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 julioagosto2021 nº90

SUMARIO

2 Tengo varices: ¿qué tratamiento es el más adecuado para mi?
3 El Grupo Resonancia Magnética S. A. inaugura una RM de 3 Teslas en Vitoria
4 Quemaduras solares
5 Parche de capsaicina 179 mg,...
6 Golpe de calor en niños
7 ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para mis varices?
8 Cuidados ante la protección solar
9 Consecuencias mecánicas y estéticas de la pérdida de dientes
10 ¿Qué hago si a mi hijo le pica una víbora?
11 Medicina regenerativa en la artrosis de rodilla
12 Pensar sobre el pensar: la metacognición como terapia
13 "Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin pasar por el quirófano"
14 Catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC)
15 Ante una parada cardiorespiratoria, no dudes, actúa
16 Nuestra piel, nuestra responsabilidad
17 Ortodoncia infantil, mucho más que alinear los dientes...
18 Síndrome Post-COVID
20 Cáncer de laringe...
22 ...desarrollo del lenguaje...
24 Cuidados de enfermería...
25 Alimentación y ejercicio físico en diabetes mellitus
26 Acoso laboral o mobbing
27 Efectividad de la rotación manual...
28 Esferodinamia, gestación y parto
29 ¡Se me ha salido el hombro!
30 Cuidado de los pies...
31 Cuándo acudir a urgencias en el embarazo
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 **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 - 618 463 122 (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.*

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

ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

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

Durante estos meses de verano muchas personas van a notar pesadez, dolor y edema en las extremidades inferiores. La mayoría de las veces por un problema de varices que tienen un tratamiento rápido, eficaz y poco agresivo.

Varices ¿qué son?

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

Valoración del problema

Ante la presencia de varices no dude en acudir a un cirujano vascular con experiencia para llevar a cabo una exploración física y SIEMPRE un ECODOPPLER VENOSO color para valorar el estado de la circulación 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 habitual y más antiguo, la cirugía llamada safenectomía, supone "arrancar" el tronco venoso afectado junto con las colaterales varicosas de cierto calibre. Es un tratamiento agresivo que precisa de una anestesia epidural o general, baja laboral y soportar un postoperatorio con dolores durante semanas, cicatrices de gran tamaño además de la lesión de los nervios que las acompañan generando zonas de la piel con menos sensibilidad (acartonadas) generalmente de por vida.
Lo más importante es acudir a un especialista con experiencia para valorar su caso en concreto para poder aconsejar el tratamiento más adecuado a su caso. **NO TODAS LAS VARICES SE TRATAN IGUAL.**

Láser endovascular

Se trata de un procedimiento ambulatorio. Se realiza con una sedación suave y consiste en realizar un simple pinchazo en la vena a tratar por el que se introduce una fibra LÁSER que desprende calor y provoca que la vena a tratar se cierre, la ventaja de este tratamiento es que piernas con varices enormes se solucionan en 30 minutos, el paciente puede realizar una vida prácticamente normal el mismo día, puede ir a trabajar en unas 24 horas y olvidarse de su problema sin necesidad de realizar visitas frecuentes a la consulta médica.
Es el método mas moderno, rápido, menos agresivo y con menos índice de recidiva para tratar varices de gran calibre.

La esclerosis con microespuma

La esclerosis con microespuma consiste en la inyección mediante la ayuda del ecógrafo de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes para provocar una inflamación que conduce a la desaparición de las varices y del eje venoso principal del que dependen.
Se lleva a cabo de forma ambulatoria, en la consulta, no precisa anestesia y el paciente puede caminar, hacer deporte, trabajar... desde el primer minuto del tratamiento.

El catéter Clarivein®

Consiste en la administración de la microespuma a través de un catéter que se introduce con un simple pinchazo en el eje venoso lesionado causante de las varices (safena interna o externa). También es ambulatorio, solo requiere de una anestesia local para la punción e introducción del catéter y permite también hacer vida normal tras el procedimiento, caminar y por supuesto ir a trabajar.

Conclusión

Cualquier variz con indicación de cirugía es tratable con una de estas técnicas. Son tratamientos muy poco agresivos, no afectan a otros vasos sanos o nervios periféricos, no provoca el dolor ni las posibles complicaciones ni las incomodidades ni las lesiones e inconvenientes permanentes que genera la cirugía tradicional.
Consulte con un Cirujano Vascular con experiencia para aplicar el tratamiento más adecuado a su caso en concreto.

DOCTOR GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

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

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

cardiología

El Grupo Resonancia Magnética S. A. inaugura una RM de 3 Teslas en Vitoria

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

El progreso es un concepto íntimamente relacionado con Resonancia Magnética S.A., que desde 1991 se ha convertido en un referente para la radiología por su gestión, calidad y servicio, estando siempre en vanguardia de la alta tecnología tanto en resonancia magnética (RM) como en tomografía axial computerizada (TAC). Su preocupación por el mantenimiento de calidad y el cuidado del medio ambiente está avalada por los certificados ISO 9001 e ISO 14001.

El avance ahora es la adquisición e inauguración de una resonancia magnética con un campo magnético de 3 Teslas. "*Una tecnología de primerísimo nivel que permite el mejor estudio de la patología cardiaca. Actualmente, no hay una máquina más adecuada y precisa para la realización de resonancias magnéticas*", según el **doctor Pedro María Azcárate**

Su finalidad es producir imágenes detalladas a través de la utilización de ondas electromagnéticas y un potente campo magnético unido a una computadora, se puede decir que esta nueva máquina dispone de 3 teslas -el doble de la mayoría- que significa un incremento relevante en la potencia y, por consiguiente, de la calidad y definición de las imágenes obtenidas. Esta máquina de un túnel de resonancia más ancho (mayor espacio) que proporciona una mayor comodidad al paciente durante la realización del estudio. Otras ventajas de esta RM son sus bobinas rígidas y flexibles (receptores donde se filtra la información) adaptables a todo tipo de pacientes -independientemente de su constitución física- y secuencias con atenuación de ruido para evitar molestias durante la exploración y menor tiempo de exploración. En resumen, además de obtener una mejor calidad de imagen, también permite reducir el tiempo necesario para la realización de un estudio.

Resonancia Gasteiz

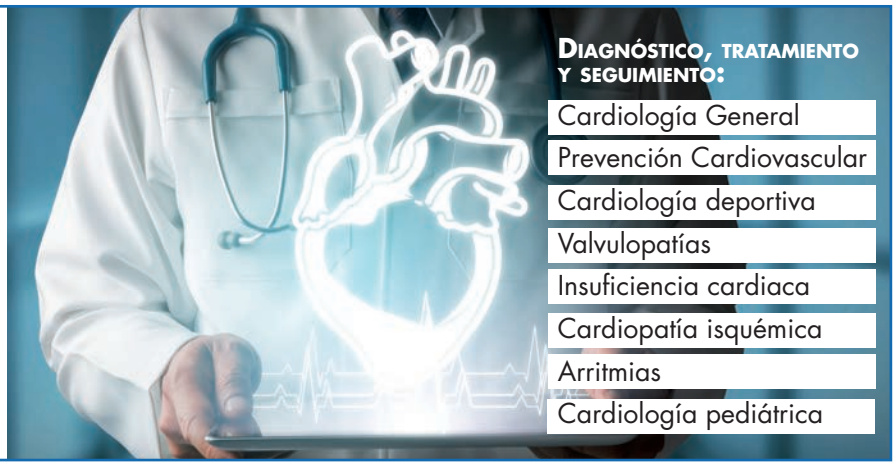
http://rmagnetica.com/vitoria/quienes-somos/

La alianza estratégica con el doctor Azcárate, según explica el **doctor Fernando Yangüela** (Director Médico de Resonancia Magnética S.A.), "*supone contar con una persona de referencia en el ámbito nacional de la imagen cardiaca que une los conocimientos de su especialidad y su buen hacer con las ventajas diagnósticas de las resonancias magnéticas de 3 teslas*". Simbiosis en beneficio de los pacientes, que convierte a Resonancia Magnética S.A. en una referencia en el sector -especialmente en salud deportiva-. Innumerables nombres de la élite del deporte mundial, cuya identidad no se desvela por motivos de confidencialidad, ya han confiado en Resonancia Magnética S.A.

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



DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO:
- Cardiología General
- Prevención Cardiovascular
- Cardiología deportiva
- Valvulopatías
- Insuficiencia cardiaca
- Cardiopatía isquémica
- Arritmias
- Cardiología pediátrica

Quemaduras solares

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

El bronceado es un mecanismo natural de protección de la piel y las quemaduras solares causadas por la exposición excesiva a la luz ultravioleta (UV), pueden parecer solamente una irritación temporal, pero en realidad pueden causar daños que duran para toda la vida, debido a la "memoria" de la piel.

La exposición intensa y repetida a la luz UV que acaba en quemaduras, aumenta el riesgo de otros daños en la piel, como manchas oscuras, ásperas y piel seca o arrugada. También aumenta el riesgo de cáncer de piel como el melanoma.

Síntomas

- Enrojecimiento de la piel asociado a calor y dolor en la zona afectada.
- Dolor y sensibilidad.
- Hinchazón.
- Ampollas pequeñas llenas de líquido que pueden romperse.
- Dolor de cabeza, fiebre, náuseas y fatiga, si la quemadura por el sol es grave.
- Dolor en los ojos o sensación como si tuvieran arenilla.
- En las quemaduras más graves, el dolor aumenta y la piel se hincha pudiendo producirse ampollas.

Efectos adversos a largo plazo

- Por la **radiación ultravioleta UVB** puede aparecer en el futuro cáncer de piel.
- Por la **radiación ultravioleta UVA** envejecimiento acelerado de la piel con arrugas, manchas y un aspecto tosco e irregular.
- Puede afectar al sistema inmune (sistema defensivo), aumentando el riesgo de enfermedades infecciosas y limitando la eficacia de las vacunas.

Tratamiento

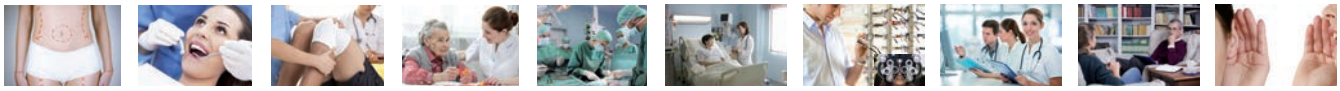
- Beba mucha agua.
- Coloque un paño frío y húmedo en la superficie quemada, varias veces al dia.
- • Si tiene dolor puede tomar algún analgésico o antiinflamatorio.

Si aparecen ampollas, no se aconseja reventarlas por riesgo de infección.

- Aplicar crema hidratante suave para evitar que la piel se seque.
- Manténgase alejado del sol.

Prevención

- Cremas.
- Vestimenta (sombrero, manga larga, pantalón largo).
- Horas de exposición.
- Usar gafas de sol.
- Tener cuidado con los medicamentos fotosensibilizantes.
- Proteger a bebes y niños menores de 2 años.



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

Parche de capsaicina 179 mg, una alternativa eficaz para el tratamiento del dolor neuropático periférico

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

¿Qué tipo de dolor es el dolor neuropático periférico?

El dolor neuropático es un tipo de dolor crónico que afecta al sistema nervioso en el que se alteran los estímulos sensoriales normales. Cursa con un amplio abanico de síntomas:

- Alteraciones de la sensibilidad
- Hormigueo
- Alteraciones de la sensación térmica
- Descargas eléctricas
- Quemazón
- Adormecimiento de la zona
- Sensación de acorchamiento

¿Cuáles son las alternativas terapéuticas disponibles para abordar el dolor neuropático periférico?

Desde las unidades del dolor disponemos de alternativas farmacológicas, no farmacológicas e intervencionistas para el tratamiento del DNP. En el campo de la farmacología existen tratamientos orales como los antidepresivos, antiepilépticos, opioides mayores, etc...
Además, disponemos de fármacos tópicos y tratamientos intervencionistas (radiofrecuencia...). Estas dos últimas modalidades son las que, en mi experiencia, resultan más eficaces.

¿Por qué un parche y no radiofrecuencia?

A mi juicio, siendo lo menos invasivo posible, comenzar el abordaje con un tratamiento tópico, es una aproximación óptima al poder conseguir un alivio del dolor y que, de no resultar exitosa, siempre deja abierta la opción invasiva de la radiofrecuencia en dicho caso.

¿En qué consiste el parche de capsaicina?

Es un parche que se coloca en la zona dolorosa y que aplica capsaicina alta concentración durante 30 o 60 minutos dependiendo de la zona a tratar proporcionando alivio sostenido (hasta 5 meses) del dolor en dicha zona.

¿Presenta molestias la aplicación del parche?

Los efectos locales temporales del parche duran entre 24 y 48 horas como máximo y son enrojecimiento de la zona tratada, picor en la zona de tratamiento y calor. Son efectos que desaparecen por sí mismos y que no tienen repercusión en la eficacia del parche.

Habitualmente, se aplica crema de anestésico local previamente a la aplicación del parche para minimizar las molestias descritas y hacer del tiempo de tratamiento un tiempo lo menos molesto posible.

¿Y cuándo empiezo a notar el alivio del dolor?

Una vez aplicado el parche, el alivio es progresivo entre las 2 y las 6 semanas post aplicación del parche, siendo los efectos duraderos, pudiendo llegar a mantener un alivio del dolor hasta 9 meses.

¿Y si vuelve el dolor qué hago?

