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 mayojunio2021 nº89

SUMARIO

2 Tratamiento de varices con láser endovascular
3 Seis hábitos de vida cardiosaludables
4 Sedación paliativa al final de la vida
5 Neuromodulación con radiofrecuencia
6 Tortícolis congénita y rehabilitación
7 ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para mis varices?
8 Calvas en el cuero cabelludo, ¿puede ser tiña?
9 Tratamiento del dolor en la articulación temporomandibular
10 Dermatitis atópica
11 Medicina regenerativa en artrosis y en lesiones deportivas
12 La validez del diagnóstico neuropsicológico
13 "Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin pasar por el quirófano"
14 Epilepsia durante el embarazo
16 ¿Es necesario llevar a los niños de 0 a 5 años al dentista?
18 Unidos por el don de la vida
20 Riesgo cardiovascular
22 Lavado de manos
23 Alergia primaveral
24 Manejo de los acúfenos
26 Autosondajeen el hogar
27 Síndrome de la pantalla de visualización
28 Trastorno psicótico postparto
30 Ejercicios para adulto mayor autónomo
32 Centro Ecuestre Cizur

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. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación sin el permiso escrito de PubliSic S. L.
El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *© PubliSic S.L. Argitalpen honen erreprodukzio partziala edo osoa debekatuta dago PubliSic S. L.-ren idatzizko baimenik gabe. Editoreak ez ditu zertan partekatu aldizkari honetan emandako laguntzaileen iritziak eta irizpideak.*

Tratamiento de varices con láser endovascular

ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON LÁSER ENDOVASCULAR

Dr. Gonzalo Villa
Especialista en Cirugía Vascular. Nº Colegiado: 313106416
Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona
948 296 111 - 644 297 726 | www.gonzalovilla.es |

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

¿Qué son las varices?

Las varices son venas que han dejado de funcionar adecuadamente, provocan hipertensión venosa y los síntomas más habituales, la pesadez, dolor de piernas, cansancio, calambres, picor, piernas inquietas, y en casos avanzados flebitis, hemorragias, lesiones en la piel e incluso úlceras de difícil tratamiento.

Valoración del problema

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

Tratamiento

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

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

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

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

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

DOCTOR GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

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

Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 644 297 726
doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es

ILUSTRACIÓN: MANUEL ÁLVAREZ

Seis hábitos de vida cardiosaludables

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

Aunque los avances médicos han propiciado que las cifras desciendan lenta y progresivamente en la última década, la muerte por enfermedades cardiovasculares sigue siendo una de las principales causas de defunción en España según el INE.

Todos los expertos coinciden en señalar la prevención como el mejor tratamiento. Mejorando nuestro estilo de vida y cumpliendo las siguientes recomendaciones podemos prevenir la aparición de la enfermedad cardiovascular o, al menos, alargar sus consecuencias.

Deporte

La práctica deportiva, evitar el sedentarismo mediante la práctica frecuente de ejercicio físico es una de las herramientas más eficaces de prevención. Eso sí, en caso de querer iniciar una práctica deportiva con regularidad es recomendable realizar una revisión cardiológica para establecer un plan adecuado de entrenamiento y diagnosticar las capacidades personales tras un estudio pormenorizado de su corazón.

Alimentación

Es necesario llevar una dieta sana y equilibrada, por eso es clave seguir las orientaciones de la pirámide alimenticia (Fundación Española del Corazón). Como directrices esenciales, hay que consumir tres o cuatro raciones de verduras y hortalizas diarias aparte de las dos o tres raciones de fruta. Además, es muy importante tomar dos cucharadas de aceite de oliva extra virgen extra cada día y tratar de convertir en esporádicas las comidas con carnes grasas, embutidos y dulces.

Sobrepeso

Hay que evitar el sobrepeso, especialmente la obesidad central -la 'tripa'-. La grasa abdominal es perjudicial para el corazón y es bueno tener un peso adecuado para el controlar y evitar la aparición de enfermedades como la diabetes, la hipertensión o la hipercolesterolemia.

Tabaco

El tabaco es cancerígeno, provoca una aterosclerosis -acumulación de grasas y otras sustancias en las paredes de las arterias- acelerada y precoz. Afecta a otros órganos como los pulmones y su efecto, junto a otros factores de riesgo cardiovascular (hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes, prediabetes..), no es aditivo sino que es multiplicativo. Es decir, si fumas el riesgo se puede multiplicar hasta por tres y, si además tienes hipertensión, se multiplica por ocho.

Consumo alcohol

No se recomienda el consumo moderado de alcohol de manera regular y tampoco se recomienda el consumo excesivo de alcohol aunque sea de forma puntual, ya que también es malo para el corazón y, más concretamente, para el control de la tensión arterial. Se puede tomar una copa de vino tinto durante una de las comidas principales del día.

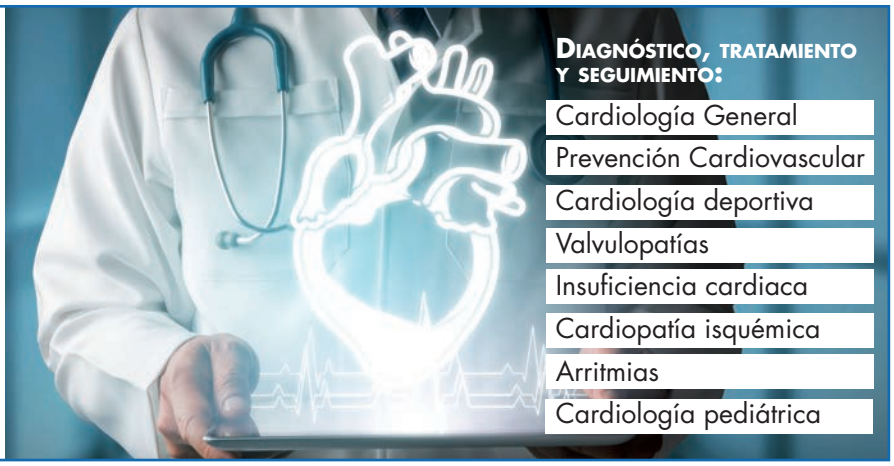
Exceso sal

La sal era un producto muy preciado como conservante de alimentos en la antigüedad, hoy la mayoría de los productos contienen sal o potenciadores de sabor. La solución radica en incrementar el consumo de alimentos frescos en lugar de los precocinados -todos llevan sal- o de las bebidas con burbujas. El consumo de sal diario recomendado, sin tener ninguna alteración cardiaca, es de dos a cuatro gramos.

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



Sedación paliativa al final de la vida

Edurne Bidegain Garbala
Médica del Equipo Hospitalario de Soporte Paliativo del Complejo Hospitalario de Navarra

La Real Academia Española (RAE) define sedar como "apaciguar, sosegar o calmar algo o a alguien". En Medicina, la sedación es un procedimiento médico que se lleva a cabo habitualmente de forma transitoria con el objetivo de proteger al paciente de maniobras diagnósticas y/o terapéuticas que bien son dolorosas o que provocan un distress, como por ejemplo, una intervención quirúrgica, ingreso en UCI, estudio endoscópico, etc.

En el caso de la sedación paliativa el objetivo final es proteger y aliviar al paciente que está al final de la vida del sufrimiento y/o distress refractario que provoca uno o varios síntomas.

Conceptos clave

- **Sedación paliativa:** administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL, 2002).
- **Sedación paliativa al final de la vida (en la agonía):** sedación paliativa que se utiliza cuando el paciente se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso; debe ser continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento (SECPAL/OMC, 2012)
- **Síntoma refractario:** síntoma o combinación de varios que no responden a un tratamiento paliativo correcto e intensivo sin comprometer el estado de conciencia, aplicado por profesionales bien entrenados y capacitados en un entorno y periodo razonable de tiempo. Los más habituales son el delirium hiperactivo (agitación) y/o síndrome confusional agudo, disnea o falta de aire en reposo, dolor mal controlado, crisis de pánico/angustia severa, hemorragias masivas, vómitos incoercibles y estatus convulsivo.
- **Síntoma de difícil control:** se diferencia del síntoma refractario en que no se han agotado las posibilidades diagnósticas o terapéuticas a nuestro alcance en ese momento. Suelen precisar una intervención farmacológica/instrumental/psicológica intensiva por parte de profesionales expertos.

¿Es preciso solicitar el consentimiento al paciente?

La sedación paliativa tiene una indicación médica y requiere un proceso de consentimiento informado; a poder ser por el propio paciente de forma directa o a través de registro en Documento de Voluntades Anticipadas y/o en su Historia Clínica. En caso de pacientes con deterioro del nivel de conciencia o incapacitados, deberá ser autorizado por su representante o familia/allegado, en función del "mejor interés del paciente" (consentimiento delegado). Se recomienda si es posible que preferentemente sea explícito y plantearlo con antelación a una situación de crisis. El consentimiento verbal se considera suficiente y se debe dejar constancia en la Historia Clínica, junto con el nivel/tipo de sedación y las razones que lo sustentan.

¿Cómo es el procedimiento? ¿Qué fármacos se utilizan habitualmente?

La sedación paliativa es siempre proporcional al alivio necesario o síntoma que se quiere controlar. Los fármacos de elección suelen ser los siguientes; Benzodiazepina (midazolam), Neuroléptico (levomepromacina), Anestésicos (propofol) y Barbitúricos (fenobarbital). La vía de administración y la dosis necesaria va a estar condicionado por situación del paciente, la rapidez de acción y tratamientos previos. Se suele administrar una dosis de inducción y posteriormente se ajusta la dosis de mantenimiento necesaria para garantizar la confortabilidad del paciente, evaluando periódicamente el nivel de conciencia, la respuesta a estímulos, la presencia de secreciones bronquiales, mioclonias, etc. Durante la sedación se mantienen fármacos que son esenciales para el control de síntomas (como por ejemplo, morfina para el dolor) y se retiran aquellas medidas que ya no son útiles (como medicación para el colesterol o la presión arterial).

En la atención al paciente y a su familia al final de la vida, no se debe olvidar abordar las necesidades psicológicas y espirituales. Preservar la intimidad, mostrar disponibilidad y comprensión, facilitar expresión de sentimientos y temores. Priorizar siempre el cuidado y el confort del paciente.

¿Es cierto que la sedación paliativa acorta la vida del paciente?

No existe evidencia que la administración de sedación proporcional acorte la vida, ya que varios estudios retrospectivos no mostraron diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas de vida (SECPAL, 2012)

¿Qué diferencias hay entre sedación paliativa/eutanasia?

La diferenciación entre sedación paliativa y eutanasia recae principalmente en 3 puntos: intención/objetivo, procedimiento y resultado. *(Ver Figura 1)*

Puntos clave:

1. La sedación paliativa es un recurso terapéutico.
2. Para la indicación de una sedación paliativa se requiere la existencia de un síntoma refractario.
3. El objetivo es el alivio/disminución del sufrimiento o distrés mediante una reducción del nivel de conciencia proporcionada a la intensidad del síntoma a tratar.
4. La expectativa de vida ha de ser corta.
5. Precisa de consentimiento informado y registro en Historia Clínica.

Figura 1

	SEDACIÓN PALIATIVA	EUTANASIA
INTENCIÓN/OBJETIVO	Alivio de un síntoma refractario	Provocar la muerte del paciente para liberarlo de su sufrimiento
PROCEDIMIENTO	Administración proporcionada de fármacos que se ajustan a la respuesta del paciente	Administración de una dosis letal de fármacos que garanticen una muerte rápida
RESULTADO	Alivio del sufrimiento	Muerte

Neuromodulación con radiofrecuencia

El futuro 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

Cada vez son mas los pacientes que sufren algún tipo de dolor crónico en nuestra sociedad, siendo por ello uno de los principales puntos de estudio y avance de las sociedades científicas. Cada vez sabemos con más certeza que quitar de forma completa el dolor crónico es una tarea prácticamente imposible, motivo por el cual hemos puesto todos nuestros esfuerzos en poder ofrecer a los pacientes algún tratamiento que consiga disminuir sustancialmente el dolor (neuromodulación).

¿Cómo se modula el dolor?

La radiofrecuencia es una de las técnicas más empleadas hoy en día en el alivio del dolor. Se basa en la generación de calor, producido por el paso de una corriente eléctrica en un tejido a través de un electrocatéter.

En función de las agujas que usamos, de la temperatura que apliquemos y de la conductividad que tenga el tejido sobre el que aplicamos la técnica podemos obtener diferentes respuestas consiguiendo aliviar, calmar o disminuir el dolor.

¿Cómo se hace el procedimiento? ¿Es doloroso?

El procedimiento se realiza con anestesia local ya que se trata de una técnica muy poco dolorosa y, generalmente, muy bien tolerada por los pacientes.

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

Puede emplearse en cualquier región dolorosa del cuerpo, y en múltiples patologías. El médico valorará cada caso de forma individualizada para poder explicarle concretamente qué técnica es la más indicada en su caso. En la actualidad disponemos en el mercado de múltiples agujas, catéteres y demás utensilios que nos permiten llegar a gran cantidad de regiones del cuerpo para conseguir nuestro objetivo, aliviar el dolor crónico.

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

Sí, generalmente esta técnica es más 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.

