ZH
16 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 añoXVI noviembrediciembre2021 nº92

SUMARIO

2 ¿Cuál es el mejor tratamiento para mis varices?
3 El corazón, una máquina casi perfecta
4 Presbifagia
5 Pandemia miópica y cómo hacerle frente
6 Lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de las mil caras
7 Plasma rico en factores de crecimiento. Tratamientos regenerativos
8 Una píldora de salud mental
9 Mallas de titanio para la reconstrucción ósea en tratamientos de implantes dentales
10 Cuando duermo, dejo de respirar, ¿es normal, doctora?
12 Seres mentalizadores
13 Tratamiento de varices sin cirugía (Venaseal® y microespuma)...
14 Reservorio venoso subcutáneo: descripción y cuidados
15 Artrosis de manos...
16 La estética es salud
18 Sintrom: Consejos dietéticos
19 PFAPA ¿qué es eso?
20 Estoy deprimido
22 Está en tu sangre salvar vidas
24 La regulación emocional en entornos de estrés laboral sostenido
26 Estoy embarazada... ¿Qué tipo de ejercicio puedo realizar?
28 Cuidado e higiene bucal en niños
29 Servicios de reproducción asistida
30 Osteoporosis y fracturas
31 Lesiones de rodilla en el esquiador
32 Centro Ecuestre Cizur

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

Agua, ¿dónde estás?

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*** 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.*

¿Cuál es el mejor tratamiento para mis varices?

EVOLUCIÓN DE UN TRATAMIENTO

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

El mejor tratamiento es, sin duda, aquel que sea personalizado. Métodos para tratar las varices hay muchos, y no hay dos varices iguales. Por ello, es esencial acudir a un profesional con experiencia en todas las técnicas para que le pueda aconsejar de una forma imparcial cuál es el mejor tratamiento para su problema particular. Es más, puede ser necesaria incluso una combinación de diferentes técnicas.

Los métodos mínimamente invasivos existentes son, por orden de aparición: la microespuma, la termoablación (láser o radiofrecuencia), las técnicas mecánico/químicas (Clari Vein), y el sellado con cianoacrilato (Venaseal), que ha sido el último en aparecer.

La **esclerosis con microespuma** es el método menos agresivo. Consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes, para inducir su fibrosis y paulatina desaparición. Permite tratar todo tipo de varices, y no precisa anestesia de ningún tipo. 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. Se realiza con una leve sedación y anestesia tumescente alrededor de la safena 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 un eje safeno, la microespuma es más efectiva si se combina con un efecto mecánico. Son las **técnicas MOCA** (mecánico/químicas). Se tratan del 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 mecánico y químico 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 de uso 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 para ocluirlo.

Dado que no hay dos pacientes iguales, lo esencial es una valoración especializada para poder acceder al mejor tratamiento o a una combinación de ellos, y así potenciar las ventajas de cada método.

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

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE VARICES
CLARIVEIN® –MICROESPUMA–LÁSER ENDOVENOSO
SELLADO CON CIANOACRILATO – RADIOFRECUENCIA
VSC Varices Sin Cirugía
drjimenezarribas@gmail.com
http://varicessincirugia.org
TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL
Dr. José Manuel Jiménez Arribas:
PAMPLONA. Clínica San Fermín. Avda. Galicia, 2
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3
CONSULTA MÉDICA
948 235 850
644 722 549

El corazón, una máquina casi perfecta

Ilustración de Manuel Álvarez

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 corazón es un órgano increíble, maravilloso, una máquina casi perfecta que nos otorga la fuerza precisa para vivir y para sentir. Se puede decir que todo lo que hacemos en nuestras vidas, lo hacemos gracias al corazón. Y es muy importante cuidar el nuestro para poder cuidar el de los demás.

Ya sabéis que hoy es el Día Internacional del Corazón, su definición engloba nada más y nada menos que ocho acepciones en la RAE (Real Academia de la Lengua Española). La primera reza que es un órgano de naturaleza muscular, común a todos los vertebrados y a muchos invertebrados, que actúa como impulsor de la sangre y que en el ser humano está situado en la cavidad torácica. Además, es uno de los cinco dedos de la mano y también uno de los cuatro palos de la baraja francesa. **Responde como sinónimo de valor o ánimo y a la vez representa el centro de las cosas.**

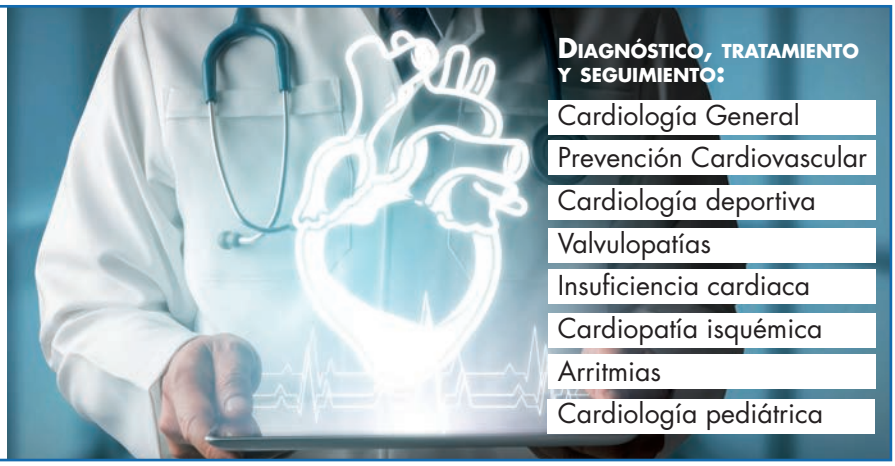
Pero quiero centrarme en su cuarta acepción, que en el diccionario hace referencia al mundo de los sentimientos. Lo cierto es que lo primero que viene a mi cabeza, cuando pienso en lo que significa para mí el corazón, son dos palabras: amar y querer. La alegría, la admiración, la felicidad, la euforia o la tristeza... En definitiva, **es vehículo de las emociones que nos hacen ser buenos seres humanos**.

Pienso en mi familia, en mis seres queridos y en mis muy queridos pacientes. Por supuesto en la suerte que tuve de coincidir con grandes y excelentes maestros que me han ayudado a tratar y auxiliar los corazones enfermos. Y la lección más difícil, la de intentar cicatrizar sus heridas emocionales. En otras palabras, **acompañar a los pacientes en un camino de confianza mutua, atender su dimensión humana y espiritual como base de la medicina humanista**. Valoro la suerte que tengo de poder ayudar y por eso quiero terminar con un enorme agradecimiento a todas las personas que me han acompañado en el recorrido personal y profesional.

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

Presbifagia

Dra. Amaia Garin Balerdi. MIR-ORL. Hospital Universitario de Navarra.
Dra. Nerea Zubicaray Ayestaran. MIR-ORL. Hospital Universitario de Navarra.
Dr. Daniel Briones Crespo. MIR-ORL. Hospital Universitario de Navarra.
Dr. Ignacio Arruti González. Jefe de Sección ORL. Hospital Universitario de Navarra

El envejecimiento demográfico es una de las principales características de la población española. En el último decenio, la población mayor de 65 años se ha incrementado en un 28%, mientras que el resto de la población sólo ha crecido un 0,8%.

Con el paso de los años se producen cambios naturales en todas las estructuras que componen nuestro organismo, por ejemplo: pérdida de piezas dentarias, modificaciones en las mucosas y en el flujo de saliva, disminución de la masa muscular con pérdida de la elasticidad y la fuerza. También puede aparecer una disminución de las respuestas reflejas y la percepción sensorial. Esto lleva a una alteración en las diferentes funciones, por ejemplo, en la visión da lugar a la presbicia, en la audición a la presbiacusia y en la deglución a la presbifagia.

Definición

La presbifagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos, a pesar de su enorme impacto en la capacidad funcional, la salud y la calidad de vida de los ancianos que la padecen. La presbifagia se define como la dificultad para deglutir alimentos sólidos, semisólidos o líquidos, que se manifiesta como consecuencia del envejecimiento normal, en ausencia de una enfermedad específica.

