiza): **1)** broncodilatador, **2)** suero hipertónico nebulizado, **3)** ejercicios de fisioterapia respiratoria, y **4)** antibiótico nebulizado.
- Realizar aquellos ejercicios que usáis habitualmente con vuestro fisioterapeuta respiratorio para eliminar las secreciones. Como por ejemplo, espiraciones lentas y prolongadas con glotis abierta, uso de distintos dispositivos instrumentales, tos dirigida, etc.
- Como mínimo realizar 1 vez al día, pero se pueden realizar todas las veces que sea necesario.
- Para evitar al máximo el riesgo de contaminar el entorno se recomienda:

- Usar servilletas de un solo uso y tirarla directamente a la basura cuando se expectore.
- Limpiarse bien las manos después de los ejercicios (agua y jabón, o solución hidroalcohólica).
- Limpiar las superficies de alrededor (mesa, silla, etc) y airear la casa durante unos minutos después de realizar los ejercicios.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso
La Salud también Viaja
Servicio Religioso CHN / Colegio de Médicos
www. peregrinacionesnavarra.es

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

Desde el Servicio Religioso del Complejo Hospitalario os informamos que seguiremos haciendo nuestros pequeños viajes y peregrinaciones siempre que la situación de la pandemia nos lo permita. Iremos poco a poco. El año 2020, a pesar de todo, se han hecho pequeñas salidas, un viaje a la Ribera Sacra con Portugal y Crucero por el Duero, una escapada a Gredos que resultó maravillosa.
Nuestras ilusiones para 2021 son grandes. Si el 2020 hemos sido los únicos en Navarra en hacer viajes, nuestras intenciones por supuesto son similares. Tenemos el Año Jubilar en Santiago de Compostela, las Edades del Hombre que este año visita tres puntos y es un viaje estupendo, si las cosas van bien queremos ir a Tierra Santa peregrinación que el año pasado hubo que suspender por cierre de fronteras. Nuestra clásica Peregrinacion a Fátima y por supuesto a Lourdes.

Estareis informados debidamente. Teléfono a vuestra disposicion 647 679 821

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

La estructura ósea, clave en la estética facial

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Especialista en Cirugía Maxilofacial e Implantología
Nª Col. 6114-NA
www.clinicabustillo.com

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

Son indudables los avances que se han realizado en los últimos años en el campo de la estética dental. Cada vez se dispone de más tipos de tratamiento para mejorar el color y el aspecto de las piezas dentales, al tiempo que se ha progresado enormemente en la reconstrucción de los dientes, tanto mediante prótesis removibles como a través de implantes dentales.

Sin embargo, da la impresión de que a veces se concede mayor importancia a los aspectos puramente ornamentales, sin considerar que detrás de ellos existe una vertiente mecánica y funcional que es tanto o más primordial.

Por ejemplo, hay personas que piensan que un blanqueamiento o la colocación de unas carillas dentales parecen más necesarios para mejorar su sonrisa que reponer los molares perdidos. Como estos últimos no se ven, puede deducirse que no afectan a dicha sonrisa. Pero lo cierto es que la desaparición de cualquier pieza dental, y no solo las anteriores, resulta mucho más decisiva a la hora de determinar el envejecimiento del rostro, la pérdida de la naturalidad y, en definitiva, del deterioro de la sonrisa.

Con ello no quiero minusvalorar el papel de las intervenciones meramente 'estéticas', sino resaltar el hecho de que un tratamiento riguroso de estética dental precisa tener en cuenta la situación de la estructura ósea del paciente y del estado funcional de sus dientes. Porque, en realidad, lo que introduce un cambio radical y provoca la vejez prematura es la pérdida de los dientes. Cuando desaparece una pieza, comienza a atrofiarse la masa ósea que lo sustenta. El hueso alveolar maxilar y mandibular que aloja el diente existe para soportar las cargas de la masticación y los músculos que rodean la boca. Al detenerse su función, tanto este como los tejidos blandos se deterioran rápidamente por la falta de riego sanguíneo y la destrucción de células y fibras elásticas.

Influencia de la pérdida de hueso en el envejecimiento prematuro

La situación afecta a la configuración ósea del rostro en su totalidad y da lugar a cambios y deformaciones de los rasgos faciales. Tal como podemos observar en el envejecimiento natural, se pierde el contorno labial y los propios labios se hunden. Cae la distancia entre la barbilla y la nariz y se genera un pseudoprognatismo, ya que la mandíbula rota para buscar la estabilidad que antes le aportaba la dentadura. Al mismo tiempo, aparecen con rapidez las arrugas, sobre todo en la parte superior (el efecto 'código de barras) y crece la parte blanda de la barbilla por acumulación de grasa submental (el llamado 'papo').

Poco a poco, esta evolución provocada por la merma del hueso se traslada al conjunto de las facciones, y nos encontramos con personas que aparentan mucha más edad de la que tienen.

La buena noticia es que es posible revertir este proceso mediante diferentes técnicas que, como he indicado al comienzo, van más allá de un simple 'retoque externo' de la sonrisa.

La primera medida para recuperar la armonía del propio rostro de acuerdo con la edad estriba en restaurar las piezas dentales perdidas mediante soluciones implantosoportadas. Está bien demostrado que las prótesis removibles, que pueden ser una solución mecánica a corto plazo, a largo plazo también contribuyen a la desaparición del hueso, ya que no revitalizan la zona afectada.

Por el contrario, los tratamientos de implantes dentales incluyen a menudo un proceso previo de regeneración ósea para devolver a la masa ósea sus facultades funcionales. Y, con posterioridad, el propio implante, al comportarse como una pieza natural, permite que la estructura no se degrade y sostenga adecuadamente tanto dientes como músculos y tejidos blandos.

Tratamientos de cirugía plástica facial

Tras la restitución de las piezas y, por tanto, de las propiedades mecánicas de la boca, cabe abordar diversos tratamientos de cirugía plástica facial que ayudarán a tonificar y devolver la firmeza. Entre ellos, se puede recurrir al lifting facial (estiramiento de la piel), el lipofilling facial (aportación de grasa para dar volumen), la eliminación de la papada, el aumento de labios, el rejuvenecimiento facial, o intervenciones focalizadas en los párpados, la nariz o las orejas.

Cualquiera de estas intervenciones forma parte de un protocolo de estética facial que aplicamos en Clínica Bustillo para los tratamientos complejos de implantes, en los que la gran pérdida de piezas dentales ha tenido graves efectos sobre la estética del rostro.

A través del diagnóstico digital y la planificación digital de la cirugía se determina qué tratamientos son los más oportunos para que el paciente recupere simultáneamente la funcionalidad y la armonía de su cara, que se reflejará en su sonrisa más auténtica.

El lenguaje con enfermos de cáncer (apuntes)

Tomás Yerro
Premio Príncipe de Viana de la Cultura 2019

Parientes, amigos y allegados, y en mucha menor medida el personal sanitario, suelen dirigirse a quienes somos socios activos de la Cofradía del Cáncer con palabras bienintencionadas, que en ocasiones, sin embargo, resultan hirientes. Este artículo versa sobre dicha clase de lenguaje, que no siempre incluye las expresiones y vocablos más constructivos y terapéuticos.

El lenguaje belicista

En 2013 el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) promulgó un decálogo para el Buen Tratamiento Informativo del Cáncer. Su primer mandamiento reza así: "Evitar eufemismos, comparaciones y rodeos al hablar del cáncer", con la recomendación de sustituirlos por un habla clara a pacientes y familiares que contribuya a su normalización social. El segundo se muestra aún más explícito: "Prescindir del lenguaje bélico y heroico", causa de que la enfermedad se perciba como una batalla en la que no siempre gana el que más lucha. El lenguaje belicista es moneda de uso corriente: las células cancerosas *"invaden"* el organismo; la radioterapia las *"bombardea"*; la quimioterapia se equipara a una *"guerra química"*; y la enfermedad se agrava cuando descienden las *"defensas"*.

Todos los pacientes hemos escuchado expresiones como estas o parecidas: *"debes vencer la enfermedad"*, *"tienes que luchar"*, *"debes ser valiente"*, *"tienes que estar al pie del cañón"*, *"seguro que ganas esta batalla"*, *"eres un luchador (a)"*, *"a veces los médicos se equivocan"*, etc, etc. Si el enfermo, tras el inevitable duelo clínico sufrido al recibir el grave diagnóstico, no se ve con fuerzas suficientes para encarar con fortaleza, entereza y serenidad la enfermedad de manera continuada o transitoria y sigue recibiendo tales recomendaciones, es probable que se sienta culpable y aumente su malestar emocional por creerse cobarde y derrotado. Como si careciera del derecho a enfocar su proceso clínico, no como una *"guerra"*, actitud asimismo muy legítima, sino como un camino, un recurso o experiencia enriquecedores (véase Pedro Laín Entralgo (1908-2001): La enfermedad como experiencia, 1966), una aventura incierta, una etapa vital luminosa, una vía de purificación espiritual... o como le plazca. Tales hábitos lingüísticos no son fruto de modas actuales, sino consecuencia de la historia.

Según la escritora norteamericana Susan Sontag (1933-2004), fallecida de cáncer, la metáfora militar apareció en medicina hacia 1880, cuando, identificadas las bacterias como agentes patógenos, estas *"invadían"* o se *"infiltraban"* en el cuerpo. Considera que dicha metáfora estigmatiza la enfermedad y, por extensión, al paciente (La enfermedad y sus metáforas, 1977). Al decir de dicha autora, se trata de circunloquios y eufemismos lingüísticos encaminados a ocultar o establecer una distancia entre la realidad vivida, sobre todo si es amenazadora, traumática y aun mortal, y la interpretación personal o colectiva de esa misma realidad (Contra la interpretación y otros ensayos, 1966). La lingüista Elena Samino, catedrática en la Universidad de Lancaster (Gran Bretaña), también ha comprobado que palabras de sentido violento (*"batalla"*, *"lucha"*, *"guerra"*) son las más frecuentes referidas al cáncer, conclusión extraída del análisis de 1,5 millones de términos localizados en entrevistas y comentarios en Internet sobre la enfermedad (Metáfora, cáncer y el final de la vida, 2018). Cuarenta años después de la denuncia formulada por Sontag, el panorama no parece haber cambiado demasiado.

Otras imprudencias lingüísticas

En los medios de comunicación todavía se vienen utilizando rodeos -por fortuna, cada vez menos- como *"tras penosa y larga enfermedad"* al hablar de difuntos víctimas del cáncer. Más nocivo deviene equiparar, en sentido figurado, determinados fenómenos sociales muy reprobables con nuestra dolencia: *"El terrorismo, la corrupción política, la xenofobia... es un cáncer"*, afirmaciones que transmiten una imagen de negatividad. Por tanto, los pacientes tenemos que soportar la enfermedad y, además, el extendido significado sociocultural.

El siguiente e incompleto listado de fórmulas lingüísticas compone una música de fondo para la mayoría de los enfermos de cáncer: *"tienes que ser fuerte"*, *"no puedes hundirte"*,

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

"tu familia te necesita", "todavía esperamos mucho de ti", "¡mucho ánimo!", "todo va a salir bien", "pues no pareces enfermo", etc. Tales expresiones aumentan, de modo inútil y contraproducente, la responsabilidad del enfermo. Como si no fuera tarea suficiente sobrellevar del mejor modo posible las servidumbres inherentes a los protocolos clínicos ordinarios: la colocación de reservorios subcutáneos, las extracciones de sangre, las consultas médicas, las sesiones de radioterapia y quimioterapia, los TAC-Escáner y los PET, los trasplantes y autotrasplantes hematológicos, las intervenciones quirúrgicas, etc. Peajes a los que se añaden los efectos secundarios más comunes derivados de la toxicidad de los tratamientos: náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, pérdida de apetito, cansancio, insomnio, dermatitis, llagas en la boca, anemia, adelgazamiento, fiebre, hipertensión, flebitis, insuficiencia renal, caída del cabello, decoloración de la piel.... Por no hablar del seísmo de sentimientos consustancial a la transmisión del diagnóstico y presente en no pocos momentos del proceso clínico posterior: miedo a la muerte, preocupación, tristeza, vergüenza, impotencia, angustia, enfado, culpa, injusticia, incertidumbre, desesperanza, depresión, ansiedad, etc., bien descritos y tratados por la Psicooncología. Es necesario, por tanto, no olvidar nunca la dimensión psicosomática de la condición humana y, con más motivo, la del enfermo más vulnerable e interdependiente (de Juan Rof Carballo (1905-1994), véase sobre todo Urdimbre afectiva y enfermedad,1961).