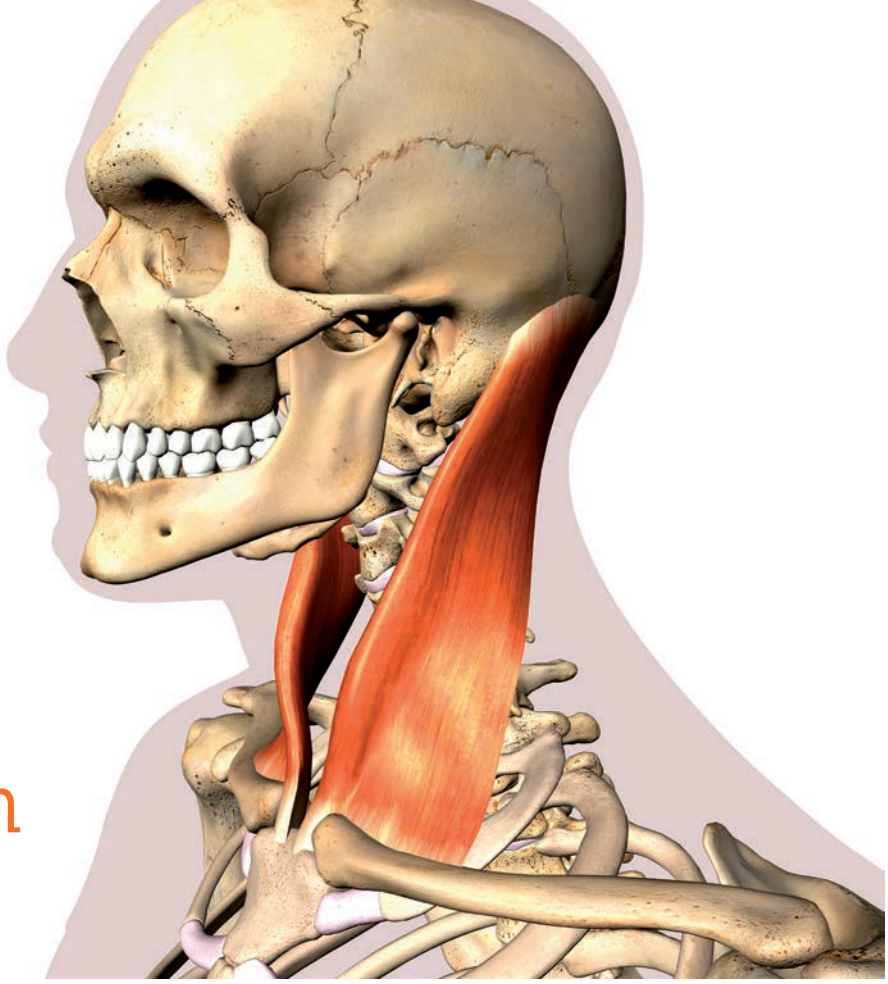
Contamos con un protocolo anti-COVID completamente actualizado para ofrecerle la máxima seguridad y garantía en su tratamiento.

DISPONEMOS DE TODAS LAS MEDIDAS ANTI-COVID NECESARIAS PARA QUE SE SIENTA SEGURO EN TODO MOMENTO

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



Tortícolis congénita y rehabilitación

Sara Bermejo Sandín.
Fisioterapeuta Complejo Hospitalario de Navarra

La tortícolis congénita es una patología muy frecuente en los servicios de rehabilitación infantil que consiste en una deformidad provocada por el músculo esternocleidomastoideo (ECOM).

Este músculo se localiza en la parte anterolateral del cuello y su función, cuando trabaja de manera unilateral, es la inclinación cervical hacia el lado homo lateral, rotación hacia el lado contralateral y extensión.
Existen distintas hipótesis que intentan explicar la etiología de la tortícolis congénita, como son la posibilidad de un desgarro traumático durante el parto o teorías relacionadas con la posición fetal intrauterina.

Postura anómala de la cabeza

Durante la exploración se observa una postura anómala de la cabeza y región cervical debido a la retracción muscular, presentando los pacientes una inclinación cervical hacia el mismo lado de la lesión y una rotación hacia el lado contrario. Además la tortícolis congénita suele asociarse frecuentemente a la presencia de plagiocefalia postural.
Durante la palpación es común encontrar una tumoración de consistencia fibrosa en el espesor del músculo.
En relación al rango de movimiento éste suele encontrarse disminuido, tanto en rotación como en inclinación, y en ocasiones puede comprometerse además el desarrollo psicomotor del niño debido a la disminución de actividad de uno de los hemicuerpos.

Tratamiento

Como tratamiento existen medidas conservadoras y quirúrgicas, éstas últimas en caso de que el procedimiento conservador fracase.
Los objetivos inmediatos del tratamiento conservador son la recuperación de la extensibilidad del músculo afectado y tejidos adyacentes, y la prevención y corrección de actitudes asimétricas con una correcta alineación corporal.
En relación a las medidas conservadoras se puede diferenciar entre medidas posturales y tratamiento de fisioterapia.

Medidas posturales

Respecto al manejo postural es importante explicarlo y enseñarlo a los padres y cuidadores. Algunas de las medidas básicas que conviene llevar a la práctica son:

- La cuna del bebé debe estar colocada de forma que los estímulos que reciba, como pueden ser la luz del exterior o la cama de sus padres, se encuentren en el lado de la restricción del movimiento.
- A la hora de llevarle en brazos actuar de la misma manera que en la situación anterior. Coger al bebé de modo que le lleguen todos los estímulos del lado limitado para que así activamente él mismo vaya dirigiendo la cabeza en esa dirección.

Además es conveniente explicar a los familiares que deben animar al niño a que mueva su cabeza de manera activa mientras se juega con él. Para ello, se intentará captar su atención mediante estímulos auditivos, visuales, juguetes o táctiles a través de estímulos cutáneos en mejillas y zona peribucal, siguiendo siempre el sentido de la corrección postural.

Tratamiento de fisioterapia

La fisioterapia también se contempla como parte del tratamiento conservador siendo el tipo de trabajo que se lleva a cabo fundamentalmente de tipo manual, basado en estiramientos y masoterapia de la musculatura comprometida, y trabajo de cinesiterapia para movilizar la zona en sentido de la corrección.
Por otra lado, es conveniente integrar la rehabilitación dentro de un trabajo de estimulación del desarrollo neuromotor en el que se trabaje el enderezamiento del bebé o los distintos cambios posturales, como por ejemplo los volteos, facilitando la integración del hemicuerpo comprometido por la limitación muscular.

Existe evidencia científica de los buenos resultados obtenidos con las medidas conservadoras siempre y cuando se intervenga de manera temprana.

¿Cuál es el tratamiento más efectivo para mis varices?

ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

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

Las varices son una dilatación permanente de las venas de las piernas. Esto supone una dificultad para el retorno sanguíneo, por lo que son un problema circulatorio real. Además suponen un problema estético habitualmente.

Hay muchos métodos para eliminarlas, todos altamente efectivos. Pero cada uno de ellos tiene particularidades que lo hacen más indicado en un caso que en otro. Sólo un especialista en Angiología y Cirugía Vascular puede aconsejarle el mejor tratamiento para su problema concreto. Una mala indicación resulta en un tratamiento menos eficaz, o puede conllevar la aparición de una complicación no deseada.

Esclerosis con microespuma

La **esclerosis con microespuma** destaca 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. Es un tratamiento ambulatorio.

Técnicas MOCA

Cuando hay afectación de la safena mayor o menor, la microespuma es más efectiva si se introduce mediante un catéter. Son las **técnicas MOCA** (mecánico/químicas). Consisten en el uso de un catéter que gira dentro de la vena a alta velocidad para lesionar su capa íntima a la vez que se introduce microespuma. La combinación del efecto químico y mecánico permite eliminar un eje safeno en una sola sesión. Se lleva a cabo con anestesia local, y también 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 mayor o menor, y éstas son de gran calibre, el mejor método de tratamiento es el **láser endovenoso**, que es un procedimiento de termoablación. Se introduce una fina fibra láser en el interior del segmento venoso para disparar pequeños pulsos de luz láser que van 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. Permite reanudar las actividades de la vida diaria muy precozmente. Su uso está limitado en safenas muy superficiales o suprafasciales. Lo esencial es una valoración especializada para poder acceder al mejor tratamiento.

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

Calvas en el cuero cabelludo, ¿puede ser tiña?

Jaione Fernández García.
Enfermera de Pediatría del Centro de Salud de Ancín

La tiña es una infección en la piel, el pelo o las uñas causada por hongos. La tiña del cuero cabelludo sucede en todo el mundo y es más común en niños pequeños. Es bastante contagiosa.

La tiña del cuero cabelludo a menudo se ve como sectores redondos sin pelo. En la mayoría de los casos, la infección se extiende hacia afuera mientras dentro del círculo queda libre. En otros casos puede cursar como:

- Zonas de aspecto escamoso donde el cabello se ha desprendido o justo encima del cuero cabelludo.
- Manchas que se expanden o agrandan lentamente.
- Zonas rojas, escamosas e inflamadas, sensibles o dolorosas a la palpación.
- Cabello quebradizo o frágil que se desprende fácilmente.

¿Cómo se transmite?

- **De un ser humano a otro:** A menudo la tiña de disemina a través del contacto directo piel a piel con una persona infectada.
- **De un objeto a un ser humano:** La tiña puede diseminarse a través del contacto con objetos o superficies que una persona o un animal infectado haya tocado.
- **De un animal a un ser humano:** Los perro y los gatos, en especial los cachorros y los gatitos pequeños, suelen ser portadores de tiña.

Tratamiento

En niños, el tratamiento de la tiña del cuero cabelludo consiste en un fármaco antimicótico, la griseofulvina, tomado por vía oral entre 4 y 6 semanas. La terbinafina también puede ser utilizado.

Para evitar su propagación, sobre todo en niños, debe aplicarse una crema antimicótica sobre el cuero cabelludo hasta que se cure. También debe utilizarse al menos 2 veces por semana un champú de sulfuro de selenio al 2,5 %, bajo preinscripción médica.

Si se trata en estadios tempranos, es probable que salga el pelo en las zonas con calvicie. En caso de no seguir ningún tratamiento las zonas con calvicie podrían ser permanentes.

Prevención

- **Infórmate e informa a los demás.** Toma en consideración del riego de contagio de la tiña de personas o mascotas infectadas. Y si tu hijo la tiene infórmale a que tiene que prestar atención.
- **Usa champú regularmente.** Asegúrate de lavar el cuero cabelludo, en especial después de cortar el pelo.
- **Mantén la limpieza.** Es importante el lavado de manos así como mantener limpias las áreas comunes, en especial en escuelas, gimnasios y vestuarios.
- **Evita el contacto con animales infectados.** Normalmente la tiña se presenta como una zona de piel sin pelaje. Sin embargo, en algunos casos no es así. Realiza revisiones rutinarias de tus mascotas.
- **No compartas elementos personales.** Enseña a tus hijos a no compartir objetos personales, toallas, cepillos de dientes...ni pedirles prestados tales elementos a otros niños.

Cómo evitar su reaparición

La tiña del cuero cabelludo puede reaparecer después de que el tratamiento ha eliminado la infección. Para ayudar a su prevención:

- Deshazte de peines y cepillos en cuanto empiece el tratamiento.
- Lávate el cabello una vez al mes con un champú que contenga sulfuro de selenio.
- No compartas sombreros, peines, cepillos ni toallas.
- Lava la ropa, toallas y sábanas en agua caliente.
- Mantén la piel limpia y seca.

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

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

A pesar de la situación irregular que la pandemia nos está haciendo vivir se ha confeccionado el programa de escapadas y peregrinaciones pendiente de cerrar algunas fechas.
SALIDAS DE UN DÍA: 15 de junio Lourdes txiki con Orio y San Sebastián / 29 de junio Bayona y San Juan de Luz / 6 de julio Bilbao y Santuario de Begoña / 10 agosto Monte Larrun y cueva de sare.
Resto de salidas pendiente de indicar fecha.

#Santuario de Lourdes fin de semana del 26 al 27 de junio y del 25 al 26 de septiembre
#Conozca el paraíso de Gredos. 13 al 17 de septiembre
#Año Jubilar en Santiago de Compostela. 12 al 16 de julio / 23 al 27 de agosto
#Exposición las Edades del Hombre Sahagún / Carrión de los Condes y Burgos 8/9/10 julio

Los programas estarán detallados en la página web www.peregrinacionesnavarra.es

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

Tratamiento del dolor en la articulación temporomandibular

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

Una de las patologías que requieren los servicios de especialistas en cirugía oral y maxilofacial es el dolor en la articulación temporomandibular. Se trata de una enfermedad que a muchos pacientes afecta de forma solo transitoria, pero en algunos casos presenta el riesgo de convertirse en crónica.

La articulación temporomandibular o ATM une la parte superior de la mandíbula con el hueso temporal del cráneo. Su forma de actuar se asemeja a una bisagra deslizante, por lo que realiza movimientos muy complejos, de arriba abajo y de lado a lado.
Por tanto, es una parte del cuerpo muy sensible, en la que a veces se producen dolores y disfunciones, bien en las piezas óseas, bien en los músculos que las rodean y dirigen su movilidad. En general, hablamos de tres tipos de trastornos del dolor en la articulación temporomandibular:

- El denominado dolor miofascial, que se produce en los músculos que gestionan los movimientos de la mandíbula.
- Asimetrías provocadas por causas como un disco desplazado, la mandíbula dislocada o por lesiones del cóndilo (la cabeza mandibular que se encaja en la articulación).
- Deterioro de la zona y procesos inflamatorios.

¿Por qué surge el dolor en la ATM?

Las causas del dolor en la articulación temporomandibular pueden estar relacionados con el bruxismo (apretar en exceso y de forma continuada los dientes), por situaciones de estrés o ansiedad que cargan la tensión en la zona, debido a traumatismos, desplazamiento de alguna de las partes que la componen, degeneración de las piezas o patologías en los músculos o el cartílago.
En la mayoría de las ocasiones, el dolor es transitorio y se resuelve con un tratamiento paliativo hasta que remite, pero hay veces en que es necesario recurrir a intervenciones quirúrgicas. En cuanto a la manifestación de dicho dolor, podemos considerar, entre otras, las siguientes variantes:

- Dolor en la mandíbula, en la cara o el cuello.
- Dolor en una de las partes de la cabeza.
- Limitación del movimiento de la mandíbula, e incluso bloqueos.
- Dolor y rigidez en los músculos de esa zona.
- Problemas para masticar.

En ocasiones, también surgen chasquidos en la boca que pueden ser síntoma de la futura aparición del dolor.