Presbifagia según la fase de la deglución

Fase oral.

- Dificultad para la masticación y formación del bolo alimenticio: esto suele producirse por pérdida de piezas dentarias o disminución de la fuerza a nivel de la musculatura masticatoria o de la lengua.
- Déficit en el manejo sensitivo del alimento dentro de la cavidad oral: debido a la alteración de la percepción que se produce con la edad.
- Disminución en la producción de saliva, lo que afecta también a la formación del bolo alimenticio.

Fase faríngea.

- Retraso en el inicio de la fase faríngea y de las respuestas reflejas faringolaríngeas que pueden dar origen a una caída del bolo hacia la vía aérea.
- Reducción en el peristaltismo faríngeo, como consecuencia de una disminución de la masa muscular a este nivel, quedando residuos de comida que obligan al paciente a realizar numerosas degluciones para poder pasar el alimento.

Fase esofágica.

Disminución del peristaltismo esofágico y presencia de reflujo gastroesofágico.

Síntomas

- Negación ante la ingesta de comida o bebida. Miedo o fobia a tomar algunos alimentos.
- Pérdida de peso.
- Aumento del tiempo de comida.
- Tos frecuente o carraspeo durante la deglución de alimentos.
- Atragantamientos frecuentes ya sea con sólidos o con líquidos.
- Alteraciones en la voz después o durante la deglución.
- Salida de la comida intraoral.

Todas estas alteraciones a nivel de las diferentes fases de la deglución se manifiestan en el paciente como sensación de estorbo faríngeo o de stop, tos y atragantamientos frecuentes o molestias al tragar. Como consecuencia de esta clínica el paciente va reduciendo progresivamente la cantidad y la frecuencia de las ingestas con el consecuente riesgo de desnutrición o deshidratación. Además, estas alteraciones mencionadas favorecen la caída del alimento a la vía aérea aumentando el riesgo de infecciones a nivel pulmonar.

Tratamiento

Una vez identificado el problema el tratamiento abarca diferentes competencias. Existen ejercicios específicos para fortalecimiento de la musculatura que incluyen a los músculos implicados en las diferentes fases ya mencionadas de la deglución.

Es importante también el trabajo sensorial con los alimentos, como por ejemplo viendo y oliendo el alimento antes de ingerirlo con el fin de preparar las glándulas salivales y alertar al Sistema Nervioso Central sobre el acto alimentario.

También se podrán realizar diferentes maniobras compensatorias posturales y respiratorias dependiendo de cada caso.

También, como parte del tratamiento, se le dan al paciente estrategias en relación a los alimentos, por ejemplo, cambios en el volumen, en la consistencia, en la textura...

Conclusión

No debemos olvidar que la alimentación, aunque cumple una función de supervivencia, en el hombre es también un aspecto fundamental de su vida de relación, y que por tanto la presencia de alteraciones de la deglución asociadas a la edad puede tener implicaciones que van más allá de la desnutrición o las complicaciones respiratorias, y que pueden tener un impacto devastador en la calidad de vida de los pacientes.

Es fundamental devolverle al adulto mayor, la posibilidad de sentir placer en la alimentación y poder compartir socialmente una comida, sin que esto le represente un padecimiento o un ahogo repentino que produzca situaciones de emergencia en el círculo familiar.

Pandemia miópica y cómo hacerle frente

Mª José Aznárez Anaut y Xabier Razkin Iglesias
Ópticos – optometristas en Óptica Egüés. Burlada

Egüés óptica Centro Auditivo

Mayor, 31 | 31600 Burlada | 948 127 805
info@opticaegues.es | opticaegues.es

La miopía (actualmente considerada pandemia según la OMS) es un error refractivo en el cual la luz focaliza delante de la retina. Se estima que en 2050 la mitad de la población mundial será miope.

En la mayoría de los niños, la miopía aparece y aumenta por el crecimiento del ojo (por factores como la predisposición genética, edad, estímulos ambientales como el excesivo uso de pantallas y dispositivos en visión próxima, cambios del estilo de vida con menos exposición a horas de luz en la calle...).

A parte de la importancia de un seguimiento y de una correcta y actualizada corrección refractiva para ver nítido, está en nuestras manos el intentar ralentizar ese incremento de miopía, intentando que el ojo crezca lo menos posible. La progresión, sin control de la miopía, puede degenerar en alta miopía, que se relaciona con mayor riesgo de patologías como el desprendimiento de retina, maculopatía miópica, glaucoma...

¿Qué es y cómo se realiza el control de miopía?

El control de la miopía es un término usado para describir tratamientos específicos que se basa en un desenfoque periférico miópico en la retina, el cual se consigue con diferentes tratamientos que son adaptados por los Ópticos-Optometristas, como:

- Lentes oftálmicas con geometrías especiales.
- Lentes de contacto diurnas con parámetros específicos.
- Lentes de contacto nocturnas (Ortoqueratología).

En **ÓPTICA EGÜÉS** no sólo queremos compensar un déficit visual, sino que estamos preparados para intervenir e intentar ralentizar la progresión de la miopía.

¿Puedo estar seguro de que mi hijo use lentillas correctamente?

Puede preocupar a los padres que sus hijos con edades tempranas usen lentillas. El uso de lentes de contacto es un tratamiento seguro bajo la supervisión del especialista óptico-optometrista. Se puede empezar con uso de lente blanda desechable diaria con requisitos y cuidados de limpieza no demasiado estrictos, para poder después ir avanzando a usos más prolongados y que requieran de mayor aprendizaje.

Por todo lo anterior, ofrecemos entre otros servicios, el control, seguimiento y monitorización de la miopía para intentar ralentizar su crecimiento. Para ello, disponemos entre otros aparatos de un moderno equipo **OCULUS MYOPIA MASTER**, primer instrumento que combina diferentes mediciones para que el manejo de la miopía sea más fácil y fiable que nunca.

Lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de las mil caras

Marta López I Gómez. Médico Interno Residente 4º año Reumatología. Hospital Universitario de Navarra.
Concepción Fito Manteca. Jefa de Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra

El lupus es una enfermedad reumatológica autoinmune sistémica, en la que el sistema inmunitario del paciente ataca a diferentes órganos, es decir, son las "propias defensas" las que provocan el daño e inflamación.

¿Por qué se produce el lupus?

En el momento actual, todavía se desconoce la causa exacta por la que se produce el lupus; no obstante, los estudios apuntan a una combinación entre causas genéticas, hormonales y ambientales.

¿Cuáles son los síntomas del lupus eritematoso?

Los síntomas son muy variados ya que es una enfermedad que puede atacar a prácticamente cualquier órgano. Suele ser muy típica la afectación cutánea y la articular.

Los síntomas y signos dependen del órgano afecto. A continuación, detallamos algunos de ellos:

1. Síntomas generales: fatiga, cansancio, pérdida de peso, febrícula sin que se acompañe de un proceso infeccioso.

2. Síntomas articulares o musculares: prácticamente el 90% de los pacientes presentan dolor e inflamación de alguna articulación. Las que más se suelen afectar son las de las manos, muñecas, codos, rodillas y pies.

3. Afectación cutánea o de mucosas: existen varias manifestaciones cutáneas siendo muy típica la sensibilidad a la luz solar que produce manchas eritematosas en las zonas expuestas al sol. En cara es muy característico el "exantema en alas de mariposa" que se localiza en mejillas y nariz. También son frecuentes las aftas orales.

4. Afectación renal: los riñones también se pueden ver afectados. Aunque puede ser una afectación grave, el paciente no percibe la inflamación renal, no suele tener síntomas. En la orina suelen objetivarse alteraciones como pérdida de proteínas y sangre.

5. Sistema nervioso y cerebral: engloba una gran variedad de síntomas que en muchas ocasiones son inespecíficos, como entumecimiento, dolor de cabeza, debilidad, pérdida de memoria, cambios de humor, depresión, ansiedad...

6. Corazón y pulmón: el lupus inflama las membranas que cubren tanto el corazón (pericardio) como el pulmón (pleura), produciendo pericarditis o pleuritis.