Para intentar mitigar el alicaído estado psíquico del paciente, algunas personas se sirven de apelaciones tan rotundas y, sin tener conciencia de ello, tan malsanas como: *"no te preocupes", "no llores", "no puedes seguir así", "no pienses en eso, es lo de menos", "¿te van a poner quimio? Eso es veneno", "lo que tienes que hacer es...", "no digas tonterías, tienes suerte de estar vivo (a)", "debes sobreponerte ya a la muerte de tu amigo (a)"*, etc. Todas ellas se sustentan en la falsa idea o mito de que el enfermo siempre debe pensar y sentir en positivo y reprimir sus emociones más íntimas y genuinas, lo cual le supone una sobrecarga emocional a veces muy gravosa si, aunque solo sea en su subconsciente, trata de responder a las mencionadas expectativas. ¿Acaso carece del derecho a sentirse como quiera y pueda?

Delicadeza, sensibilidad y silencio

Las investigaciones clínicas, el sentido común y la experiencia de miles de pacientes demuestran que, frente a los antedichos errores, conviene que la comunicación verbal (y, por supuesto, la paraverbal y corporal) esté guiada por la delicadeza y la sensibilidad para comprender y aceptar como normales los días de flaqueza del enfermo; para dispensarle más compañía y escucha activa que meros consejos y órdenes; para ofrecerle ayudas y servicios concretos (traslado al hospital, realización de gestiones, invitación a paseos, ir al cine, etc); para hacerle sentir que nos importa mucho, que lo queremos...

El filósofo José Ortega y Gasset (1883-1955) glosó en varias de sus obras la imagen del *"naufragio"* como una de las formas de la vida humana, que no siempre equivale a ahogarse: a su juicio, la conciencia del naufragio implica la salvación. Una fórmula eficaz para salir a flote es sin duda la cultura y, dentro de esta parcela, añado de mi propia cosecha, el lenguaje verbal, dotado de múltiples virtualidades: la información, la emoción, la apelación y la belleza. Si no somos capaces, aunque solo sea por breves momentos, de aliviar el naufragio y, en la medida de nuestras limitadas posibilidades, rescatar al paciente oncológico de una situación tan menesterosa mediante cuidadosas palabras, lo mejor será que nos callemos. Porque, como afirma el poeta J. A. González Iglesias (1964), "Lo esencial no hace falta decirlo, para eso / tenemos el silencio" (Jardín Gulbenkian, 2019).

La cognición social como dominio neurocognitivo

Fermín Goñi Sáez
Psicólogo Clínico. Director Científico de Fundación Argibide

La neurociencia cognitiva ha dirigido -en los últimos años- una gran parte de su esfuerzo investigador al estudio teórico-experimental del dominio neurocognitivo cognición social.

¿Qué es la cognición social?

Si bien el concepto cognición social no encuentra en la literatura científica una definición unívoca y definitiva, podemos aproximarnos a este dominio mediante la presentación de sus características más significativas: **(a)** habilidad humana innata (se investiga la posibilidad de que también se presente matizada en otras especies) que emerge durante el neurodesarrollo y requiere la exposición a la interacción social; **(b)** apunta a diferentes áreas multidisciplinares al expresarse como un proceso neurobiológico, psicológico y social; **(c)** recoge múltiples operaciones mentales; **(d)** estas operaciones se concretan en la percepción, interpretación y generación de diversas respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de las personas con las que interactuamos en el nicho social; y **(e)** esta capacidad para percibir, entender y regular información social puede dirigirse tanto hacia "los otros" como hacia el estado mental propio.

Procesos implicados en la cognición social

Los modelos neurocientíficos subrayan cuatro procesos neurocognitivos que posibilitan el desarrollo adaptativo de la cognición social:

1. Teoría de la Mente (mentalización): habilidad metacognitiva (pensar sobre el pensamiento) que permite atribuir -mediante inferencia- estados mentales a otra persona (intenciones, pensamientos, creencias, deseos, etc.) y predecir su comportamiento futuro plus actuar conforme a esta información. **1.**

2. Procesamiento Emocional: capacidad para reconocer, entender, expresar y gestionar-regular las emociones propias y ajenas de forma adaptativa.

3. Estilo Atribucional: proceso psicológico que permite a una persona atribuir causalidad -factores internos o externos- a los acontecimientos sociales que le suceden con independencia de su valencia (positivo o negativo).

4. Percepción Social: función que viabiliza tanto el procesamiento del contexto social como la adquisición del conocimiento social lo que facilita la identificación e interpretación de las claves sociales (roles, reglas, fiabilidad...) que influyen en la percepción de los demás.

Cognición social y psicopatología

En los últimos años, la investigación en neurociencia cognitiva ha logrado resultados de notable relevancia teórico-empírica que relacionan déficits en cognición social (percepción de estímulos sociales, atribución de estados mentales, identificación y regulación emocional, etc.) con trastornos mentales graves. Las entidades psicopatológicas más estudiadas son: espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del neurodesarrollo (significativamente el trastorno del espectro autista), trastorno bipolar, trastornos de la personalidad (especialmente, los perfiles antisocial y límite) y los trastornos por abuso de sustancias.

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

Tratamiento de varices grandes con adhesivo (Venaseal) y microespuma

Combinación de tecnologías con el mejor resultado

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

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices tronculares (grandes) y muchos necesitan tratamiento quirúrgico (Safenectomía) y, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

El tratamiento de las venas safenas enfermas mediante sellado con cianocrilato (**Venaseal®**) ha supuesto un avance muy importante en el manejo de esta patología.
La **técnica** trata las varices mediante el sellado de la vena enferma liberando en su interior una pequeña cantidad de un adhesivo médico especialmente formulado que ocluye la vena, haciéndola desaparecer. El organismo absorberá el adhesivo con el paso del tiempo. Los resultados en miles de pacientes respaldan la seguridad y eficacia del procedimiento.

Sin necesidad de vendajes ni medias de compresión

Tras el tratamiento de varices mediante sellado adhesivo **NO son necesarias las medias de compresión** aunque en algunas ocasiones pueden ser recomendables. Esto añade comodidad a la técnica y permite realizar el procedimiento en épocas de más calor o en pacientes que las toleran mal.

Permite tratar el mismo día las dos extremidades

Esto aumenta la comodidad para el paciente con varices bilaterales y permite el tratamiento de un modo mucho más rápido que con otras técnicas.

SIN manchas y hematomas

Tras la cirugía de varices suelen aparecer hematomas, incluso con láser o radiofrecuencia. Con el sellado adhesivo, al no existir rotura o daño de la pared de la vena, esto no se produce.

SIN anestesia, sin ingreso y sin baja

El tratamiento se lleva a cabo mediante la aplicación de una pequeña cantidad de anestésico local en el lugar de punción por lo que no es necesario ingreso hospitalario ni baja laboral y la recuperación es inmediata.

¿En que consiste el tratamiento con Venaseal®?

Antes del procedimiento, que se realiza en la consulta, se efectuará una ecografía de la extremidad o extremidades afectadas. Esta exploración es imprescindible para planificar el tratamiento.

Una vez insensibilizada la zona de punción, el médico introducirá el catéter en la pierna y lo situará en zonas concretas de la vena con el fin de liberar pequeñas cantidades del adhesivo médico. Se usa la ecografía durante todo el procedimiento aumentando así la precisión y la seguridad de la técnica.
Después del tratamiento, se retirará el catéter y se colocará una tirita en el lugar de la punción. Habitualmente no es necesario colocar ningún tipo de vendaje ni media de compresión.
La intervención dura aproximadamente una hora y al finalizar podrá irse a casa caminando, incorporándose a su vida normal.
Pasados unos días puede ser necesario realizar alguna sesión de esclerosis con microespuma en las venas residuales para completar el tratamiento y mejorar el resultado.

Durante más de 15 años nuestro equipo ha tratado más de 3500 pacientes con varices utilizando técnicas poco invasivas y la incorporación de esta nueva técnica nos permite seguir ofreciendo tratamientos personalizados, más cómodos para nuestros enfermos y con mejores resultados.

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

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

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

www.leopoldofernandez.com

CPS-C2261/1/14-NA

Aliviar la tensión y la ansiedad antes de ir al quirófano

María del Rosario Zamora Tavío y María Fe López Gastón.
Enfermeras del Complejo Hospitalario de Navarra

La ansiedad está considerada como un mecanismo de defensa ante situaciones o procesos que intuimos como amenazantes. Este mecanismo es común en todas las personas. Es un estado de alerta y respuesta de anticipación ante cualquier riesgo.

La ansiedad no constituye un problema para la salud puesto que se trata de un proceso adaptativo, y debe disminuir cuando desaparece la causa que la produce. Sin embargo, en algunas personas, estos mecanismos adaptativos funcionan de forma alterada, convirtiéndose en fuente de sufrimiento e incapacidad.

Días previos a la operación

- Es importante que haya leído y entendido la información recibida por parte de los profesionales sanitarios sobre la operación.
- Debe entender que lo que ha decidido es la mejor opción.
- Es recomendable buscar apoyo en familiares o amigos. Hablar de la operación puede ayudarle a relajarse.
- No se recomienda buscar información en internet sobre: la operación, experiencias de otras personas, etc., puede crearle falsas emociones aumentando así la ansiedad.
- Intente distraerse ayudándose, en la medida de lo posible, de pequeños paseos, pasatiempos, lectura, etc.
- En momentos de mayor ansiedad puede utilizar "técnicas de relajación" como: ejercicios de control de la respiración, utilización de música relajante, masajes, aromaterapia (oler cosas agradables), etc.

Día anterior a la operación

- Levantarse temprano el día antes de la operación ayuda a anticiparse a posibles inconvenientes que puedan surgir en la preparación.
- Intente no realizar actividades de riesgo o que le produzcan demasiadas agujetas.
- Se aconseja no dejar cosas pendientes para última hora, ya que, acumular trabajo ocasiona tensión.
- Cenar temprano para realizar la digestión antes de acostarse. Será recomendable una cena ligera y nutritiva, evitando alimentos muy grasos y copiosos, lo que ayudará a conciliar mejor el sueño.

Día de la intervención

- Si se encuentra en casa, levántese y prepárese con tiempo, las prisas aumentan la ansiedad.
- Asegúrese de si puede o no desayunar y si debe administrarse algún medicamento antes de la operación.
- Comprobar la documentación que se debe llevar.
- Deberá ducharse con agua y jabón secando después muy bien los pliegues.
- Después del aseo no deberá usar cremas, ni desodorantes, ni colonias, ni maquillajes.
- Las uñas deberán ir sin esmaltes.
- Además, antes de entrar al quirófano, deberá quitarse: dientes postizos o cualquier otra pieza que se pueda quitar de la boca, audífonos (avisar si es muy sordo), pendientes, anillos, pulseras y relojes, cadenas o collares, piercing de cualquier parte del cuerpo.
- Si fuera necesario y/o dependiendo de la operación, deberá quitarse también: horquillas y/o pasadores del pelo, calcetines o medias, ropa interior, bragas o calzoncillos, sujetador. Tampoco llevar tampones (sólo en el caso necesario se usarán compresas).
- En caso de que el paciente sea incontinente puede ir con pañal.