El parche se puede aplicar tantas veces sea necesario siempre que respetemos el intervalo de 90 días entre cada aplicación, buscando mantener de manera repetida ese alivio obtenido con el parche. En el momento que comience a notar que el dolor vuelve, contacte con la unidad del dolor para reevaluar la necesidad de repetir el 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

Golpe de calor en niños

Natalia Romero Aldave, Jorge Montero Herrero e Imanol Gil Goñi. *TCAE.*
Complejo Hospitalario de Navarra
MªPaz Martínez Alcat. *Enfermera. Complejo Hospitalario de Navarra*

El golpe de calor se produce cuando el bebé o niño está expuesto a una temperatura exterior sobre elevada y su sistema termorregulador no es capaz de regular su temperatura corporal debido a su inmadurez. Este padecimiento puede llegar a ser muy grave, incluso podría producir la muerte. Por este motivo los niños nunca deben estar expuestos directamente al sol, sin la protección adecuada.

Definición de golpe de calor

El golpe de calor es un trastorno ocasionado por el exceso de calor en el cuerpo, debido a un intenso ejercicio físico con altas temperaturas exteriores y a la exposición prolongada a altas temperaturas. El golpe de calor es la forma más grave de lesión por calor y puede ocurrir si la temperatura del cuerpo alcanza los 40°C o más. Esta afección es más frecuente en los meses de verano.

El golpe de calor insta de tratamiento de urgencia. El golpe de calor sin ser tratado puede dañar rápidamente los sistemas del cuerpo humano, como por ejemplo, cerebro, hígado, riñones... El mal empeora cuanto más se retrasa el tratamiento, lo que aumenta el riesgo de sufrir complicaciones graves o la muerte.

Síntomas

- Aumento de la temperatura corporal.
- Frecuencia cardíaca aumentada (taquicardia).
- Fatiga.
- Cefalea.
- Calambres musculares..
- Erupción cutánea: enrojecimiento de la piel, piel caliente y sin sudoración
- Naúseas y/o vómitos.
- Respiración rápida y profunda.
- Comportamiento atípico.
- Convulsiones.

Medidas a tomar ante el golpe de calor

- Alejar al niño de la fuente de calor, llevarlo a una zona sombría y ventilada
- Desnudar al niño
- Semitumbarlo
- Controlar la temperatura corporal, sino baja por debajo de 38,5 ºC , buscaremos ayuda, centro de salud más cercano o 112
- Bajar la temperatura del niño progresivamente : aplicarle paños humedecidos en agua fresca, colocarlos en ingles y/o axilas
- Si el niño está consciente, hidratarlo . Le daremos agua fresca y ligeramente salada, añadiremos una cuchara de sal por cada litro de agua.
- Si la situación tarda en mejorar, llevaremos al niño al centro de salud más cercano, incluso llamaríamos al 112 , si fuera necesario.

Prevención del golpe de calor

- Vestir a los niños con ropa de algodón y que sea ligera.
- Evitar las horas de mayor calor (entre las 12h y las 17h).
- Situarnos en lugares sombríos.
- Refrescar al niño mediante paños húmedos.
- Hidratar al niño, ofrecerle líquidos.
- Ofreceremos fruta fresca, zumos ...
- Si el bebé es lactante, le ofreceremos pecho.
- En recién nacidos, el sudor no es tan visible porque digamos que "su termostato", el sistema de regulación de su temperatura, aún es inmaduro, así que habremos de llevar especial cuidado en que estén hidratados correctamente y estaremos atentos a los síntomas de deshidratación.
- Si es posible, evitar las mochilas portabebés, ya que el bebé está pegado al cuerpo de la madre o del padre y este desprende mucho calor.
- Ventilar la habitación del niño a primera y última hora del día , para que esté a una temperatura óptima.
- Si vamos a viajar en coche, no meteremos al niño en el coche que haya estado expuesto a las altas temperaturas, lo dejaremos enfriar.
- Usar protección solar alta , darse crema treinta minutos antes de la exposición solar y cada dos horas.
- Usar gafas de sol, si el niño las tolera.
- Proteger al niño con gorrito.
- Entrar despacio al agua, si la exposición solar ha sido larga.

¿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

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. No se pueden tratar correctamente todos los pacientes aplicando una sola técnica; cuanto más conocimiento tengamos de todas las opciones posibles, mayor éxito obtendremos.

Los métodos mínimamente invasivos existentes a día de hoy son, por orden de aparición: la esclerosis con microespuma, la termoablación (láser o radiofrecuencia), las técnicas mecánico/químicas (Clari Vein), y el sellado con cianoacrilato (Venaseal).

La **esclerosis con microespuma** es el método menos agresivo 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. Es un tratamiento ambulatorio.

La **termoablación** consiste en la introducción de un sistema que genera calor en el eje safeno, para lesionar su endotelio y conseguir su fibrosis. Requiere una ligera sedación y anestesia tumescente alrededor del eje safeno, para evitar los efectos colaterales del calor. Por ello, su uso está limitado en safenas muy superficiales o suprafasciales. Son procedimientos ambulatorios que permiten hacer una vida normal muy precozmente.

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.

Por último, el sellado del eje safeno con **cianoacrilato** (adhesivo biológico), permite tratar ejes safenos con anestesia local, de forma totalmente ambulatoria y sin necesidad posterior de usar una media de compresión ni de evitar la exposición al sol. Consiste en la introducción de un fino catéter a través del cual se deposita un pegamento de uso biológico a lo largo del trayecto del eje safeno.

Lo esencial es una valoración especializada para poder acceder al mejor tratamiento o a una combinación de ellos, para potenciar sus ventajas. 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.

VSC
Varices Sin Cirugía

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE VARICES

CLARIVEIN® –MICROESPUMA–LÁSER ENDOVENOSO
SELLADO CON CIANOACRILATO – RADIOFRECUENCIA

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

Cuidados ante la protección solar

MªPaz Martínez Alcat. Enfermera. Complejo Hospitalario de Navarra
Natalia Romero Aldave, Jorge Montero Herrero e Imanol Gil Goñi. TCAE. Complejo Hospitalario de Navarra

¿Cómo y cuándo utilizar la crema solar?

- Aplicar la crema solar 30 minutos antes de la exposición solar, sobre la piel seca.
- Volver a aplicar después de cada baño.
- Repetir cada 2 horas la aplicación de la protección solar.
- Tener cuidado en las zonas sensibles del cuerpo como cara, cuello, manos, empeines...
- Tener especial cuidado en niños, aplicaremos protector solar de mayor índice.

¿Cómo sabes la protección adecuada a nuestra piel?

PIEL	FOTOTIPO	ÍNDICE DE PROTECCIÓN
Quemadura dolorosa, bronceado escaso y te quemas con facilidad	Piel muy clara, ojos azules o verdes, pecas y pelo pelirrojo	30-50
Bronceado escaso, te quemas habitualmente, quemaduras dolorosas	Piel clara, ojos azules o castaños claros , pelo rubio o castaño	30-50
Te quemas moderadamente, te bronceas medianamente	Piel clara, pelo y ojos castaños	15-30
Bronceado con facilidad	Piel blanca, ojos y pelo castaño oscuro	6-15
Rara vez te quemas, bronceado fácil e intenso	Piel morena, ojos y pelo castaño oscuro	4-6

Beneficios del sol

1. Ayuda a la formación de vitamina D.
2. Ayuda a combatir el estrés, la depresión y el cansancio.
3. Metaboliza el colesterol.
4. Regula la producción de melatonina.
5. Aumento de glóbulos blancos, aumentando así nuestras defensas.
6. Prevención y control del acné.

Conservación de los protectores solares

1. Tienen una duración aproximada de un año, una vez abiertos.
2. Guardarlos sin restos de arena, limpios en un lugar fresco y seco.
3. Los alejaremos de las fuentes de calor, ya que los filtros se degradan.
4. No utilizar si vemos algún cambio en la textura, coloración o en el olor.

Precauciones a la hora de tomar el sol

- Protege especialmente a los niños. Su piel es mucho más sensible y la resistencia al calor es menor que la de los adultos. Se recomienda no exponer al sol a menores de 3 años.
- Si usted está embarazada, trabajo al aire libre, o tiene antecedentes familiares de cáncer, patologías cutáneas, etc., evita el contacto con el sol, o en su defecto aplica productos de bronceado de alta protección
- Si usted toma medicamentos, antes de exponerse al sol, consulte con su médico o farmacéutico.
- Si se producen cambios de color o forma en pecas o lunares, consulta inmediatamente a un especialista. Extrema las medidas protectoras en cualquier actividad al aire libre.
- No utilizar colonias, desodorantes u otros cosméticos; pueden producir manchas.
- Utiliza protector solar de acuerdo con tu fototipo de piel.
- No exponerse a los rayos solares entre las 12.00 y las 16.00 horas.
- No te duermas tomando el sol, evita largas exposiciones solares.
- Si vas a estar un largo tiempo en contacto con el sol, protege la piel con ropa y utiliza siempre algo para cubrirte la cabeza.

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

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

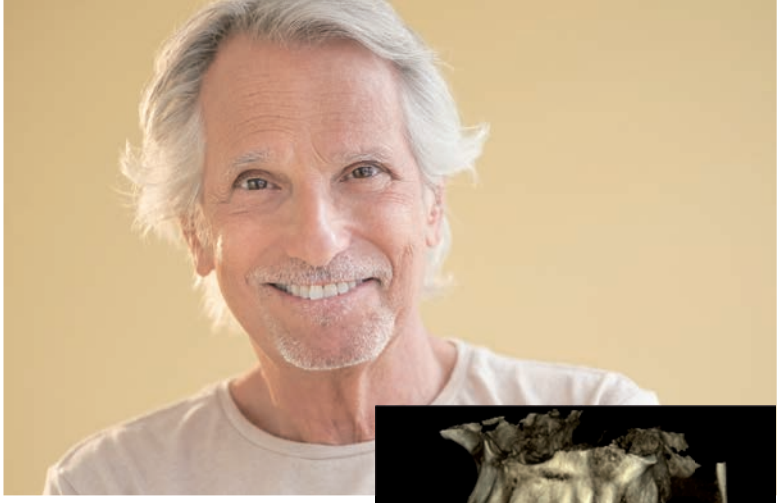
SALIDAS DE UN DÍA: 3 Agosto - Estibalitz, embalse del Zadorra y Vitoria 55 €. Almuerzos y seguro incluido. Próximas salidas al Nacedero del Urederra, Castillo de Loarre, Valvanera...Ver página web.

AÑO SANTO COMPOSTELANO: 23 al 27 Agosto 490 € - 13 al 17 septiembre 475 €
Autocar. Hotel 3*** en O Grove. P. Completa con vino y agua. Excursiones y seguro. Reservas avanzadas

GREDOS - NATURALEZA A SU DISPOSICIÓN
6 al 10 de Septiembre - 499 €
Autocar. Hotel caidad. Visitas por las rutas. Guía especializada. Seguro. Un viaje espectacular

Todos los programas en www.peregrinacionesnavarra.es
Se iran incluyendo otros viajes a medida que se vayan completando los indicados. Tel. 647679821

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR



Consecuencias mecánicas y estéticas de la pérdida de dientes

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

Con el auge de la estética dental, cada vez se confirma en mayor medida que los pacientes desconocen los resultados que la pérdida de dientes causa en el aspecto de su rostro, sobre todo cuando desaparecen las piezas posteriores.

Esta afirmación proviene del hecho de que muchas personas prefieren mejorar la imagen de los dientes anteriores mediante técnicas como la ortodoncia o las carillas antes que sustituir de forma duradera las muelas caídas. Sin embargo, la pérdida de estas tiene efectos estéticos que deberían conocer.

El compromiso estético oculto de los dientes posteriores

Pongamos un ejemplo. Si se nos cae un incisivo o un colmillo, a priori, el compromiso estético parece mayor que si perdemos una muela. De hecho, buscamos solución inmediata porque sentimos que no nos permite hacer vida normal, ya que incide en nuestra autoestima y en las relaciones sociales. Por el contrario, al perder una muela, no nos damos tanta prisa en resolver el problema. Masticamos con el otro lado y confiamos en que no se verá.

Sin embargo, no sustituir un molar o cualquier otra pieza posterior tiene graves consecuencias en el orden mecánico y, también, aunque no lo parezca, en el estético. En el momento en que perdemos una muela se desencadenan varios procesos.

Al desaparecer su función, el organismo tiende a 'inutilizar la zona', por lo que progresivamente pierde riego sanguíneo y, como efecto, masa ósea. Ello provoca que vaya disminuyendo en densidad y cause caída de altura y anchura a la estructura ósea que sostiene los músculos y tejidos del rostro. Nos consumimos facialmente porque carecemos de un armazón sólido.

Dificultades para la restauración dental

Por otra parte, se trata de un área muy problemática para la desaparición de hueso, porque deja poco espacio para la intervención posterior de restauración dental. En el maxilar superior, porque tenemos los senos maxilares, cámaras de aire donde es imposible colocar implantes dentales. Y en la mandíbula, porque la cruza un nervio sensitivo que apenas deja margen para insertar los implantes.

Cuando se aborde la restauración, será necesario realizar injertos óseos para recuperar el volumen necesario que permita anclar los dientes artificiales.

Sobrecarga y rotura de nuevas piezas

Por otro lado, la ausencia de piezas posteriores lleva a que las piezas existentes soporten una mayor sobrecarga. Con ello, se rompen más piezas y se producen desplazamientos de los dientes anteriores, que carecen del equilibrio que proporciona disponer de todos los dientes.

Colapso mecánico y envejecimiento prematuro

Esta situación de colapso mecánico comienza a notarse también en el envejecimiento prematuro de la cara: se pierde altura entre la nariz y la barbilla, se adelgaza en anchura, aparecen arrugas antes de tiempo y se forma la llamada papada en la parte inferior.