¿Cómo se diagnostica el lupus?

El diagnóstico se realiza obteniendo una puntuación de 10 o más en los criterios de clasificación EULAR/ACR 2019. Para ello se deben recoger los síntomas del paciente (anamnesis), seguido de la exploración física realizada por el médico y por último con los valores analíticos y de otras pruebas complementarias.

Los hallazgos analíticos más frecuentes son la positividad para anticuerpos antinucleares (ANA), niveles bajos de leucocitos, linfocitos y plaquetas. Aparecen anticuerpos más específicos del lupus, llamados anti-DNA, anti-Sm o anticuerpos antifosfolípidos.

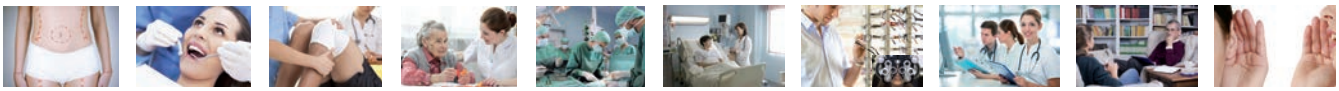
¿Cómo se trata el lupus?

El tratamiento deberá individualizarse a cada paciente y al grado de afectación de la enfermedad que presente.

Inicialmente se recomiendan medidas generales como realizar actividades que fortalezcan la musculatura (caminar, andar o montar en bicicleta), así como la utilización de fotoprotector 50 en las zonas expuestas al sol.

Los fármacos más habitualmente usados son:

- **Antiinflamatorios:** para controlar los episodios de inflamación articular o dolor muscular.
- **Glucocorticoides:** sigue siendo uno de los mejores antiinflamatorios disponibles, sobre todo cuando necesitamos que la acción sea rápida. Prácticamente todas las complicaciones de la enfermedad se pueden tratar con corticoides. El tipo y la dosis dependerá del grado y el órgano afectado.
- **Antipalúdicos** (cloroquina e hidroxicloroquina): son fármacos que tradicionalmente se utilizaban para el paludismo o malaria. En la actualidad han demostrado ser muy útiles para el manejo de la artritis, lesiones cutáneas o para la afectación del corazón y pulmón.
- **Inmunosupresores:** estos fármacos son necesarios en manifestaciones graves y actúan controlando las defensas que están atacando a los propios órganos. Los más utilizados son el micofenolato mofetilo, la azatioprina y ciclofosfamida. También se pueden utilizar fármacos biológicos como el rituximab o belimumab.



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

8.000 ejemplares de tirada + 5.200.000 visitas en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

Revista: **1 página interior** (600 €), **1/2 página** (400 €), **1 faldón** (300 €) [Precios/Nº +IVA]

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

+ **información:** https://zonahospitalaria.com/como-anunciarse/

redaccion@zonahospitalaria.com

Plasma rico en factores de crecimiento

Tratamientos regenerativos

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

Los factores de crecimiento son un conjunto de sustancias, en su mayoría proteínas, que se encuentran en el plasma y en las plaquetas de nuestro sistema sanguíneo y que son esenciales en los procesos de reparación y regeneración celular.

Se ha demostrado que este plasma aislado, además de contener plaquetas, contiene también fibrina, proteínas y otras sustancias que intervienen en el proceso de regeneración de los tejidos dañados.
Esto va a permitir acelerar el proceso curativo de algunas patologías del aparato locomotor, incluyendo lesiones tanto agudas como crónicas en músculos, tendones, ligamentos, huesos y articulaciones.

Cómo se obtiene el plasma rico en factores de crecimiento

El procedimiento para su obtención es sencillo. Se inicia extrayendo una pequeña cantidad de sangre del propio paciente que después se procesa mediante un centrifugado especial. De este modo, las proteínas que se encargan de reparar y regenerar los tejidos dañados, se aíslan y concentran.
El siguiente paso consiste en administrar el PRGF® en la zona lesionada.

Beneficios del PRGF®

Al introducir el plasma en el área de la lesión, se liberan, de forma natural, todos los factores de crecimiento que perfeccionan y aceleran los mecanismos de regeneración tisular.
Las principales ventajas de realizar esta técnica son:

- Estimular la regeneración natural de tejidos.
- Acelerar la capacidad regenerativa permitiendo una recuperación más rápida de las lesiones.
- Aliviar el dolor y reducir la inflamación local.
- Mejorar la función articular.

Indicaciones terapéuticas

El tratamiento con PRGF® ofrece un resultado regenerativo, antiinflamatorio y analgésico.
Está indicado en las siguientes patologías:

- Patología degenerativa del cartílago articular (condropatías y lesiones condrales leves).
- Tendinopatías crónicas rebeldes a otros tratamientos.
- Lesiones musculares (roturas parciales).
- Lesiones meniscales no tributarias de meniscectomía.
- Tendinopatías crónicas (epicondilitis, epitrocleitis, tendinosis Aquílea, tendinopatía rotuliana, tendinitis del hombro, etc.)
- Lesiones ligamentosas con dolor crónico.

Resultados

En el caso de la **artrosis**, la mejoría clínica más importante se da en aquellos pacientes cuyo proceso artrósico está menos evolucionado en el momento de recibir el tratamiento. Se realizan 3 infiltraciones a intervalos semanales.
En las **lesiones tendinosas**, su aplicación en el lugar de la lesión reduce la duración de la fase inflamatoria y acorta significativamente el tiempo de recuperación.
En las **lesiones musculares**, al inyectar el PRGF® en el foco de la lesión se consigue adelantar la vuelta a la actividad habitual.

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.

Una píldora de salud mental

María Ángeles Autor López y Natalia Romero Aldave. *TCAE del Hospital Universitario de Navarra*
Jessica Zárate García y María Fe López Gastón. *DUE del Hospital Universitario de Navarra*

Queridos lectores: siendo conscientes de haber vivido un año especial, me gustaría aportar una dosis de normalidad.

He vivido la experiencia de un compañero que pasó de mantener con el grupo una relación normal, es decir trabajar, hablar por teléfono, contestar a los wasaps, a no contestar ni a las llamadas, solo se limitaba a trabajar, hasta que un día, se decidió a pedir ayuda porque consideró que estaba tocando fondo. Cogió la baja y necesitó ayuda psicológica y tratamiento. Nos confesó que sentía vergüenza por necesitar ir a salud mental por depresión.

Si una persona cuando lleva unos días con fiebre vómitos y diarrea, acude a su médico de cabecera, ¿por qué no vamos, también, cuando nos sentimos mal psicológicamente? Todos sabemos que es mejor tratar cualquier enfermedad al principio que dejar que se agudice el caso y empeore.

Si un día cojo una amigdalitis, iré a mi médico de cabecera y me recetará un antibiótico, si considera que es una infección bacteriana, tomaré el tratamiento durante una semana o 10 días y me olvidaré del tema. Por otra parte, y dado que soy hipertensa, tengo que tomar todos los días una pastilla para evitar las consecuencias de una tensión alta y lo más probable es que la tenga que seguir tomando toda mi vida.

Con las enfermedades mentales ocurre lo mismo, algunas requieren un tratamiento de un mes y otras que precisan tratamiento de por vida.

Con todo lo que les he contado he llegado a la conclusión de ir a mi médico de cabecera cuando necesite, sea tanto física como psicológicamente, y no me sentiré avergonzada si llegara a tener una enfermedad mental.

En cierta ocasión escuché al Dr. Madoz decir que "De los problemas hay que ocuparse, no hay que preocuparse", me parece que como conclusión es suficiente sabiendo que según la OMS el 9% de personas están en tratamiento psiquiátrico y siguen llevando una vida dentro de lo que consideramos normal. ¡Que tengan buen día!

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso

La Salud también Viaja
Servicio Religioso CHN
Colegio de Médicos

www. peregrinacionesnavarra.es

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

VISITA CON DEGUSTACIÓN BODEGAS FRANCO ESPAÑOLAS DE LOGROÑO.
14 de diciembre. Comida típica zona calle Laurel. Tarde libre para compras navideñas. Seguro 65 € por persona todo incluido.