Conclusión

La ansiedad no es perjudicial para la salud si conseguimos un buen manejo de la misma. Para ello es aconsejable seguir las recomendaciones y pautas descritas por el equipo profesional que le atiende. Aprendiendo a gestionar la ansiedad, evitamos complicaciones futuras.

Vida en los ojos del paciente

Fotografía "Complicidad", de María Ángeles Albarrán Ruiz, a favor de AFAN

Cinfa recopila en un libro 17 fotografías y relatos para homenajear a quienes conviven con la enfermedad.

La Asociación de Ayuda a Niños con Cáncer de Navarra (**ADANO**), la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra (**AFAN**) y Esclerosis Múltiple Navarra (**EM Navarra**) son las tres entidades de pacientes de la comunidad reconocidas en el libro de fotografías y relatos de Cinfa, titulado **"La mirada del paciente"**.

La obra compila diecisiete imágenes participantes en el certamen fotográfico del mismo nombre y vinculadas a distintas entidades de pacientes, que nos muestran las emociones y situaciones cotidianas de las personas en su convivencia con la enfermedad. Cada imagen está acompañada por un texto escrito, con su propio estilo, por una personalidad española del mundo de la cultura, la comunicación, la ciencia o el deporte.

En palabras de **Enrique Ordieres**, presidente de Cinfa, *"desde su primera edición, en 2017, el certamen 'La mirada del paciente' nos ha brindado fotos maravillosas, llenas de emoción y esperanza, que hoy recogemos en este libro homenaje a todos sus protagonistas. Sus historias nos han conmovido y, en cierto modo, nos han cambiado. Ellos dan sentido a nuestro trabajo como profesionales de la salud, pero también como personas. Y ahora más que nunca, en un contexto de pandemia y crisis sanitaria, queremos reconocer a los pacientes y a las asociaciones que les apoyan y ayudan a mejorar su calidad de vida"*.

Una historia detrás de cada imagen

"Sí se puede" es una fotografía de **Óscar Jiménez Barroso** a favor de ADANO. La mirada y la sonrisa de la niña que retrata han inspirado la reflexión que la acompaña, escrita por Teresa Perales, nadadora paralímpica y conferenciante, y titulada "Así te veo yo. Esto me transmites".

"Sí se puede", de Óscar Jiménez Barroso, a favor de ADANO

María Ángeles Albarrán Ruiz es la autora de la instantánea "Complicidad", presentada a favor de AFAN, en la que quiso reflejar el vínculo entre un anciano con alzhéimer y su hijo, cuando este aún podía reconocerle. El relato vinculado a esta imagen, titulado "La vía misma", ha sido escrito por el humorista Luis Piedrahita.

Por último, "El baile como terapia" es una fotografía de **Sonia Carrasco**, a favor de EM Navarra, que resultó ganadora del primer premio del certamen fotográfico "La mirada del paciente", en su primera edición, en 2017. En ella, vemos a una paciente de esclerosis múltiple disfrutando del baile desde su silla de ruedas. El conferenciante Mago More es el autor de la reflexión que la acompaña en el libro, bajo el título "¡Viva la oxitocina!".

"El baile como terapia", de Sonia Carrasco, a favor de EM Navarra

El libro completo puede descargarse de forma gratuita en la web: lamiradadelpaciente.cinfa.com

Oxigenoterapia hiperbárica en traumatología

OXIEN
Rehabilitación Hiperbárica

Actualmente a nivel global, y de acuerdo con la Undersea & Hyperbaric Medical Society (www.uhms.org) principal referente mundial en Medicina Hiperbárica o su equivalente en el seno del European Committee for Hyperbaric Medicine (www.echm.org), se reconoce la utilidad del Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica (TOHB) en casos de gangrena gaseosa, en infecciones necrosantes de partes blandas no clostridiales, osteomielitis crónicas refractarias, retardos de cicatrización, lesiones radioinducidas de hueso, partes blandas y mucosas, traumatismos agudos de partes blandas, síndrome por aplastamiento y síndromes compartiméntales, entre otras indicaciones.

Los pacientes con lesiones traumatológicas sufren una pérdida de movilidad asociada a un índice de dolor elevado. Son, por tanto, lesiones que afectan a su calidad de vida y, por ello, es importante poder recuperar la función de la zona lesionada con la máxima rapidez posible. Además, hay algunos casos que después de una lesión no consiguen recuperarse totalmente.

Qué es la medicina hiperbárica

La medicina hiperbárica es una especialidad médica que trata los cambios fisiológicos y fisiopatológicos del ser humano a una presión superior a la atmosférica. La oxigenoterapia hiperbárica es el uso médico del oxígeno puro al 100% en una cámara presurizada. Esto provoca **niveles elevados de oxígeno en sangre**, favoreciendo la recuperación de los tejidos.

Beneficios

El TOHB posee tanto efectos fisiológicos como efectos terapéuticos, fundamentados en el aumento del transporte de oxígeno plasmático junto a una mejor disponibilidad tisular y aplicable en determinados estados patológicos. **Esta hiperoxia alcanza un alto poder antiinflamatorio en los tejidos**, generando la formación de nuevos vasos sanguíneos, estimulando la formación de colágeno para la cicatrización y reduciendo el edema y el dolor. Entendiendo el tratamiento de medicina hiperbárica **como una terapia complementaria**, de acuerdo con algunos autores como Sammarco et al. quienes publicaron en 2015 en la revista científica PLOS ONE que el TOHB promueve la regeneración ósea y la formación de colágeno en lesiones traumatológicas, su aplicación puede darse en dos casos:

- Para pacientes **con lesiones agudas osteotendinosas** o,
- En la **recuperación post quirúrgica** de los pacientes tras una cirugía ortopédica o traumatológica para mejorar la cicatrización y la recuperación temprana de los tejidos. La medicina hiperbárica ayuda a la rehabilitación post operatoria.

La medicina hiperbárica como tratamiento complementario con evidencias científicas para pacientes con lesiones traumatológicas.

Acerca de Oxien, Rehabilitación Hiperbárica
Primer centro en Navarra con una cámara hiperbárica monoplaza avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH). El tratamiento de las patologías abarca múltiples factores etiológicos, por lo que los diagnósticos y procedimientos deben ser abordados de forma multidisciplinar por el médico hiperbárico y el médico responsable del paciente.

La sedación consciente,

la solución para aquellos niños con miedo al dentista

Estudios realizados en Odontología han demostrado que casi un 65% de los pacientes experimenta ansiedad a la hora de ir al dentista. Este problema es más acuciante cuando los pacientes tienen algún tipo de discapacidad, son niños pequeños o personas que padecen fobia. La solución: la sedación consciente.

¿Qué es la sedación consciente?

Se trata de una técnica anestésica que reduce la ansiedad y la tensión del paciente, llevándole a un estado de bienestar y conciencia mínima que favorece su colaboración y facilita la labor del profesional, mejorando el postoperatorio del paciente debido a que no sufre estrés.

Beneficios para el paciente

La sedación en niños nos permite reducir el número de visitas a la clínica logrando dar solución a sus problemas en la mayor brevedad posible.

Sannas Dentofacial mejora la experiencia de los más pequeños

Sannas Dentofacial ha sido una de las primeras clínicas en implantar esta técnica odontológica en Navarra y en España. Cuenta con más de 10 años de experiencia, con una alta tasa de éxito en la satisfacción del paciente.

El objetivo de la sedación consciente es lograr una experiencia relajante que evita traumas posteriores con pacientes infantiles a la hora de realizarles un tratamiento odontológico.

Gracias a la sedación consciente, los niños acudirán a la consulta con una mayor seguridad y la verán como un espacio amigable. Esto provocará que, cuando crezcan, puedan acudir a su odontólogo sin miedo y con la frecuencia recomendada por el facultativo, cuidando de su salud bucodental óptimamente.

Sedación consciente

- Experiencia agradable para el niño.
- Mayor seguridad y estabilidad del niño.
- Posibilidad de realizar los tratamientos en el menor número de sesiones.
- Completa colaboración del niño ya que facilita la labor del profesional.
- Mejor recuperación después del procedimiento y mejor resultado postoperatorio.
- Disminuye la estancia del paciente en clínica.
- El paciente es capaz de mantener su propia respiración.
- Técnica segura: acompañado en todo momento por un equipo sanitario experto en esta situación.

Sedación inconsciente

- El niño no recordará, ni oirá, ni responderá a los estímulos.
- Posibilidad de realizar los tratamientos en el menor número de sesiones.
- Completa colaboración del niño ya que facilita la labor del profesional.
- Recuperación un poco más lenta que con la sedación consciente.
- Respiración controlada a través de un respirador.
- Técnica segura: acompañado en todo momento por un equipo sanitario experto en esta situación.

No obstante hay casos en los que no es posible realizar la sedación consciente y para ello contamos con el quirófano de Qibu.Clinic (la última incorporación del grupo Edificio Policlínica Artica) para que el paciente esté totalmente seguro.

"Tu boca, el primer eslabón de tu salud"

Desórdenes de la articulación temporomandibular

Dr. Diego Regalado Bermeo. *Facultativo Especialista ORL. Hospital Reina Sofia. Tudela*
Dra. Paula Arruti Mendiluce. *MIR Familia. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca*
Dr. Ignacio Arruti Gonzalez. *Jefe de Sección ORL. Complejo Hospitalario de Navarra*

Las articulaciones temporomandibulares (ATMs) son dos, una a cada lado por delante de los conductos auriculares externos. Los desórdenes de la articulación temporomandibular son relativamente comunes constituyendo un desafío médico en el momento de su diagnóstico y manejo, el objetivo del tratamiento es disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad de la articulación.

En un reciente estudio en el Reino Unido se identificó que hasta un 26% de la población tenía problemas ATM.
Esta patología es 1.5 veces más frecuente en las mujeres, la distribución por edad muestra un pico entre los 18-44 años con mayor propensión en los caucásicos no hispanos, también se ha reportado asociación entre este tipo de desórdenes y la presencia de alteraciones en el estado de ánimo.
La asociación de disfunción de la ATM, contrariamente a lo esperado, tiene asociación débil con la presencia de bruxismo, aunque éste se considera la principal causa de micro lesión de las articulaciones temporomandibulares.
Si se ha comprobado la asociación de hábitos y posturas inadecuados de la mandíbula con la presencia de esta patología.

Mecanismos de producción

Las lesiones en la articulación temporomandibular pueden obedecer a mecanismos congénitos, adquiridos, traumáticos, desordenes estructurales internos, procesos artropáticos y raramente tumorales. Históricamente se creía que las alteraciones de la ATM se debían principalmente a la mala oclusión dental sin embargo hay estudios que demuestran que además existe relación con componentes comportamentales.
Al margen del envejecimiento que causa una artritis degenerativa, se desprenden 4 grupos de entornos patológicos dentro de los cuales se puede ver incrementada la presencia de dolor/disfunción de la ATM:

- **Trauma:** el estrés oxidativo generado por la inflamación de ligamentos, cartílagos, discos, huesos y tejidos blandos de la articulación produce la liberación de radicales libres en el espacio intracapsular de la ATM y secundariamente degeneración de la misma.
- **Umbral del dolor disminuido:** quizá el más subjetivo de los factores asociados a este cuadro, habiéndose documentado alteración en la capacidad de modular el dolor por parte de los pacientes que presentan esta patología, este fenómeno es más común en las mujeres.
- **Factores comportamentales:** hay estudios que asocian la presencia de alteraciones en la articulación temporomandibular con la presencia de desórdenes psiquiátricos como: ansiedad, estrés post traumático, depresión o historial de abuso psíquico o físico.
- **Posturas de cabeza y cuello:** aún hay poca evidencia, pero se estima que las posturas inadecuadas de la cabeza y el cuello a través de alteración en el plexo nervioso cervical podrían influir.