Tratamiento del dolor en la ATM

A la hora de tratar esta enfermedad, se presentan dos niveles. Si la afección es leve y probablemente transitoria, se trabaja en diferentes vertientes, como la colocación de férulas de descarga, ejercicios de reeducación para que el paciente articule adecuadamente y evite hábitos como el bruxismo, masajes y fisioterapia, o tratamientos mediante láser de diodo para tejidos blandos y bio-estimulación, que mitigan el dolor facial.
En el caso de que la patología haya evolucionado hacia la gravedad y las medidas anteriores no sean suficientes, se procede a tratamientos quirúrgicos que, en general, optan por técnicas mínimamente invasivas. Entre ellos, cabe citar la artrocentesis, una técnica para eliminar las impurezas de la articulación y favorecer su movilidad, y la artroscopia, que permite eliminar los tejidos inflamados y manipular la articulación para devolverla a su estado original.
Si no resulta posible recuperar correctamente la articulación por su elevado deterioro, se procede a la sustitución por una prótesis, tal como se realiza en otras articulaciones del cuerpo, como la rodilla o la cadera.

¿Cómo prevenir el dolor en la ATM?

Se han detectado varias circunstancias de riesgo que pueden favorecer la aparición del dolor de la articulación temporomandibular. Además de los citados estrés y ansiedad que pueden generar bruxismo, se han identificado patologías como la artritis, lesiones óseas en la mandíbula y enfermedades de los tejidos que pueden desencadenar el dolor.

En **Clínica Bustillo** estamos especializados en los distintos tratamientos del dolor de la ATM. Consulte con nosotros si manifiesta alguno de los síntomas que hemos señalado en este artículo.

Dermatitis atópica

Noelia García Pascual, Nerea Fernández Hualde y Nerea Tainta Esarte.
Enfermeras de AP de la zona básica de Noáin

Es una enfermedad inflamatoria de la piel popularmente llamada eccema. Se caracteriza por un picor intenso, piel muy seca y sensible. Se manifiesta en forma de brotes que comienzan a los 2 meses de vida.

Un 60% de los niños tendrán síntomas antes del año y solo un 10% de ellos continuarán con la enfermedad más allá de los 7 años .Es de carácter crónico, aunque es benigna.

¿Cuál es la causa?

Se desconoce qué es lo que la origina, parece que influyen varios factores genéticos, inmunológicos, trastornos de la función barrera de la piel...
Tiene un componente hereditario muy importante y está muy relacionada con enfermedades alérgicas como rinitis, asma o dermatitis atópica.

¿Cuáles son los síntomas más característicos?

Sequedad de piel, picor, riesgo de sobreinfeccion (heridas) y también irritación e inflamación... No es contagiosa. En los lactantes, aparecen eccemas en las mejillas y más tarde en brazos y tórax. En niños, la localización del eczema será en la flexura del brazo, flexura de las piernas, párpados y alrededor de los labios.

¿Cómo prevenir?

Utilizar cremas o aceites emolientes ayuda a espaciar los brotes y las recaídas. Después del baño, cuando la piel está húmeda, es un buen momento para aplicarlos. Mejor ducha o baño corto, no utilizar manoplas ni esponjas de baño, secado suave y sin frotar; el agua mejor templada. Utilizar geles sobregrasos y con un pH fisiológico. Evitar perfumes y jabones. Elegir ropa de algodón 100%. Evitar el uso de lana y sintéticos. Mantener las uñas cortas y limpias para evitar qué durante el rascado se hagan heridas e infecciones. La lactancia materna fortalece el sistema inmune del bebé. Evitar ambientes secos en el hogar.
El control del estrés es un importante desencadenante, sobre todo en los adolescentes. Prestar atención ante los alérgenos como los ácaros del polvo, porque las posibilidades de desarrollar una alergia son más altas.
En verano es recomendable ir a la playa y bañarse en el mar. La mejoría es espectacular, excepto en situaciones de brotes que es preferible evitarlos. Es importante no exponerse, en las horas en que el sol es más fuerte.

¿Qué hacer durante un brote?

Si el picor es intenso, su médico, alergólogo o dermatólogo, le indicará un antihistamínico oral ajustado a la edad y el peso. Si comienza con un brote y tiene las placas de eccema enrojecidas, es decir inflamación, su médico le indicará que empiece a aplicar una crema o emulsión de corticoide antiinflamatorio 1 ó 2 veces al día, durante un corto espacio de tiempo.

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

Medicina regenerativa en artrosis y en lesiones deportivas

Tratamiento con plasma rico en factores de crecimiento

Dr. José Mª Urrutia Merino
Licenciado en Medicina y Cirugía
C.E.S. de Biologie et Medicine du Sport
Université de Bordeaux
Nª Col. 3103882
www.kines.com.es

kines
medicina deportiva y rehabilitación
bti Human Technology
Media Luna, 36. 31004 Pamplona-Iruña
948 23 88 87 / 948 23 99 29

La artrosis es una patología que se caracteriza por una degeneración del cartílago articular, siendo la causa más importante de discapacidad entre las personas mayores.

Este deterioro articular conlleva la aparición de DOLOR, inflamación e impotencia funcional.

El tratamiento médico de la artrosis tiene como principal objetivo suprimir o disminuir el dolor y ralentizar su progresiva evolución.

Los tratamientos convencionales habitualmente utilizados son los analgésicos, los antiinflamatorios y la cirugía.

El tratamiento con plasma rico en factores de crecimiento surge como una alternativa a todas estas terapias.

Esta tecnología forma parte del área de la MEDICINA REGENERATIVA.

Factores de crecimiento

Los factores de crecimiento son un conjunto de proteínas que de manera natural se hallan en el plasma sanguíneo y en el interior de las plaquetas, ejerciendo un importante papel en los procesos de curación y regeneración de los tejidos.

Mediante esta tecnología, a partir de un mínimo volumen de sangre del paciente, es posible aislar y concentrar este conjunto de proteínas para aplicarlo terapéuticamente.

Con su utilización, en el caso de la artrosis, intentamos frenar el avance de esta patología, retrasar el proceso de degeneración articular, reducir el dolor y la inflamación y mejorar la movilidad.

Este tratamiento está especialmente recomendado, por su afectación, en la ARTROSIS DE RODILLA.

Lesiones deportivas

En el caso de la MEDICINA DEPORTIVA, el tratamiento con plasma rico en factores de crecimiento tiene como objetivo la REGENERACIÓN de los tejidos, acelerando el proceso de curación de las lesiones deportivas más frecuentes:

- **Tendinopatias crónicas**
- **Roturas de ligamentos**
- **Roturas de menisco**
- **Roturas musculares**

La aplicación de PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO puede ser una alternativa a la cirugía en muchos de estos casos.

Compromiso con la calidad

La tecnología en plasma rico en factores de crecimiento de BTI cumple con todas las exigencias regulatorias y de calidad establecidas por las autoridades sanitarias competentes.

Esta tecnología ha sido concebida para ser aplicada a través de protocolos precisos y muy rigurosos, garantizando siempre la calidad del producto final obtenido.

La validez del diagnóstico neuropsicológico

Fermín Goñi Sáez
Psicólogo Clínico. Director Científico de Fundación Argibide

La neuropsicología es una rama teórico-experimental de la ciencia psicológica que estudia la relación entre (a) las funciones cognitivas, los patrones neuro-conductuales, las respuestas emocionales y (b) el cerebro. Uno de los aspectos más relevantes de su área clínica es el diagnóstico: una evaluación válida, precisa y clínicamente útil de los posibles déficits neuropsicológicos del cerebro es crucial para un tratamiento de calidad y una atención satisfactoria.

La neuropsicología clínica busca la validez diagnóstica de sus procesos de evaluación para poder identificar los déficits neuro-cognitivos, neuro-conductuales y emocionales de la manera más eficiente-efectiva posible. Tal objetivo exige tener procedimientos válidos para tomar decisiones que porten un margen de error cada vez más pequeño. La toma de decisiones en la atención psicológica si bien no es perfecta, tiende –progresivamente- a reducir el error mediante el perfeccionamiento de sus herramientas. Para alcanzar tal fin, los enfoques científicos aportan más validez que los no científicos.

Dentro de la práctica de la neuropsicología clínica, la toma de decisiones diagnósticas se produce en diferentes niveles. A veces, la atención se centra en el diagnóstico cuando se trata de decidir sobre la posible presencia o ausencia de una enfermedad (v. gr., enfermedad de Alzheimer). En otras ocasiones, la atención se centra en hacer pronósticos hipotéticos que se basan en el diagnóstico de signos o síntomas específicos (v. gr., déficits atencionales). La neuropsicología formula preguntas significativas y posteriormente trata de responderlas de una manera válida que permita hacer inferencias de interés que beneficien al paciente.

Claves en el diagnóstico neuropsicológico

Algunas de las claves en el diagnóstico neuropsicológico que pueden mejorar su validez son:

1. El diagnóstico **explica**. No es equivalente a la administración de pruebas (test). Las pruebas nos ayudan a construir argumentos racionales para generar inferencias que expliquen las dificultades que se observan en el paciente mediante la referencia hipotética a alteraciones en el cerebro.

2. El diagnóstico **usa** herramientas. No en vano, la neuropsicología ha enfatizado poderosamente la validez de sus herramientas de evaluación (test neurosicológicos, examen neuropsicológico, argumentación diagnóstica...).

3. El diagnóstico se **contextualiza**. La evaluación exige siempre un contexto clínico de referencia para generar diferentes hipótesis explicativas.

4. El diagnóstico **explora**. Existen muchos factores/causas que pueden influir en el estado neuropsicológico. Tanto factores **propios del sujeto** (trastornos metabólicos, neuropsiquiátricos, genéticos, infecciones, etc.) como **ambientales** (contexto socio-cultural, desarrollo lingüístico, exposición a tóxicos, uso de medicación, etc.).

5. El diagnóstico tiene **historia.** El paciente porta antecedentes propios y antecedentes familiares que pueden influir longitudinal y transversalmente en el patrón neuropsicológico explorado.

Más de 40 años apostando por la Salud Mental
Infancia-Adolescentes-Adultos-Mayores
Psicología-Psiquiatría-Psicogeriatría-Peritajes
FUNDACIÓN ARGIBIDE
C/ Iturrama, 7 Entreplanta
Tfno.: 948 266 511
Fax: 948 266 650
info@fundacionargibide.org
www.fundacionargibide.org

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

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

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices y una buena parte podría necesitar tratamiento quirúrgico (Safenectomía). Aunque se trata de una cirugía relativamente sencilla y con pocos riesgos requiere pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

En la últimos años han ido apareciendo otras técnicas (Láser, Radiofrecuencia, Clarivein, etc). Sin embargo, de todas ellas, la **'ESCLEROSIS ECOGUIADA CON MICROESPUMA' es, hasta la fecha, la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal. El tratamiento mediante sellado ecoguiado con cianocrilato (VENASEAL) es quizá una de las más eficaces técnicas introducidas en los últimos años.**

Desde hace más de 16 años nuestro equipo ha tratado más de 3.700 pacientes con varices utilizando estas técnicas, de forma aislada o combinadas, para tratar TODAS LAS VARICES EN TODOS LOS PACIENTES. La experiencia de tantos años y tantos pacientes nos permite ofrecer a nuestros enfermos resultados contrastados y tratamientos personalizados que se realizan siempre en fases ("sesiones") con 3 objetivos: 1. Tratar la enfermedad de un modo integral y con criterios hemodinámicos. 2. Tratar tanto las grandes venas como las pequeñas telangiectasias ("arañas vasculares"). 3. Hacer un seguimiento clínico y ecográfico de los resultados de cada sesión.

Se trata de técnicas poco invasivas que identifican las venas enfermas mediante una prueba denominada 'Eco-Doppler'. Una vez identificadas, se realiza una punción en la piel, guiada con la ecografía, y se introduce un fino catéter en la vena que se quiere tratar. Ya dentro, se inyecta en la vena enferma un fármaco en forma de espuma que irrita la pared y la esclerosa, la endurece, hasta hacerla desaparecer. En el caso del VENASEAL, se utiliza una pequeña cantidad de adhesivo médico especialmente formulado que ocluye la vena, haciéndola desaparecer con el paso del tiempo.

Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, no necesitan anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones finas en la piel. Tampoco necesitan ingreso, ya que se realizan en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) **desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta** sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral.

Las técnicas, aisladas o combinadas, se puedes utilizar en **todas las varices de todos los pacientes**, desde las pequeñas telangiectasias (arañas vasculares) hasta las grandes dilataciones dependientes de la vena safena y que, habitualmente, se remiten para operar. En este tipo de varices grandes o "tronculares", en las que la safena está enferma, la esclerosis con microespuma y el VENASEAL ofrecen muy buenos resultados, ya que se trata normalmente de venas de gran tamaño y con mucha sintomatología y se consigue, sin pasar por un quirófano, no sólo la eliminación de las venas visibles sino también la desaparición o la mejoría notable de los síntomas propios de la enfermedad.

Tras el tratamiento de varices mediante sellado adhesivo (VENASEAL) **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.

Otra de las ventajas que ofrece el tratamiento con VENASEAL es la posibilidad de **TRATAR LAS DOS EXTREMIDADES EL MISMO DIA**, lo que aumenta la comodidad para el paciente con varices bilaterales y permite el tratamiento de un modo mucho más rápido que con otras técnicas. Los pacientes ya operados que vuelven a tener varices son también muy buenos candidatos.

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

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandez.com

Epilepsia durante el embarazo

Actuación de la matrona

María Domínguez Mejías, María Fuensanta Salazar Cañero y Desirée Diaz-Jiménez.
Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil. Málaga.
Ana María Gómez Abero. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra*

La epilepsia es el segundo trastorno neurológico más frecuente durante la gestación después de la migraña, 1 de cada 200 gestantes presenta epilepsia y la gran mayoría toma tratamiento antiepiléptico. La mayoría son diagnosticadas de epilepsia antes del embarazo. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías como: convulsiones de la eclampsia, de origen metabólico (glucemia, calcio), secundarias a ACV o tumores.