CIRCUITO NOVEDAD: DUNA DE PILAT. ARCACHÓN. BURDEOS. SANT EMILION.
Puente San Francisco Javier del 3 al 5 de diciembre. Dos noches hotel Novotel. Visita Sant Emilion. Visita bodega con degustación. Seguro. Todo incluido. 375€ por persona. Grupo reducido

CONSULTE LA PÁGINA WEB SOBRE LAS ÚLTIMAS EXCURSIONES PROGRAMADAS
Todos los programas en www.peregrinacionesnavarra.es
Se irán incluyendo otros viajes a medida que se vayan completando los indicados. Tel. 647 679 821

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

Mallas de titanio

para la reconstrucción ósea en tratamientos de implantes dentales

IMAGEN PROPIEDAD DE REOSS LTD

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

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

Una de las claves para asegurar el éxito y la supervivencia de un tratamiento con implantes dentales reside en la posibilidad de contar con un volumen de hueso óptimo para acoger los componentes del implante y asegurar su estabilidad primaria desde el momento en que se colocan.

Hoy día, los especialistas hemos llegado a la conclusión de que la regeneración ósea es un paso obligado para la inmensa mayoría de los pacientes. Aunque, en algunos casos, el análisis preliminar indique que puede haber suficiente volumen de hueso, tanto en anchura como en altura, sabemos que se trata de una zona debilitada por la pérdida de los dientes, que sufre de falta de vitalidad y de vascularización.

Esa fragilidad constituye uno de los factores por los que a medio o largo plazo pueden surgir enfermedades periimplantarias y, en consecuencia, el posible fracaso del tratamiento. Por ello, cada vez es más evidente la necesidad de reforzar la densidad ósea para asegurarnos de que los implantes permanecen en la boca del paciente en las mejores condiciones posibles.

Este criterio general toma mucha más importancia en el caso de personas que manifiestan una gran pérdida de hueso, bien porque han perdido varias piezas, bien porque ha pasado cierto tiempo desde que perdieron el diente, o porque han llevado previamente prótesis removibles.

En estos casos, es necesario llevar a cabo intervenciones especiales, debido a la gran cantidad de masa ósea que es necesario restituir.

Mallas de titanio para la regeneración ósea

Los avances en regeneración ósea nos permiten ofrecen nuevas alternativas al paciente para que el proceso de reconstrucción no se dilate mucho en el tiempo, evite intervenciones muy invasivas y no suponga tantas molestias para el paciente. Y, sobre todo, para que asegure una larga supervivencia al tratamiento.

Entre estos avances se encuentran las mallas de titanio, que facilitan una reconstrucción más sólida y estable de la zona afectada.

Se trata de piezas diseñadas exprofeso para la anatomía particular de cada persona, gracias a los sistemas de diagnóstico y planificación digital, con los que se puede diseñar y fabricar una malla con características específicas.

La malla es colocada por el cirujano, recubierta por material regenerativo, desarrollado a partir del propio hueso del paciente o mediante bancos óseos o biomateriales.

Después de 4-6 semanas, una vez que el hueso se ha reconstruido, se retira para proceder a la colocación de los implantes, las prótesis y las coronas. El tiempo de cicatrización depende del tamaño del área deteriorada y de las condiciones de salud del paciente, entre otros condicionantes.

Alta fiabilidad de la regeneración

El procedimiento proporciona una alta fiabilidad al tratamiento, ya que se trata de una técnica predecible y segura. Por otra parte, gracias a la tecnología digital, se consigue que la malla se integre perfectamente la estructura bucal de cada persona, algo que favorece el proceso de regeneración.

Asimismo, la personalización da pie a abordar una gran variedad de circunstancias, incluso las más complejas. Por otra parte, es totalmente compatible con el organismo.

En principio, la técnica está recomendada para los casos de gran deficiencia ósea, como una opción más entre las posibles vías de tratamiento. En la fase de diagnóstico se aclarará si es la más adecuada para el paciente.

Cuando duermo, dejo de respirar, ¿es normal, doctora?

Tina Herrero Jordán. FEA Neumología. Hospital Reina Sofía.
Susana Clemos Matamoros y Adriana Ger Buil. FEA Medicina Interna. Hospital Reina Sofía

El síndrome de apnea-hipopnea (SAHS) es una de las patologías relacionadas con el sueño más frecuentes en la actualidad y podemos encontrarlo en cualquier tipo de paciente, tanto jóvenes como adultos, siendo su principal factor de riesgo la obesidad.

Es un trastorno del sueño secundario a episodios repetidos de colapso de la vía respiratoria superior mientras la persona duerme. Si el colapso de la vía aérea es total hablamos de apnea, y si es parcial de hipopnea.
Oficialmente se define como un cuadro de somnolencia excesiva, trastornos cognitivo conductuales, respiratorios, cardíacos, metabólicos o inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueñoAparece, habitualmente, por la confluencia de múltiples factores de riesgo: obesidad, edad avanzada (a medida que cumplimos años aumenta el riesgo de SAHS de forma notable), sexo masculino, alteraciones anatómicas o musculares de la vía respiratoria...
El SAHS no solo es una enfermedad frecuente, sino que produce efectos nocivos en la salud a muy diferentes niveles. Desde su capacidad para actuar como factor de riesgo cardiovascular (de forma similar a la hipertensión o a la hipercolesterolemia), a su capacidad para provocar déficits neurocognitivos e incluso accidentes de tráfico por quedarse dormido al volante el conductor.

Por tanto, dado que se trata de una enfermedad muy prevalente, con innumerables efectos dañinos sobre la salud, y que su diagnóstico es sencillo y sin riesgos para el enfermo, se considera de vital importancia lograr diagnosticar a estos pacientes lo más pronto posible para así instaurar tratamiento antes de que puedan aparecer complicaciones derivadas de esta patología.

Cuándo sospechar que podemos tener un SAHS

Las alteraciones del sueño son un motivo muy habitual de consulta médica, tanto en atención primaria como especializada: pacientes con incapacidad de conciliar y/o mantener el sueño, pacientes con excesiva somnolencia,

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

pacientes con pesadillas frecuentes, sonambulismo... Cuando nos enfrentamos a este tipo de síntomas es muy importante realizar una historia médica lo más completa posible, ya que en muchos casos va a ser la clave de realizar un diagnóstico acertado de forma rápida.
En el caso del SAHS el paciente puede referir clínica muy diversa que además será de años de evolución: cansancio intenso por las mañanas pese a dormir muchas horas, somnolencia intensa durante el día que le obliga a realizar siestas prolongadas, dolor de cabeza matutino, despertares en plena noche con sensación de ahogo...
Además, no sólo el enfermo es importante en estos casos, en muchas ocasiones la persona que convive con el enfermo, o que le haya visto dormir, será la que nos dé la clave para establecer la sospecha diagnóstica al contarnos que el enfermo mientras duerme deja de respirar y pasados unos segundos reinicia la respiración.
Finalmente, también encontramos algunos casos de SAHS en los cuales el paciente no presenta ningún tipo de clínica y nadie le ha objetivado pausas de respiración durante el descanso nocturno. ¿Cómo lo sospecharemos entonces? Porque el paciente tendrá alguna otra patología que, pese a tratamiento farmacológico óptimo, no logra controlarse, como por ejemplo arritmias cardiacas o hipertensión arterial. Esas enfermedades de control rebelde, que en apariencia no deberían estar relacionadas con el SAHS, en algunas ocasiones serán la única pista para plantearnos la existencia de la enfermedad.
Por tanto, si consideramos que nosotros, o alguien a quien conocemos, presenta alguno de los síntomas descritos (especialmente las pausas de respiración durante el descanso nocturno), debemos solicitar valoración a nuestro médico de atención primaria, para que decida si el paciente debe ser derivado a Neumología, que será quien realice los estudios para determinar la existencia de SAHS.