Este fenómeno es particularmente visible en los pacientes edéntulos (que han perdido partes completas de la dentadura) o en quienes han llevado durante mucho tiempo prótesis removibles, que hacen su función, pero no revitalizan la masa ósea. Por el contrario, contribuyen a que se acelere la desaparición.

La salud antes que la estética

Por tanto, no parece conveniente abordar primero tratamientos meramente estéticos si no hemos recuperado antes la funcionalidad de la cavidad bucal, porque su acción no será duradera.

Entre las opciones posibles de recuperación, las más recomendables son las que se basan en implantes dentales. Los implantes se comportan como dientes naturales, en el sentido de que mantienen la vitalidad de la masa ósea y evitan su desaparición.

En Clínica Bustillo estamos especializados en tratamientos de estética facial fundamentados en la restauración de la dentadura mediante implantología dental. Contacte con nosotros para que podamos estudiar su caso.

¿Qué hago si a mi hijo le pica una víbora?

Natalia Romero Aldave, Jorge Montero Herrero y Ainara Ajona Baquedano.
Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería. Complejo Hospitalario de Navarra

La mordedura de reptiles es una de las urgencias venenosas de nuestro país. Este puede estar causado por la picadura de una culebra, víbora o serpiente.

La víbora es una serpiente venenosa de longuitud media, cuerpo robusto de piel gris con manchas negras y cabeza triangular; habita en regiones de clima templado o cálido. Presenta dos dientes huecos en la mandíbula superior que al morder inocula su veneno.

¿Dónde suelen estar?

Generalmente se encuentran en pastizales, bosques frondosos y de coníferas.
Su mayor actividad es por la mañana, ya que por la tarde se encuentran aletargadas o dormidas.
Su período de hibernación es desde finales de otoño hasta principio de primavera, siendo los mese de primavera y verano los más conflictivos.

¿Cómo diferenciar una picadura de una víbora de una de culebra?

Para poder diferenciar una mordedura de una víbora de la de una serpiente , tendremos en cuenta :

- **Las principales características de las víboras** son: cabeza triangular, cuerpo corto y grueso, hocico levantado ligeramente y terminado en punta, dientes largos y puntiagudos y son altamente venenosas.
- **Las principales características de las culebras** son: cabeza redondeada, cuerpo alargado , no tienen dientes que inoculen veneno, no son venenosas.

¿Cúales son los principales síntomas de la picadura de víbora?

Las manifestaciones más comunes suelen ser :

- Visualización de la mordedura, la huella la forma dos pequeñas heridas puntiformes.
- Equimosis de la zona.
- Dolor abdominal
- Diarrea..
- Shock hasta 3 días después de la mordedura.
- Transtornos en la coagulación.
- Transtornos circulatorios: hipotensión, taquicardia...
- Transtornos neurológicos: dolor de cabeza, convulsiones, vértigo, obnubilación...
- Insuficiencia renal.

El primer síntoma es un dolor inmenso , que nos hará sospechar de que el veneno ha sido inoculado, si el dolor es apenas apreciable o no sentimos ningún tipo de dolor, probablemente no haya sido inoculado.
Despúes del comienzo del dolor, comenzará un edema local y cambio en la coloración de la piel alrededor de la picadura.
La clínica suele ser localizada en el punto de la mordedura.
Los signos y síntomas no suelen ser graves desde el comienzo, sino que presentan mayor gravedad a partir de las primeras 12-24 h. de evolución.
Generalmente los síntomas suelen pasar desapercibidos si no le damos mayor importancia al suceso.

¿Qué puedo hacer?

- Reduciremos el riesgo documentándonos sobre la zona por la que estamos paseando, acampando...
- Observaremos con detalle el terreno en el que vayamos a pasar el día, montar una tienda de campaña, sentarnos...
- No meteremos la mano en ningún lugar donde la visión sea escasa, como por ejemplo: rocas, troncos, hierba alta...
- Incluiremos como medidas, llevar ropa gruesa, botas altas, calcetines gruesos, etc., ya que así dificultaremos la mordida de la víbora.

Primeros auxilios

- Primero garantizaremos la seguridad de la víctima, ya que si la mordedura llegara a producir una parada cardio-respiratoria, sería conveniente estar en una zona segura.
- Una vez producida la picadura, nos retiraremos lo antes posible de la zona, para evitar males mayores.
- Retiraremos todos los objetos que nos entorpezcan, que ejerzan presión, tales como anillos, relojes, pulseras y ropa que pueda llegar a oprimir.
- No utilizaremos frío, ya que favorece la necrosis.
- No dar ningún tipo de medicación.
- No intentar extraer el veneno.
- Podremos darle líquidos a la víctima si siente sed, pero nunca sólidos.
- Tratar de calmar a la víctima.
- Vigilar la zona de la picadura.
- Reanimación cadiopulmonar, si fuera necesaria en algunos casos.

Si estamos cerca de un Centro sanitario, si vemos que la víctima no presenta ningún compromiso vital, nos dirigiremos a el , con la mayor brevedad posible.

Si estamos lejos y vemos que la víctima empeora, llamaremos al 112 y daremos la mayor información que nos indique el teleoperador.

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 la artrosis de rodilla.

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 de rodilla es una patología degenerativa que se caracteriza por un deterioro progresivo del cartílago articular.

El cartílago es un tejido que amortigua y protege la articulación y favorece su movimiento. En la artrosis, el cartílago articular se vuelve frágil y quebradizo, después se adelgaza y, por último, desparece.
Se suele manifestar en personas mayores de 50 años y su progresión habitualmente es lenta. También puede desarrollarse en personas más jóvenes, si han sufrido algún traumatismo o alguna lesión previa en su rodilla y han sido intervenidas quirúrgicamente con anterioridad de alguna patología de cartílago, menisco o ligamentos.

¿Cuáles son los síntomas de la artrosis de rodilla?

El principal síntoma de la artrosis de rodilla es el dolor. Inicialmente, en una primera fase, el dolor es moderado y se manifiesta cuando se realiza una actividad física. El paciente percibe las mayores molestias al empezar a caminar o a correr y suelen disminuir o desaparecer con el reposo.
En una siguiente fase, el dolor se hace más continuo e intenso y se va añadiendo una sensación de rigidez, con limitación de la movilidad articular y dificultad para la flexión y la extensión de la pierna afectada.
En los casos en los que se alcanzan fases más avanzadas, pueden aparecer alteraciones morfológicas en la articulación (ciertas deformidades) y con la actividad física el dolor se reagudiza, se puede hacer continuo e incluso la rodilla puede hincharse si se forma un derrame sinovial. El paciente cojea, la rodilla se debilita y se puede percibir una sensación de fallo al caminar.

¿Cómo se diagnostica la artrosis de rodilla?

El diagnóstico de la artrosis de rodilla es sencillo, se basa en la historia clínica y en la exploración de la articulación. Se puede confirmar con un estudio radiológico o una resonancia magnética.

¿Cuál es el tratamiento de la artrosis de rodilla?

El principal objetivo del tratamiento de la artrosis de rodilla es reducir el dolor y la inflamación y mejorar la movilidad articular.
Los tratamientos convencionales existentes para la artrosis hoy en día consisten en fármacos analgésicos y antiinflamatorios, protectores de cartílago e infiltraciones de ácido hialurónico.
El plasma rico en factores de crecimiento surge como una alternativa eficaz a estos tratamientos.

¿Qué es la medicina regenerativa?

El plasma de BTI Biotechnology, es una tecnología biomédica dirigida a estimular la regeneración tisular mediante la aplicación de proteinas autólogas.
A partir de un pequeño volumen de sangre del propio paciente, es posible aislar, concentrar e infiltrar un producto basado en las propiedades terapéuticas de los factores de crecimiento presentes en el plasma sanguíneo y en el interior de las plaquetas, que ejercen un importante papel en los procesos de curación y regeneración de los tejidos.
Su aplicación, en el caso de la artrosis de rodilla, puede frenar el avance de esta patología y reducir el dolor y la inflamación.
Por ello, cuanto antes se empiece este tratamiento, mejor será su pronóstico.

Compromiso con la calidad

La tecnología de 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.

Pensar sobre el pensar: la metacognición como terapia

Fermín Goñi Sáez
Psicólogo Clínico. Director Científico de Fundación Argibide

Durante mucho tiempo, la psicología clínica ha centrado parte de su intervención en los contenidos del pensamiento mediante la generación de herramientas para modificar, cuestionar y refutar las creencias desadaptativas. Esta perspectiva ha sido modificada por Adrian Wells -creador de la terapia metacognitiva-; según el psicólogo británico, lo importante no son los pensamientos, es la forma de relacionarnos con ellos.

La perspectiva metacognitiva defiende que las personas no somos capaces de gestionar nuestros problemas emocionales debido a la presencia de metacogniciones (nuestro pensamiento sobre el pensamiento) que generan patrones desadaptativos de respuesta ante experiencias internas de malestar. Estos patrones son agrupados en el concepto Síndrome Cognitivo Atencional (SCA) que está formado por: preocupación, rumiación, atención obsesiva y estrategias de autorregulación o conductas de afrontamiento escasamente útiles.

Metacognición, conocimiento, creencias y estrategias

La **metacognición** hace referencia a cualquier conocimiento o proceso cognitivo en el que se active la interpretación, la monitorización o el control de la cognición (el pensamiento). El **conocimiento metacognitivo** apunta a las creencias-teorías que tenemos sobre nuestros propios pensamientos y sobre la eficacia de algunos procesos neuropsicológicos (memoria, atención...). El pensamiento "Si controlo todos los escenarios, no pasará nada negativo" es un tipo de conocimiento metacognitivo.

Las **experiencias metacognitivas** son los sentimientos y evaluaciones situacionales que las personas tenemos de nuestro estado mental. Preocuparse por la preocupación -síntoma cognitivo característico del trastorno de ansiedad generalizada- es una experiencia metacognitiva.

Las **estrategias metacognitivas** constituyen las respuestas que llevamos a cabo para controlar y alterar el pensamiento con el objetivo de promover la autorregulación cognitivo-emocional. En un gran numero de trastornos psicológicos, el paciente experimenta el estado subjetivo de estar fuera de control, una de las estrategias (escasamente útiles) que suele activarse es el control atencional del pensamiento.

Trabajar la metacognición

Algunas de las habilidades que se trabajan en la terapia metacognitiva son:

- **Diálogo socrático:** el terapeuta explora y cuestiona las creencias, los significados y las premisas del paciente dirigiendo el foco al SCA; es decir, a detectar y a modificar las creencias relacionadas con los pensamientos y emociones (metacogniciones).
- **Exposición centrada en la metacognición:** en esta terapia, la exposición tiene como objetivos (i) facilitar el cambio de creencias en general, (ii) desafiar las creencias metacognitivas ("Preocuparse es fundamental") y (iii) promover el procesamiento adaptativo de la información.
- **Entrenar la atención:** en los trastornos psicológicos, el control atencional se torna inflexible y se focaliza en la preocupación como mecanismo detector de amenazas. El objetivo consiste en reorientar la atención y flexibilizar el control ejecutivo.

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

www.leopoldofernandez.com

CPS-C2261/1/14-NA

Catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC)

Jaione Fernández García. *Enfermera de Pediatría del Centro de Salud de Ancín*
Carmen Calvo Meca, Eva Herrero García y Eva Manso Peru. *Enfermeras. Centro de Salud de Estella*

El PICC es un acceso venoso central de inserción periférica en uno de los miembros superiores del cuerpo. Se trata de un tubo largo y fino, cuyo extremo distal se sitúa en la vena cava superior de manera ideal. Los materiales más utilizados son poliuretano y silicona, con una, dos o tres luces (en caso de necesidad de múltiples infusiones simultáneas).

Indicaciones

Indicaciones apropiadas para PICC

- Infusión de agentes compatibles con la administración por vía periférica durante ≥ 6 días.
- Infusión de agentes no compatibles con la administración por vía periférica (i.e. agentes irritantes y/o vesicantes) durante cualquier período de tiempo.
- Administración de quimioterapia en ciclos en pacientes con cáncer activo de ≥ 3 meses.
- Monitorización hemodinámica invasiva o necesidad de una vía central en un o paciente crítico durante ≥ 15 días.
- Punciones venosas frecuentes (cada 8 horas) en un paciente hospitalizado durante ≥ 6 días.
- Infusiones intermitentes o flebotomías infrecuentes en un paciente con un acceso venoso difícil durante ≥ 6 días.
- Infusiones o tratamiento paliativo en pacientes terminales.
- Infusión de agentes compatibles con la administración por vía periférica en residencias de ancianos o en paciente en transición del hospital a su domicilio ≥ 6 días.

Indicaciones no apropiadas para PICC

- Infusión de agentes compatibles con la administración por vía periférica durante ≤ 5 días.
- Administración de quimioterapia compatible con la administración por vía periférica en ciclos en pacientes con cáncer activo durante ≤ 3 meses.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica en estadio 3b o mayor o en hemodiálisis
- Punciones venosas infrecuentes durante ≤ 5 días.

Complicaciones

Complicaciones tempranas

- Sangrado persistente (en el sitio de punción o salida del catéter).
- Edema de tejidos blandos.
- Hematoma.
- Perforaciones cardíacas.
- Arritmias cardíacas.
- Trauma arterial o venoso.
- Trombosis venosa.
- Reacción vasovagal.
- Dolor persistente en el sitio del catéter.
- Acodamiento del catéter.
- Migración de la punta del catéter.
- Oclusión del catéter.
- Salida accidental del catéter.

Complicaciones tardías

- Flebitis.
- Trombosis venosa.
- Rotura del catéter.
- Oclusión del catéter.
- Salida accidental del catéter.