La gestación se considera de alto riesgo debido al riesgo de presentar crisis y a la mayor incidencia de resultados obstétricos desfavorables. La epilepsia puede aumentar la hipertensión gestacional, las inducciones de parto, las malformaciones cardiacas fetales, los fetos pequeños para la edad gestacional y el crecimiento intrauterino retardado.
El riesgo más grave de la epilepsia en la gestación son las convulsiones, pudiendo producir: aumento del riesgo de pérdida gestacional, parto pretérmino, hemorragia intracraneal en el feto, alteraciones en el desarrollo cognitivo del recién nacido, anoxia fetal, traumatismos abdominales, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta o rotura prematura de membranas. Mostrando un mayor riesgo que la farmacoterapia para el resultado perinatal adverso.

El objetivo principal en la gestación en mujeres con epilepsia es mantener un balance óptimo entre el riesgo materno por las crisis epilépticas y el riesgo fetal por la exposición a fármacos antiepilépticos.

Aumento en la frecuencia de las convulsiones

El aumento en la frecuencia de las convulsiones puede deberse a diferentes causas como son: una elevada frecuencia de convulsiones previas (1 por mes, 9 meses previos), sexo fetal varón, aumento de las concentraciones de hormonas esteroideas, retención de sodio y agua; disminución absorción intestinal, estrés psíquico y físico, hiperventilación, la privación de sueño, alteración en la farmacocinética de los fármacos causada por la gestación (ya que en el embarazo disminuye el fármaco unido a proteínas, por lo que aumenta la concentración de la fracción libre de fármaco), falta de cumplimiento terapéutico (por temor de malformaciones en el RN), tratamiento con ácido fólico (que disminuye los niveles plasmáticos de algunos antiepilépticos como la fenitoína), interacción de anticonvulsivantes con antiácidos y antihistamínicos, entre otros.

Por ello, se recomienda derivar a la mujer hasta que lleve al menos un año sin convulsiones. Se recomienda planificar el embarazo teniendo como objetivo utilizar los fármacos adecuados para controlar su enfermedad, minimizando los riesgos para el feto e informando de forma adecuada a la paciente. Algunos riesgos de malformaciones en el recién nacido pueden deberse a predisposición genética y no a la enfermedad y su tratamiento, por lo que se deberán valorar los antecedentes familiares. La mortalidad perinatal no está aumentada en aquellas pacientes adecuadamente tratadas con un curso gestacional libre de convulsiones. En este caso, no parece existir mayor frecuencia de abortos espontáneos, partos prematuros,

preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta o RCIU.

Papel de la matrona

Primero hay que valorar cómo se encuentra la mujer y explicarle que el principal objetivo en las gestantes epilépticas durante la gestación será evitar las convulsiones. Para ello, se intentará mantener un balance entre el riesgo materno y fetal por las convulsiones y el riesgo fetal por la exposición a antiepilépticos. Se reforzará la importancia del cumplimiento terapéutico para evitar las crisis y el aumento de éstas.

Habría que informarle que la epilepsia por sí misma no es indicación de aborto terapéutico, ni la exposición inadvertida a fármacos antiepilépticos; no obstante, se ofrecerá un diagnóstico y control prenatal más exhaustivo por el riesgo de malformaciones, este consiste en:

- Ecografía anatómica precoz entre las 16-18 semanas y repetir 20-22 semanas.
- Determinación de alfafetoproteína en suero materno a las 14-18 semanas de gestación (especialmente si tratamiento con ácido valproico).
- Evaluación de crecimiento fetal en el tercer trimestre: ecografía suplementaria a la semana 28 y ecografías a las 32-34 semanas.

Se informará de la atención por un equipo multidisciplinar de neurólogo, obstetra, pediatra y embarazada, que permite un embarazo sin complicaciones en la mayoría de las gestantes epilépticas. La consulta con el neurólogo será cada 4-8 semanas si las crisis están controladas. Por nuestra parte debemos derivarla a Alto Riesgo Obstétrico para un control más exhaustivo del embarazo.

No se debe cambiar el tratamiento antiepiléptico si las crisis están controladas, ya que el riesgo sería mayor que el riesgo de seguir utilizándolo. Se utilizará la monoterapia y la dosis eficaz más baja. Se explicará la importancia del cumplimiento del tratamiento para evitar las crisis y con ello sus efectos maternos y fetales. Se realizará la medición de la concentración plasmática libre del fármaco trimestralmente para mayor control. En relación al desarrollo cognitivo se explicará que no hay datos suficientes sobre qué fármaco tiene más riesgo.

Se valorará, un incremento de ácido fólico hasta 5 mg/día, por ser fármacos que se asocian a un aumento de defectos del tubo neural. Se administrará durante las 12-17 primeras semanas. Si tras las primeras dosis se produce un aumentado la actividad epiléptica, se determinarán los niveles séricos del fármaco, ya que el ácido fólico pueda incrementar la actividad hepática que elimina estos medicamentos.
También se recomendará vitamina K oral 20 mg/día a partir de la semana 37 y 10 mg parenterales después del parto, realizando pruebas de coagulación en el postparto para disminuir el riesgo de hemorragia materna debido a los fármacos inductores hepáticos. Al recién nacido se le administrará 1 mg vitamina K al nacer para evitar la enfermedad hemorrágica del recién nacido relacionada con antiepilépticos.

Se explicará que la epilepsia no es indicación de inducción de parto o cesárea electiva, por lo que, si las crisis están controladas, la gestación finalizará con parto vaginal, ofertándose la analgesia epidural si lo desea. El tratamiento antiepiléptico se mantendrá durante el trabajo de parto y las primeras 24h posparto, debido al mayor riesgo de convulsiones en este período.

Por último, le explicaremos que lactancia materna no está contraindicada. Para realizarla se divide la dosis total del tratamiento en varias tomas para que la concentración del fármaco en la leche no varíe y las tomas se realizarán tras una hora de haber tomado la medicación, advirtiendo sobre los signos de depresión del SNC en el lactante.

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

¿Es necesario llevar a los niños de 0 a 5 años al dentista?

sannas DENTOFACIAL

La salud y la estética son las dos motivaciones que suelen llevar a los padres a visitar al dentista con sus hijos.

Desgraciadamente, más lo segundo que lo primero. Así lo confirman los datos del Consejo de Dentistas de España, que según la última encuesta, **el 31% de los niños menores de 6 años tienen caries; y si tienen menos de 3 años, el 75% de ellos ni siquiera ha pasado por un dentista**. Las visitas a un especialista se dejan, por lo general, para más adelante y cuando los daños son mayores.

Odontología de 0 a 5 años

El tema de los dientes en los niños de 0 a 5 años, genera multitud de dudas, e incertidumbres que, si no tenemos algunos criterios claros, nos pueden llevar a retrasar ciertas decisiones, que **influyen en el desarrollo y función de los dientes, el entorno bucal y, su implicación, en algunos casos en la salud general.**

El cuidado de los dientes empieza, en realidad, **en el embarazo**. La alimentación, ciertos hábitos tóxicos (como el tabaco o el alcohol), infecciones, o la toma de algunos medicamentos pueden influir en la formación y desarrollo de la dentición del bebé.

Importancia de mantener sanos los dientes de leche

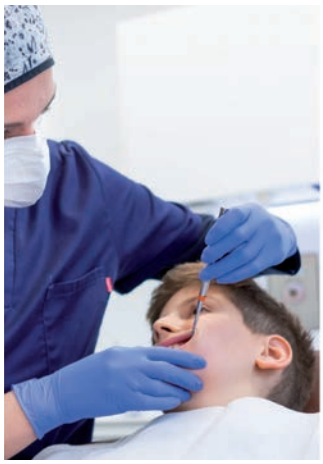
Una boca libre de caries en la infancia está directamente relacionada con **una boca sana en la edad adulta**. Por eso, hay que cuidar los dientes de leche para que en la edad adulta no padezcan caries. También, la existencia de una **infección en los dientes de leche** pueden afectar a **los dientes permanentes** ya que se encuentran justo por debajo.

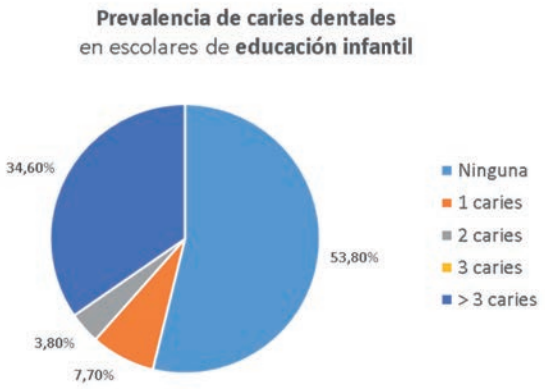
Los dientes de leche sirven para que el pequeño mastique bien, hable correctamente, y para mantener el espacio necesario de los dientes definitivos, además de la estética.

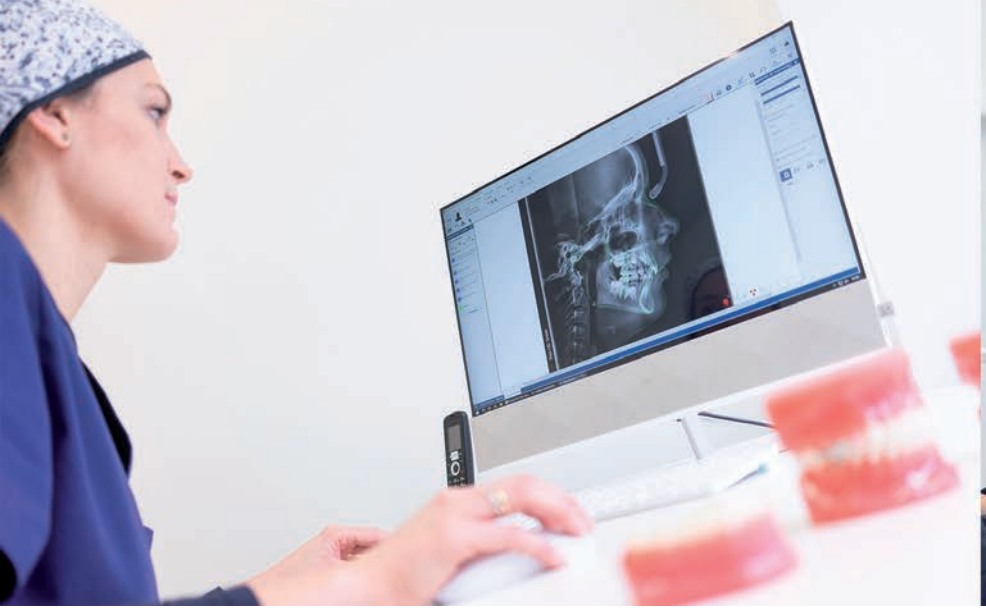
Etapa de los 2 años

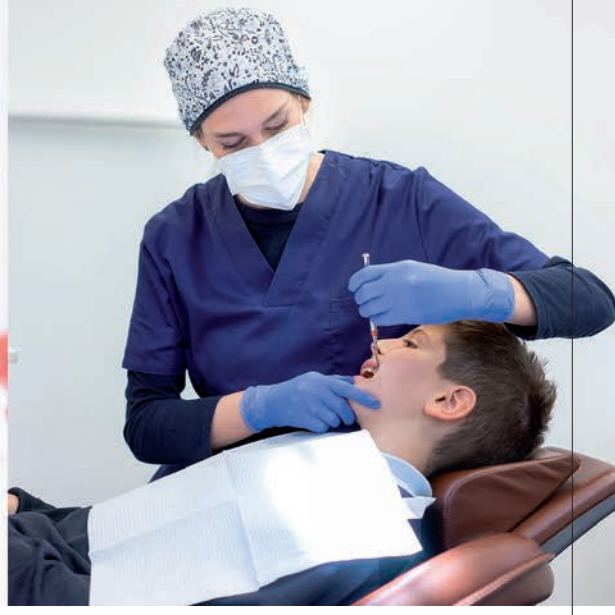
La erupción de los **dientes de leche suele terminar hacia los 2 años** y es el momento más idóneo para acudir a la primera revisión dental del niño. Esto no quita que pueda realizar visitas anteriores a este momento para solucionar dudas o detectar presencia de caries tempranas o hábitos que se deben corregir.

Son edades en las que **algunos hábitos** como el uso excesivo del chupete, la dieta rica en hidratos de carbono, la succión del pulgar, la deglución atípica, la respiración bucal, los ronquidos y el bruxismo en los dientes de leche, deben ser consultados para su tratamiento. De esta manera evitaremos que se desencadenen posteriores problemas de mordida, paladar estrecho, problemas articulares, entre otros.









Entre el 60 y el 90 por ciento de los niños en edad escolar han sufrido caries, por lo que hay que educar, desde el principio, en hábitos saludables, según la OMS.

La aparición de caries o policaries en este grupo de edad es cada vez más frecuente, debido al aumento del consumo azúcares refinados, dietas ricas en carbohidratos, y la escasa o mala higiene bucal que desencadenan la **aparición temprana y "agresiva" de caries**, que en muchos casos van acompañadas de dolores, flemones, y /o pérdida temprana de piezas dentarias, con las consecuencias que pueden ocasionar en la dentición definitiva.

La prevención oral es clave

Es primordial comenzar con los buenos hábitos desde los primeros años de vida porque así ayudamos a evitar tratamientos más complejos y costosos en el futuro, mejorando su calidad de vida. **Para apostar por la prevención es necesario concienciar a los padres sobre su importancia**. Una labor que se hará conjunta desde nuestro Centro de Prevención Oral y con ayuda de nuestro departamento de odontopediatría hará que los padres dispongan de la información necesaria para un correcto cuidado de la salud oral de sus hijos. Igual que acudimos al pediatra una vez al mes, se debería visitar al odontopediatra para hacer un seguimiento de la dentición.

Los hábitos de higiene oral deberían comenzar con el cepillado desde el mismo momento en que el bebé cuente con su primer diente. Para ello es conveniente utilizar un cepillo infantil de textura suave con cabezal pequeño y a partir de los 2 años, pasta dental con flúor. En cada aplicación se debe utilizar una cantidad de producto similar al tamaño de una lenteja.