Diagnóstico y clasificación de los pacientes conSAHS

Una vez establecida la sospecha de SAHS es necesario conocer la posible repercusión clínica que tiene la patología en la vida del enfermo. Es por ello que, cuando sea derivado a consulta para valorar posibilidad de SAHS, en primer lugar se le realizarán tests sobre somnolencia diurna (escala de somnolencia de Epworth).
La importancia de estos trests radica en averiguar, mediante preguntas sencillas, el impacto que tiene la somnolencia en el día a día del enefermo. Y, además, tienen otra función importante: identificar a aquellos pacientes considerados de "alto riesgo". Consideraremos pacientes de alto riesgo a todos aquellos que trabajen como consuctores y tengan somnolencia excesiva y a todos aquellos que, pese a no ser conductores profesionales, hayan tenido problemas al volante por cul`pa de quedarse dormidos.
Posteriormente se procederá a solicitar y realizar estudios del sueño que confirmen el diagnóstico. Existen múltiples opciones de estudios de sueño para valorar existencia de enfermedades durante el sueño, siendo lo más habitual la realización de una poligrafía cardiorrespiratoria en el domicilio del paciente.
La poligrafía consiste en el registro durante el sueño de: flujo aéreo, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca y movimientos de tórax y abdomen. En caso de que el estudio muestre un índice de apneas-hipopneas por hora (IAH) mayor de 5 se considerará diagnóstico de SAHS.

Clasificación del SAHS según IAH

- SAHS leve: IAH entre 5 y 14,9 por hora.
- SAHS moderado: IAH entre 15-29,9 por hora.
- SAHS grave: IAH igual o mayor de 30 por hora.

Tratamiento

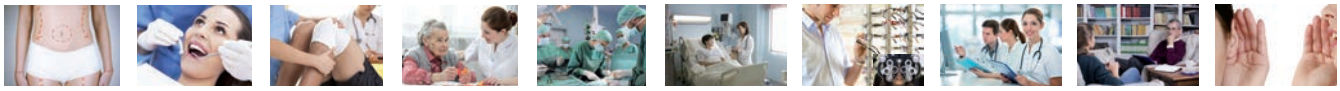
El tratamiento del SAHS incluye una serie de medidas generales (higiénicas, dietéticas, posturales), que son fundamentales en absolutamente todos los pacientes, y un tratamiento específico sobre la vía aérea para los casos en los que se considere necesario.

1. Medidas generales

- Instauración de buenos hábitos y horarios de sueño: establecer un horario regular de sueño, no menor de 6 horas ni mayor de 8.
- Evitar siestas y, en caso de realizarla, que no dure más de 20 minutos.
- Pérdida de peso si existe sobrepeso.
- Evitar fármacos inductores del sueño y relajantes musculares.
- Abandono de tabaquismo.
- Evitar consumo de alcohol al menos en las 3-4 horas previas al sueño (el alcohol produce depresión respiratoria durante el sueño y fragmentación del mismo).
- Medidas posturales para evitar dormir boca arriba: en esta postura empeora notablemente el patrón respiratorio, debido a la mayor colapsabilidad de la vía aérea superior.
- Control de las enfermedades y entidades asociadas que empeoran el SAHS: hipotiroidismo, reflujo gastroesofágico, obstrucción nasal, insuficiencia renal, acromegalia, etc.

2. Tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)

El principal tratamiento para los pacientes con SAHS es la utilización durante el sueño de una CPAP. La CPAP es un dispositivo que, mediante un tubo y una mascarilla, se conecta al paciente y trata de evitar que este realice apneas mientras duerme. Su mecanismo de acción es muy sencillo: emite una corriente de aire que, viaja por el tubo y la mascarilla y, al llegar a la vía aérea del paciente, ejerce una presión suficiente para mantener la vía aérea abierta y así evitar su colapso durante el sueño.



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

8.000 ejemplares de tirada + 5.200.000 visitas en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

Revista: 1 página interior (600 €), **1/2 página** (400 €), **1 faldón** (300 €) [Precios/Nº +IVA]

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

+ **información:** https://zonahospitalaria.com/como-anunciarse/

redaccion@zonahospitalaria.com

Seres mentalizadores

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

La imaginación humana posibilita el desarrollo de un proceso neurocognitivo altamente evolucionado -tanto en sus aspectos neurobiológicos como socioafectivos- denominado mentalización. El psicólogo inglés Peter Fonagy lo define como la capacidad de observar nuestra mente desde fuera y las otras mentes desde dentro.

Nacemos en nichos sociocognitivos donde nos vinculamos con figuras de apego que pueden o bien facilitar o bien obstaculizar el desarrollo de esta facultad. Como seres mentalizadores somos capaces de percibir e interpretar los sentimientos, pensamientos, creencias y deseos que explican y dan sentido tanto a los comportamientos de otras personas como a los nuestros; haciendo posible la interacción cooperativa y adaptativa.

En el estudio de la **mentalización**, la neurociencia ha modelizado 4 dimensiones que son descritas como espectros que en sus extremos presentan las siguientes características. **Automático *versus* controlado**: el primer proceso define un procesamiento rápido –casi reflejo- que requiere escasa o ninguna atención, conciencia, intención o esfuerzo; el segundo es un proceso lento y secuenciado, que requiere atención, conciencia, intención y esfuerzo. **Uno mismo *versus* otros**: el primero implica la capacidad de observar nuestros propios estados (incluyendo las propias experiencias físicas); y el segundo se centra en el estado de otras personas. **Interno *versus* externo:** en el primero, hipotetizamos la experiencia interna de alguien a partir del conocimiento que tenemos de esa persona; en el segundo, realizamos inferencias basadas en los indicadores externo de los estados mentales (v. gr., gestos faciales). Cognitivo versus afectivo: razonar, reconocer y nombrar los estados mentales hace referencia al primer proceso; la dimensión afectiva supone –por su parte- la capacidad de comprender el sentimiento que acompañada a dichos estados.

El **Tratamiento Basado en la Mentalización (TBM)** ensaya balancear estas cuatro dimensiones para ajustar adaptativamente nuestra capacidad mentalizadora tanto a las exigencias socio-afectivas (interacción con otras "mentes") como a la activación emocional que podemos experimentar (v. gr., estrés-malestar).

Los modos **prementalizadores** acontecen ante situaciones de desregulación emocional: **(i) la equivalencia psíquica** se da cuando la realidad mental se equipara a la realidad exterior (los pensamientos se experimentan como reales); **(ii) en el modo teleológico**, los estados mentales son reconocidos o creídos únicamente si sus resultados son físicamente observables (es verdad –solo- lo que se ve); y **(iii) en el modo simulado** los pensamientos y sentimientos se alejan de la realidad (el mundo mental –como sucede en la desrealización y en la disociación- se desliga de la realidad exterior). El **TBM** gestiona estos modos prementalizadores –directamente relacionados con la emergencia de trastornos psicopatológicos- mediante la interrupción de los mismos y la recuperación progresiva de los procesos mentalizadores.

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

Tratamiento de varices sin cirugía (Venaseal® y microespuma):
combinacion de tecnologías con el mejor resultado

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 tronculares (grandes) y muchos necesitan tratamiento quirúrgico (Safenectomía) y, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

El tratamiento de las venas safenas enfermas mediante sellado con cianocrilato (**Venaseal®**) ha supuesto un avance muy importante en el manejo de esta patología.

La **técnica** trata las varices mediante el sellado de la vena enferma liberando en su interior una pequeña cantidad de un adhesivo médico especialmente formulado que ocluye la vena, haciéndola desaparecer. El organismo absorberá el adhesivo con el paso del tiempo. Los resultados en miles de pacientes respaldan la seguridad y eficacia del procedimiento.

SIN NECESIDAD DE VENDAJES NI MEDIAS DE COMPRESIÓN

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

PERMITE TRATAR EL MISMO DÍA LAS DOS EXTREMIDADES

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

SIN manchas y hematomas

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

SIN anestesia, sin ingreso y sin baja

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

¿En qué consiste el tratamiento con Venaseal®?