Clínica

Las manifestaciones clínicas de esta afección son variadas e inespecíficas dado que afecta a estructuras locales de naturaleza muscular y esqueléticas no necesariamente localizadas en la misma articulación y que contribuyen a su origen:

- 91% dolor facial o periauricular.
- 82.4 % plenitud aural o sensación de disfunción auditiva.
- 79.3 % dolor de cabeza.
- 75% dolor especifico o mal función de la articulación temporomandibular.

- **Dolor facial:** de tipo "sordo", unilateral de la cara, constante con periodos de aumento y disminución que puede irradiarse a toda la periferia de la región auricular, incluso al ángulo mandibular o muy frecuentemente a la región de la nuca.
- **Dolor auricular, plenitud aural o acufenos:** pueden tener un origen muscular ya que la región está inervada por el nervio trigémino y explica que pueda haber dolor de oído generalmente descrito como tirones hacia abajo al momento de deglutir, masticar o bostezar
- **Dolor de cabeza:** el dolor típico se describe como un dolor de oído o de la región periauricular (otalgia), que puede verse irradiado a la mandíbula, región temporal o el cuello. La bibliografía detalla a la otalgia como: profunda, sorda, continua, de intensidad moderada y usualmente peor en las mañanas, esto último relacionado con el bruxismo nocturno, cuando el dolor empeora a lo largo del día se ha visto asociado con el mayor uso de la musculatura masticatoria.

Existe un grupo de pacientes que debutan con formas de cefalea no relacionadas con clara alteración de la ATM, en este contexto hay descrita:

- *Cefalea Frontal:* se debe tener en cuenta para diferenciarlo de un brote de sinusitis.
- *Cefalea parietotemporal:* considerarlo cuando hay hábitos masticatorios inadecuados asi como bruxismo.
- *Cefalea Occipital:* cuando hay espasmos o contracturas en los músculos trapecios y/o esternocleidomastoideos

• **Dolor mandibular o disfunción de la articulación:** a este nivel se aprecia disminución del rango de movilidad, así como crepitación o chasquidos originados con el movimiento de la articulación, en raras ocasiones puede presentarse bloqueo de la articulación que puede imposibilitar abrir o cerrar la boca

• **Otros síntomas inespecíficos:**

- Dolor cervical acompañado de rigidez y limitación de la movilidad de la cabeza.
- Dolor ocular de localización orbital o periorbital, en ocasiones constante y unilateral.
- Dolor de brazos y espalda que pueden estar acompañado de hormigueos y entumecimiento.
- Inestabilidad.

Diagnóstico

El diagnostico se basa en una adecuada y detallada historia clínica y un minucioso examen físico en el que destaca:

• Localización de movimientos mandibulares anómalos.

• Disminución del rango de movilidad de la articulación.

• Valoración de la sensibilidad en los músculos masticatorios.

• Dolor con cargas dinámicas masticatorias.

• Observar desgaste anómalo dental por bruxismo.

• Anomalías posturales en cuello y espalda, así como sensibilidad en la musculatura de hombros y cuello.

• Otoscopia y valoración del funcionamiento del oído.

• Exploración de nariz, boca, faringe y laringe.

• Palpación cervical.

En el abordaje por imágenes se considera la panorámica de mandíbula como adecuada sin embargo cuando se sospeche que haya una causa anómala de alteración o asociación neurológica en el contexto de la disfunción de la ATM puede ser necesario realizar un estudio completo con Resonancia Magnética o TAC.

Diagnóstico diferencial

Dado que el síntoma cardinal del cuadro es el dolor, es importante descartar adecuadamente otras causas potencialmente más peligrosas y ciertamente más complejas de causa de dolor facial:

• **Dolor facial.**

- Alteración en estructuras locales
- Neuralgia del N. Trigémino
- Dolor neoplásico
- Neurálgia del N. Glosofaríngeo
- Neurálgia post herpetica
- Carotidinia
- Sinusitis

• **Síntomas otológicos.**

- Otitis aguda
- Disfunción Tubárica
- Barotrauma
- Lesiones del oido medio

• **Dolor de cabeza**

- Migraña
- Cefalea en Racimos
- Atreritis Temporal
- Lesiones neurológicas centrales

• **Desórdenes de ATM**

- Dislocación de ATM

Tratamiento

El tratamiento es complejo, se han establecido dos líneas de tratamiento para el abordaje de la alteración de ATM.

• **No médica:** educación al paciente, fisioterapia, férulas de oclusión, terapia bioconductual, medidas higiénico-dietéticas.

• **Médica:** Relajantes musculares, analgésicos, antinflamatorios, ansiolíticos, antidepresivos, infiltraciones locales musculares o articulares, cirugía.

Respecto a las medidas no médicas se disponen de varias opciones tales como: modificar las posturas de la cabeza, posiciones al dormir, evitar movimientos anormales de la mandíbula, evitar conductas gatillo como morderse las uñas o masticar lápices o bolígrafos. Si existe evidencia de alteraciones en las piezas dentales, se necesita descartar anormalidades asociadas a patologías del sueño como el bruxismo.

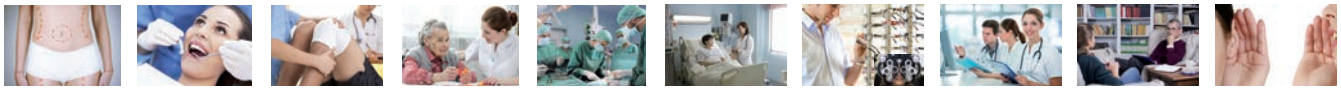
El uso de fármacos puede ser necesario sobre todo como mecanismo de control de patologías psiquiátricas de base asociadas, como la ansiedad y depresión, en ese contexto se dispone de benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos. De la misma manera el uso de fármacos para control de los síntomas incluye utilización de relajantes musculares y antinflamatorios no esteroideos.

Personalizando cada caso se suelen usar antinflamatorios combinados con relajantes musculares hasta por 3 semanas y si no hay un buen efecto se suma antidepresivos tricíclicos.

Respecto al uso de infiltraciones se reserva para pacientes que sufren osteoartritis u otras artritis degenerativas locales en quienes como medida de rescate y control sintomático se puede infiltrar glucocorticoides de depósito o ácido hialurónico.

En general se recomienda la combinación de opciones tanto médicas como no médicas para el manejo de esta patología, todo en función de la magnitud de la clínica y del tipo de paciente.

El pronóstico de la patología es bueno en mayor o menor medida sin embargo hay un pequeño grupo de pacientes, hasta un 10%, con evolución mala que finalmente terminan desarrollando disfunción crónica de la ATM.



Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

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

Revista: 1 pág. interior = 600 €, 1/2 pág. = 400 €, 1 faldón 182 mm ancho x 60 alto = 300 € (Precios/Nº +IVA)

Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto = 150 € en pág. Home y 100 € en pág. Navarra (Precios/Mes +IVA)

redaccion@zonahospitalaria.com

¿Cuándo un dolor de cabeza debe preocuparme?

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

El dolor de cabeza o cefalea es uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Se calcula que más de la mitad de los adultos de entre 18 y 65 años han sufrido al menos un episodio de dolor de cabeza en el último mes.

En general, suele deberse a problemas benignos que mejorarán con tratamiento analgésico. Sin embargo, hay síntomas que pueden indicar que existe una patología grave que debe ser consultada de inmediato por un médico.

Tipos de dolor de cabeza

Aunque existen muchos tipos, lo primero que hacemos es tratar de distinguir entre aquellos dolores de cabeza que son una enfermedad en sí misma, a lo que denominamos como **Cefalea Primaria** y todos aquellos dolores de cabeza que acompañan a otros padecimientos o situaciones los que denominamos **Cefaleas Secundarias** (por ejemplo, un golpe en la cabeza, una infección dentaria, un problema nasal, es decir, un problema ya sea bien por un traumatismo, una infección, o incluso no haber descansado lo suficiente, que como consecuencia produce dolor de cabeza).

Cefaleas Primarias

Dentro de las cefaleas primarias, la más frecuente es la tensional, seguida de la migraña. Las **cefaleas tensionales** se caracterizan por presentar típicamente al menos dos de los cuatro patrones de dolor que se detallan a continuación:

- Dolor bilateral.
- Se siente a modo de presión o dolor constante.
- Intensidad leve o moderada.
- No empeora con la actividad física.

El dolor suele localizarse en la frente, en ambos occipitales o en la nuca. Se suele describir como una sensación en la que parece que "me están estrujando o apretando la cabeza"

La duración de los episodios es variable, entre varias horas a varios días.

Se ha demostrado que guardan relación con periodos de estrés y ansiedad, pero aun así no se conoce una causa concreta que provoque la cefalea tensional.

Se conoce que existe mayor predisposición en determinadas personas, aunque no hay evidencia de que haya transmisión hereditaria. Otros factores que pueden contribuir a desencadenar este tipo de cefalea son los trastornos del sueño, cambios es el tiempo y factores hormonales.

La **migraña** es un tipo de cefalea que se produce en un lado de la cabeza. Aunque puede cambiar en cada episodio, es muy raro que afecte a ambos al inicio de la misma. Generalmente se localiza en la región alrededor de los ojos o detrás de ellos y los pacientes lo describen como si fuera una sensación de golpeteos o pulsos.

La intensidad con la que se presenta es entre moderada a severa y la diferencia fundamental con la cefalea tensional es que asocia otros síntomas como náuseas, vómitos, sensación de molestia con los sonidos (conocido como sonofobia), cambios en el apetito o incluso en el humor.

En un 20% de los pacientes que padecen migraña, aparece lo que se conoce como "Aura Migrañosa". Se trata de diferentes trastornos sensoriales que puede aparecer antes de que comience el dolor, o bien acompañarlo.

Estas sensaciones son variables, pueden ser desde percepción de destellos de luz, puntos ciegos y otros cambios en la visión u hormigueo en la mano o la cara.

La frecuencia de aparición de la migraña es variable. Puede ocurrir una vez o más de 15 días al mes. Cuando esto ocurre se denomina migraña crónica.

¿Cuándo hay que acudir al médico?

Si el dolor de cabeza cumple criterios de cefalea primaria, como, por ejemplo, la tensional o migraña, y el paciente reconoce el dolor porque ya lo ha sufrido antes, no es necesario acudir al médico ni realizar ninguna exploración complementaria.

Aún en el caso de que la cefalea no cumpla criterios de alarma, sería recomendable valorarlo si el dolor de cabeza aparece más de tres y cuatro veces al mes. Aunque sea algo benigno, es conveniente consultarlo porque hay tratamientos para prevenir tantos episodios y evitar así que aparezca el dolor. Lo que se debe evitar es la automedicación, ya que puede cronificar el problema.

Ahora bien, existen varios signos que, en el caso de presentarse, son sugestivos de que debemos acudir a un centro médico para ser valorados. No tienen por qué significar necesariamente que exista una lesión, pero es recomendable que sea el especialista quien determine los pasos a seguir.

Los signos de alarma que uno debe conocer y que, de presentarlos, deberían ser valorados por un profesional de la salud son los siguientes:

1.- En personas que no hayan tenido nunca cefaleas con anterioridad:

- Dolor de cabeza intenso con comienzo súbito: la llamada "cefalea en trueno", comienza de forma muy brusca alcanzando intensidad máxima en cuestión de segundos. Es necesario acudir a Urgencias para realización Urgente de una prueba de imagen para descartar sangrado intracraneal como consecuencia de rotura de algún vaso (hemorragia subaracnoidea).
- Primer episodio de dolor de cabeza de cualquier intensidad en mayores de 50 años.
- Dolor desencadenado por un esfuerzo físico, tos o cambio postural. Este tipo de dolor es característico de lesiones ocupantes de espacio dentro del cerebro como lo que ocurre en el caso de los tumores.