Además, desde Sannas Dentofacial y en consonancia con el mensaje transmitido por la SEOP (Sociedad Española de Odontopediatría), aconsejamos que la **primera visita al dentista se haga cuanto antes**. **No hay que esperar a que aparezca un problema, hay que acudir a la consulta como prevención.**

Sería conveniente realizar la primera revisión con la aparición de los primeros dientes. En la visita, el odontopediatra y su equipo transmitirán a los padres la información que necesitan así como los pasos a seguir en mantenimiento bucal con sus hijos.

En la salud dental, como en la salud general, es mejor adelantarse a los acontecimientos. Es mejor consultar a un especialista para solucionar las dudas, fomentar buenos hábitos y cuidados para evitar males mayores y problemas que en ocasiones sean de difícil solución.

En Sannas Dentofacial realizamos el seguimiento de cada cambio y evolución dental de acuerdo a la edad del niño, enfocados a evitar problemas futuros del pequeño paciente. **Nuestro equipo clínico son unos maestros en convertir el temor de los más pequeños en sonrisas.**

Visitar al dentista con frecuencia, el mejor amigo de tu sonrisa.

Dra. Paola Rivas
Coordinadora
del Departamento
de Odontopediatría

Dr. María Barber Ansón. FEA Medicina Intensiva. FEA Coordinación de Trasplantes. Complejo Hospitalario de Navarra
Dr. José Roldán Ramírez. Coordinador de Trasplantes del Complejo Hospitalario de Navarra. Coordinador Autonómico de Trasplantes de Navarra.
José Ignacio Badules. Delegado Episcopal Salud.

Unidos por el don de la vida

"Sin Donación no hay Trasplante, todos podemos Donar, todos podemos Recibir"

La donación es un gesto altruista, considerado como el mayor acto de bondad entre los seres humanos.
En la actualidad hay miles de personas que para seguir viviendo o mejorar su calidad de vida necesitan de un trasplante.
Aunque la ciencia va avanzando y nuestra sociedad se va sensibilizando cada vez más en este campo de Donación-Trasplante, la realidad es que las listas de espera para recibir órganos y tejidos seguirán aumentando si no se logra aumentar el número de donaciones. La única forma de resolver este problema es conocer esta realidad, ser donante de órganos y animar a otros a nuestros conocidos a que también lo sean; cuantos más donantes existan, mayor será el número de vidas que podrán salvarse.
La medicina moderna ha abierto un camino de curación maravilloso mediante el trasplante de donante vivo. Esta donación es posible si se cumplen las condiciones y requisitos establecidos por la Ley. El donante ha de ser mayor de edad y gozar de buena salud física y mental. La Ley incluye los pasos a seguir por todos los implicados: profesionales médicos y personal judicial y donante y receptor; para garantizar los derechos de ambas partes, la libertad en las decisiones, voluntariedad, gratuidad y altruismo

1. Dª. María Barber, es fácil comprender, que un trasplante consiste en un procedimiento donde se reemplaza un órgano o tejido que presenta una insuficiencia por otro que cumpla plenamente su función, de esta forma entendemos que se logra recuperar la salud de las personas La mayoría de las donaciones de órganos y tejidos se realizan después de que el donante ha fallecido. Sin embargo, algunos órganos y tejidos se pueden donar en vida. Explícanos en que consiste este proceso.

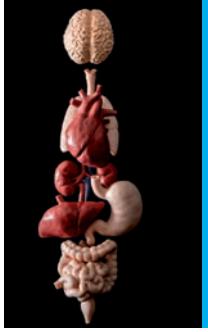
El trasplante de donante vivo es un procedimiento quirúrgico para retirar un órgano o una parte de él de una persona viva y colocarlo en otra persona cuyo órgano ya no funciona correctamente. Este tipo de trasplantes se realiza con la garantía de que la extracción no va a representar ningún problema de salud para el donante.
Puede ser donante vivo toda persona mayor de edad, con plenas facultades mentales y que goce de buen estado de salud. Estas situaciones serán verificadas y certificadas por médicos ajenos a los que realizarán el trasplante y deberán ser aprobadas por los Comités de Ética y por el Juzgado del Registro Civil.
La popularidad de la donación de órganos de donantes vivos ha aumentado drásticamente en los últimos años como alternativa a la donación de órganos de pacientes fallecidos debido a la creciente necesidad de órganos para trasplante y de la escasez de órganos disponibles de donantes fallecidos.
Una persona puede donar uno de sus dos riñones, y el riñón restante podrá realizar todas las funciones necesarias. En vida también se puede donar una parte del hígado, y el hígado restante se regenerará, volverá a crecer prácticamente
hasta alcanzar su tamaño original y realizará las funciones normales.
El riñón y el hígado son los órganos más frecuentes en los procedimientos con donantes vivos, pero las personas vivas también pueden donar otros órganos o tejidos para trasplante, como un pulmón o un lóbulo del pulmón, una parte del páncreas, progenitores hematopoyéticos (sangre periférica, médula ósea y sangre de cordón umbilical), tejido óseo, membrana amniótica y piel.

2. Los profanos en esta materia, solemos pensar y tener la idea de que los donantes vivos suelen obtenerse de entre los familiares o conocidos de la persona que va a recibir la donación, pero también existen otras opciones, nos podías explicar de una manera sencilla que tipos de donación de órganos en vida existen:

Donación directa
Este es el tipo más frecuente de donación de órganos de donante vivo y en el que el donante dirige el órgano a un receptor específico del trasplante. El receptor puede ser:

- Un familiar de primer grado, tal como un padre, hermano, hermana o hijo adulto.
- Una persona biológicamente no relacionada que tenga una conexión con el candidato para el trasplante, como un cónyuge o pareja, un amigo o un compañero de trabajo.
- Una persona que haya sido escuchado por el donante acerca de su necesidad de trasplante.

Donación indirecta o de donante vivo no dirigido
Un donante vivo no dirigido es una persona viva que dona un órgano, generalmente



Nuestros órganos pueden ayudar a otras personas

¡¡ HAZTE DONANTE !!

un riñón, y no designa ni tiene un receptor previsto.
El órgano se dona como un regalo sin expectativas de retribución y sin conexiones entre el donante y el receptor del trasplante.
En la donación indirecta, también conocida como donación del buen samaritano o altruista, el donante no nombra al receptor del órgano donado. La correspondencia se basa en la necesidad médica y la compatibilidad.
Hace unos años en España no se permitía este tipo de donación, pero en la actualidad es perfectamente legal.
Para ser donante de órganos no dirigido, tu centro de trasplante evaluará tu salud general y te realizará varios exámenes para determinar tu elegibilidad como donante vivo de órganos. Una vez que te aprueben como donante, se programará el procedimiento y se dispondrá la distribución del órgano a través del sistema de asignación de órganos establecido.

Donación cruzada y cadenas de donación
La donación de órganos cruzada (también denominada intercambio cruzado) puede ser una opción cuando un donante y un receptor previsto tienen grupos sanguíneos incompatibles, o cuando el receptor tiene anticuerpos inaceptables contra los antígenos del tejido del donante.
En la donación cruzada, dos o más parejas de receptores de órganos intercambian donantes para que cada receptor reciba un órgano que sea compatible con su grupo sanguíneo.
Un donante vivo indirecto también puede participar en la donación de órganos cruzada para ayudar a unir parejas incompatibles.

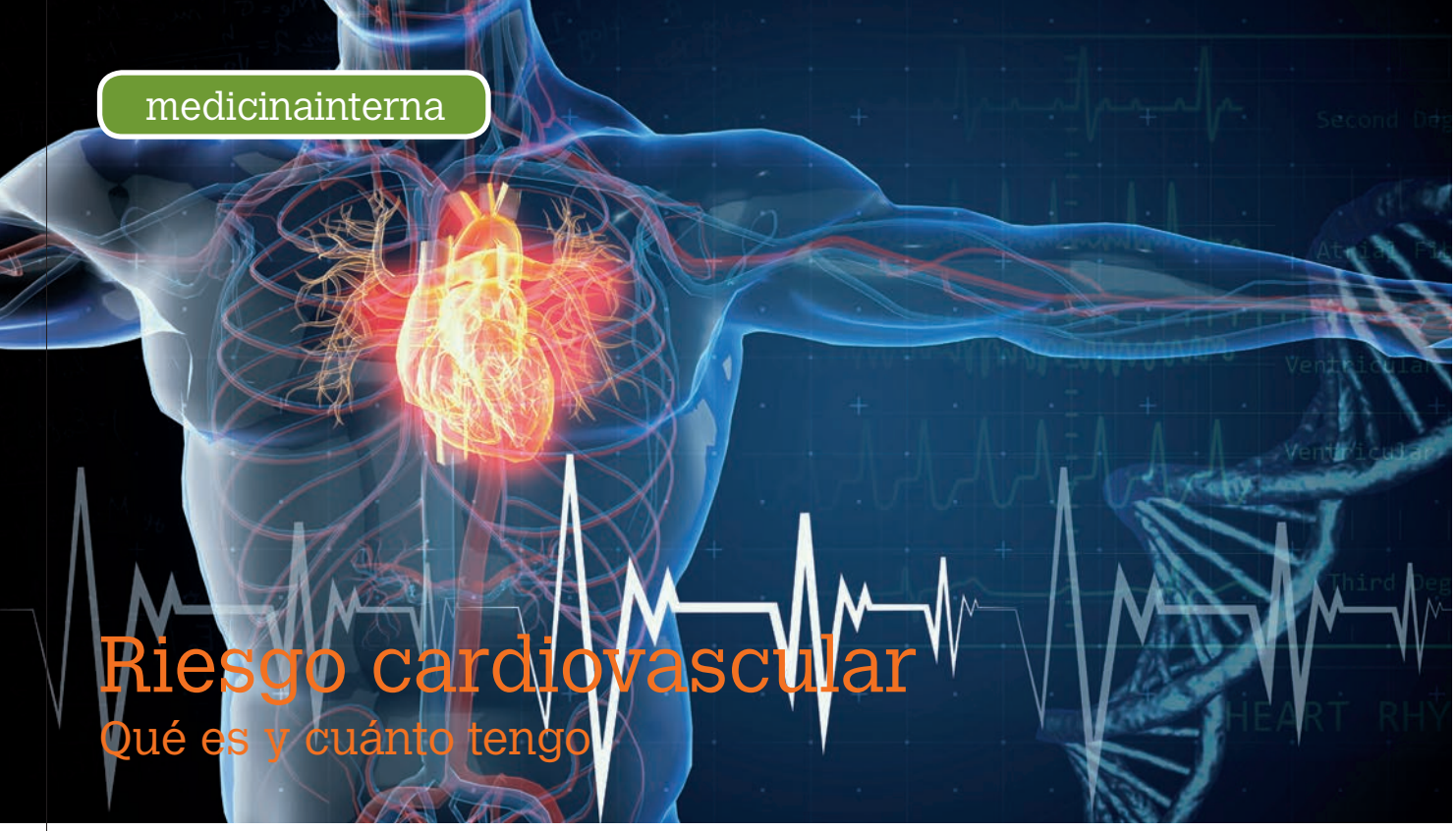
3. Dª. Barber, según lo anteriormente expresado, La donación de un órgano por parte de una persona sana ofrece indudables ventajas; el órgano que se va a trasplantar es "el mejor posible" ya que el donante ha sido estudiado meticulosamente desde el punto de vista clínico y será descartado ante el menor problema. Por otro lado, el procedimiento quirúrgico, electivo y programado, evita todo sufrimiento al órgano a trasplantar y deja en prácticamente inexistente el periodo de isquemia fría y todo con un riesgo relativamente bajo para el donante. Explícanos sus verdaderas conveniencias y ¿Por qué se realiza?
El trasplante con donante vivo ofrece una alternativa a tener que esperar un órgano proveniente de un donante fallecido para personas que necesitan el trasplante de un órgano. Asimismo, los trasplantes de órganos con donante vivo están asociados a menos complicaciones que los trasplantes con donante fallecido y, en general, a una mayor supervivencia del órgano donante.
Así, el trasplante de donante vivo de riñón en comparación con el trasplante renal de donante fallecido, ofrece estos beneficios:
• Menos tiempo en la lista de espera, lo cual puede prevenir posibles complicaciones y deterioro de la salud.
• Existe la probabilidad de evitar la diálisis si aún no se ha iniciado.
• Mejores tasas de supervivencia a corto y largo plazo.
• Un trasplante programado una vez que el donante ha sido aprobado, frente a un procedimiento de trasplante de urgencia no programado de un donante fallecido.
• Los riñones de donantes vivos casi siempre comienzan a funcionar inmediatamente después del trasplante en comparación con los riñones de donantes fallecidos que pueden tardar en comenzar a funcionar.

4. Aunque los trasplantes de donante vivo son sumamente exitosos, la mayoría salen bien por su compatibilidad, pienso, que también pueden ocurrir complicaciones en el donante y el beneficiario. Nos podrías señalar alguno de estos riesgos que se dan con más frecuencia.
Los riesgos asociados con la donación de órgano en vida comprenden riesgos de salud a corto y largo plazo relacionados con el procedimiento quirúrgico, la función del órgano y los problemas psicológicos que se presentan después de la donación del órgano.
El trasplante de riñón de donante vivo es el tipo de donación de órgano en vida más estudiado con más de 50 años de información de seguimiento. En general, los estudios demuestran que la expectativa de vida para las personas que donaron un riñón es la misma que para las personas igualmente compatibles que no lo hicieron.
Los riesgos de la donación de hígado con donante vivo también son bajos, pero la experiencia con este procedimiento es más limitada, ya que éste se introdujo en la práctica médica más recientemente que la donación de riñón. El primer trasplante de hígado con donante vivo se realizó en 1989.

Para el receptor del órgano, el riesgo de la cirugía de trasplante generalmente es bajo porque es un procedimiento que potencialmente salva la vida.