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

Una vez insensibilizada la zona de punción, el médico introducirá el catéter en la pierna y lo situará en zonas concretas de la vena con el fin de liberar pequeñas cantidades del adhesivo médico. Se usa la ecografía durante todo el procedimiento aumentando así la seguridad de la técnica.

Después del tratamiento, se retirará el catéter y se colocará una tirita en el lugar de la punción. Habitualmente no es necesario colocar ningún tipo de vendaje ni media de compresión.

La intervención dura aproximadamente una hora y al finalizar podrá irse a casa caminando, incorporándose a su vida normal.

En algunas ocasiones, pasados unos días, es necesario realizar alguna sesión de esclerosis con microespuma en las venas más pequeñas para completar el tratamiento.

Durante más de 16 años nuestro equipo ha tratado más de 3800 pacientes con varices utilizando técnicas poco invasivas como el sellado con cianocrilato y la esclerosis con microespuma, siempre de forma personalizada y en un proceso de constante innovación con el único objetivo de ofrecer a nuestros enfermos procedimientos más cómodos y con mejores resultados.

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

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

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

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandez.com

Reservorio venoso subcutáneo: descripción y cuidados

Cristina Somavilla Luengo. *Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología. Enfermera de Hematología del Hospital Universitario de Navarra*

El Reservorio venoso subcutáneo es definido por la "Guía de Recomendaciones al Paciente de la Comunidad de Madrid" como un catéter venoso central de larga duración que se aloja debajo de la piel en una vena central de gran calibre, como la Vena Cava Superior.

Este dispositivo se puede alojar en el tórax, o en el brazo. Se retira y se coloca en quirófano por parte de medicina, mediante técnica tunelizada, aunque su mantenimiento y cuidados son parte de la labor fundamental de enfermería.

Descripción

En la Guía del Servicio de Salud del Principado de Asturias aparecen reflejadas las partes principales del RVS:

- Portal o cámara: con una membrana autosellante de silicona. Puede ser único o doble. En esta parte se realiza la punción con agujas especiales tipo Hubber o Gripper.
- Conector: como su propio nombre indica sirve para conectar el portal con el catéter.
- Catéter: dispositivo en forma de tubo que se sitúa, en este caso, en el sistema venoso. Es radiopaco y se fabrica de distintos materiales.

Indicaciones y ventajas

En la "Guía del hospital de Donostia" aparecen reflejadas las siguientes indicaciones médicas del RVS:

- Administración ,si fuera necesario, de transfusiones sanguíneas,
- Administración de todo tipo de medicamentos, Nutrición parenteral, quimioterapia, etc.
- Realización de extracciones sanguíneas.

El RVS ayuda a preservar en buenas condiciones el capital venoso del paciente, pudiendo mantenerlo durante largos períodos de tiempo, teniendo una capacidad de hasta 3000 pinchazos.

Contraindicaciones

Como contraindicación, y como también se refleja en la "Guia del Hospital de Donostia", el RVS no está indicado para la administración de contrastes radiológicos que se precisan para ciertas pruebas hospitalarias.

Complicaciones

Son dispositivos seguros, pero como todos los sistemas de acceso venoso, también pueden ocasionar ciertas complicaciones. Es aconsejable informar a los pacientes sobre ellas para poder identificarlas precozmente.

Posibles complicaciones según el protocolo de la "Guía para el paciente" del RVS del Hospital Donostia:

- Hematoma, hemorragias.
- Rechazo o rotación del portal.
- Obstrucción, extravasación.
- Infección, edema.
- Trombosis venosa.

Heparinización

Material necesario según el protocolo de la Junta de Andalucía:

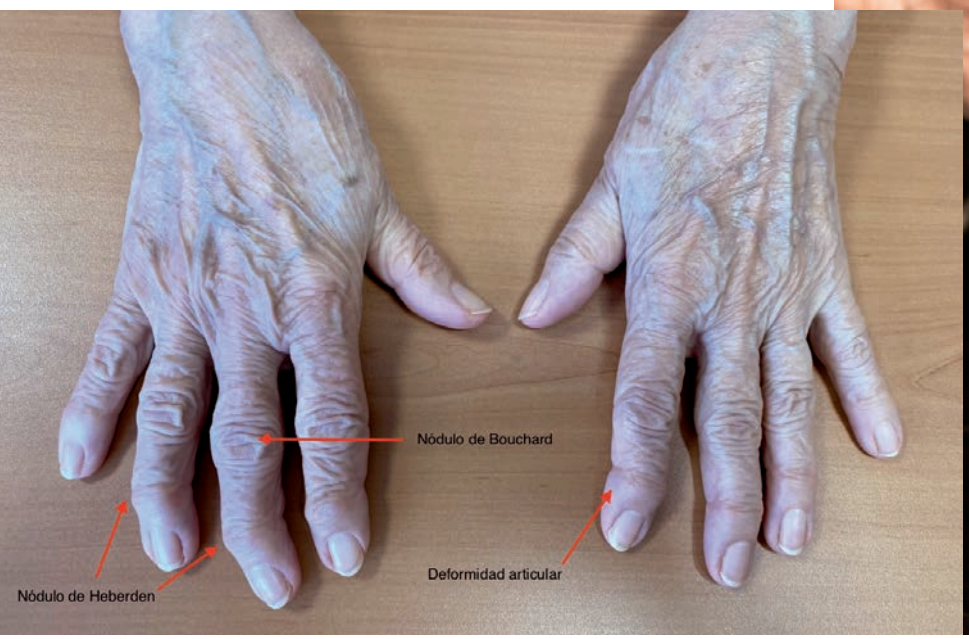
- Antiséptico (povidona yodada preferiblemente si no hay contraindicación o clorhexidina).
- Campo estéril.
- Guantes y gasas estériles.
- Solución de heparina sódica al 1% según protocolo del hospital de referencia.
- Solución salina.
- Agujas para cagar.
- Jeringas de 10cc y aguja tipo Gripper.
- Bioconector.
- Apósito estéril.

Para finalizar, heparinización del RVS según el protocolo de la Junta de Andalucía:

- Se recomienda realizar el sellado una vez al mes mientras no se esté utilizando, intentando siempre mantener la máxima asepsia posible durante la manipulación.
- Identificar de forma correcta al paciente.
- Comenzar por un adecuado lavado de manos previo a la realización de la técnica.

Preparar el campo estéril con el material necesario.

- Colocarse los guantes estériles.
- Purgar la aguja Gripper y el bioconector con suero salino y dejar su pinza cerrada.
- Desinfectar con antiséptico la zona de punción según protocolo.
- Inmovilizar la zona de punción con el dedo índice y pulgar de la mano que no va a realizar la inserción.
- Se aconseja realizar la punción en ángulo recto hasta notar la parte metálica del portal.
- Para comprobar la permeabilidad del catéter se recomienda desclampar la alargadera y aspirar 5cc de sangre y desecharla posteriormente para eliminar el sellado previo.
- Inyectar 20 ml de suero salino y después 5 ml de la heparina aplicando presión positiva.
- Retirar la aguja, sujetando de la forma anteriormente descrita, con una gasa estéril próxima.
- Por último, se colocará el apósito en la zona donde se ha realizado la punción.



Artrosis de manos, las huellas de lo que hemos hecho

Marta López I Gómez. MIR 4º año Reumatología. Hospital Universitario de Navarra.
Iker Ayestarán Calero. MIR 3º año Traumatología y Ortopedia. Hospital Universitario de Navarra

La artrosis es la degeneración del cartílago articular y es la artropatía a más frecuente en la población, siendo las manos es una localización muy frecuente. Suele afectar a las articulaciones interfalángicas distales, proximales y trapeciometacarpiana del pulgar.

¿Por qué se produce y en quién?

Para esta degeneración del cartílago, existen varios factores de riesgo que se han relacionado con la artrosis de manos, entre ellos se encuentra la edad, la predisposición genética y el sexo.