2.-Personas que padecen habitualmente dolores de cabeza, si se produce:

- Cambio en el patrón habitual de su cefalea.
- Empeoramiento reciente de una cefalea crónica.
- Dolor de cabeza que aumenta en frecuencia o intensidad.
- No responda de la forma esperada a la medicación.

3.-En cualquier persona que haya padecido antes o no dolores de cabeza, si el dolor se acompaña de:

- Fiebre: en este caso es recomendable la realización de una punción lumbar para descartar infecciones del sistema nervioso central como la meningitis o la encefalitis.
- Crisis epiléptica, movimientos anormales, pérdida de sensibilidad o movimiento en una extremidad o pérdida de conocimiento.
- Dolor intenso de cuello
- Náuseas o vómitos no explicables por una migraña ni otra enfermedad obvia.
- Dolor que aparece durante el sueño llegando a despertarnos por ese motivo
- Si el dolor aparece en paciente con enfermedades graves ya conocidas: cáncer, inmunodeprimidos. En estos pacientes es obligatorio realizar pruebas de imagen (TAC cerebral) para descartar complicaciones relacionadas con la enfermedad, metástasis en caso de paciente con cáncer conocido, infecciones cerebrales graves en caso de pacientes inmunodeprimidos.
- Tras un traumatismo o golpe en la cabeza, sea de la intensidad que sea, si posteriormente aparece dolor de cabeza que no se presentaba previamente, deberá ser valorado ya que para podría ser un signo de daño que requiere tratamiento médico inmediato.

Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos y nos ayudes a mejorar nuestro conocimiento y calidad de vida.

Nº caracteres: 4.000 ó 7.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

Atención enfermera extrahospitalaria del politraumatizado

Alba Azcona Osés. *Enfermera. Área de salud de Estella*

Un politraumatizado es aquel con dos o más lesiones de origen traumático las cuales presentan un riesgo vital. Se trata de una patología tiempo-dependiente por lo que es esencial proporcionar una atención inmediata.

Actuación

En primer lugar, es preciso la activación del servicio de emergencias quien en función de las características, gravedad y localización del suceso movilizará los recursos pertinentes.

Tras la llegada del equipo sanitario al lugar del suceso, deberán realizar una valoración de las medidas de seguridad, una evaluación visual de la escena del accidente, así como de número de afectados, y características de la zona. De este modo tendrán una visión global de los mecanismos lesionales, así como de la posible gravedad de la/s víctimas.

Valoración primaria

La valoración primaria es el inicio de la fase asistencial la cual sigue el esquema ABCDE con sus siglas en inglés, que hace referencia a: Vía aérea (Airway), Respiración (Breathing), Circulación (Circulation), Estado Neurológico (Disability) y Exposición (Exposure).

A. Vía aérea

El objetivo principal es comprobar tanto la apertura como la permeabilidad de la vía aérea.

1. Apertura de vía aérea: comprobar permeabilidad, que este abierta y no presente obstáculos. En paciente inconsciente como primera medida se realizará apertura manual (tracción mandibular) y colocación de cánula de Guedel.
2. Estabilización cervical. Se coloca collarín cervical
3. Mantener vía aérea permeable (cánula naso/orofaríngea)
4. Valorar intubación.

B. Respiración

El objetivo principal es evaluar la calidad y cantidad de las respiraciones. Habrá que observar y palpar el tórax para descartar lesiones que puedan poner en riesgo la vida.

1. Ventilación: Frecuencia respiratoria, pulsioximetría, trabajo respiratorio, Oxigenoterapia y ventilación mecánica si fuera preciso.
2. Comprobar la existencia o no de lesiones vitales (neumotórax a tensión o abierto, volet costal y rotura de la vía aérea), mediante inspección, palpación, percusión y auscultación.

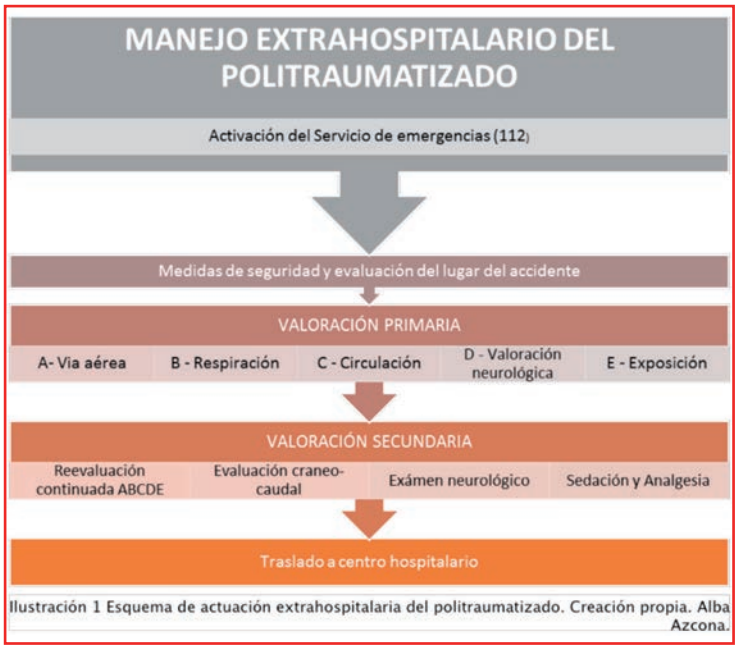


Ilustración 1 Esquema de actuación extrahospitalaria del politraumatizado. Creación propia. Alba Azcona.

C. Circulación

Evaluar el sistema circulatorio y estado de perfusión, así como identificar y controlar las posibles hemorragias existentes.

1. Evaluación del sistema circulatorio: comprobar pulso, tensión arterial, perfusión tisular, color y temperatura de la piel. Monitorización electrocardiográfica.
2. Identificar y controlar hemorragias mediante presión directa sobre el punto sangrante.
3. Evitar shock hipovolémico. Empleo de fluidoterapia controlada, previa canalización de acceso venoso periférico.

D. Valoración neurológica

1. Nivel de conciencia
2. Exploración de las pupilas: tamaño, posición, simetría y reactividad
3. Escala del como de Glasgow: respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora.

E. Exposición

1. Desvestir al paciente en un ambiente adecuado.
2. Evitar hipotermia: empleo de mantas térmicas.

Tras todo ello se procederá al rescate, desincarceración y/o extricación si fuera necesario. Previa inmovilización.

Valoración secundaria

El objetivo de la valoración secundaria es identificar todas las posibles lesiones o problemas no detectados en la valoración primaria.

- Evaluación sistémica cráneo-caudal: cabeza y cara, columna cervical y cuello, región torácica, abdomen y espalda, zona perineal, pelvis y por último las extremidades.
- Examen neurológico: se repite escala del coma de Glasgow, tamaño y reactividad de las pupilas y pares craneales.
- Reevaluación continuada de todas las medidas iniciales de resucitación (ABCDE) por si pudiera producirse cambios.
- Sedación (Midazolam o Etomidato) y analgesia (AINE: Metamizol, Ketorolaco; Opioide: Cloruro Mórfico, Fentanilo) si fuera preciso.
- Traslado hospitalario, al centro útil de referencia más próximo.

Enfermedad boca-manos-pies

Jaione Fernández García. *Enfermera de Pediatría del CS de Áncin*
Eva Manso Perú. *Enfermera del CS de Estella*
Jorge Álvarez García. *Pediatra CS de Estella*
Estibaliz C. Sáez López. *Enfermera del Complejo Hospitalario de Navarra*

La enfermedad boca-manos-pies, es una enfermedad exantemática, típica de la infancia, completamente benigna y altamente contagiosa, ocasionada por los virus Coxsackie A16 y enterovirus 71 principalmente. Consiste en fiebre, exantema pápulo-vesicular en las manos, los pies y un enantema ulceroso en la boca.

¿Como se transmite?

El virus se extiende por trasmisión horizontal de niño a niño, por contacto directo con secreciones nasales, orales, material fecal, gotas aerolizadas, en una ruta fecal-oral u oral-oral, y a través de objetos contaminados.

Síntomas

Los signos habituales de la enfermedad son la aparición de ampollas en la palma de las manos y planta de los pies, y lesiones vesículo-ulcerativas de 2 a 6 mm de diámetro en la boca y los síntomas son: fiebre, odinofagia y ocasionalmente rinorrea, vomito, diarrea, mialgias y dolor de cabeza, es decir síntomas similares a un resfriado.

Las lesiones bucales preceden a las lesiones cutáneas y generalmente se observan en estadio de ulceración.

En la mayoría de las ocasiones las lesiones se encuentran limitadas a las regiones referidas, pero otras veces las superan y pueden dar casos más extendidos, sin aumentar esto la gravedad del proceso.

La enfermedad desaparece en un margen de 7 a 10 días y no todos los pacientes llegan a manifestar el cuadro clínico completo.

Diagnóstico

El diagnóstico es generalmente clínico, basándose en la historia de la enfermedad y las características clínicas de las lesiones.

Tratamiento

No existe un tratamiento específico antiviral, lo indicado es el alivio sintomático para este tipo de infección.

El tratamiento de la enfermedad es sintomático y se basa en analgésicos y antipiréticos, así como en la aplicación de anestésicos tópicos y soluciones antisépticas o antibióticos tópicos, para evitar las sobreinfecciones bacterianas.

Se recomienda al enfermo ingerir muchos líquidos, evitar alimentos muy picantes, ácidos o duros. Se pueden utilizar enjuagues inespecíficos para aliviar el malestar bucal.

Prevención

Es muy importante seguir procedimientos estrictos de lavado de manos e higiene personal y evitar compartir objetos o utensilios.

La persona con enfermedad de boca mano pie es potencialmente contagiosa durante los síntomas iniciales y hasta que las lesiones vesículo-ampollares de la piel desaparezcan. El virus se sigue eliminando por la heces durante varias semanas.

¿Qué es estar en emergencia emocional? (II)

Dr. Emilio Garrido-Landívar. Especialista en Psicología de la Salud

En vistas de no poder terminar el artículo anterior y no cansaros con tantos "apósitos", que debemos tener en nuestro botiquín doméstico, para hacer frente a las continuas emergencias emocionales, que los tiempos sin querer, nos traen una y otra vez; se hace necesario tener a punto este "botiquín de urgencias", que viene muy bien, para no desarrollar "más miedos", "más incertidumbre" y una continua situación de huida, la cual nos deja exhaustos, sin fuerzas y con un sistema inmune tan debilitado, que estamos en esas circunstancias, más proclives a derrumbarnos interior y exteriormente, de tal manera que aflora nuestra vulnerabilidad y nos dejamos a merced de desarrollar tarde o temprano cualquier trastorno psicosomático, si la emergencia no se afronta, no se gestiona bien y no sabemos qué hacer en cada momento de la misma.

Por eso y con todo el respeto a los lectores de Zona Hospitalaria, les aconsejo que las guarden, que las tengan presentes, que las usen, que la vayan memorizando para que en cualquier momento de la embestida no se asusten; al contrario, se enfrenten con sosiego y tranquilidad, sabiendo que haciendo algo, teniendo a mano la "tirita", el "apósito" mental y/o psicológico, puedas con garantías emocionales y racionales, enfrentarte a ellas con plena garantía de que se aminorarán, se diluirán y desaparecerán, teniendo la tranquilidad interior de haberte enfrentado a ellas con garantía y madurez personal; encontrando mi equilibrio emocional que me dará paz por dentro y por fuera. No lo dude, no lo deje de lado, hágalo, no le penará nunca, porque tener el "emplaste" debido para su dolor emocional, su pensamiento distorsionado, su sentimiento catastrófico, su emoción negativa, que no la acepta y no la deja fluir...; quizás porque no es consciente de que está atravesando un crisis de emergencia emocional.