5. Es importante recordar que según la legislación vigente se garantiza el altruismo en la donación: nadie puede donar, ni recibir un trasplante, con otras intenciones o medios que no sean la solidaridad altruista. Toda donación debe ser voluntaria, gratuita, sin ánimo de lucro, de forma que no sea posible obtener compensación económica, ni de ningún otro tipo. La mayor compensación es la satisfacción de saber que se tiene la posibilidad de ayudar a otras personas. Dª. Barber, dinos brevemente en que consiste la Voluntad de Donación.
En el caso de la donación directa, una vez que el nefrólogo o hepatólogo haya planteado a tu familiar o conocido enfermo esta posibilidad, puedes ponerte en contacto con dicho médico para manifestar tu deseo de donación dirigida.
En el caso de la donación indirecta o altruista la forma más sencilla es contactar con la Organización Nacional de Trasplantes.
En la donación de vivo, el sistema español de trasplantes establece controles a tres niveles: primero por parte de un equipo médico independiente a la donación, segundo por parte del Comité de Ética del hospital y tercero por parte de un juez que se entrevista con el donante. La donación no se llevará a cabo si en cualquiera de dichos niveles se detectan dudas acerca de la decisión libre, consciente y desinteresada del donante.

Felicitamos y agradecemos a la Dª. María Barber, y a todo el equipo coordinador del C.H.N. todo el trabajo de coordinación en esta parcela tan importante como son las Donaciones de órganos y tejidos, y les deseamos para el futuro los mayores éxitos al servicio de la vida humana. La Medicina moderna ha abierto un camino de curación maravilloso mediante el trasplante de órganos. Pero la realidad es que hay más enfermos que posibilidades de trasplante. Nosotros podemos ver en todo esto la sabiduría de Dios, la capacidad de la inteligencia humana, las inmensas posibilidades que el Dios bueno y creador ha puesto en nuestra naturaleza y las muchas cosas hermosas y buenas que podemos hacer en favor de nuestro prójimo conociendo y administrando bien los recursos que Dios ha puesto en nuestras manos. GRACIAS.



Riesgo cardiovascular

Qué es y cuánto tengo

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

Las enfermedades Cardiovasculares (ECV), también denominadas cardiovasculopatías, son todas aquellas enfermedades que afectan al corazón y/o a las arterias del corazón. También se incluyen bajo este término a la afección de arterias en general del resto del organismo, principalmente el cerebro, los riñones y los miembros inferiores.

Las más importantes son: el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular (trombosis, embolia y hemorragia cerebral). Son muy graves y la principal causa de muerte sobre todo en países desarrollados.

¿Qué es el riesgo cardiovascular?

Es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una de estas enfermedades dentro de un determinado plazo de tiempo y esto va a depender fundamentalmente del número de factores de riesgo que estén presentes en un individuo. Los factores de riesgo se clasifican en 2 grandes grupos: **factores modificables** (podemos intervenir para evitarlos) y **factores no modificables** (no podemos intervenir).

Factores de Riesgo Cardiovascular No modificables

- **Edad:** Las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años de edad

- **Sexo:** En general, los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de las enfermedades del corazón. Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres cuando los otros factores de riesgo son similares
- **Raza:** numerosos estudios apuntan una mayor disposición de las personas de raza negra a padecer hipertensión arterial. Además, parece demostrado que su incidencia tiene peor pronóstico en este grupo de población. Otras investigaciones han descubierto que en los países asiáticos se da un mayor riesgo de ictus y uno más bajo de infarto de miocardio
- **Antecedentes familiares.**

Factores de Riesgo Cardiovascular Modificables

- HTA
- Diabetes
- Hipercolesterolemia
- Síndrome metabólico
- Sobrepeso-Obesidad
- Sedentarismo
- Tabaco/ Alcohol
- Estrés-Ansiedad

Cuantos más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán sus probabilidades de padecer una enfermedad cardiovascular
Los cuatro primeros factores, por lo general van frecuentemente asociados dado que tienen factores comunes que los ponen en marcha (Síndrome Metabólico). Junto con el tabaco, son los factores de riesgo modificables más importantes sobre los que tenemos que actuar y el hecho de coincidir en una misma persona varios factores de riesgo, aunque sea de forma mínima, el riesgo se multiplica de forma exponencial, no se suma.
Es necesario por tanto tratar todos y cada uno de los factores de riesgo que están presentes para que realmente este riesgo disminuya.

¿Qué es el Síndrome Metabólico?

Se habla de síndrome metabólico, cuando en una persona coinciden al menos tres de los siguientes factores:

- **Obesidad Abdominal:** perímetro de cintura mayor 88 cm en mujer y 102 cm en hombres).
- **Trastorno de los lípidos en sangre:** Colesterol HDL bajo y Triglicéridos altos.
- **Niveles elevados de glucosa** con o sin llegar a diagnóstico de Diabetes.
- **Tensión Arterial elevada.**

La presencia de Síndrome metabólico en una persona incrementa en cinco veces la aparición de diabetes tipo 2 y de 2 a 3 veces el riesgo cardiovascular. Por ejemplo, los hipertensos con síndrome metabólico tienen un riesgo cardiovascular casi el doble del que tienen los hipertensos sin él y a día de hoy, se está convirtiendo en uno de los principales problemas de Salud Pública del siglo XXI.

¿Cómo puedo disminuir mi Riesgo Cardiovascular?

La prevención debe ir orientada a una mejor calidad de vida, interviniendo en aquellos factores de riesgo fácilmente evitables o controlables como son: el sedentarismo, el tabaquismo, el sobrepeso, el control del colesterol, y el control de la presión arterial.

Unas pautas generales para prevenir los factores de riesgo modificables podrían ser:

1. Evitar el sedentarismo: Lo ideal es hacer ejercicio todos los días, que sea algo incluido en su rutina diaria y adaptado a su edad y condición. Al menos debería poder practicarlo 3-4 veces a la semana. Si se empieza de cero, es recomendable hacerlo de forma progresiva, en intensidad y tiempo y acorde a sus posibilidades.

La intensidad del ejercicio debe ser media, de forma que, si puede hablar haciendo pequeñas paradas para coger aire, la intensidad será la adecuada.

Actividades como caminar a paso ligero, correr a ritmo suave, bicicleta estática, cinta estática, subir y bajar escaleras, etc. son recomendables y accesibles a todo tipo de personas.

2. Dejar de fumar: La mayoría de la gente sabe que fumar aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, pero pocos saben que también aumenta apreciablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedad vascular periférica (enfermedad de los vasos sanguíneos que riegan los brazos y las piernas). Muchas de estas muertes se deben a los efectos del humo del tabaco en el corazón y los vasos sanguíneos.

El tabaquismo eleva la frecuencia cardíaca, endurece las grandes arterias y puede causar irregularidades del ritmo cardíaco. Todos estos factores hacen que el corazón trabaje más. Además, el tabaquismo eleva la presión arterial, que es otro factor de riesgo importante. Aunque la nicotina es el principio activo más importante del humo de cigarrillo, otras sustancias y compuestos químicos como el alquitrán y el monóxido de carbono también perjudican el corazón de muchas maneras

Si por sí sólo considera que no es capaz de dejar de fumar, busque ayuda. Existen Programas de apoyo para dejar de fumar que le ayudarán a tener éxito.

3. Perder Peso: el sobrepeso o la obesidad son considerados como un factor de riesgo Cardiovascular y desencadenante en parte de los otros factores de riesgo, de forma que, previniendo la obesidad, estamos también previniendo la Hipercolesterolemia, la Hipertensión Arterial y la Diabetes.

Simplemente reduciendo la ración un 25%, se ha demostrado suficiente para obtener buenos resultados y esto hay que practicarlo tanto en casa como en el restaurante.

4. Control de la Tensión Arterial: En gran parte de persona hipertensas el control del consumo de sal, la pérdida de peso y una alimentación equilibrada, son suficientes para el control de la Tensión. En el caso de que no sea suficiente, será necesario abordaje de la misma con fármacos bajo prescripción y control de su médico.

5. Control del Colesterol: Lo ya comentado del ejercicio físico es aplicable también cuando se tiene el Colesterol elevado, además contribuye a elevar el colesterol HDL (bueno). Desde luego lo más eficaz es evitar en la dieta grasas saturadas, presentes especialmente en los alimentos de origen animal, y de ácidos trans presentes en comidas rápidas y margarinas. Al igual que con la Tensión Arterial, en el caso de no conseguir control optimo con ejercicio y dieta libre en grasas, será necesario recurrir a tratamiento farmacológico.

Si tiene curiosidad, usted puede consultar su Riesgo Cardiovascular en la siguiente página con la herramienta de calculadora online:

https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/calculadoras-nutricion/riesgo-cardiovascular.html

Lavado de manos

Carlos Catalán Gabari. *Enfermero Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra*
Ángela Cornes Gentil. *Enfermera Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra*

Aunque parezca mentira hasta 1800 el lavado de manos no era una práctica común. Fue el médico húngaro Ignac Philipp Semmelweis en 1846, quien estableció el lavado de manos en el Hospital General de Viena para prevenir la infección cruzada, lo cual provocó un descenso en las muertes por fiebre puerperal.

Las manos son el vehículo de transmisión de microorganismos más habitual. La higiene de manos es una de las acciones más sencillas y con mayor impacto en la prevención del contagio de enfermedades. El principal objetivo con el lavado de manos es disminuir el número de patógenos que hay en la piel de las manos y prevenir la propagación de gérmenes patógenos a zonas no contaminadas.

Cómo realizar una correcta higiene de manos

- Mojarse las manos y aplicar jabón.
- Frotar las palmas entre si.
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.
- Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
- Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotarlo con un movimiento de rotación, y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- Aclarar las manos.
- Secarlas con una toalla de un solo uso.
- Cerrar el grifo con la toalla.

Cuándo lavarse

- Antes y después de atender a alguien que esté enfermo.
- Antes, durante y después de preparar alimentos.
- Antes de comer.
- Antes y después de tratar heridas o cortaduras.
- Después de ir al baño.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de tocar un animal, comida para animales, jaulas o heces de animales.
- Después de usar el transporte público.
- Después de tocar la basura.
- Si tienes las manos visiblemente sucias.

La higiene de manos previene la diseminación de gérmenes: lavarse frecuentemente con agua y jabón contribuye a eliminar gérmenes que no vemos.

0. Mójese las manos con agua.
1. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.
2. Frótese las palmas de las manos entre sí.
3. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
8. Enjuáguese las manos con agua.
9. Séquese con una toalla desechable.
10. Sírvase de la toalla para cerrar el grifo.
11. Sus manos son seguras.

Alergia primaveral

Carlos Catalán Gabari. *Enfermero Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra*
Ángela Cornes Gentil. *Enfermera Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra*

La alergia primaveral afecta a casi 8 millones de habitantes, según la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Crónica y se da con mayor frecuencia en ambientes urbanos a causa de la contaminación.

La alergia es una respuesta inmunológica específica y desproporcionada de sistema inmunológico al entrar en contacto con una determinada sustancia, generalmente inocua. Las sustancias que más alergia causan habitualmente son las siguientes:

- Picaduras.
- Polen.
- Ácaros del polvo.
- Esporas de moho.
- Alimentos de insectos.
- Caspa de animales.
- Medicinas.

Síntomas

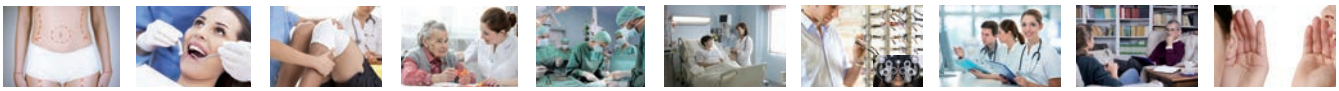
- Enrojecimiento, ardor y lagrimeo de los ojos
- Estornudos, congestión y goteo nasal.
- Ardor de la garganta, goteo postnasal, tos.

Tratamiento

- Inmunoterapia o vacuna; este tratamiento se administra de manera subcutánea o sublingual, se inocula el agente causante de la alergia cada vez en una concentración mayor. Suelen ser tratamientos de larga duración. Este tratamiento es el único que permite que la alergia disminuya e incluso puede llegar a desaparecer.
- Antihistamínicos: estos medicamentos bloquean a la histamina que es la causante de los síntomas típicos de la alergia.
- Descongestivos para la nariz.

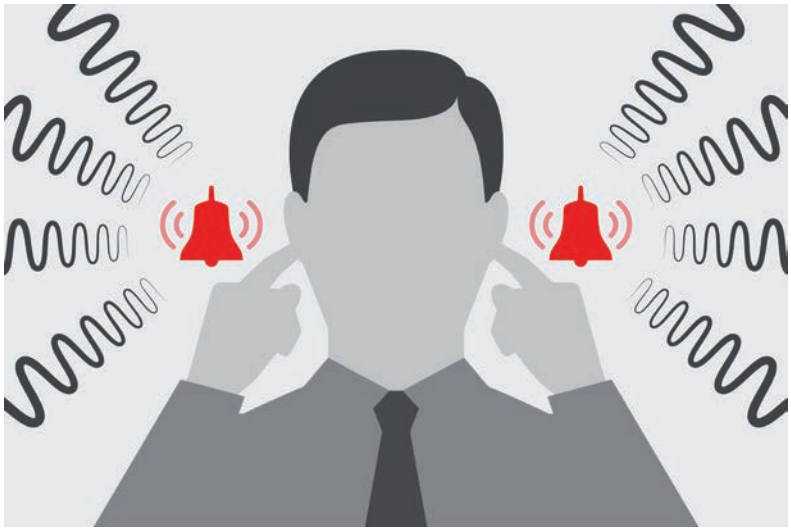
Prevención

- Uso de aire acondicionado con filtros limpios.
- Mantener las ventanas cerradas y realizar la ventilación del hogar en periodos cortos.
- Uso de gafas de sol.
- Uso de mascarilla con alertas de grandes concentraciones de polen.
- Asearse y cambiarse de ropa al llegar a casa.
- Usar secadora o tender la ropa en el interior.
- Intentar salir cuando menor sea la concentración de polen.



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



Manejo de los acúfenos

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

Los acúfenos son percepciones auditivas no originadas por sonidos reales. Comúnmente son percibidos como pitidos, zumbidos, silbidos, chasquidos/clics, latidos. Pueden notarse en uno o ambos oídos; asi mismo pueden ser continuos o intermitentes, no es raro que el paciente no pueda identificar exactamente la procedencia o localización del acúfeno.