Contraindicaciones

- Capital venosos agotado.
- Alteraciones anatómicas(calibre reducido , vasos tortuosos).
- Infección local de la piel.
- Quemaduras severas.
- Vaciamiento ganglionar reciente.
- Historia reciente de trombosis.
- Fallo renal avanzado.

Cuidados y mantenimiento

- Técnica estéril.
- Controlar zona de inserción, así como la tunelización por si hay sangrado o hematoma. Buscar signos de inflamación, seroma o rotaciones del dispositivo.
- Curar con Clorhexidina acuosa 2% y apósito estéril transparente, cada 7 días y siempre que sea necesario.
- Heparinizar el catéter cada 7 días .
- Utilizar siempre jeringas de al menos 10 ml ya que se ejerce menos presión que con las de menor volumen.
- Se recomienda el uso de bombas de infusión para la administración de cualquier tipo de sustancia por PICC.
- No tomar tensión arterial en el brazo donde está colocado el PICC.
- No extraer sangre de una vena periférica de la extremidad en la que está implantado el PICC o por encima del mismo. Existe riesgo de puncionar el catéter y producir rotura.
- Vigilar cambios oculares en pacientes portadores del PICC.
- Evitar al máximo desconexiones innecesarias del sistema de infusión con el fin de minimizar el riesgo de infección relacionada con el catéter.
- No sumergir el brazo en el agua como la inmersión en piscina o mar, ya que estos medios se consideran potencialmente contaminantes.
- No realizar tareas en lugares "sucios". Tareas como trabajo en la huerta o en cuadras con animales.

Ante una parada cardiorespiratoria, no dudes, actúa

Iranzu Lecea Malagón. *Enfermera del Centro de Salud de Noain*

Una parada cardiorrespiratoria ocurre cuando la actividad cardiaca cesa de forma brusca e inesperada. En España hay más de 25.000 casos de parada cardiorrespiratoria cada año fuera de los centros sanitarios, lo que supone que una persona sufre una parada cardiorrespiratoria cada 20 minutos. Las causas pueden ser variadas, entre las que se encuentran las enfermedades coronarias (como un infarto agudo de miocardio, por ejemplo), arritmias cardíacas (fibrilación ventricular, taquicardia ventricular…), hemorragia masiva, shock, accidentes, intoxicaciones, hipotermia…

El reconocer esta situación y utilizar un desfibrilador de forma precoz es esencial para la supervivencia de la persona. Según la Fundación Española del Corazón, cada minuto que pasa sin iniciar maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP en adelante) y sin usar un desfibrilador, se reducen un 10% las posibilidades de supervivencia. De ahí la importancia que tiene el que actuemos lo antes posible.

¿Qué podemos hacer?

Lo primero que debemos hacer al identificar una parada cardiorrespiratoria es asegurar la zona. Eso significa que debemos estar en un lugar seguro (por ejemplo, si la persona a la que hay que atender está tumbada en la carretera la llevaremos a la acera, fuera del alcance de los vehículos). Posteriormente llamaremos rápidamente al 112, teléfono de emergencia sanitaria. Debemos decir claramente dónde nos encontramos y lo que ocurre. Aunque parezca complicado es muy importante mantener la calma y responder a las preguntas que nos hagan. También nos darán unas pautas a seguir, y debemos hacer caso en todo lo que nos digan a través del 112. Los compañeros y compañeras del 112 serán los encargados de avisar a los equipos sanitarios correspondientes, que acudirán sin demora al lugar en el que nos encontramos.

Los ciudadanos jugamos un papel muy importante mientras esperamos a la llegada de la atención sanitaria, ya que las probabilidades de supervivencia aumentan mucho si se empieza a realizar maniobras de soporte vital en los primeros minutos. Debemos localizar un desfibrilador (si estamos con otra persona podemos delegar esta búsqueda a la otra persona) y tenemos que iniciar lo antes posible el masaje cardíaco. Está demostrado que cuanto más tarde se inicie el masaje, más difícil es para esa persona que se recupere y más secuelas puede sufrir. **No debemos tener miedo a iniciar el masaje, todos podemos hacerlo. Debemos confiar en nuestras capacidades y saber que al iniciar las maniobras de RCP de forma precoz estamos ayudando a esa persona**.

Para realizar un correcto masaje cardíaco debemos colocar las dos manos en el centro del pecho del paciente (en el esternón) y hacer compresiones hacia abajo con los brazos extendidos y en ángulo recto respecto al cuerpo de la persona. Hay que hundir el tórax de la persona unos 4-5 cm y hacerlo a una frecuencia de 100 veces por minutos aproximadamente. Debemos intentar que las compresiones sean regulares, sin interrupciones. Si tenemos dudas podemos preguntar al 112, nos las resolverán.

El uso de los desfibriladores automáticos es sencillo. Lo más importante es mantener la calma y seguir las indicaciones que nos dará el propio desfibrilador. Puede resultar difícil en esta situación, pero la calma será una gran aliada para actuar correctamente.

(Ver Figura 1).

La conclusión de estas palabras es que con nuestras manos podemos hacer mucho para ayudar a una persona que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria. Podemos aumentar su supervivencia. **Solo debemos quitarnos el miedo, llamar a la calma y actuar**.

Figura 1

Nuestra piel, nuestra responsabilidad

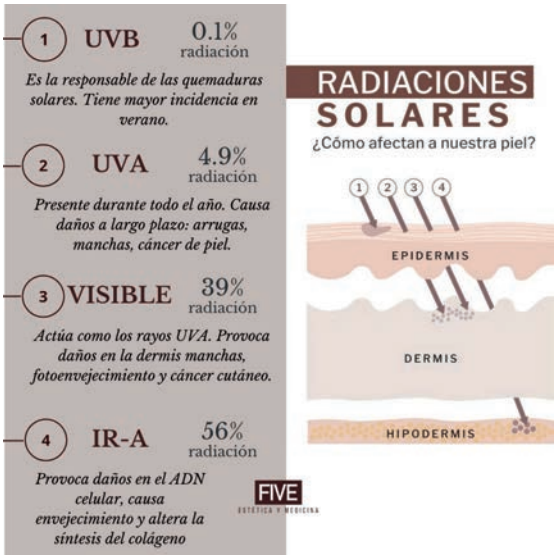
El verano ya llegó y, con él, las ganas de lucir un modelito que realce nuestro moreno. Pero cabe recordar que, como el órgano más extenso del cuerpo, la piel requiere de un cuidado constante. ¿Por qué es importante cuidar la piel en verano? Porque una exposición prolongada al sol constituye uno de los principales factores de riesgo para desarrollar melanoma.

De hecho, según la **Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)**, en España se diagnostican cada año unos **150.000 nuevos casos, una cifra que aumenta un 10 % anualmente**. Por eso, **Five, Estética y Medicina**, apuesta siempre por la prevención y ofrece distintos tratamientos para cuidar la piel en esta estación.

¿Qué peligros entraña no cuidar la piel? Los rayos solares llamados UVA y UVB (rayos ultravioletas) cambian su estructura y pueden dañarla irreparablemente produciendo múltiples efectos entre los que se destaca el **envejecimiento prematuro, la deshidratación, la pérdida de luminosidad y, sobre todo, las manchas**. Por esta razón, tanto para combatir los efectos como para prevenirlos es ideal aplicar una serie de tratamientos estéticos en verano.

Tratamientos faciales para prevenir el envejeciendo en verano

Lo primero de todo es utilizar **protector solar facial** cada día ya que la piel de la cara es un indicador de nuestro estado de salud y, además, su apariencia puede tener influencia en nuestra autoestima, ya que el **rostro es la parte más visible y expuesta de nuestro cuerpo**. Esto hace que también sea **la más propensa a sufrir agresiones de agentes externos**, motivo por el que tenemos que poner especial esfuerzo en su cuidado. Además, el grosor de la piel en esta zona del cuerpo es más fino, lo que contribuye a hacerla más frágil y vulnerable a la radiación solar. Aconsejamos usar el protector solar durante todo el año.



A la hora de adquirir una crema solar lo recomendable es *"el uso de productos con protección de espectro amplio (contra los rayos UVA y UVB) y con un factor de protección solar (SPF) con valor de 30 o superior"*, - según indican desde la American Cancer Society.

Lo segundo es **preparar la piel con sus nutrientes, vitaminas e hidratación necesaria**. Hay numerosos tratamientos como el DNA, el ácido hialurónico, vitamina C o mesoterapia que nos ayudan a enriquecer la piel. En Five **combinan tecnología puntera de Nanopore con el tratamiento cosmético y manual**. El Nanopore es una técnica que consta en hacer unos microcanales en los cuales se va a introducir una serie de principios activos a niveles más profundos de la piel. De esta manera, se consigue más iluminación ya que se activa la síntesis del colágeno y se llega a hidratar la piel.

La piel tiene memoria, por lo que cuidarla ahora es una apuesta de futuro. Es importante combinar tratamientos de medicina estética y de cabina para prevenir el fotoenvejecimiento cutáneo. Estos tratamientos pueden infiltrarse en cualquier momento del año, pero proporcionarán un efecto extra en verano ya que facilita vitaminas, oligoelementos y minerales a la piel por lo que también reforzará la piel de cara a la radiación solar.

La piel es para toda la vida y no nos podemos olvidar de cuidarla.

Desde Five, Estética y Medicina, el equipo anima a vigilar este verano la evolución de cualquier lesión o mancha que presente las siguientes características A, B, C, D o E. **Porque la estética es salud.**

Ortodoncia infantil, mucho más que alinear los dientes

¿Cuándo empezar con la ortodoncia infantil?

Muy pocas personas presentan de manera natural un perfecto alineamiento de los dientes o carecen de algún problema funcional, por lo que prácticamente el 100% de la población necesitaría ortodoncia. Por ello, acudir cuanto antes al dentista permite evaluar si hay problemas graves y tratarlos de la mejor manera posible desde el principio.

Visita al ortodoncista

Una de las dudas más frecuentes tiene que ver con cuál es la edad más adecuada para comenzar con el tratamiento ortodóncico. La Sociedad Española de Ortodoncia recomienda una **primera visita a los 6-7 años**. Por norma general, a esta edad **ya han salido los incisivos y están saliendo las primeras muelas**. El cambio de dientes de leche a dientes definitivos es un punto de inflexión en la futura dentadura del niño. Lo ideal es hacer una primera revisión a esta edad para comprobar que se esté desarrollando correctamente, o si bien hay algún problema de malposición, maloclusión o alteraciones del crecimiento óseo.

La prevención como parte de la odontología del futuro

Una vez efectuada la primera revisión infantil, será el ortodoncista el que determine el tratamiento a seguir, si es necesario. Dependiendo del caso puede que sea necesario actuar de forma temprana o que se vayan realizando controles hasta que erupcionen los dientes definitivos, lo que se produce en un rango de edad que varía en cada niño, pero que se sitúa en torno a los 11-12 años. La ortodoncia, en general, se encarga de posicionar correctamente los dientes para mejorar la salud, la función y también la estética de la boca.

Ortodoncia en dos fases

En Sannas Dentofacial apostamos de manera decidida por la ortodoncia temprana. **A partir de los seis años incluimos la visita del ortodoncista en las revisiones del PADI**. De esta forma será más fácil detectar posibles anomalías cuanto antes y realizar los tratamientos de ortopedia y ortodoncia oportunos, conocidos como Fase I. La ortodoncia temprana corrige y evita futuros problemas con un tratamiento más sencillo. Gracias a ella se crea espacio para los dientes, se corrigen hábitos, se corrigen discrepancias a nivel óseo y puede facilitar los tratamientos de la Fase II.
Tras una fase de observación y la erupción de los dientes definitivos, da comienzo la Fase II. Esta busca colocar cada diente en su lugar adecuado en relación con el resto de partes de la boca, para conseguir un correcto funcionamiento.

Según la Asociación Americana de Ortodoncistas, hay **algunos indicadores que pueden hacer sospechar acerca de la necesidad de ortodoncia temprana:**

- Pérdida temprana o muy tardía de dientes de leche.
- Dificultad para masticar.
- Respirador bucal (no puede cerrar los labios).
- Mordida abierta, profunda o cruzada.
- El niño tiene hábito de chuparse los dedos.
- Dientes apiñados o en mala posición.
- Dificultad para hablar.
- Maxilares desviados.
- Mandíbula protruida (hacia adelante).
- Morderse frecuentemente los cachetes.
- Dientes salidos.
- Asimetría facial.
- Desgaste de los dientes (aprietan y suenan los dientes).

En **Sannas Dentofacial**, nuestro equipo de ortodoncistas asesora al paciente sobre sus dudas antes de comenzar el tratamiento. Éstas van desde las dudas más comunes, como la edad ideal para iniciar el tratamiento o sobre los diferentes tipos de ortodoncia.

Síndrome Post-COVID

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

El coronavirus de tipo 2 asociado al síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) es el agente causal de la COVID-19 y fue descubierto en China en diciembre de 2019.

La infección aguda por este virus cursa típicamente con fiebre, dificultad respiratoria, dolores de cabeza, tos no productiva, pérdida de gusto/olfato y dolores musculares, aunque una proporción considerable de pacientes puede presentar síntomas leves o ser asintomáticos.

La forma grave puede complicarse con un síndrome de estrés respiratorio agudo con insuficiencia respiratoria y fallo multiorgánico.

La mayor parte de la gente que tiene la enfermedad por Covid-19 se recupera por completo en unas semanas. Pero algunos, aun aquellos que han tenido versiones leves de la enfermedad, siguen presentando síntomas después de su recuperación inicial.