Pues, sin más preámbulos les voy recetando las otras "cataplasmas de nuestro botiquín doméstico":

22. El optimismo nos ayuda a tener una percepción positiva, que nos hace más felices y esa percepción positiva refuerza nuestro sistema inmune, haciéndolo más fuerte y más combativo y a nuestro favor... Intente ser positivo, desde que note en un momento concreto que no lo es o no lo está siendo.

23. ¡Tenemos una buena noticia!: Cuando tenemos una desgracias o una cadena de miserias, el termostato de la felicidad hará lo posible para sacarnos del dolor y de la pena y volverá a nuestra horquilla de felicidad base. Porque ese termostato es genético, por lo menos en cuanto a felicidad general se refiere. Así que, ¡no hay mal que cien años dure!

24. Si el termostato de la felicidad es genético e invariable, ¿qué hacemos con tantas herramientas de que disponemos para aumentar la horquilla de la felicidad? ¡Ya! Pero podemos cambiar, adecuar, aumentar y modificar todo aquello que nos impida ser felices por más tiempo... y, eso lo podemos hacer nosotros, simplemente estando «ojo avizor» y con nuestro termostano "en manual".

25. Cuando estamos en emergencia emocional, es cuando más debemos fortalecer nuestro lenguaje positivo, sabiendo que el futuro será siempre mejor que el presente... Se trata de multiplicar los comportamientos positivos (reírnos, palabras de cariño, afectos, abrazos...) de tal manera que compensen los negativos, sin negarlos, pero sí aceptándolos y reconvirtiéndolos en positivos: Son redes psicolingüísticas-semánticas..., sólo falta que lo hagamos de forma sistemática.

26. Recuerda que sin darnos cuenta, un pensamiento tóxico se une a otro y éste a otro más negativo y haces una cadena semántica tan negativa, que no me extraña, que estés tan depresivo y con un estado de ánimo tan bajo, y flaquees de fuerza y de optimismo...¡Importándote la vida casi nada! Se trata de "cortar" y dejar fluir ese primer pensamiento con otro positivo.

27. No olvidemos que el pensamiento se hace lenguaje y el lenguaje acaba haciéndose conducta, por eso es bueno controlar el pensamiento para que sea lo que yo quiero que sea y a mi favor. Un lenguaje continuo de quejas, de miedos, de sinsabores... ¡Nos debilitan y no nos damos cuenta, porque nuestro cerebro sigue con el automático puesto...!

28. Cuando experimentamos y aceptamos plenamente nuestros sentimientos negativos,

somos capaces de desprendernos de ellos, han jugado su papel y pueden abandonar su lugar principal... ¡Que no tenga esa emoción negativa la última palabra, sobre mi persona!

29. Una de las verdaderas sabidurías, que nos lleva a la felicidad, consiste en aceptar todo pensamiento que nos debilite y transformarlo. El miedo, la ira, la venganza, la culpa... ¡Siempre que los aceptemos, será el primer paso para poder modificarlos! ¡Ya sé, nadie nos lo había dicho, y por eso llevamos siglos sin hacer mucho en nuestro favor, reseteando nuestro cerebro a nuestro favor!

30. No olvidemos que los pensamientos constituyen una vibración energética que pronto pasa a emoción, si es positiva porque la traduzco a mi favor, elaboro una fortaleza; si la traduzco mal y en mi contra, me debilito emocionalmente. ¡Amamos!, fortalecemos nuestro termostato emocional; ¡odiamos!, debilitamos nuestro termostato emocional.

31. ¡Siempre podemos transformar nuestros pensamientos en energía asociada positivamente, si vemos que es tóxico o negativo, lo podemos cambiar por otro positivo y de alta energía que nos beneficiará!

32. Pienso en felicidad, tendré felicidad; pienso en miseria, culpa, miedo, odio..., seré miedoso, apocado, asustadizo, infeliz... ¡Soy lo que pienso! Pues, ¿qué esperas en pensar como quieres ser?

33. Los pensamientos felices hacen moléculas felices... La salud viene determinada en gran parte por los pensamientos que uno tiene. Piense apasionadamente que no se va a resfriar y su cuerpo reaccionará según sus pensamientos... ¡Eso es una psicovacuna!

34. ¡La mente, nuestra mente, constituye una poderosa herramienta en la creación de salud! ¿A qué esperas en desarrollar la suya?... "Manipule su cerebro y póngalo en manual, para que haga lo que tú quieres que haga".

35. El antecedente de cualquier acción o emoción es un pensamiento, si es positivo previene y si es negativo nos daña. Puedes hablar de tus sentimientos con alguien, expresarlos con humildad, con sinceridad y mejorará mucho tu estado mental y tu termostato emocional se equilibrará... Si los escribes, tienen el mimo efecto terapéutico. ¿A qué esperas?

36. Si eres proclive a las tormentas emocionales por tu perfil muy sensible, trata de que esas emociones fluyan, déjalas que salgan, no las juzgues, se acumulan, lo pasas mal, es normal, no te culpes, déjalas que relampagueen, que truenen, que descarguen... Tómalas como parte de tu vida, si tienes que llorar, pues llora; enfadarte, pues te enfadas, ¡ya sabes lo qué es una tormenta! Acampará, tranquilo, es normal; más con tu perfil. Es pasajero, no es constante... Déjalas que fluyan, no las reprimas. ¿Ya sabes lo qué es una tormenta? Descampará.

37. Cuando estás inmerso en una tormenta emocional de esas que uno no entiende nada, de esas donde sientes mucho miedo, no puedes respirar, te falta el aire, notas un presión en el pecho que vas a reventar... Recuerda que son nuestros pensamientos quien las transforma en tormentas, y tú decides lo que quieras hacer... No te juzgues, no te culpes, déjalas fluir, respira profunda y lentamente... ¡Sólo con intentarlo ya vale!

38. No trates de entenderlas, la amígdala no necesita entenderla, solo es la razón la que intenta entenderla, y sin querer te taladras la cabeza, tratando de entenderla... ¡Es tu razón quien la hace creer y crecer...! Nuestro cerebro nos engaña tantas veces que nos martirizamos tratando de entender: El sentir no entiende de razones, acepta y punto.

39. Respira lenta y pausadamente, sin prisas, sin agobios... Hazlo con el abdomen, con el vientre, despacio para evitar la hiperventilación, aprende que cuando viene una tormenta emocional es que algo quiere ser procesado, liberado y transformado... Acéptalo. Y sigue respirando.

40. Después de la tormenta, no te quedes lamentándote, la finalidad es aprender de ella, hacerte más fuerte, limpiar, sanar, cada rincón de tu interior... No te hundas, hazte mejor persona. "Por muy larga que sea la tormenta, el sol siempre vuelve a brillar entre las nubes" (Khalil Gibran, poeta).

41. La mejor vacuna contra las emociones negativas, es tener una imagen positiva en tu cabeza, y la veas con tanta claridad, que vuelvas a disfrutar con ella, y seas tan feliz como fuiste aquella primera vez que la tuviste. Regula el termostato emocional.

42. Recordemos lo importante que es nuestro estado de ánimo, el humor, la risa y el espíritu optimista, que son fundamentales en una estructura general, que favorece el sistema psicoinmunológico. ¡Nos hemos de reír más y a menudo!

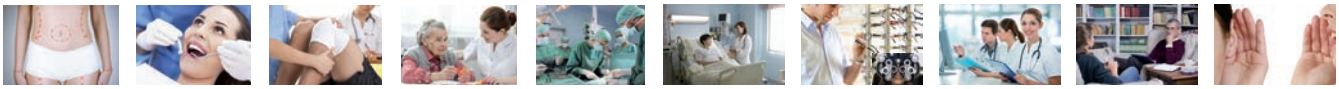
43. Una persona que tiene una actitud optimista tiende siempre a ver la «botella medio llena» y, esta actitud supone un verdadero escudo protector frente a muchas adversidades y enfermedades. Además, un persona optimista se estresa mucho menos y sale más fácilmente de cualquier adversidad.

44. El optimismo inteligente ha de ser realista, nos ayuda a relativizar las cosas y a no exagerarlas. Ser optimista es esperar que el futuro traerá sucesos favorables y esto es fruto de nuestras experiencias anteriores y de esas expectativas que tenemos y ambas condicionan directamente nuestro sistema de análisis emocional.

45. El pensamiento optimista se caracteriza por recordar los acontecimientos felices del pasado, minimizar el peso de los negativos, al mismo tiempo que selecciona la información actual de la manera más beneficiosa para su propia autoestima.

46. El daño emocional que sufrimos se puede evitar ya que está causado por un pensamiento distorsionado o irracional. Cambia la interpretación del pensamiento y cambiará la emoción. Se trata de coger hábito...

(sigue en página 26)



Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

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

Revista: 1 pág. interior = 600 €, 1/2 pág. = 400 €, 1 faldón 182 mm ancho x 60 alto = 300 € (Precios/Nº +IVA)

Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto = 150 € en pág. Home y 100 € en pág. Navarra (Precios/Mes +IVA)

redaccion@zonahospitalaria.com

47. Se hace necesario disponer de un repertorio eficiente -un recuento-, de emociones positivas, para los momentos de crisis o de emergencias emocionales; de tal manera que como en esos momentos se hace muy difícil crear nuevas emociones a nuestro favor y que nos prevengan, al tener ese repertorio robusto, nos sirva de antídoto leyéndolas, -si las tienes escritas-; escribiéndolas si te las sabes de memoria... ¡Es una forma de entrenamiento sistemático en emociones positivas! Que, aunque resulten mucho más eficiente a nivel preventivo, si se tiene ese repertorio o algoritmo previo, nos ayudará en tormentas emocionales y en situaciones de emergencias, echando mano de esa lista que previamente hemos escrito.

48. Todos hemos comprobado que un determinado dolor de cabeza o de tripa, es mucho menor cuando estamos rodeados de un grupo de amigos y nos divertimos, que cuando nos encontramos solos en nuestro cuarto inmersos en nuestro dolor.

49. Tenemos que entender de una vez por todas, que es posible aprender a disfrutar de la vida, ya que frente a las emociones negativas más elaboradas con las que nacemos por herencia de la evolución; las positivas es necesario aprenderlas y practicarlas. ¡Somos el organismo más capacitado para disfrutar de la vida y por ello las emociones positivas son procesos más abiertos y versátiles, lo cual abre un abanico casi ilimitado de actividades con las que podemos disfrutar! Pero tiene que ejercitarse en ellas.

50. El humor, el sentido del humor y la risa, son una garantía y un buen procedimiento para disfrutar de la vida. ¡Hay pocas cosas en realidad que sean tan sanas como reírse y disfrutar con las personas que nos rodean llenas de humor y optimismo! Mejora nuestra salud general y nuestra vida emocional. El humor es gratis, nunca se agota porque lo compartas con los demás. Previene el estrés, atrae a más gente, y si te ríes con frecuencia tu cerebro cree que eres feliz, y se comporta como más feliz.

51. Reaccionamos a la interpretación de los hechos -y lo interpretamos mal-, y no a los hechos propiamente dichos... De ahí la importancia que tiene para controlar la tormenta emocional cómo interpretas los hechos si a tu favor o en tu contra, si de forma negativa y dramática o con mucha paz y tranquilidad, sabiendo que pasará pronto según seea lo que yo haga.

52. Cuando las emociones negativas son desproporcionadas a la realidad, relativiza, no te ahogues en un vaso de agua. ¡No les des tanta importancia, no la tienen!

53. Retrasa y dilata la respuesta, por muchas ganas que tengas, para que la emoción negativa no te haga decir lo que no debes decir. Habla cuando las «aguas» se calmen. Espera, no mandes ese mail, wasap; déjalo reposar en la bandeja de borradores... No descuelgues el teléfono, desayuna primero, y después hazlo...