La edad es el factor de riesgo más importante, ya que con la vejez aumenta la prevalencia y la gravedad de la artrosis. Suele iniciarse a partir de los 40 años y entre los 70 y 80 años la prevalencia se aproxima al 75%. No es una enfermedad hereditaria pero sí que tiene un componente genético sobre todo entre los familiares de primer grado. También se ha visto una clara relación con en el sexo femenino y con la postmenopausia. Por otro lado, también se ha demostrado una asociación entre diversos trabajos y actividades que requieren la prensión y agarre de la mano, con una mayor afectación por estrés mecánico de las articulaciones metacarpofalángicas, especialmente de los 3 primeros dedos.

¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas más frecuentes son dolor, tumefacción, rigidez de la mano y deformidad. El dolor se localiza alrededor de la articulación afectada limitando los movimientos. En muchas ocasiones el dolor se acompaña de tumefacción o inflamación articular. La rigidez sobre todo matutina y suele acompañarse de debilidad, especialmente para realizar movimientos como la pinza, abrir frascos o agarrar objetos. Por último, se suelen formar nódulos en articulaciones interfalángicas distales (Heberden) y proximales (Bouchard) que pueden producir una desviación lateral de la falange y deformidad de las manos.

¿Cómo se diagnóstica?

El diagnóstico de la artrosis se basa en los síntomas que explica el paciente junto a la la exploración física del médico. En caso de precisar alguna prueba de imagen, la radiografía simple es la pruebas más sencilla y más útil en el diagnóstico. En ella se aprecian signos degenerativos con disminución del espacio articular.

¿Tiene tratamiento?

Los objetivos del tratamiento van dirigidos a mejorar el dolor, reducir la inflamación y proteger la articulación de daños progresivos.

El tratamiento se divide en 3 tipos: no farmacológico, farmacológico y quirúrgico.

Como tratamiento **no farmacológico** se incluye el ejercicio físico y la fisioterapia, enfocados a mejorar la movilidad y fortalecer las estructuras articulares. Aplicar calor local, con baños de parafina y ultrasonidos. Y la utilización de ortesis y férulas pueden ser útiles para controlar el dolor.

En cuanto al tratamiento **farmacológic**o, puede ser tópico con antiinflamtorios o capsaicina en crema, en caso de presentar dolor leve o de pocas articulaciones. También puede ser por vía oral, inicialmente con paracetamol, antiinflamatorios, condroin sulfato o condritín polisulfato, que se individualizará según la clínica y el grado de afectación del paciente. También se incluyen las infiltraciones intrarticulares

con corticoide y anestésico local, aunque el efecto puede ser muy variable.

El tratamiento **quirúrgico** está enfocado a pacientes graves refractarios a los tratamientos anteriores. Este tratamiento incluye la artrodesis de la articulación trapeciometcarpiana o artroplastias. Se elegirá un tratamiento u otro en función de la edad, gravedad y deformidad asociada.

La estética es salud

Comunicación Edificio Policlínica Artica

FIVE
ESTÉTICA Y MEDICINA

Ganar en autoestima, mejorar la autopercepción e influir positivamente en la salud mental y física de los usuarios. Las cirugías estéticas y los procedimientos de belleza no son la respuesta para todos los problemas, pero sus beneficios, que repercuten en la calidad de vida de los pacientes, son más que constatables. Al igual que la membresía del gimnasio, la suscripción a una plataforma de 'streaming' o la cena en el restaurante del momento son elementos irrenunciables para algunos, la belleza también se ha transformado en una inversión por la que muchos apuestan. Una tesis constatada por la Asociación Española de Cirugía Estética Plástica (AECEP) apunta que, en 2020, los españoles gastaron 2.660 millones de euros en cirugías y tratamientos estéticos. Un creciente interés que también constatan en FIVE Estética y Medicina. Este centro ubicado en el Edificio Policlínica Artica ofrece tratamientos para todos los perfiles y necesidades.

Para algunos es un dictamen cruel e injusto, impuesto por un orden que doblega a la mayoría de los mortales. Para muchos, no obstante, la idea de someterse a un tratamiento estético forma parte de sus planes a futuro o incluso de su rutina de **self-care**. ¿Hablamos de un simple capricho? La realidad suele ser, casi siempre, mucho más compleja. Después de todo, es innegable que, si bien las intervenciones de esta naturaleza no son la respuesta a todos los problemas, en la mayoría de los casos sí influyen positivamente en la **autoestima, autopercepción** e incluso en la salud física y emocional de los hombres y las mujeres que se animan a pasar por un quirófano o a realizarse un lifting o una limpieza facial, entre la infinidad de alternativas disponibles en el mercado.
Todo ello encaja en una reordenación de las **prioridades** vitales de la sociedad, que ya no se conforma tan fácilmente. De la misma manera que la membresía del gimnasio, la suscripción a una plataforma de streaming o la cena en el restaurante del momento se han convertido en elementos cruciales a la hora de valorar la calidad de vida que tenemos, la belleza también se ha transformado en una **inversión** por la que muchos apuestan, sin importar el sexo, la raza, la condición socioeconómica.

> "Los últimos datos disponibles lo avalan. La industria de la cirugía estética ha crecido entre un 15 y un 20 % en la última década, según la **Asociación Española de Cirugía Estética Plástica (AECEP)**.

Representantes de la misma organización aseguran que la facturación de este sector, en el que se incluye tanto a las intervenciones quirúrgicas como a los tratamientos de belleza que no precisan de la intervención de un cirujano, alcanzó los 2.660 millones de euros en 2020.

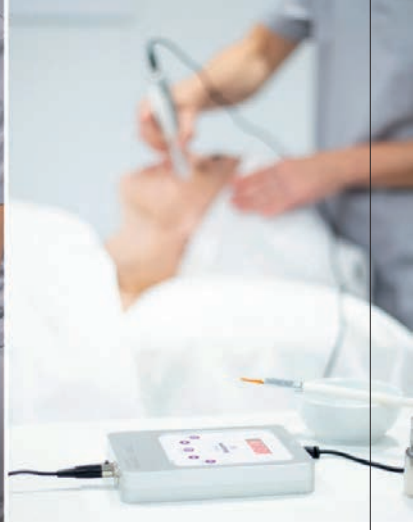
Aquí, precisamente, es donde está la clave. En un mundo que demanda **democratización**, el mundo de la belleza está obligado a idear soluciones a todo tipo de clientes, necesidades terapéuticas y, por supuesto, con facilidades de pago a través de financiaciones. Por eso, en el centro ubicado en el Edificio Policlínica Artica brindan una variedad de posibilidades, desde sesiones faciales hasta cirugías estéticas, para adaptarse a las distintas necesidades del paciente.

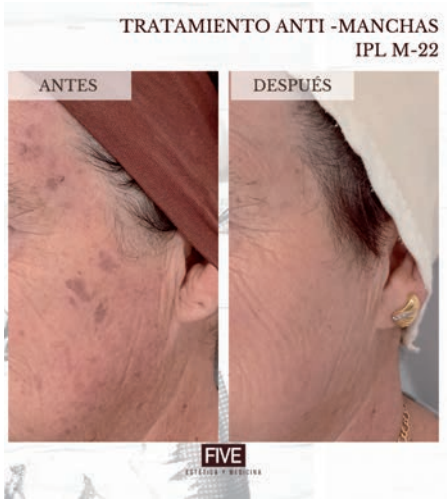
El presupuesto medio mensual destinado por los españoles a productos de belleza y cosmética es de 40 euros, aunque en el caso de las mujeres este importe asciende a los 45 euros, un 32 % más que el de los hombres (con 34 euros de media). Así lo refleja el último análisis realizado por la app de finanzas **Fintonic**, elaborado a partir de datos reales y anónimos de más de 400.000 usuarios. De este informe, por otra parte, también se extrae que los ciudadanos de **Navarra** y País Vasco invierten más que el español promedio. En concreto, encabezan el gasto con 47 euros al mes.

Actualmente existe un creciente interés por procedimientos estéticos que no precisan de anestesia ni de quirófano. Son opciones reversibles y más económicas, perfectas para los pacientes más indecisos o reticentes. Su popularidad está estrechamente relacionada con los últimos **avances tecnológicos** alcanzados en esta materia, que garantizan procedimientos seguros y eficaces al mismo tiempo.