Estudios descriptivos durante la primera ola de la pandemia en 2020 señalaron que al menos un 10-20% de los sujetos no se había recuperado por completo pasadas las cuatro primeras semanas tras la infección desconociéndose cuánto tiempo puede durar el período de convalecencia y los motivos de la notable variación de las secuelas entre individuos.

Estas personas se describen a sí mismas como personas con Covid-19 persistente y las afecciones se denominan síndrome post-covid o covid prolongado.

Criterios diagnósticos y categorías. Definición de caso

No existe una definición universal de consenso que defina de forma cerrada las características de este síndrome.

La definición más completa define el síndrome post-COVID-19 como el conjunto de signos y síntomas que se desarrollan durante o después de una infección compatible con COVID-19 (con diagnóstico confirmado o sin él) que continúan durante más de 12 semanas y no se explican mediante un diagnóstico alternativo. Los síntomas pueden presentarse a menudo superpuestos, y fluctúan y cambian con el tiempo, a veces a modo de brotes, y afectan a cualquier sistema corporal, incluyendo los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurológico, musculoesquelético, metabólico, renal, dermatológico, otorrinolaringológico y hematológico, además de problemas psiquiátricos, dolor generalizado, fatiga y fiebre persistente.

Síntomas del síndrome post-COVID-19 clasificados por sistemas

1. Respiratorios: sobre todo tos seca y fatiga con esfuerzos mínimos.

2. Cardiológicos: dolor torácico tipo "opresivo", episodios de palpitaciones autolimitadas, bajadas de tensión al ponerse de pie...

3. Neurológicos:

- Dolor de cabeza.
- Pérdida de gusto y /o del olfato.
- Mareo.
- Trastornos del sueño sobre todo insomnio.
- Acúfenos.
- Parestesias (sensación hormigueo sobre todo manos).
- Dolores musculares.
- Sensación de "niebla mental" con dificultad acusada para la concentración.
- Pérdida de memoria sobre todo dificultad para memorizar más que para recordar.

4. Síntomas psiquiátricos: sobre todo ansiedad y también depresión.

5. Síntomas digestivos

- Dolor abdominal.
- Náuseas, vómitos o diarrea.
- Anorexia con pérdida de peso importante..

6. Síntomas generales

- Fatiga.
- Dolores generalizados articulares y musculares.
- Fiebre prolongada sin clara causa de la misma.
- Otros: Caída del pelo, erupciones cutáneas...

Muchas personas que se han recuperado del Covid han desarrollado el **Síndrome de Fatiga Crónica,** un trastorno complejo caracterizado por fatiga extrema que empeora con la actividad física o mental pero no mejora con el descanso.

¿Por qué algunas personas se ven afectadas y otras no?

No se sabe por qué se prolonga la recuperación de algunas personas. No depende de la gravedad con la que se presentó la infección, ya que se ha visto afección de síndrome post-covid en pacientes que pasaron el Covid de forma prácticamente asintomática y por el contrario, pacientes que precisaron ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos han tenido una recuperación completa.

Podrían contribuir varios factores, como la persistencia de una viremia persistente en relación a una respuesta de anticuerpos débil o incluso ausente, la recaída o la reinfección, el desarrollo de reacciones inflamatorias y otras reacciones inmunes.

Otras hipótesis están basadas en el desacondicionamiento físico que se produce durante la infección, así como presencia de factores emocionales, como el estrés postraumático.

¿Existe algún tratamiento?

Afortunadamente, un gran porcentaje de pacientes afectos de Síndrome Post-Covid, presentan una clínica fluctuante pasando por picos de muchos síntomas muy limitantes a etapas mejor toleradas hasta que finalmente la clínica termina por desaparecer.

Por el contrario, un porcentaje en torno al 10-20% persisten sintomáticos y sufren el detrimento de su funcionalidad sin ver mejoría progresiva.

Para atender esta serie de síntomas, el gremio médico coincide en un tratamiento que incluya a varias áreas de la medicina, pues los efectos van más allá de lo físico, trastocando la salud emocional y psicológica.

Según cada situación particular habrá que individualizar terapias disponibles:

- **En caso de persistencia de la tos**, fármacos antitusígenos con codeína asi como buena hidratación y también existe beneficio con la toma de antiácidos sobre todo inhibidores de la bomba de protones (omeprazol).
- **Rehabilitación cardíaca:** Consiste en mejorar la salud del corazón con medidas tales como el ejercicio sobre todo aeróbico y alimentación saludable .
- **Rehabilitación pulmonar:** Esto incluye ejercicios respiratorios para ayudar a fortalecer los pulmones. Muchos hospitales han puesto en marcha un programa completo que contempla tanto ejercicios de fortalecimiento de la musculatura periférica y el trabajo de los músculos respiratorios como consejos para desempeñar actividades cotidianas y acciones dirigidas a reducir la sensación de disnea o ahogo al llevarlas a cabo.
- **Fisioterapia y terapia ocupacional:** Esto implica aprender ejercicios, movimientos y formas de hacer las tareas diarias.
- **Tratamientos para la ansiedad o la depresión** a través de psicofármacos y/o terapia psicológica.
- **Ejercicios y estrategias para ayudar con la memoria y la concentración**.

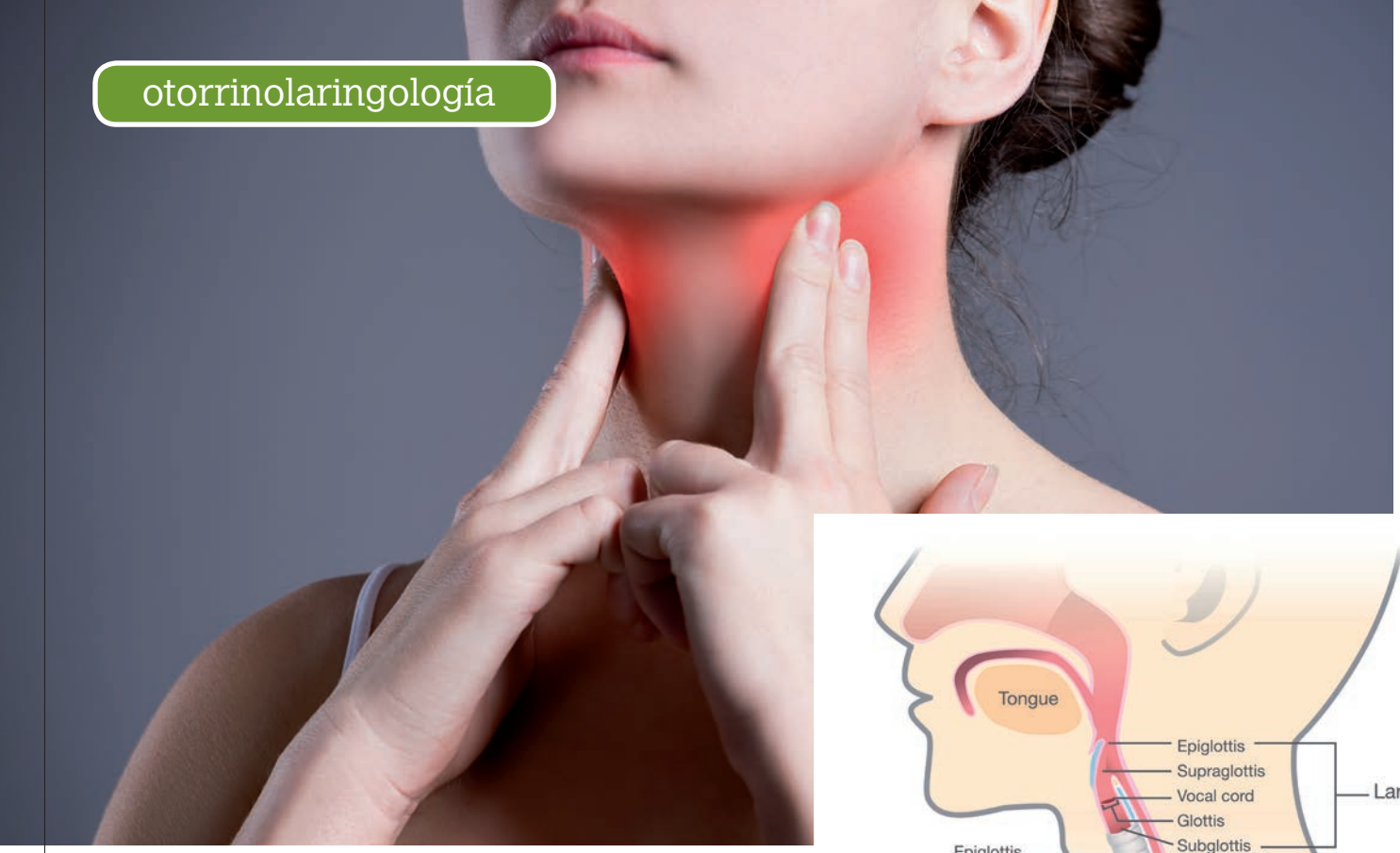
El síndrome post-COVID es un fenómeno "nuevo" del que todavía estamos aprendiendo. Lo que sí sabemos es que estos síntomas, particularmente la fatiga extrema, pueden tener enormes efectos posteriores en la calidad de vida de una persona, lo que impacta en la vida familiar y la productividad laboral.

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



Cáncer de laringe: ¿Cómo podemos prevenirlo?

Dra. Nerea Zubicaray Ayestarán. *MIR-ORL. Complejo Hospitalario de Navarra*
Dra. Paula Arruti Mendiluce. *MIR-Medicina de Familia. Hospital Son Llatzer*
Dr. Ignacio Arruti González. *Jefe de Sección ORL. Complejo Hospitalario de Navarra*

España es uno de los países con mayor incidencia de cáncer de laringe del mundo se registran 18 casos por cada 100.000 habitantes de forma anual. Es la segunda neoplasia más frecuente del tracto respiratorio y constituye el 2% del total de tumores en varones y el 0.4% en mujeres.

¿Qué es la laringe?

La laringe es un órgano que se sitúa entre la faringe y la tráquea. Es la zona de la garganta formada por músculos y cartílagos, que contiene las cuerdas vocales y que se necesita para respirar, comer y hablar. Está dividida en tres zonas: la glotis, la supraglotis y la subglotis, por lo tanto, los síntomas de la enfermedad variarán según el área que esté afectada.

Epidemiología del cáncer de laringe

El cáncer de laringe representa el 50% de los tumores de cabeza y cuello. En España, tenemos una de las mayores tasas a nivel mundial. Por lo general, suele afectar más a varones 3,5/1. Es más frecuente entre los 55-65 años. En un porcentaje elevado de los pacientes pueden aparecer tumores sincrónicos, es decir, es posible presentar dos tumores en distintas localizaciones a la vez (por ejemplo, un tumor de laringe y un tumor pulmonar).

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Los factores de riesgo más importantes para desarrollar cáncer de laringe son la exposición al tabaco y al alcohol.

El 90-95% de los pacientes que padecen este cáncer son fumadores habituales y el 85% bebedores habituales.

Se ha demostrado que a mayor consumo de estos tóxicos más precozmente puede aparecer la enfermedad.

Fumar 10 cigarrillos al día multiplica por 4,5 la incidencia y fumar 40 cigarrillos al día la multiplica por 10,5. La incidencia en los exfumadores empieza a disminuir a los 6 años y se iguala con la de los no fumadores a los 15 años.

En cuanto al alcohol beber 1,5 litros al día multiplica por 30 la posibilidad de padecer un cáncer de laringe.

También, hay otros factores de riesgo que pueden predisponer al cáncer de laringe como son:

- La inflamación crónica (reflujo gastroesofágico).
- El virus del papiloma humano (VPH) y del Epstein-Barr.
- La exposición a agentes industriales (níquel, asbesto, derivados del petróleo, polvo de madera, metales...).
- Radioterapia.

¿Cuáles son los síntomas que puede provocar el cáncer de laringe?

Los síntomas pueden variar en función de dónde se localice el tumor y del momento del diagnóstico.

Glotis (59% de los casos):

- Principalmente, aparecerá la disfonía, o cambios en la voz de más de 15 días de duración.

Supraglotis (40% de los casos):

- No suele dar síntomas precoces, por ello el diagnóstico es más tardío y con afectación de otras estructuras.
- Cuando aparecen síntomas suelen ser, odinofagia (dolor al tragar), disfagia (dificultad para tragar), otalgia refleja (dolor irradiado al oído) o disfonía.

Subglotis (1% de los casos):
- Puede aparecer disfonía o dificultad respiratoria por ocupación de la luz laringo-traqueal.

En todas las áreas puede aparecer cualquier síntoma y como resumen los más frecuentes son:
- Disfonía
- Dolor a la deglución
- Dolor irradiado al oído
- Dificultad respiratoria
- Tumoraciones cervicales (bultos en el cuello)

¿Cómo se diagnostica?

El otorrinolaringólogo realizará una serie de pruebas que le permitirán llegar al diagnóstico y valorar la extensión de la enfermedad.
- **Anamnesis dirigida.**
- **Exploración laríngea y palpación cervical:** Por medio de una adecuada exploración física y con el fibroendoscopio flexible.
- **Toma de biopsia:** según donde se encuentre la lesión puede realizarse en la consulta con anestesia tópica o bajo anestesia general en el quirófano.
- **Pruebas de imagen:** TAC o Resonancia Magnética, en algunos casos es necesario también realizar un PET para ver la extensión de la enfermedad.

¿Qué tratamientos existen?

El tratamiento dependerá de la localización y la extensión del tumor. En el Complejo Hospitalario de Navarra existe un comité oncológico formado por diversos especialistas de Otorrinolaringología, radiodiagnóstico, oncólogos médicos y radioterápicos y anatomopatólogos que determinaran de forma individualizada cual es el tratamiento más adecuado para cada paciente.