Son referidos más frecuentemente en varones y la incidencia es mayor cuanto mayor es la edad, algunas investigaciones mencionan mayor incidencia en el oído izquierdo. La literatura describe una prevalencia en 10 de cada 100 adultos, en los niños confirmar esto es difícil.

Clasificación

De forma general el acúfeno puede ser clasificado como agudo o crónico en función del tiempo de permanencia del síntoma, de otra forma también puede ser visto como de origen orgánico o funcional, según tenga o no una asociación especifica con alguna afección o patología originaria, puede denominarse objetivo si es posible oírlo durante la exploración o subjetivo si solo el paciente lo nota, en ese mismo contexto según la magnitud de este pueden denominarse leves, moderados o severos y por su duración pueden ser continuos o intermitentes.

Origen

La génesis del acúfeno es aún incierta, se teoriza como resultado de lesiones en las células del oído interno que emiten señales atípicas hacia el cerebro que el paciente percibe como sonido. Los acúfenos pueden ser originados en cualquier parte de la vía auditiva y se teoriza que puedan ser codificados directamente en la corteza cerebral auditiva. Otros estudios identifican al acúfeno como una respuesta fantasma (por reorganización) del sistema nervioso central frente a alteraciones del mecanismo auditivo.

La alteración funcional de las células del oído interno puede ser secundario a:

- Alteraciones en el sistema auditivo (ruido, presbiacusia, otosclerosis, neurinoma vestibular, malformación de Chiari, otras alteraciones).
- Desórdenes neurológicos (Mioclonías del músculo tensor del tímpano/músculo del estribo, Esclerosis Múltiple, neuropatía tóxica/metabólica).
- Desórdenes vasculares (murmullos arteriales, cortocircuitos arteriovenosos, paragangliomas, latidos venosos).
- Patología de cabeza y cuello (desórdenes en la articulación témporo-mandibular, afección cervical, bruxismo, disfunción de la Trompa de Eustaquio, condrosarcoma, arteria carótida aberrante, tumores del saco endolinfático).
- Fármacos (diuréticos, antibióticos, quimioterápicos, radiación, etc.).

Los acúfenos están influenciados de forma directamente proporcional por la carga de estrés psíquico del paciente, asi mismo pueden verse modificados por la tensión arterial o la posición del paciente e incluso por variaciones en la presión atmosférica.

Se ha identificado al tabaco como agente a tener en cuenta ya que se ha encontrado relación positiva en pacientes con presencia de acúfenos.

Diagnóstico

El diagnóstico empieza por una adecuada entrevista y examen físico del paciente, tratando de recolectar la mayor cantidad de información respecto a: tipo de acúfeno, intensidad, desencadenantes, atenuantes, asociaciones, tiempo de evolución y de forma muy relevante, tratando de identificar el nivel de afectación en la calidad de vida del paciente; siempre es recomendable realizar una adecuada exploración neurológica del paciente.

El examen físico del oído es el primer escalón diagnóstico ya que permite determinar posibles orígenes orgánicos del acúfeno como tapones de cera, otitis..., también es indispensable la realización de una audiometría e impedanciometría de los dos oídos.

Aunque la mayoría de acúfenos terminarán siendo acúfenos simples, siempre se debe seguir un proceso de diagnóstico, según las asociaciones que el acúfeno tenga, es asi que hay que prestar especial interés a los acúfenos unilaterales pulsátiles en los cuales gana mucha relevancia los estudios de imagen enfocados en determinar anomalías vasculares intracraneales, se puede usar herramientas como: la angiografía, angioresonancia y angio-tac, todo esto en el marco de sospecha de presencia de malformaciones arteriovenosas o fistulas entre estructuras vasculares intracraneales y desde luego lesiones ocupantes de espacio, que condicionen incremento de la presión intracraneal.

De la misma manera los acúfenos asociados a pérdida auditiva neurosensorial asimétrica deberían ser investigados con ayuda de resonancia magnética de la base de cráneo y potenciales evocados auditivos, para la adecuada identificación de estructuras del tronco encefálico asi como del trayecto de los nervios acústicos, vestibulares y faciales.

Tratamiento

Es importante como parte del manejo del acúfeno crónico trabajar en corregir las posibles

causas orgánicas originarias o asociadas con el mismo, sin dejar de lado la gestión del acúfeno en sí, ya que como se mencionó antes, éste por si solo puede llegar a disminuir la calidad de vida del paciente, siempre teniendo en cuenta que no existe hasta el momento tratamientos altamente específicos, que curen este síntoma; pero sí se disponen de varias herramientas que pueden ayudar a su adecuado manejo y control.

De esta manera se recomienda la optimización de la audición como una buena herramienta para el control del acúfeno, ya que un oído que pueda percibir adecuadamente el sonido tenderá a identificar menos la presencia de acúfenos. Cuando la afectación de la calidad auditiva es por daño en el mismo sistema sensitivo, lo cual limita las opciones médicas o quirúrgicas o por envejecimiento, la recomendación para la optimización de la audición radica en la adaptación de audífonos.

El control farmacológico de enfermedades que pueden empeorar la percepción del acúfeno como la ansiedad, depresión o insomnio puede también contribuir a la minimización del síntoma y mejoría de la calidad de vida del paciente con acúfenos; aunque en ocasiones también le permiten al individuo allanar el camino o complementar la eficacia de diferentes mecanismos de terapia conductual o conductivo conductual, que facilitan gestionar de manera más optima el acúfeno asi como el estrés que éste genera.

En la gran mayoría de casos se podría aplicar y encontrar mejoría usando estrategias de biofeedback (biorretroalimentación) y reducción del estrés sobre todo en etapas iniciales ya que mediante éstas el paciente podría aprender a controlar tanto su respiración como su frecuencia cardiaca, logrando relajarse y disminuir el distrés generado por el acúfeno.

Otra de las herramientas que han sido analizadas como parte del arsenal para el manejo del acúfeno es la terapia de reentrenamiento del acúfeno, la cual consiste en conseguir que subconscientemente el acúfeno sea asimilado por el paciente y percibido como sonido natural no molesto.

La terapia de enmascaramiento para el acúfeno consiste en usar un instrumento similar al audífono que genere ruido continuo, leve, de fondo, que permite disminuir en algunos casos la intensidad o anular en otros la percepción del acúfeno, sin embargo, al retirarlo el acúfeno reaparece, en estos casos se puede complementar la terapia sobre todo en el momento del sueño usando una radio, un ventilador, una máquina de ruido ambiente, una almohada con altavoces, etc. Este tipo de complementos son especialmente interesantes en casos en los que el paciente está particularmente incomodo en situaciones de silencio.

Además, mencionar que cuando el acúfeno ha aparecido secundariamente a la toma de algún fármaco la inmediata suspensión o cambio de medicamento podría representar que el acúfeno cese e incluso puede impedir que se presenten daños a nivel de la calidad de audición, ya que está descrito que la aparición de acúfenos precede a la hipoacusia como manifestación de afectación de la vía auditiva.

Respecto al tratamiento farmacológico del acúfeno se han reportado resultados prometedores, pero lamentablemente sin gran respaldo estadístico, con el uso de misoprostol, lidocaína colocada intratimpánica o con alprazolam por vía oral, se han ensayado también fármacos antiepilépticos asi como vasodilatadores con resultados ambiguos respecto al grado de recomendación.

Existen otras terapias menos científicamente aceptadas que, aunque no tengan evidencias estadísticas de respaldo sí que cuentan con pacientes que han experimentado mejoría, entre estas destacan por ejemplo la electroestimulación que trata de estimular eléctricamente algunas partes del oído interno usando electrodos, el concepto es muy parecido al de la acupuntura. La estimulación magnética transcraneal repetitiva que está en etapa experimental trata de estimular el cerebro mediante campos electromagnéticos. Las terapias herbales incluyéndose en estas el uso de Melatonina o el Ginkgo Biloba al igual que los otros mecanismos descritos presenta grupos de pacientes que han mejorado, sin embargo, no han logrado una potencia estadística que los haga totalmente recomendables, exactamente el mismo contexto que se aprecia con las terapias con vitaminas del grupo B, Zinc, Magnesio, Cobre, etc.

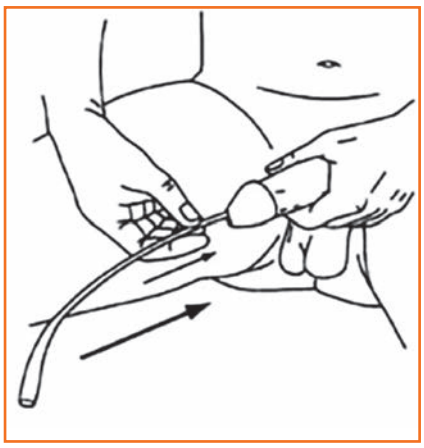
A modo de resumen se agrupan estas opciones terapéuticas en:

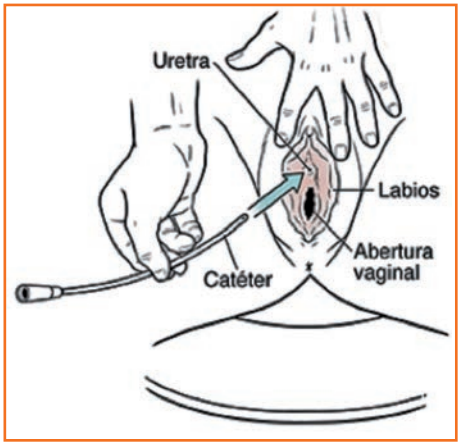
- Optimización de la audición.
- Terapia de reentrenamiento de acúfenos.
- Biorretroalimentación y reducción del estrés.
- Terapia conductivo-conductual.
- Terapia de enmascaramiento del acúfeno.
- Tratamientos alternativos .

Pronóstico

Usualmente los acúfenos no se relacionan con patologías graves o que pongan en peligro la vida de los pacientes.

Respecto a la evolución, aunque la desaparición del acúfeno de forma espontánea es posible no siempre es este el camino que este síntoma toma, según la literatura se afirma que en 10% de los casos representan gran afectación en la calidad de vida del paciente y un 25% de casos pueden empeorar con el tiempo, aunque lo más típico es que el acúfeno presente una atenuación lenta, especialmente relacionada a la gestión del impacto que el acúfeno genere en la calidad de la vida del paciente.





Autosondaje en el hogar

Olaia Aranaz Banzo, Helena Ybarra Clemente y Vanesa Marín Gasco
Enfermeras del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra

El autosondaje consiste en la técnica de introducir una sonda en la uretra para favorecer el drenado de la orina de la vejiga. Su uso está indicado en casos de incontinencia urinaria, retención de orina, problemas de próstata o en caso de cirugías que lo requieran.

En la mayoría de los casos y bajo indicación médica, se debe realizar el autosondaje cada 4-6 horas en un ambiente limpio, reduciéndose así el riesgo de infección del tracto urinario. Se recomienda, sobre todo, realizarlo al despertarse y antes de acostarse para evitar la distención de la vejiga.
La única diferencia entre el autosondaje de mujeres y hombres consiste en la introducción de la sonda, siendo más complicada la localización de la uretra en las mujeres.

Autosondaje en hombres

Introducción de la sonda

1. Correcta higiene manos con agua y jabón.
2. Preparación del material necesario:
a. Guantes desechables si así lo desea.
b. Toallitas desechables o paño de limpieza.
c. Lubricante.
d. Recipiente para recoger la orina/ inodoro.
e. Sonda abierta y lista para usar.
3. Técnica:
a. Retraer el prepucio en caso de no estar circuncidado.
b. Lave la punta del pene con agua y jabón y aplicar limpiador antiséptico (betadine).
c. Aplique el lubricante en la punta y en los 5cm superiores de la sonda, en el caso de que la sonda no lo incluya.
d. Con una mano sostenga el pene.
e. Con la otra mano introduzca la sonda aplicando presión firme y suave. No forzar la introducción de la sonda. En caso de que así suceda, repetir la técnica desde el principio.
4. Una vez que la orina comience a fluir:
a. Dejar que fluya hasta que finalice y recogerlo en un recipiente o en el inodoro, según sea la situación.
b. Retirar la sonda suavemente.
c. Lavar el extremo del pene con agua y jabón o toallitas, según esté indicado.
d. Cerciorarse de que el prepucio vuelve a su lugar.
e. Lavarse las manos.

Autosondaje en mujeres

Introducción de la sonda

5. Correcta higiene manos con agua y jabón.
6. Preparación del material necesario:
a. Guantes desechables si así lo desea.
b. Toallitas desechables o paño de limpieza.
c. Lubricante.
d. Espejo para facilitar la localización de la uretra.
e. Recipiente para recoger la orina/ inodoro.
f. Sonda abierta y lista para usar.
7. Técnica:
a. Con una mano separe los labios vaginales y ubique la uretra (puede ayudarse de un espejo para facilitar su localización).
b. Con la otra mano lave los labios con agua y jabón desde adelante hacia atrás.
c. Aplicar el lubricante en la sonda en caso de que no esté impregnada de ésta.
d. Mientras sigue sosteniendo los labios con una mano, introduzca suavemente la sonda por la uretra hasta que la orina empiece a fluir. No se debe forzar la sonda. En caso de que suceda, iniciar la secuencia.
8. Una vez que la orina comience a fluir:
a. Dejar que fluya hasta que finalice y recogerlo en un recipiente o en el inodoro, según sea la situación.
b. Retirar la sonda suavemente.
c. Lavar con agua y jabón o toallitas el orificio urinario y los labios vaginales, según esté indicado.
d. Lavarse las manos.

Limpieza de la sonda

1. Desechar la sonda en caso de ser de un solo uso.
2. En caso de reutilizarla,
a. Lávese las manos.
b. Apoyar la sonda sobre superficies limpias.
c. Limpiar la sonda:
c1. ¼ de vinagre blanco y resto de agua.
c2. Remojarla en agua oxigenada durante 30 minutos.
c3. Agua tibia con jabón.
d. Enjuagarla nuevamente con agua.
e. Dejar secar sobre zonas limpias.
f. Desechar si está seca y quebradiza.