54. No contestes todavía, respira lenta y pausadamente y contesta con calma. Este apósito te ayuda a calmar la tensión y dar una respuesta sin represalia..., y, más acorde a la realidad.

55. Intenta siempre restaurar el sentido del realismo deshaciéndote del pensamiento distorsionado, mágico o negativo.

56. La distorsión cognitiva provoca un miedo intenso e insano al fracaso. El pensamiento racional lo redefine y la sitúa en un perspectiva más amplia.

57. Intenta no valorar las cosas de forma extrema, sin tener en cuenta los matices intermedios: Vamos de un extremo emocional al otro, todo es maravilloso o todo es horrible... ¡Intenta aceptar que todo es bastante bien, bastante bueno!

58. La sobre-generalización es la tendencia a creer, que, si algo ha ocurrido alguna vez, ocurrirá otras muchas veces... Pues, si lo sabes no te extrañes, no dramatices, prevé la situación...

59. Date el permiso para ser humano, no perfecto, ni santo... La realidad es que tengo errores, pero son míos y los acepto y no me castigo: ¡Date el permiso para ser humano!

60. Las emociones negativas: miedo, angustia, fracaso, envidia, etc. son parte de la vida, acéptalas como aceptamos la ley de la gravedad.

61. Acepta la realidad de lo que te pasa y que esa emoción que te ha producido daño es irreal y en tu contra, acéptalo como parte de tu vida. Tranquilo, no pasa nada.

62. Cuando no aceptamos y negamos lo que sentimos y lo que nos pasa, nos provoca que la emoción negativa sea mayor. Luego, acepta y solo por aceptarlo, la emoción negativa disminuye y se evade...

63. Date permiso para que tus emociones se manifiesten, y es muy útil escribirlas, al verlas escritas en un papel somos más conscientes de ellas y las aceptamos mejor.

64. Es bueno hacer una «reconstrucción cognitiva», que no es otra cosa que tratar de interpretar los hechos convirtiéndolos de negativos-útiles o positivos-beneficiosos.

65. Ya sabemos que una misma situación provoca manifestaciones fisiológicas diferentes, dependiendo de cómo uno las tome o las interprete: Desafío o amenaza; soluciones a mi favor o en mi contra.

66. Si interpreto el hecho como catastrófico e irracional (¡Qué mala suerte tengo, a mi me pasa todo...!), estoy yendo en mi contra y generando ansiedad, mal humor, desgracia... Cambia la explicación -reconstrucción cognitiva-, a tu favor. ¿cómo eres capaz de interpretar la situación que te ha sobrevenido?: Desgracias, aventura, hecho casual, aprendizaje, maduración...

67. Enumera los mil milagros que tienes todos los días en tu entorno, escríbelos, grábalos en tu móvil en audio y los oyes, te quedarás sorprendido de cuántos tienes...a tu favor, no te quejes, disfruta de cuantos tienes y sé agradecido.

68. Ser capaz de valorar las cosas y analizarlas desde contextos amplios, nuestras preocupaciones y decepciones se reducen.

69. Quienes realizan una escritura expresiva-emotiva, son más felices y están más satisfechos con su vida, se estresan menos y curiosamente visitaron con mucha menos frecuencia a su médico y manifestaron un sistema inmunitario más fuerte. (Pennebaker, 2017).

(Estas pautas están sacadas del libro: La ciencia de la Felicidad: Cien herramientas para ser feliz, edit. Eunate Pamplona, 2019, segunda edición en el 2020).

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

Rotura de fibras muscular del gemelo o "pedrada"

*Saioa Redin Garralda y Maitane **Garde Erro.** Fisioterapeutas en el Complejo Hospitalario de Navarra*
María Graz Zugasti. Fisioterapeuta en CREENA

Los comúnmente llamados gemelos (músculos gastrocnemios) son dos músculos que junto con el músculo sóleo forman el tríceps sural, coloquialmente llamado pantorrilla. El tríceps sural es uno de los músculos más potentes del cuerpo humano.

Formado por tres cuerpos musculares, finalizan en un tendón común llamado tendón de Aquiles.

¿Qué es la rotura de fibras del tríceps sural?

Es el sobreestiramiento brusco del músculo más allá de su resistencia máxima y se suele dar en el espesor del cuerpo muscular. Cuando sucede no solo se rompen fibras musculares, sino que también se rompen otras estructuras como pueden ser la fascia muscular, algún vaso sanguíneo y algunas terminaciones nerviosas. Todo ello provoca un dolor agudo y repentino y a veces sensación de golpe (pedrada).

Es frecuente en la práctica deportiva pero también tras esfuerzos bruscos en personas que llevan una vida sedentaria.

El tríceps sural es uno de los músculos que presenta con mayor frecuencia desgarros o roturas y estas se suelen producir en la mayoría de los casos, en personas con edades comprendidas entre los 30 y los 50 años.

¿Qué tipos de roturas existen?

El tamaño de la rotura puede variar, rompiéndose un mayor o menor número de fibras. En función de esto, se pueden diferenciar 3 grados:

- **Grado I o leve:** la rotura es mínima y el periodo de recuperación está en torno a los 8-10 días.
- **Grado II o moderada:** el periodo de recuperación llevará unas 2-3 semanas.
- **Grado III o grave:** se trata de una rotura completa y conllevará más de 3 semanas de recuperación.

¿Cuales pueden ser las causas de una rotura fibrilar?

- No calentar antes de realizar una actividad física.
- Acortamientos musculares.
- Fatiga físico-psíquica.
- Movimiento excesivo por mal gesto.
- Golpe directo.
- Sedentarismo.
- Mala circulación.
- Enfermedades metabólicas.
- Nutrición deficiente...

Signos de alarma

Cuando se produce una rotura fibrilar los síntomas clínicos más habituales suelen ser, la aparición de un dolor intenso y repentino (sensación de pedrada) acompañado de un hematoma (según grado de lesión y que puede ser de diferentes tamaños).Además de signos inflamatorios e impotencia funcional.

¿Qué podemos hacer ante una sospecha de rotura de fibras?

En primer lugar acudiremos al médico que realizará el diagnóstico oportuno. Una vez confirmado el mismo, el fisioterapeuta te ayudará en la recuperación desde las primeras fases. El tratamiento de fisioterapia en la fase aguda se caracterizará por el objetivo antiinflamatorio y el reposo.

En la segunda fase el objetivo es ayudar al proceso de cicatrización y realineación de las fibras, para ello se puede utilizar técnicas tan diversas como la electroterapia, terapia manual, cinesiterapia, taping neuro muscular, etc.

Y la tercera y última fase, la de la cicatrización de los tejidos y reentrenamiento para las actividades de la vida diaria, en la que se incluirán técnicas manuales más profundas, electroterapia, cinesiterapia más intensa, etc.

Conclusiones

Si estás ante la sospecha de una rotura fibrilar acude al personal sanitario indicado, inicialmente al médico para que confirme el diagnóstico mediante las pruebas pertinentes y posteriormente a un fisioterapeuta para que te ayude en la recuperación y readaptación a la vida diaria.

Es importante realizar correctamente todas las fases de rehabilitación para evitar futuras recaídas y seguir siempre las indicaciones de tu fisioterapeuta para el momento de retomar tu actividad física habitual.

¿Mi hijo se queda sin respiración y azul cuando llora?

Jaione Fernández García. *Enfermera de Pediatría. C.S. de Ancín*

Las crisis de espasmo del llanto o espasmos del sollozo son un fenómeno frecuente y alarmante que ocurre en niños aparentemente sanos. Su secuencia suele resultar bastante típica y repetitiva: de forma brusca el niño rompe a llorar para después entrar en apnea o bien, tras un período de llanto en el cual el niño no resulta consolado, sobreviene la apnea: el niño deja de respirar, emite sonidos entrecortados, empalidece, presenta inmovilidad o rigidez total o parcial, o incluso cae al suelo más o menos bruscamente.

El espasmo del sollozo es el fenómeno paroxístico no epiléptico más frecuente en lactantes y preescolares, se observa en entre 5 y 7% de lactantes y preescolares. Es secundario a episodios de hipoxia cerebral aguda precipitados por llanto, dolor, sorpresa o frustración. Después de una inspiración profunda se produce un espasmo que detiene la respiración y condiciona apnea. El paciente se torna rígido y con cianosis en los labios y en los dedos, o flácido y pálido.

Inicia frecuentemente entre los 6 y los 12 meses de vida; en la gran mayoría de los casos desaparece antes de los 6 años de edad. La mayor frecuencia se presenta entre el año y los dos años de edad.

¿Por qué ocurre?

La etiología de esta entidad es poco conocida. Se cree que alteraciones funcionales debido a inmadurez de las áreas involucradas en el control respiratorio o cardíaco podrían ser la causa de los espasmos. Otros autores han encontrado una relación entre la ferropenia y los espasmos, que mejoran tras la administración de hierro en los niños con anemia ferropénica demostrada.

La terapia, sobre todo cuando los episodios se manifiestan tan tempranamente, debe ir encaminada a calmar la ansiedad paterna, explicándoles la benignidad del cuadro, su cronología temporal y la ausencia de alteraciones a largo plazo en el desarrollo psicomotor del niño.

¿Cuáles son los desencadenantes?

No se sabe exactamente por qué se producen ni siquiera por qué hasta un 5% de la población infantil los presenta y el 95% restante no. Pero lo que sí se conocen son los desencadenantes y estos son:

- Inicio de llanto intenso (al coger aire).
- Enfado importante.
- Rabieta.
- Susto.
- Emoción intensa.
- También es muy típico el niño que accidentalmente se cae y al iniciar el llanto, se produce el espasmo perdiendo el conocimiento.

Clasificación

Se reconocen dos tipos de espasmo del sollozo:

A. Tipo cianótico: son episodios que se inician en el curso de un llanto por frustración, dolor o enojo. Después de uno o varios movimientos respiratorios durante el llanto éste se interrumpe, el niño entra en apnea y, tras unos segundos, se pone cianótico, llega incluso a perder la conciencia. La pérdida de conciencia puede asociarse con hipotonía generalizada o hipertonía con opistótonos y, posteriormente, presenta sacudidas breves. Esta secuencia puede darse de forma completa o incompleta. En cualquier caso, la recuperación es inmediata. Al cabo de unos pocos segundos el niño vuelve a estar totalmente despierto. La duración total es de 1-4 minutos.

B. Tipo pálido o crisis anóxicas reflejas: después de un traumatismo leve (especialmente en cráneo) o una situación de temor o sorpresa, inicia el llanto, se pierde la conciencia, el paciente está pálido e hipotónico generalizado y puede presentar también sacudidas clónicas de extremidades. Esto es debido a una respuesta cardioinhibitoria aumentada, secundaria a un incremento del tono vagal.

C. Mixtos. Pueden coexistir espasmos del sollozo pálido y cianótico en un paciente, aunque es poco frecuente.

Diagnóstico

1. Historia clínica completa.
2. Exploración física.
3. Analítica en caso de sospecha de anemia.
4. El electroencefalograma deberá de realizarse en caso de sospecha de epilepsia, cuando no exista fenómeno desencadenante evidente, en menores de 6 meses o mayores de 6 años.
5. Electrocardiograma en caso de espasmo del sollozo pálido. Para descartar arritmias .

Manejo

1. Mantenga la calma.
2. Retire los objetos que el niño tenga en la boca.
3. Colóquelo de costado y retire los objetos con los que se pueda golpear.
4. Acostar al niño en posición lateral en un sitio seguro.
5. Mantenga un ambiente bien ventilado, afloje la ropa.
6. No intente detener el espasmo.
7. Háblele suavemente.
8. Al término del espasmo déjelo dormir una pequeña siesta.
9. En caso de que sea provocado por dolor bríndele consuelo y alivio.
10. Informar a cuidadores de estos episodios, de su carácter benigno y de la forma de actuar durante y después de los mismos.

¿Qué se debe evitar?