El tratamiento se basa principalmente en la cirugía y en la radioterapia y/o quimioterapia. Según el estadío de la enfermedad la cirugía podrá ser una opción de tratamiento, en algunas ocasiones se podrá conservar parte del órgano de la laringe y en otras esto no será posible.

Tanto tras el tratamiento médico como tras el quirúrgico los pacientes reciben atención del equipo de logopedia, rehabilitación y nutrición para solventar las posibles secuelas del tratamiento aplicado.

¿Cuál es el pronóstico?

El pronóstico dependerá del tipo de tumor y del momento del diagnóstico. Por lo general, en comparación con otros tumores el pronóstico es más favorable.
Cuando el tumor es glótico la supervivencia a 5 años suele variar entre el 50-90 %, en los supraglóticos varía entre el 50-80% a 5 años y los subglóticos, son los de peor pronóstico con una supervivencia a 5 años por debajo del 40%.
Como en todos los problemas oncológicos un diagnóstico precoz es la clave para tener un buen pronóstico.

Conclusiones

- En España tenemos una elevada tasa de incidencia de cáncer de laringe.
- Debemos minimizar el abuso de tabaco y alcohol para disminuir el desarrollo de estos tumores.
- La detección precoz puede reducir hasta un 90% la mortalidad.
- En cuanto se presentan signos de alarma, asociado a factores de riesgo, se debe derivar al paciente a un especialista en otorrinolaringología.

La importancia del desarrollo del lenguaje y el contexto lingüístico.

Qué hacer con el desarrollo atípico

Belén Compains. *Pediatra del Centro de Salud de Lesaka*

El desarrollo del lenguaje es una función superior del cerebro y en el caso de los humanos, ha adquirido un grado de complejidad, superior al del resto de los seres vivos de nuestro planeta.

Hemos sido capaces de desarrollar un lenguaje oral muy bien codificado y diferente en cada región del planeta. No podemos olvidar que el lenguaje no es solo oral, lo es también escrito y también gestual. Todo esto inmerso en un mundo también complejo donde abundan muchos sistemas de comunicación codificados, a los que la mayoría de los humanos solo llegamos en alguna pequeña parte.

La comunicación es una de las funciones importantes del lenguaje, pero no la única. El lenguaje nos permite identificar no solamente el mundo exterior que nos rodea, sino que estructura y define también nuestro propio mundo interior.

El desarrollo del lenguaje en la infancia se produce de forma espontánea, siempre y cuando el bebé esté adecuadamente vinculado y cuidado por sus progenitores y tutores y con una socialización progresiva y adecuada.

Parece que está ya superada la antigua díada entre si el desarrollo del bebé depende de la genética o del ambiente, en una u otra proporción, de cara a procurarle cuidados de una u otra forma. Está claro que la genética influye, incluso lo que denominamos ahora la epigenética, pero el estímulo del ambiente también es influyente y determinante.

Leguaje oral, gestual y emocional

Dicho esto, la mayoría de los niños de nuestra comunidad nacen en el medio hospitalario tras un embarazo y parto normal y acceden a la lactancia materna en el momento mismo del nacimiento y se favorece una vinculación temprana tanto con la madre como con el padre. La mayoría hablan a su hijo en el mismo momento que lo conocen y elijen para ello su mejor lenguaje comunicativo a nivel oral, gestual y emocional. Cada uno en la lengua en la que mejor se expresa que suele ser su propia lengua materna.

Desarrollo atípico del lenguaje

Pero hay un porcentaje no desdeñable que puede llegar a un 15-20 % de los casos, en los que todo esto no se da de forma adecuada y que conducen a un desarrollo atípico del lenguaje. Bien porque el embarazo no haya ido bien y termine de forma prematura, bien porque se han producido problemas en el desarrollo intrauterino o la madre sufre algún tipo de enfermedad, bien porque el código genético está alterado o simplemente porque se generó una desnutrición.

En ocasiones es la propia familia la que detecta que el desarrollo de su hijo no parece adecuado y muestra problemas en la comunicación o en el inicio y desarrollo del lenguaje oral. En ocasiones somos los pediatras los que nos damos cuenta en las revisiones que algo no va bien en el desarrollo y en otras ocasiones es la escuela infantil o el entorno cercano del niño quien detecta problemas.

En este momento de la detección ya comenzamos a hacer valoraciones y a tomar decisiones en cuanto a la forma de comportarnos con el niño o niña. Suele ser momento en este caso, de valorar la forma en la que estamos estimulando al niño: ¿qué lengua utilizamos?, ¿cómo le hablamos?, utilizamos recursos añadidos para mejora de la comunicación ¿Restringimos o potenciamos el bilingüismo o el plurilingusmo?
Para esto recurrimos en ocasiones a especialistas, tanto de la salud: neuropsicólogos, neuropediatra, otorrinos... y también del ámbito educativo y social. Atención temprana, asociaciones...

Elección del modelo educativo

Normalmente la elección del modelo educativo es un momento en el que se toman decisiones en nuestra comunidad, que incluyen factores como si debemos elegir un centro con una lengua vehicular coincidente con la lengua materna o bien un centro bilingüe o incluso plurilingüe. Esta decisión está mediatizada por factores personales y familiares de los padres, de la disponibilidad de opciones y también del tipo de desarrollo que estamos descubriendo en nuestros niños.

Y aquí es donde nos encontramos con prejuicios que necesitan de una respuesta científica que resolver. Uno de los primeros es "*el niño o*

niña con problemas del neurodesarrollo debe de optar por un modelo educativo monolingüe y a poder ser acorde con su lengua materna". Sin embargo, hay poca evidencia científica en la que se apoya esta valoración.

Los investigadores del lenguaje dicen que las distintas lenguas que incorpora un niño o niña se adquieren por separado por vías diferentes y generalmente hay un efecto facilitador en la adquisición de una segunda lengua.
Es verdad que la mayoría de estas investigaciones se han realizado con niños con desarrollo típico. Pero cada vez hay más publicaciones que apoyan esto mismo en niños con desarrollo atípico.

Es verdad que cuando nos introducimos en el plurilinguismo debemos tener una mente más abierta a la hora de valorar las habilidades desarrolladas en comunicación y lenguaje por cada niño y en la actitud del niño en relación con su propio desarrollo.

La adquisición de la lengua se da en un entorno cultural y además de adquirir lenguaje el niño o niña adquiere también otras habilidades de comunicación y sobretodo de adquisición de elementos que configuran, como he dicho antes, su yo interno y también su mundo externo. Debemos ser cuidadosos a la hora de valorar esto. Si este desarrollo social se da de forma adecuada la conducta del niño o niña no se ve alterada a pesar de que su nivel de lenguaje en ocasiones es escaso. Pero, sin embargo, en un 50% de los niños y niñas con trastornos de desarrollo del lenguaje se dan de forma concomitante trastornos de conducta que nos hacen ver que este mundo infantil no se está formando de forma adecuada.

Hay que ser respetuoso con las elecciones del niño en relación a la lengua que decide utilizar, pero también hay que estar atentos a desfases en la adquisición de las distintas lenguas y fomentar la adquisición y el uso a través de prácticas contextualizadas. Hay que favorecer la comunicación de forma alternativa, pero sobre todo, hay que facilitar la comprensión del lenguaje sea este de forma oral, escrito, gráfico o signado.

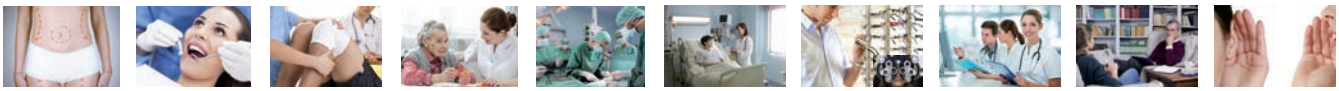
Aprehender el mundo

En los primeros años de vida quizás es más importante estar más atentos al desarrollo y al uso del lenguaje en situaciones del entorno familiar y social. No debemos olvidar que la escuela es también un entorno familiar cercano, muy socializador y siempre que los mensajes sean claros y consistentes no habrá tanto problema en que la lengua vehicular coincida con la lengua materna. No es tan importante aprender como aprehender el mundo y esto es lo que hemos de vigilar de cerca y tratar de fomentar.

Todavía se nos escaparan entre un 5 y un 12% de niños que a pesar de que sus condiciones sean óptimas su desarrollo de lenguaje y comunicación serán lentos y de forma diferente a lo habitual. Aquí es donde los logopedas, neuropsicólogos y pedagogos deberán prestar su apoyo para situarnos a través de sus pruebas, en el mejor escenario posible para diseñar planes de intervención específicos. Y aquí nuevamente deberemos decidir qué lengua o lenguas daremos prioridad para trabajar con ellas.

Curso de verano

Estas reflexiones son fruto de un largo camino en el control y seguimiento de niños y niñas como pediatra en un centro de salud. La población atendida en estos últimos 28 años es bilingüe para euskera y castellano en su mayoría y plurilingüe en un porcentaje que superaría el 10% debido a distintas procedencias de las familias. Desde hace 7 años organizo un curso de verano en torno a estos temas aglutinando en el mismo investigadores, lingüistas, maestros , logopedas, médicos y familias. Entre todos vamos logrando crear esta mente abierta que nos permita conocer mejor estos procesos que intervienen en el desarrollo del lenguaje, la comunicación y la conducta en entornos plurilingües sin olvidar que hay quien precisa una lengua de signos o quien precisa del uso del ordenador o la tablet para comunicarse, lo que representa otras lenguas en las que en ocasiones no reparamos.



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

Cuidados de enfermería en el paciente con insuficiencia cardíaca congestiva

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

Se entiende por Insuficiencia cardíaca a la incapacidad del corazón para proporcionar un gasto cardíaco suficiente para cubrir las necesidades metabólicas del cuerpo. La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) es la congestión circulatoria por insuficiencia cardíaca.

Etiología

Las causas de insuficiencia cardíaca congestiva son:
1_Enfermedad arterial coronaria.
2_Pericarditis.
3_Insuficiencia cardiaca con gasto alto.
3.1_Anemia crónica.
3.2_Tirotoxicosis.
4_Enfermedad cardíaca vascular.
5_Enfermedad cardiovascular hipertensiva.
6_Cardiomiopatía dilatada.
6.1_Tóxica (alcohol, etc)
6.2_Infecciosas (parásitos, vírica, etc).

La causa principal de insuficiencia cardiaca es la cardiopatía isquémica.
Según el ventrículo que se encuentre afectado:
1_Insuficiencia cardiaca derecha.
2_Insuficiencia cardiaca izquierda.
3_Insuficiencia cardiaca mixta.

Incidencia

La prevalencia se incrementa conforme aumenta la edad media de la población. La prevalencia es igual en ambos sexos.
Es una de las causas más frecuentes de hospitalización; hay que tener en cuenta que algunos pacientes tienen un deterioro asintomático de la función cardíaca y que desarrollaran síntomas en un plazo de 1 a 5 años.
La insuficiencia cardíaca es una enfermedad progresiva y fatal.

Diagnóstico

El diagnóstico de la insuficiencia cardíaca debe de ser clínico.
No obstante, contamos con otras pruebas diagnósticas de utilidad como: electrocardiograma, pruebas de imagen (rayos, ecocardiograma ...) , pruebas analíticas (gasometría arterial basal, hemograma, bioquímica).
En estos pacientes es importante una buena entrevista y una buena anamnesis. Una buena pregunta sería para valorar el edema *"¿ Le aprietan últimamente los zapatos?"*.

Clínica

Insuficiencia cardiaca izquierda
1_Tos. 2_Taquicardia. 3_Confusión. 4_Edema agudo de Pulmón. 5_Taquipnea. 6_Cianosis.

Insuficiencia cardiaca derecha
1_Ascitis. 2_Edemas periféricos. 3_Reflujo hepatoyugular. 4_Ingurgitación yugular. 5_Nicturia. 6_Debilidad. 7_Aumento de peso.

Cuidados de enfermería en la insuficiencia cardíaca

La labor de Enfermería está encaminada preferentemente hacia:
1_Valoración del estado respiratorio : disnea.
2_Capacidad de realización de las actividades diarias por fatiga, falta de resistencia, etc.
3_Comprobar de la ganancia de peso , edemas en los pies, piel tensa, etc.
4_Control de constantes.
5_Determinar la frecuencia y el ritmo del pulso.
6_Para facilitar la expansión pulmonar colocaremos al paciente en posición Fowler. Cuando el paciente tiene las piernas colgando origina estancamiento de sangre y una disminución del retorno venoso.
7_Realizar una gasometría arterial: para valorar si mejora el intercambio gaseoso y si hay una alteración ácido básica.
8_Control de la saturación de oxígeno.
9_Administrar medicación cardíaca, según prescripción y anotar la respuesta del paciente.
10_Reposo adecuado.
11_Valorar el estado mental del paciente para detectar confusión.

Educación Sanitaria

1_Restricciones dietéticas como la dieta pobre en sodio, el evitar comer alimentos salados y no añadir sal a las comidas.
2_Abandono del tabaco.
3_Reducción de peso.
4_Moderación del consumo del alcohol
5_Explicarle la razón del tratamiento y sus efectos esperados.
6_Proporcionar cuidados de la piel en pacientes con edemas .
7_Controlar las cifras de la tensión arterial.
8_Administración de diuréticos ayuda a evitar la retención de sodio y favorece la eliminación de agua.
9_Evitar el estreñimiento.
10_Aconsejar que el paciente evite esfuerzos en período de descompensación .
11_Tranquilizar al paciente.
12_Técnicas de apoyo al paciente y familiares: tranquilizar al paciente, información de las pruebas y procedimientos, información de la evolución del paciente.