Cuándo consultar al médico

1. Presenta dificultades en la introducción de la sonda.
2. Dificultades al limpiar la sonda.
3. Presenta escapes de orina entre sondajes.
4. Presenta úlceras/sarpullidos en la piel.
5. Dolor en el pene.
6. Presenta quemazón al orinar, fiebre o escalofríos.

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

Síndrome de la pantalla de visualización

Noelia García Pascual, Nerea Fernández Hualde y Nerea Tainta Lasarte.
Enfermeras de AP zona básica de Noáin

Con la nueva situación de pandemia que estamos viviendo, hemos aumentado el uso de ordenadores en nuestras actividades laborales, con el teletrabajo o educativas y recreativas en el caso de los niños.

Las molestias visuales y oculares que nos producen el uso de las pantallas es lo que denominamos síndrome de la pantalla de visualización.

¿Cuáles son los factores predisponentes?

Los reflejos, los brillos, una insuficiente resolución de la pantalla o una mala iluminación en la habitación, son los factores que predisponen a este síndrome.

¿Cuáles son los síntomas?

La persona comienza con visión borrosa, irritación, sensación de arenillas, sequedad ocular, lagrimeo sensación de tensión ocular, visión doble y fotofobia. Con todo esto, al tiempo, aparecen dolor de cabeza, mareos, vértigos, dolores musculares de cuello, espalda, muñeca y mano.

En el caso de niños y adolescentes, estudios recientes han demostrado que el uso continuado durante largas horas de pantallas, está aumentando el número de miopes en la población infantil.

Además, ha aumentado el sedentarismo y con ello el riesgo de enfermedades cardiovasculares, sobrepeso y obesidad; tienen menos estimulación cognitiva y disminuyen las horas de sueño empobreciendo sus relaciones sociales y personales.

¿Qué podemos hacer en los centros escolares?

- Mantener el monitor a una distancia entre 50 y 70 cm de la vista, utilizar una pantalla con buena resolución y contraste y situar la pantalla en posición baja con relación al usuario formando un ángulo de 30 grados con respecto a sus ojos.
- Recibir si es posible una iluminación poco intensa e indirecta en las aulas.
- Asegurar unos correctos sistemas de aire acondicionado y calefacción, airear las clases para conseguir un ambiente térmico agradable.
- Hacer pausas de 15 minutos cada 2 horas aprovechando para caminar un rato y cambiar de postura.
- Mirar a lo lejos durante diez o quince segundos de vez en cuando para relajar los músculos, parpadear intencionadamente por lo menos cada 5 minutos y si fuese necesario utilizar lágrimas artificiales sin conservantes.

Si las molestias visuales no disminuyen se debe consultar con el médico o el especialista, en este caso el oftalmólogo, para valorar otro tipo de causas.

Recordemos que la OMS recomienda no exponer a pantallas a menores de 2 años. Entre los 2 y los 5 años no exponerlos más de una hora al día y entre los 5 y los 17 años no más de 2 horas al día sin hacer excepciones los fines de semana.

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

Trastorno psicótico postparto

Actuación de la matrona

María Domínguez Mejías y Laura Falcón Carvajal.
Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil. Málaga.
Carmen Carrasco Moreno.
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra

Durante la etapa del postparto, las puérperas se muestran más susceptibles a desarrollar o exacerbar algún trastorno psiquiátrico debido a que se encuentran en un periodo estresante, con grandes cambios a nivel hormonal y emocional, asociado a la responsabilidad que conlleva la maternidad. Aproximadamente el 10% de las embarazadas y el 13% de las mujeres en el postparto sufrirán algún tipo de trastorno mental.

La sintomatología de estos trastornos suele confundirse con los cambios que se producen en el puerperio fisiológico. Por eso es importante identificar los signos que pueden llevar a diagnosticar estas patologías y así evitar efectos adversos a corto y largo plazo, tanto en la madre como en el recién nacido, así como situaciones más extremas, por ejemplo, un suicidio o infanticidio.

Psicosis postparto

El trastorno psicótico postparto se trata de un concepto reconocido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) desde 1968. A partir de 1980 es descrito en los DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como "Psicosis afectivas del puerperio", y en el DSM-V aparece asociado al trastorno bipolar, depresión psicótica y trastorno esquizoafectivo, con aparición en el postparto.

La psicosis postparto se refiere a una alteración en la percepción individual de la realidad, la cual se inicia en las cuatro primeras semanas después de haber dado a luz.
Los términos "psicosis postparto" o "psicosis puerperal" se utilizan en algunas fuentes para referirse también al trastorno bipolar de presentación postparto, e incluso consideran la psicosis de inicio en el puerperio como parte del trastorno bipolar debido a su presentación, historia natural y asociación con este trastorno.

Los principales factores de riesgo se centran en la presencia de historia personal o familiar de psicosis postparto y antecedentes personales o familiares de trastorno bipolar. También se ha descrito mayor riesgo en primíparas, inmigrantes, pacientes que padecen de otros trastornos psicóticos y aquellas que abandonaron el tratamiento para estos trastornos durante el embarazo. También en pacientes que presentan mayores niveles de estrés y dificultad para dormir durante el puerperio.

La etiología no está del todo dilucidada, sin embargo, múltiples estudios han identificado factores genéticos, inmunológicos y hormonales que podrían estar involucrados en su desarrollo.
La psicosis postparto se presenta usualmente durante las dos primeras semanas postparto. Puede incluir alucinaciones e ideas delirantes, típicamente acompañadas de alteraciones del estado de ánimo, siendo más frecuente la depresión; los delirios pueden ser incongruentes con

el estado afectivo y frecuentemente tienen contenido relacionado con el bebé. También pueden presentar desorganización del pensamiento y comportamiento, ideas obsesivas y alteraciones cognitivas como desorientación, confusión y alteración del estado mental; por lo anterior, puede llegar a asemejarse a un delirium.

Ante la sospecha de psicosis postparto, se debe realizar una evaluación integral que incluya una historia clínica detallada y un examen físico y mental exhaustivo.

Las pruebas complementarias tienden a estar dirigidas a descartar causas orgánicas y pueden incluir un hemoleucograma, panel metabólico (electrolitos, glucosa, función renal, función hepática y función tiroidea en sangre), examen general de orina y determinaciones de tóxicos en sangre u orina, así como imágenes según la sospecha clínica.

Si bien la psicosis postparto se consideraba como una entidad aparte en las ediciones previas del DSM, la quinta edición no la clasifica como tal, sino que agregó el especificador "periparto" para los trastornos psicóticos de inicio durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después del parto.

Se ha reportado que después de la psicosis postparto, las mujeres tienen una probabilidad del 50-80% de desarrollar otro episodio psiquiátrico importante, generalmente dentro del espectro del trastorno bipolar; incluso se ha llegado a considerar la psicosis postparto como un debut del mismo.

Además, la amplia duración de estos episodios puede influir negativamente sobre la formación de lazos tempranos entre la madre y el recién nacido.

El tratamiento usualmente se provee con la paciente hospitalizada para asegurar la seguridad de la misma, así como de las personas a su cargo. Se ha recomendado el uso del modelo de tratamiento en cuatro pasos, que permite escalar el mismo según las necesidades de la paciente.

Estos son: benzodiacepinas en monoterapia, benzodiacepinas con antipsicóticos, benzodiacepinas, antipsicóticos y eutimizantes (generalmente litio), y terapia electroconvulsiva (TEC). El tiempo recomendado de evaluación para decidir pasar al siguiente paso es de 3 días para el primero, de 2 semanas para el segundo y de 12 semanas para el tercero. También es importante promover una adecuada higiene del sueño, ya que este favorece la recuperación.

Conclusión

Debido a la vulnerabilidad que presentan las mujeres en esta fase, es necesario que los profesionales sanitarios sean capaces de detectar factores de riesgo que puedan derivar en alguna patología psiquiátrica para poder ayudarla y que no empeore su situación al no ser diagnosticada y tratada. El mayor factor de riesgo por el momento es tener antecedentes familiares y/o personales de depresión o psicosis postparto, para ello es importante una adecuada historia clínica en la que se contemple las patologías a nivel mental y no solo físico. Por otro lado, consideramos necesario realizar diagnósticos diferenciales para tratar adecuadamente a la paciente.

El papel de la matrona adopta una figura importante a la hora de detectar esos signos de alarma que indican que la situación pasa a ser patológica. En este sentido, debemos indagar preguntando a las pacientes, ya sea en atención especializada, previo al alta o en atención primaria, durante la visita puerperal, sobre su situación emocional actual. Debemos alentarla a manifestar los distintos síntomas que va experimentando tales como tristeza, llanto, ansiedad, dificultad para dormir, agitación psicomotora, temor o indiferencia hacia su bebe. En este momento informaremos a la paciente que durante los primeros días esta sintomatología puede ser normal, pero le advertiremos que si va observando que estos sentimientos van empeorando y pasan a ser un problema que tiene repercusión en su vida diaria, debe solicitar ayuda porque ese cuadro ya no se engloba dentro de la normalidad.

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

Ejercicios para adulto mayor autónomo

Izaskun Artuch Rey y Laura Frías González. *Fisioterapeutas en el Complejo Hospitalario de Navarra*

El envejecimiento fisiológico es la suma de los diferentes cambios, ineludibles e irreversibles que experimenta el cuerpo humano y sus órganos con el paso del tiempo. Estos cambios ocasionan una disminución general y progresiva de la capacidad funcional del organismo. Diferentes estudios indican que llevar un estilo de vida saludable, ejercitar cuerpo y mente previene la aparición de diferentes enfermedades y mejora la calidad de vida relacionada con la salud.

Se ha demostrado que la combinación de ejercicio de fuerza y aeróbico muestra mayor beneficio en términos funcionales que cualquier otro tipo de intervención durante el proceso de envejecimiento. Además de estos ejercicios es interesante añadir estiramiento y equilibrios a nuestra rutina diaria.

Recordemos que no existe un protocolo de ejercicio. El ejercicio debe ser pautado de manera individualizada por un especialista, especialmente en el caso de dolor incapacitante o lesión.

A continuación, exponemos diferentes recomendaciones de forma general. Recuerde que ante cualquier duda debe consultar con el especialista.

En lo referido a ejercicio aeróbico debemos buscar la actividad que a cada uno nos pueda resultar más interesante, como podría ser: caminar, pedalear, nadar...

Esta actividad la comenzaremos con periodos breves, poco a poco la iremos aumentando, dependiendo de nuestra capacidad y sensaciones.

En cuanto a los ejercicios de fuerza, les mostraremos una tabla donde se expone únicamente un conjunto de ejercicios globales enfocados a recuperar movilidad y fuerza relativa de diferentes articulaciones. Con el objetivo de proponer una rutina de movimiento para realizar en casa y mantener o mejorar las aptitudes físicas de personas que, por edad o situación de inmovilidad prolongada, han visto mermada su capacidad de movimiento y calidad de vida.

La ejecución de los diferentes ejercicios expuestos deberá ser indolora, nunca forzada, y la intensidad ligera-moderada.
Se realizarán en torno a 8-12 repeticiones de cada ejercicio. Acompasaremos las repeticiones con la respiración de tal manera que echaremos el aire en el momento del esfuerzo. Podemos realizar 2-3 series de cada ejercicio (2- 3 vueltas al circuito).

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

1. Afirmar: Sentad@ en una silla frente al espejo. Llevar la cabeza junto con la mirada hacia el suelo y hacia el techo.

1. Flexo-extensión cervical

2 Rotar: Sentad@ en una silla frente al espejo. Llevar la cabeza a mirar a un lado y a otro.

2. Rotación cervical

3. Abrazarse a sí mismo: Abrir y cerrar los brazos como si diera un abrazo.

3. Movilidad hombro

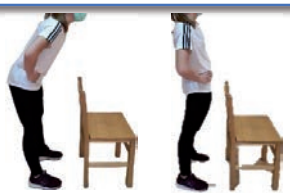
4. Subir los brazos hasta la altura de los hombros y bajar despacio, controlando el movimiento y sin dolor. Se puede añadir un pequeño peso (botella ½ litro…).

4. Elevación hombro

5. Sentad@ con los codos estirados estrujar el trapo, primero en un sentido y después en el otro.

5. Fuerza de prensión

6. Circunducciones: Realizar círculos con las caderas, primero en un sentido y después en el otro.



6. Movilidad tronco

7. Colocando los pies a la anchura de los hombros realice un movimiento combinado de piernas y brazos como si quisiera caminar.

7. Caminar en el sitio

8. Trabajo cuádriceps

8.Sentadilla: Con el apoyo de las manos en la silla, simule que va a sentarse y levantarse de una silla.

9. Flexión de rodilla

9. Apoyad@ en la silla, doblar la rodilla con la intención de llevar el talón al culo.

10. Abductores cadera

10. Apoyad@ con las manos sobre la silla, separar una pierna de la otra. Realizar las repeticiones y repetir con la otra pierna.

11. Puntillas

11. Apoyad@ en la silla, ponerse de puntillas y volver a apoyar sobre el suelo.

12. Equilibrios

12.Tandem: Apoyad@ en la pared, avanzar hacia delante de tal manera que el talón de un pie queda justo delante de los dedos del otro pie. Después realizar lo mismo hacia atrás.

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CAMPAMENTOS DE VERANO 2021

SEMANAS - HORARIOS - ACTIVIDADES

Julio y Agosto de Lunes a Viernes

- **Semanas:** 5-9 julio / 12-16 julio / 19-23 julio / 26-30 julio / 2-6 agosto / 9-13 agosto / 16-20 agosto / 23-27 agosto

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

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

Actividades para todas las edades y niveles:

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

PRECIOS - DESCUENTOS - INSCRIPCIONES

- **190 € / semana**

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

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

OBSERVACIONES

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

CENTRO ECUESTRE CIZUR

JESÚS GONZÁLEZ AYARRA
MARTA ERROZ FERRER

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