1. Maniobras de reanimación.
2. Golpear o bañar al niño con agua fría. Existe el riesgo de broncoaspiración y complicaciones pulmonares.
3. Evitar maniobras bruscas como golpear o zarandear que pueden originar lesiones secundarias y no van a acortar el episodio.
4. No introduzca objetos en su boca ya que puede lesionarla o provocar sofocación.
5. Es muy importante no confundirlo con otras enfermedades convulsivas, evitar en lo posible la administración de medicamentos antiepilépticos.

¿Cómo se puede prevenir?

No se pueden prevenir. Hay que recordar que "igual que vienen, se van".

Como algunos espasmos del sollozo están desencadenados porque se ha reprendido al niño cuando ha hecho algo mal o se le lleva la contraria, hay padres que intentan evitar estos episodios, no regañando a sus hijos. Es importante continuar corrigiendo su comportamiento y no ceder ante las rabietas. Los límites y las normas siguen siendo necesarios para que los niños se sientan seguros.

¿Cuándo nos preocuparíamos?

1. Si ocurre en un niño de menos de seis meses.
2. i tarda en recuperarse más de cinco minutos.
3. Si tras el episodio no está completamente normal
4. Si el episodio no ha sido causado por un susto, golpe, regaño o rabieta.

¿Puede provocar mi hijo los episodios?

Son involuntarios. Aunque podamos identificar claramente el desencadenante y saber cuándo van a ocurrir.

Vuestro hijo sí percibe la ansiedad y la alarma que generan, lo que puede afectar a su conducta. En este sentido es muy importante la determinación de los padres.

¿Puede tener alguna repercusión?

Los espasmos del sollozo son de naturaleza benigna. Se resuelven en unos segundos. No producen por sí mismos ningún daño inmediato ni tardío. No se relacionan con la epilepsia ni ninguna otra enfermedad.

Tratamiento

No existe medicación específica; se recomiendan información extensa a la familia y estrategias educativas para el control e inhibición de los espasmos del sollozo.

En caso de confirmar anemia ferropénica se sugiere manejo con dieta y sulfato ferroso.

Algunos autores recomiendan el uso de piracetam en pacientes con espasmo del sollozo recurrente.

No se justifica tratamiento antiepiléptico.

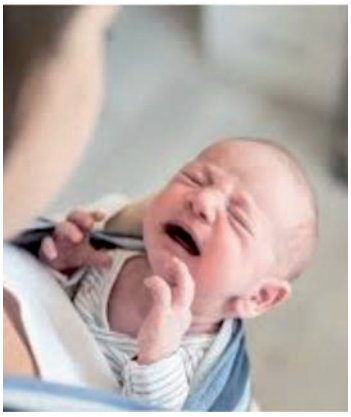
El seguimiento a largo plazo sugiere que los espasmos del sollozo se alivian espontáneamente. Los pacientes presentan mayor frecuencia de problemas de atención y, en el caso de espasmos pálidos, pueden presentar con mayor frecuencia síncope.

Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos y nos ayudes a mejorar nuestro conocimiento y calidad de vida.

Nº caracteres: 4.000 ó 7.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com



¿Qué son los cólicos del lactante?

Marta Sueiro Tejada, Tamalai Estrella Munárriz Granado y Paula López Moreno
Enfermeras del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias Pediátricas del Servicio Navarro de Salud Osansubidea

El llanto en un lactante es una forma de comunicarse con el ambiente y de expresar sus necesidades, por lo tanto, es normal que un bebé llore en determinadas situaciones: porque tenga hambre o sed, incomodidad por calor o frío, el pañal mojado o, simplemente, como forma de reclamar atención o contacto de sus padres. En esos casos el bebé se tranquiliza si se satisfacen sus demandas. Pero en los cólicos del lactante el bebé sigue llorando.

Son episodios de llanto intenso, repentino, prolongado que se repiten casi a diario, más frecuentes durante la tarde y la noche. El bebé suele encoger las piernas sobre el abdomen y cerrar los puños, manteniéndose vigoroso y con la cara enrojecida por el esfuerzo. Cuando el llanto cede, se vuelve a encontrar con un aspecto normal.

Los cólicos son algo bastante frecuente, pues en torno a una cuarta parte de los niños los padecen, siendo especialmente frecuente en torno al mes y medio y desapareciendo hacia los 4 meses de edad. Por esta razón se conocen también como "cólicos del primer trimestre".

Parece grave, sobre todo la primera crisis, pero no es una enfermedad. Los lactantes que han tenido cólicos se desarrollan de la misma manera que los demás.

¿Cuales son las causas de los cólicos del lactante ?

- No se conocen bien, por lo que se han propuesto diversas explicaciones. Pueden estar influidos por factores psicológicos y sociales, como una excesiva estimulación del bebé y una respuesta exagerada o ansiosa ante su llanto.
- Por parte del bebé puede existir una hipersensibilidad ante determinados estímulos. También se plantean causas digestivas, como la propia inmadurez del aparato digestivo de los bebés o inmunológica (intolerancia o alergia a la leche de vaca).

¿Qué puedo hacer?

- Debe mantener la calma ya que se trata de un proceso benigno y pasajero.
- Lo primero, tras comprobar que el bebé está limpio y no tiene hambre, es tomar al niño en brazos para reconfortarlo, buscando la posición en la que se encuentre más tranquilo intentando transmitirle tranquilidad. Un suave masaje en la espalda o en el abdomen puede ayudar. Algunos se encuentran más a gusto envueltos en una manta y en contacto estrecho con su cuidador, mientras que otros prefieren estar más libres. A veces el llanto se calma meciéndolo suavemente, columpiándolo en una hamaca o dando un paseo en su cochecito o en automóvil.
- Si el bebé hace la toma con mucha avidez es posible que trague mucho aire. Para ayudarle a eliminar los gases recuerde sujetarlo unos minutos después de la toma en posición vertical para que pueda expulsarlos eructando.
- El llanto frecuente y prolongado de un bebé puede alterar considerablemente la vida familiar, pues el cansancio y la preocupación se van acumulando progresivamente. Procurar que el ambiente sea tranquilo y relajado, no transmitir ansiedad al niño , es importante tener en cuenta el necesario descanso de madres y padres, relevándose en su cuidado, buscando apoyo de algún familiar.
- En la actualidad no existe ningún tratamiento con efectividad probada, aunque existen diversos medicamentos y productos de parafarmacia comercializados para los cólicos del lactante (como probióticos, homeopatía y fitoterapia). El tratamiento debería de ser individualizado y bajo supervisión médica.

¿Cuándo me debo preocupar?

- Si el llanto del niño se acompaña de palidez, sudoración, decaimiento intenso o rechazo de las tomas.
- Si su hijo presenta fiebre, vomita o hace deposiciones con sangre.

El masaje infantil

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

El masaje infantil es un arte antiguo y milenario, practicado por todas las madres a sus bebés para estimular sus sentidos y nutrirlos afectivamente a través de la piel.

Fue descubierto en la década de los 50, por el Dr. F. Leboyer, médico francés, en uno de sus viajes en la India. Lo denominó Shantala. Se emplea como vehículo para transmitir afecto y ternura entre madre-hijo mediante el lenguaje no verbal y el uso de otros sentidos. "Tocar" es un diálogo recíproco, en el que se benefician ambas partes:

- **Bebé:**
- A nivel físico:
-Hidrata y tonifica la piel.
-Fortalece el sistema inmunológico.
-A nivel digestivo, ayuda a calmar los cólicos, gases... Mejora la digestión.
-Contribuye a desarrollar el sistema respiratorio y circulatorio.
-Favorece el sistema endocrino. Reduce las hormonas causantes del estrés.
-Beneficia al sistema muscular y psicomotor. El masaje tiene un efecto relajante y tonificante de la musculatura.
- A nivel emocional:
-Facilita un sueño más largo y de mejor calidad. Favorece la relajación.
-Ayuda a conocer su propio cuerpo. Facilita la integración del esquema corporal.
-Contribuye a aumentar la autoestima y la seguridad.
-Estrecha los vínculos afectivos y el apego.
-Fomenta la comunicación con el exterior.
-Ayuda a liberar las tensiones.

- **Madre/padre/quien da el masaje:**
-Es placentero.
-Permite escuchar las distintas maneras que el bebé tiene de llorar.
-Ayuda a la madre a reducir las posibilidades de depresión postparto.
-Proporciona relajación.
-Enseña a conocer las necesidades de su hijo.
-Mejora el vínculo afectivo.
-Incrementa la confianza.
-Permite al padre compartir otras responsabilidades con la madre.

¿Cuáles son las condiciones para dar el masaje infantil?

- Elegir el momento adecuado, en el que ambos estén dispuestos.
- Adecuar los movimientos y la duración del masaje a las condiciones y la edad del bebé.
-*Recién nacido:* No superar los 5 minutos. Los toques de las manos deben ser muy suaves.
-*A partir del mes:* Alargar el tiempo y aumentar la presión gradualmente.
-*Los masajes que se dan antes, incluso a prematuros,* deben limitarse a contactos o "peinado"
- Elegir un rincón acogedor, cálido y tranquilo, a ser posible con buena ventilación y luminoso. Preferible la luz natural. Siempre será el mismo lugar.
- Utilizar música tranquila. Es preferible elegir siempre la misma, de manera que la asocie con el momento del masaje.
- Utilizar un aceite adecuado, preferiblemente vegetal (sésamo, almendras, germen de trigo, avellanas...), que previamente se habrá calentado con las manos.
- Empezar posando las manos y ofreciendo calor. Realizar movimientos amplios, lentos y rítmicos, con la presión suficiente.
- En el caso de que le hayan puesto una vacuna o tenga una erupción, evitar la zona afectada.
- Seguir un ritual. Que al bebé le recuerde el inicio del masaje. Finalizar siempre con caricias.

Se recomienda iniciar por las **piernas y los pies**. Permite para crear un clima de confianza y que el bebé acepte gradualmente el masaje. Son las partes menos vulnerables del niño. Si se comienza por la parte superior del cuerpo es posible que el bebé se ponga tenso e instintivamente cerrará sus extremidades para proteger sus órganos vitales.

Se continúa trabajando el **tórax y vientre**, dirigiendo los movimientos hacia la parte inferior izquierda del abdomen, siguiendo el sentido de las agujas del reloj.

La **cara** del bebé acumula buena dosis de tensión debido a la succión, a la dentición, el llanto... El masaje despeja su nariz, calma las molestias de las encías y es especialmente relajante. No se incluirá la cabeza, ya que es una zona sensible y no hay musculatura real en la cabeza que precise ser relajada.

Se finalizará con la **espalda**. Es la parte más relajante del masaje. Cuando el bebé esté boca abajo, vigilar que las vías respiratorias queden libres.

Una vez finalizado, permanecer con las manos quietas sobre la **piel** del bebé. Esto le indica que el masaje ha terminado.

Más información: Asociación española de masaje infantil www.masajeinfantil.org

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CURSOS 2021 - CAMPAMENTO SEMANA SANTA-PASCUA

CURSOS 2021

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...**

CAMPAMENTO SEMANA SANTA-PASCUA
FECHAS - HORARIOS - PRECIOS

- **Del 6 al 9 de Abril**
- **Horario: 9 a 14 h.**

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

- **Precio Semana Santa*: 160€/semana y 45€/día**

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

ACTIVIDADES

Actividades para todas las edades y niveles:

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

INSCRIPCIONES - OBSERVACIONES

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

REGALA CLASES, BONOS DE INICIACIÓN, CAMPAMENTOS

REGÁLALOS PORQUE SE LO MERECE, POR SU CUMPLEAÑOS, PARA HACER DEPORTE Y AMIGOS, PARA DISFRUTAR DE LA NATURALEZA, PARA DESARROLLAR OTROS VALORES... ¡¡ LA RAZÓN LA PONES TÚ !!