Complicaciones

1_Infarto de miocardio.
2_Edema pulmonar.
3_Shock cardiógenico.
4_Disritmias.
5_Complicaciones trombolíticas.

Alimentación y ejercicio físico en diabetes mellitus

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

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por un déficit total o parcial de insulina y niveles de glucosa en sangre elevados. Cuando no hay suficente insulina o se carece totalmente de ella, el azúcar se acumula en el torrente sanguíneo, causando problemas de salud graves, como enfermedades cardíacas, renales, problemas de visión...

Síntomas a tener en cuenta

- Aumento de sed, de apetito y de ganas de orinar.
- Pérdida de peso sin causa justificada.
- Visión borrosa.
- Heridas que no cicatrizan.
- Fatiga.
- Entumecimiento, hormigueo en manos o pies.

Una dieta sana y equilibrada y la práctica regular de ejercicio físico son dos pilares fundamentales en la prevención y el tratamiento de la DM.
Una correcta educación sanitaria en ambos aspectos ayuda a controlar la glucemia, a mantener un peso adecuado, a mejorar la calidad de vida, a llevar un mejor control de la tensión arterial y a evitar la aparición de complicaciones.

Recomendaciones en cuanto a alimentación

- Realizar de 4 a 6 comidas al día, respetando los horarios de las comidas, en especial si se inyecta insulina.
- Evitar azúcares de absorción rápida: zumos, azúcar, miel, bollería, helados, bebidas azucaradas...
- Disminuir el consumo de grasas.
- Consumir hidratos de carbono de absorción lenta: pan, legumbres, pasta, arroz, cereales, patatas.
- Consumir de 2 a 3 frutas repartidas a lo largo del día.
- Una ración de verdura y ensalada cada día.
- Cocinar a la plancha, horno o vapor.

Alimentos aconsejados

- Pescado (mejor que carne)
- Carnes, son preferibles la de pollo, conejo, pavo y ternera.
- Aceite de oliva
- Frutas y verduras
- Lácteos desnatados

Alimentos desaconsejados

- Carnes grasas de cerdo y cordero
- Aceites de semillas
- Margarinas
- Frituras
- Embutidos, patés, quesos curados
- Alcohol
- Harinas refinadas

Recomendaciones relacionadas con el ejercicio físico

- Practicarlo con regularidad, 4-5 días por semana y al menos 30 minutos cada día.
- Se aconseja practicar una actividad de ritmo moderado y mantenido, como caminar, nadar, bicicleta...
- Evitar ejercicios con riesgo de golpes o caídas.
- Hidratarse durante la práctica del ejercicio.
- Llevar siempre algún caramelo o zumo de frutas, para tomar en caso de una bajada del nivel de azúcar (hipoglucemia).
- Utilizar calzado deportivo cómodo que sujete bien el pie y calcetines de algodón.
- No hacer ejercicio si presenta lesiones en los pies.
- Evitar ejercicio si tiene mal controlado los niveles de glucosa.

Acoso laboral o mobbing

Amaia Ruiz Martínez.
Enfermera del Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Reina Sofía. Tudela

Estos últimos años, la violencia en el trabajo ha adquirido una enorme importancia y actualmente, es considerada como una preocupación prioritaria.

Este tipo de violencia es definida por la OMS como *"incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o agredido en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto de ida y vuelta al lugar de trabajo, implicando un desafío explícito o implícito en su seguridad, bienestar o salud"*. La violencia física ha sido la más reconocida, pero no nos podemos olvidar de la existencia de la tan subestimada violencia psicológica. Se trata del uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas.

El síndrome burn out

Cuando estos actos de hostigamiento son ejercidos en el entorno laboral de manera frecuente y prolongada en el tiempo estamos hablando de "mobbing".

No se puede confundir el acoso laboral o "mobbing" con el "síndrome burn out" o con las pequeñas discrepancias que ocurren en el día a día del trabajo. El acoso laboral tiene la finalidad de destruir, anular a la víctima, vulnerando su dignidad, no es un comportamiento casual, sino que son actos de hostigamiento psicológico que buscan obtener un efecto perverso. En función del nivel jerárquico, se pueden clasificar 3 tipos de mobbing: el **ascendente**, ejercido por los subordinados a alguien de nivel superior; **el horizontal**, entre trabajadores del mismo nivel; y el **descendente**, aquel en el que una persona que tiene el poder asedia a su subordinado. Este tipo de acoso laboral es el más frecuente.

Fases del mobbing

Es posible señalar 4 fases en el desarrollo de este tipo de problema laboral:

1. **Incidentes críticos:** Aparición de pequeños conflictos en el entorno laboral. Esta fase es de duración escasa, es común que estos conflictos pasen a la segunda fase.
2. **Estigmatización o mobbing:** Presencia de un comportamiento agresivo con conductas de hostigamiento psicológico.
3. **Intervención desde la empresa:** Los compañeros o los superiores se percatan de la situación de mobbing y tienen que intervenir mediante las políticas contra el mobbing de cada empresa.
4. **Marginación o Exclusión de la vida laboral:** Las víctimas suelen pedir cambios de puesto o centro de trabajo. Estas demandas no siempre son aceptadas, por lo que, en algunas ocasiones, se ven obligadas a abandonar su puesto de trabajo.

Consecuencias

El mobbing tiene consecuencias devastadoras para la salud. A nivel físico, las secuelas más comunes son los trastornos cardiovasculares (hipertensión, arritmias...), los musculares (dolores lumbares, cervicales...) y los gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas...). Pero, sin lugar a dudas, las peores consecuencias de haber sufrido acoso son las psicológicas: ansiedad, depresión, apatía, alteraciones de sueño, distorsiones cognitivas, ideas de suicidio, etc. En la víctima se llegan a dar cambios de personalidad, predominio de rasgos obsesivos, actitud hostil, suspicaz, nerviosismo, hipersensibilidad, entre otros.

Estrategias personales para superar el mobbing

1. Identifica el problema. Fórmate e infórmate de todo lo que significa el acoso laboral.
2. Registrar, en la medida de lo posible, todas las agresiones. Guarda emails, graba conversaciones, etc, por si algún día son necesarias como pruebas y haz copias de seguridad.
3. Afronta las agresiones de manera asertiva. Controla y canaliza la ira. Enfréntate al agresor para que no aumente su sensación de poder sobre ti.
4. Si las agresiones se dan en la clandestinidad, hazlas públicas. Denúncialas a compañeros, superiores, sindicatos o al servicio de recursos humanos.
5. Busca ayuda psicológica. Desde el principio necesitarás la ayuda de un psicólogo que te guíe por el camino para gestionar los pensamientos negativos y desarrollar una conducta que te ayude a afrontar la situación.
6. Consulta a un representante legal. No olvides que el mobbing es un delito tipificado en el código penal.
7. Evita el aislamiento social. Relacionarse es una de las terapias más beneficiosas para superar el acoso laboral. Más adelante, el recurso del humor te puede ayudar a relativizar el problema.
8. Solicita la baja laboral. Antes de permitir que el acosador te destruya psicológicamente piensa de forma consciente en abandonar el puesto de trabajo o pedir la baja laboral.

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

Efectividad de la rotación manual
para la rotación de la cabeza fetal en la sala de paritorios

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*

Las posiciones occipito posteriores se encuentran dentro de la clasificación de las posibles distocias durante el trabajo de parto y está considerada como la malposición más frecuente en el momento del expulsivo.

Esta posición puede definirse como la orientación de la sutura sagital, coincidiendo con un diámetro oblicuo o anteroposterior de la pelvis materna y dirigiendo la fontanela menor hacia la parte posterior de la pelvis materna. De esta forma la fontanela menor puede quedar cerca de la articulación sacroilíaca izquierda (OIIP), de la articulación sacroilíaca derecha (OIDP) o del sacro (OS) de la madre.
Para las mujeres con una segunda etapa del parto prolongada y una pelvis clínicamente adecuada para la rotación, se puede realizar la rotación manual a la posición de occipito anterior (OA), la cual tiene una alta tasa de éxito (90%), al mismo tiempo que aumenta la probabilidad de parto vaginal y presenta un bajo riesgo de complicaciones materno-fetales. Por todo esto, la técnica de rotación manual ha sido descrita como una intervención segura y eficaz. Este hecho ya fue puesto de manifiesto por Bjornson en 1933, quien describió por primera vez una maniobra para resolver este tipo de distocias, proponiendo rotar el occipucio en la vagina mientras la otra mano empujaba el hombro anterior en dirección a la línea media abdominal.

Dos maneras de realización

Para la realización de esta técnica la vejiga materna deberá vaciarse anteriormente. La mano del operador se inserta en la vagina con la palma hacia arriba. La rotación digital se realiza colocando las puntas de los dedos índice y medio en el segmento anterior de la sutura lambdoidea, cerca de la fontanela posterior. Los dedos se utilizan para flexionar y desalojar ligeramente la cabeza, girándola a la posición OA mediante la rotación de la mano y el antebrazo del operador juntos. Se puede usar el pulgar para ejercer una presión suave hacia abajo, en la parte anterior del hueso parietal que ayude en la rotación.
También puede realizarse colocando los cuatro dedos del operador detrás del hueso parietal posterior, manteniendo la palma hacia arriba y el pulgar sobre el hueso parietal anterior. La mano derecha se usa para la posición occipito posterior (OP) izquierda y la mano izquierda para la posición OP derecha. La cabeza se coge con la punta de los dedos y el pulgar. Se realiza durante la contracción, animando a la gestante a empujar e intentando flexionar y rotar la cabeza fetal en sentido anterior. Es posible que sea necesario mantener la cabeza fetal en su lugar, entre contracción y contracción, para evitar de nuevo la rotación hacia la posición posterior.
La efectividad de la rotación manual depende de la fase del parto en la que se realice, aumentando la tasa de éxito cuando se practica en dilatación completa. Al mismo tiempo, también se ha demostrado mayor eficacia en el empleo de esta técnica si se realiza en el momento en el que se ralentiza el descenso. Se obtienen mejores resultados en gestantes multíparas, en menores de 35 años y en casos donde la cabeza fetal se encuentra en la pelvis media.
En un ensayo clínico en el que se efectuó la rotación manual durante el periodo expulsivo del parto de forma aleatorizada, los resultados mostraron en el grupo control una rotación fetal a posiciones OA del 15%, con un 27% de partos eutócicos, y en el grupo de intervención una rotación a posiciones OA del 93%, con un 77% de partos eutócicos.
Por otro lado, un estudio observacional en el que se diagnosticaron 233 fetos en posición occipito posterior de los 2522 incluidos en el proyecto, mostró unos resultados donde la mayoría de los casos se manejaron con éxito mediante la rotación manual (71.7%). Además, se asoció con tasas más bajas de partos por cesárea.
La rotación manual exitosa reduce la necesidad de cesárea, parto instrumental y de laceraciones perineales severas, aunque puede aumentar la tasa de laceraciones cervicales. Además, esta técnica aumenta su porcentaje de éxito cuando la realiza personal experimentado.

Conclusión

Al realizar este artículo, hemos podemos observar la tasa de efectividad que tiene dicha técnica para intentar realizar la rotación de la cabeza fetal. Por ello, consideramos que los profesionales que se encuentran en las salas de paritorios como son los ginecólogos/as y matronas podrían realizarla; siempre y cuando la ejecuten adecuadamente como se ha explicado en este artículo.

Esferodinamia, gestación y parto

Sara Bermejo Sandín. *Fisioterapeuta. Complejo Hospitalario de Navarra*

La esferodinamia es una técnica de trabajo corporal en la que se emplea un balón inflable de diferentes dimensiones.

El trabajo que se consigue a través de la esferodinamia engloba a todo el cuerpo pero a su vez también se pueden trabajar de forma analítica distintos segmentos corporales.
Las pelotas que se emplean son estructuras elásticas y resistentes y suelen medir entre 65 y 75 cm. de diámetro. Para realizar un uso adecuado de ellas es necesario adaptar el tamaño de la pelota a nuestro cuerpo.
Se trata de una herramienta muy empleada en los servicios de rehabilitación y en la actualidad es frecuente encontrarlas en las salas de educación maternal y gimnasia prenatal y en las unidades de parto de los hospitales.

¿Qué tipo de trabajo podemos conseguir a través de la esferodinamia?

- Con ella se realiza un trabajo de conciencia corporal adquiriéndose un gran control motriz al tratarse de una superficie inestable.
- Se trabaja la postura.
- Trabajo de la estabilidad y del equilibrio.
- La amplitud articular.
- La fuerza.
- Se consigue un trabajo de relajación muscular.

Y durante el embarazo, ¿cuáles son los beneficios que puede tener el trabajo de esferodinamia?

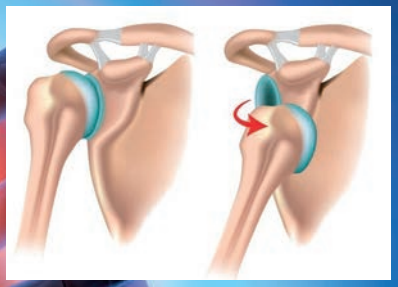
Además de las ventajas anteriores la técnica permite un trabajo analítico sobre la región pélvica, la cadera y el raquis, áreas corporales cruciales durante esta etapa, facilitando su movilización y relajación.
Por otro lado, el apoyo sobre el balón facilita el reconocimiento, la propiocepción y el entrenamiento de la región del suelo pélvico, zona importante que se debe trabajar tanto durante el embarazo como durante el postparto.
Todo lo anterior la convierte en una técnica muy completa, y además debido a que se trata de un trabajo de bajo impacto y no invasivo resulta muy recomendable durante esta etapa.

Y durante el parto, ¿cuáles son las ventajas y beneficios de su empleo?

Se pueden adoptar multitud de posturas con la ayuda del balón (es importante remarcar que conviene probarlas y trabajarlas previamente durante el embarazo). La mayoría de las posturas permiten y facilitan movilizaciones de cadera, raquis y balanceos pélvicos.
Esta libertad de movimientos y la posición vertical materna contribuye favorablemente durante la fase de dilatación del parto facilitando los movimientos del bebé a través del canal del parto al ampliar los diámetros pélvicos, y podría ayudar a disminuir el dolor.
Por otro lado la técnica contribuye aumentando el bienestar y satisfacción de la mujer al sentirse como un elemento activo de su propio proceso de parto, y además le proporciona un efecto de distracción, lo que podría repercutir disminuyendo su ansiedad.

Esta técnica, ¿presenta algún tipo de contraindicación o efectos adversos?

A día de hoy no se han descrito efectos adversos o contraindicaciones en torno al uso de la pelota para la madre o para el bebé, siendo las únicas restricciones la negativa de la gestante o restricciones médicas. A pesar de ello la realidad es que existen escasas publicaciones y estudios que relacionen la esferodinamia con la gestación, su implicación en el momento del parto, su relación en torno al alivio del dolor o su facilitación en el progreso de la dilatación, por lo que resulta imprescindible más estudios al respecto.
Existe consenso entre los autores de que es importante animar a las mujeres a moverse, especialmente en los inicios del parto, ya que es una medida sencilla que puede facilitar su progreso, aumentar su comodidad y tolerancia al dolor, siempre y cuando se respeten los principios de calidad asistencial y control del estado fetal y para ello el uso del balón es un recurso de fácil manejo y económico.



¡Se me ha salido el hombro!

Alex Etxezarreta Fernández de Casadevante, María Mancho Sagüés, Iker Ayestarán Calero, Francisco Javier Margallo Remón, Esther Rodríguez García, Ana Pérez Borque.
MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra

Quién no conoce, tanto siendo médico como no, algún familiar o amigo al que "se le ha salido el hombro". Es un problema realmente frecuente en la sociedad, sobretodo en gente joven. Pero, ¿a qué nos referimos realmente?

En términos médicos se la conoce como luxación de hombro. Vamos a descubrir de manera rápida y sencilla más sobre ella.

¿Qué es la luxación de hombro?

La luxación de hombro se define como la separación completa sin reducción espontánea entre la cabeza humeral y la glenoides escapular. En otras palabras, la cabeza del húmero se sale de su sitio natural, que sería la glena de la escápula. Es una patología realmente frecuente, siendo el hombro la articulación luxada más frecuente del cuerpo y suponiendo un 45% de todas las luxaciones. Dentro de las luxaciones de hombro, la anterior supone el 90%, siendo la subcoracoidea la más frecuente.

¿Qué causa las luxaciones de hombro?

El 95% de las luxaciones de hombro son traumáticas, por caídas o gestos que supongan movimientos de extensión, abducción y rotación externa de hombro. Este mecanismo lesional es especialmente frecuente en jóvenes que practican deportes de contacto.

¿Cuáles son los síntomas?

El síntoma más importante y el que sentiremos de manera predominante es el DOLOR. La luxación de hombro es muy dolorosa, produciendo incapacidad para movimientos de rotación interna y adducción del hombro afecto. Además, la mayoría de veces podremos notar una deformidad en la zona del hombro. En ciertos casos, puede ocurrir daño neurológico que nos haga insensible el brazo y nos impida los movimientos, el cual normalmente se recupera de forma espontánea.

¿Cómo se diagnostica?

En primer lugar, el médico especialista procederá a realizar anamnesis y las preguntas pertinentes. Además, la exploración física pone de manifiesto una deformidad de hombro "en charretera" y deberá descartar afectación neurológica asociada. Resulta vital para el diagnóstico la realización de radiografías simples en dos proyecciones, tanto antes como después de realizar el tratamiento oportuno. En principio, no es necesario la utilización de TAC o resonancia magnética nuclear para el diagnóstico si no se repiten los episodios con frecuencia.

¿Cuál es el tratamiento?

La luxación de hombro requiere atención inmediata para una reducción cerrada, es decir, para recolocar la cabeza del húmero en su lugar natural correspondiente. Esto requiere maniobras físicas específicas que convienen ser realizadas en el entorno hospitalario. Además de colocar el hombro de nuevo en su lugar, el paciente recibirá medicación analgésica para el tratamiento del dolor. Una vez recolocado, se inmovilizará el hombro con un cabestrillo durante un periodo individualizado de 2-3 semanas, con el objetivo de cicatrizar las partes blandas lesionadas, y se realizarán nuevas radiografías para comprobar que el tratamiento ha sido exitoso.
En pacientes jóvenes deportistas, es frecuente que se repitan episodios de luxación de hombro después de una primera luxación. En dichos casos, se valorará por un especialista la posibilidad de realizar cirugía, tanto artroscópica como abierta, para conseguir una mejor estabilidad de la articulación y así evitar nuevos episodios.

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

Cuidado de los pies en las personas diabéticas

Nerea Tainta Esarte, Nerea Fernández Hualde y Noelia García Pacual.
Enfermeras del Centro de Salud Noain-Beriain

El paciente diabético puede presentar complicaciones en los pies como infecciones, úlceras o destrucción de tejidos, esto es lo que llamamos enfermedad de pie diabético.

Al tener diabetes los niveles de azúcar están elevados en sangre, esto con el tiempo puede dañar los nervios, perdiendo la sensación en los pies y haciendo que no sienta dolor ante cortes, roces, ampollas o úlceras (la llamada neuropatía diabética), por otro lado, puede dañar los vasos sanguíneos haciendo más difícil la curación de las heridas y aumentando el riesgo de amputaciones (llamado enfermedad arterial periférica).
Estas dos alteraciones anteriores junto con las deformidades en los pies (callosidades, hiperqueratosis, dedos en garra etc) son los principales factores de riesgo para padecer de pie diabético.

El **riesgo de padecer una úlcera de pie diabético** se clasifica en una escala del 0 al 3 dependiendo de los factores de riesgo que tiene el paciente:

- Riesgo 0: ausencia de neuropatía periférica.
- Riesgo 1: neuropatía periférica.
- Riesgo 2: neuropatía periférica con arteriopatía periférica y/o deformidad del pie.
- Riesgo 3: neuropatía periférica y antecedentes de úlcera en el pie o amputación previa.

Todos los pacientes diabéticos deben realizarse una evaluación de los pies por un profesional sanitario al menos una vez al año para detectar la presencia de factores de riesgo o ulceraciones. Se aconseja evaluar a los pacientes con riesgo 1 cada 6 meses, con riesgo 2 cada 3-6 meses y con riesgo 3 cada 1-3 meses.
A parte de acudir a un profesional sanitario para identificar el riesgo de pie diabético es importante que la persona con diabetes conozca los autocuidados necesarios para prevenir las lesiones.

Autocuidados más importantes

- Tratar los factores de riesgo de la ulceración.
- Observar los pies periódicamente para descubrir posibles lesiones como ampollas, heridas, cortes, roces, durezas... Si no puede hacerlo bien usar un espejo o pedir ayuda a otra persona.

Si detecta alguna lesión ponerse en contacto con el profesional sanitario.

- Evitar caminar descalzo, en calcetines o en sandalias con suelas delgadas, ya sea dentro o fuera de casa.
- Utilizar calzado adecuado. No utilizar zapatos que tengan bordes ásperos o costuras irregulares. Utilizar siempre el calzado con calcetines.

La longitud interior del calzado debe ser de 1-2 cm mayor a la longitud del pie y este no debe ser ni ajustado ni muy holgado, la anchura interior del zapato debe ser igual a la anchura de los dedos, dejando espacio para estos y su altura debe permitir espacio suficiente para alojar todos los dedos, así se asegura el evitar roces.
No llevar calzado plano, pero tampoco tacón alto (se recomiendan unos 2-5 cm)
Probarse los zapatos nuevos a última hora de la tarde que es cuando los pies están más hinchados.
Durante los primeros días de uso de calzado nuevo llevarlos durante poco rato seguido (una hora), alternar su uso con calzado usado.
Inspeccionar visualmente y explorar manualmente el interior de los zapatos antes de colocárselos.

- Utilizar calcetines/medias sin costuras (o con la costura hacia afuera), preferiblemente de tejidos naturales (lana, algodón, hilo)
- Lavar los pies diariamente con agua templada y secarlos cuidadosamente, sin frotar, especialmente entre los dedos. No dejarlos en remojo.
- No utilizar ningún tipo de calefactor o bolsa de agua caliente en los pies.
- No utilizar productos químicos (callicidas) para retirar las durezas y callosidades; se debe acudir al podólogo en estos casos.
- Usar crema hidratante evitando la zona entre los dedos.
- Cortar las uñas de los pies de forma recta y limar los extremos, si no ve bien pedir a otra persona que lo haga.

Recordar siempre que ante cualquier alteración o lesión en los pies hay que ponerse en contacto con un profesional sanitario como la enfermera de atención primaria.

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

Cuándo acudir a urgencias en el embarazo

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

Durante el embarazo y sobre todo durante la recta final, una de las cuestiones que más preocupa a la mujer es saber identificar los motivos por los que debería de ir a urgencias. Aunque lo normal es que el embarazo transcurra sin complicaciones, hay diversos síntomas que pueden presentarse en cualquier momento. Esto hace que surjan dudas. Todo ello agudizado con la crisis sanitaria que sufren los hospitales debido a la pandemia del SarsCov2.

Hemorragia vaginal

El sangrado vaginal en cantidad similar a una regla, independientemente de la etapa del embarazo, debe ser sin duda consultado con urgencia. Puede ser debido a una amenaza de aborto (primer y segundo trimestre) o a un posible desprendimiento de placenta o a placenta previa (segundo y tercer trimestre).
Un manchado escaso (menor a una regla, sin dolor, rosa o marrón) puede estar en relación con la implantación del óvulo fecundado en el útero, una exploración vaginal, haber mantenido relaciones sexuales o la expulsión del tapón mucoso. En este caso no es necesario correr, pero ante la duda es preferible consultarlo pues podría ser el comienzo de un sangrado abundante.

Fiebre

Temperatura corporal mayor a 38ºC. La fiebre en sí no afecta al desarrollo del bebé. Lo que sí puede afectarlo es la causa que provoca ese aumento de temperatura, que puede estar relacionado con infecciones de diversa índole, que pueden dar lugar a contracciones o complicaciones.

Ausencia de movimientos fetales

Es importante que la madre note que su bebé se mueve igual siempre. Es el mejor signo de bienestar fetal. En caso de duda, se recomienda tumbarse sobre el lado izquierdo, beber algo frío y azucarado y esperar un rato para ver si efectivamente se mueve. Si, a pesar de ello, no se percibe movimiento, deberá acudir a urgencias.

Dolor abdominal intenso

Un dolor agudo en el bajo vientre, acompañado o no de sangrado, puede indicar alguna complicación. Si se produce en las primeras semanas podría ser un síntoma de embarazo ectópico. Por lo que se deberá consultarlo.

Pérdida de líquido vaginal

Hay dos tipos de rotura de la bolsa amniótica:

- **Fisura:** se produce un goteo con sensación de humedad permanente. Es importante no confundirla con el aumento del flujo vaginal. La pérdida de líquido será constante, inodora y no deja cerco en la ropa.
- **Rotura franca:** es más fácil de detectarla, ya que el líquido cae de forma abundante.

En ambos casos es importante anotar la hora de la rotura y valorar el color del líquido amniótico. Si es de color amarillo o verdoso es conveniente acudir al hospital con mayor rapidez.
Además, si la rotura se produce antes de la semana 37 de embarazo, debe ser consultada con urgencia, ya que podría desencadenar un parto prematuro.

Contracciones uterinas

Las contracciones durante el embarazo son frecuentes y se pueden detectar a partir de la segunda mitad, son las conocidas contracciones de Braxton Hicks, con un patrón irregular. Cuando las contracciones se vuelven regulares, más frecuentes e intensas pueden indicar el establecimiento del trabajo de parto. En este caso, si el embarazo es a término, se acudirá a urgencias cuando la mujer perciba que las contracciones no ceden y van a más. Si se producen antes de la semana 37, deberá acudir a urgencias para valorar el riesgo de parto prematuro.

Cefalea intensa

Un dolor intenso asociado con náuseas, visión borrosa o fotopsias (ver lucecitas), deberá ser consultado en urgencias, ya que puede ser indicativo de hipertensión arterial o preeclampsia y podría entrañar complicaciones.

Vómitos persistentes

Las náuseas y vómitos en el embarazo son muy frecuentes, sobre todo en las primeras semanas.
Cuando se vuelven tan intensos que resulta imposible ingerir nada, ni sólidos ni líquidos, pueden desencadenar un cuadro de deshidratación (hiperémesis gravídica), que requiere atención médica urgente.

Golpes o accidentes

El bebé se encuentra protegido dentro del útero, ya que está rodeado de líquido amniótico que actúa de amortiguador frente a caídas o golpes. Sin embargo ante cualquier accidente o impacto de alta intensidad habrá que acudir a urgencias.

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CAMPAMENTOS DE VERANO 2021

SEMANAS - HORARIOS - ACTIVIDADES

Agosto de Lunes a Viernes

- **Semanas:** 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