De la mano de un equipo clínico formado por un doctor y técnicos en estética, en el centro de medicina estética ubicado en el Edificio Policlínica Artica tienen a disposición avances como el IPL de Reference, la tecnología de Luz Pulsada Intensa, la cual está especialmente indicada para mejoras a nivel epidérmico, arrugas finas, punto rubíes, venitas rojas y la eliminación de las manchas en la piel.

En todo tratamiento es clave la combinación de la mejor aparatología médica con las manos de un profesional. Ejemplo de ello son





los grandes resultados que se obtienen con Endymed; el cual combina la radiofrecuencia y masaje modulado que logra la producción de nuevo colágeno mejorando el contorno corporal y facial. En el centro de estética y medicina, FIVE, a su vez cuenta con un extenso catálogo de tratamientos de medicina estética (como ácido hialurónico, botox, mesoterapia facial y corporal, ...) opciones menos invasivas que una cirugía y que dan excelentes resultados para acompañar la belleza de la mujer y el hombre con el paso del tiempo de una forma "bella".

Cuando este tipo de tratamientos no son suficientes, ya es el momento de acudir a un cirujano plástico. En FIVE Estética y Medicina ofrecen las intervenciones más cotizadas. Como la **blefaroplastia**, que consiste en la eliminación del exceso de piel en los párpados para revitalizar la mirada. Su demanda en España, según estiman desde la AECEP, creció en torno a un 30 % durante los meses de pandemia. O el **aumento de mamas**, el procedimiento más popular entre las mujeres jóvenes a nivel mundial, tal y como reseña la **Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS)**. Cómo olvidar, por supuesto, otras populares cirugías como la **rinoplastia** -a la que se someten uno de cada 10.000 españoles, afirman desde la **Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE)**- o el ***lifting* facial**, entre muchas otras.

Y por último no podemos olvidarnos de la necesidad de combinar los procedimientos en cabina con la mejor cosmética como tratamiento domiciliario, tan esencial para el mantenimiento. Es por ello que, en Five, Estética y Medicina, trabajan con principios activos científicamente contrastados. Los profesionales aconsejarán a cada paciente el tratamiento domiciliario idóneo.

Consejos dietéticos para pacientes con Sintrom

Mikel Ibáñez Munárriz. *Enfermero. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra.*
Edurne Beorlegui Barberena y Patricia Rodríguez Del Rey. *Enfermeras. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra.*
Imanol Gil Goñi y María del Carmen Sánchez-Paniagua Aguado. *TCAE Hospital Universitario de Navarra*

Acenocumarol, coloquialmente conocido como Sintrom, es uno de los medicamentos más utilizados en España. Su función consiste en evitar la formación de coágulos de sangre producidos generalmente por arritmias, válvulas protésicas o isquemia cardiovascular.

Este medicamento requiere controles periódicos con el objetivo de conseguir un margen entre 2 y 3, generalmente. No obstante, la alimentación tiene gran influencia en la eficacia del medicamento.
Teniendo en cuenta que el Sintrom es un antagonista de la vitamina K (o antivitamina K), es importante tener en cuenta aquellos alimentos ricos en dicha vitamina, con la finalidad de evitar alteraciones de la actuación del anticoagulante; entre algunos de estos alimentos se encuentran: Verduras de hoja verde, coles como brócoli, repollo, coliflor y coles de Bruselas, productos vegetales fermentados como chucrut o kimchi y vísceras como el hígado.

Alimentos recomendados

Entre los alimentos recomendados durante el tratamiento con Sintrom, destacan los siguientes:

- Los alimentos de origen animal, ya que no contienen grandes cantidades de vitamina K, salvo el hígado.
- El aceite de oliva virgen, ya que a pesar de su alto contenido de vitamina K, no influye en los niveles del medicamento.
- Fruta (excepto kiwi) y frutos secos.
- Legumbres.
- Lácteos desnatados.
- Cereales como, pan, arroz, pasta, patata o similares.
- A pesar de su alto contenido en vitamina K, los condimentos como ajo, sal, vinagre, mostaza, chile y pimentón, son recomendados. Se debe a que son consumidos en pequeñas cantidades.

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

PFAPA ¿qué es eso?

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

El síndrome PFAPA es una patología poco conocida que, por su similitud con los procesos infecciosos y la corta edad de los pacientes a los que afecta (media 2,8 años), ocasiona la realización de múltiples estudios complementarios, ingresos y tratamientos antibióticos innecesarios hasta que finalmente se llega a su diagnóstico.

Es el síndrome de fiebre periódica más frecuente en los niños. Si bien no se han determinado las causas genéticas, este síndrome tiende a agruparse con aquellos hereditarios de fiebre. Por lo general, comienza en la primera infancia (entre los 2 y 5 años de edad) y tiende a ser más frecuente en los varones. Es benigna y autolimitada.

¿Qué síntomas da?

Los episodios febriles persisten de 3 a 6 días y recurren aproximadamente cada 28 días. El síndrome causa cansancio, escalofríos y, en ocasiones, dolor abdominal y cefalea, así como fiebre, faringitis, úlceras aftosas y linfadenopatías. Los pacientes están sanos entre los episodios; el crecimiento es normal.

¿De dónde viene ese nombre tan raro?

El nombre es el acrónimo de las iniciales, en inglés, de sus manifestaciones típicas: Periodic Fever, Aftous stomatitis, Pharyngitis and Adenopaty: es decir, fiebre periódica, estomatitis aftosa (llagas dentro de la boca), faringitis y adenopatía (ganglios).

¿Quién o qué produce la enfermedad?

Aunque lo parezca, no es una enfermedad infecciosa. No está producida por virus ni por bacterias. Son brotes autoinflamatorios, cuyo origen se desconoce.

¿Cómo se diagnostica?

No hay una prueba de laboratorio que certifique esta enfermedad. El diagnóstico es clínico, es decir, que se hace por el pediatra valorando los síntomas, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

El diagnóstico del síndrome PFAPA se basa en los hallazgos clínicos, que incluyen los siguientes:

- ≥ 3 episodios febriles, que duran hasta 5 días y aparecen a intervalos regulares.
- Faringitis más adenopatías o úlceras aftosas.

Buena salud entre los episodios y crecimiento normal.

¿Cómo se trata?

Una peculiaridad llamativa del PFAPA, y que sirve para asegurarse el diagnóstico, es la rápida desaparición de la fiebre y la mejoría general, en cuestión de horas, tras la administración de un medicamento antiinflamatorio, un corticoide, generalmente en dosis única por la boca.

¿Con qué puede confundirse?

Aunque tiene unas características muy propias, y en particular la respuesta "mágica" al tratamiento aniinflamatorio, ya comentada, algunos defectos inmunitarios (de defensas) pueden parecerse a esta enfermedad.

¿Tiene cura el pfapa?

No hay tratamiento preventivo de los nuevos episodios. Afortunadamente, esta es una enfermedad pasajera, que se soluciona sola con el tiempo y que no deja secuelas.

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

Estoy deprimido

Olga Lucía Correa Ospina. *Médico psiquiatra. Hospital Reina Sofía de Tudela*

Es frecuente oír en las personas quejas sobre el estado de ánimo, y en concreto la expresión: "estoy deprimido". No cabe duda de que la persona que realiza esta afirmación se está refiriendo a que no se encuentra bien a nivel de su estado de ánimo, que se encuentra triste. Pero resultaría interesante hacer una aclaración al respecto. El término depresión hace referencia a una enfermedad del sistema nervioso, una enfermedad que puede tener diferentes niveles de gravedad y que ésta gravedad en caso de ser elevada puede ser de una importancia significativa, tanto así que puede poner en peligro la vida de una persona.

La buena noticia, es que la mayoría de las veces, no se trata en realidad de una depresión. A pesar de que usemos ese término, si nos evaluara de forma adecuada un profesional de la salud comprenderíamos que en realidad estamos confundiendo, el estar tristes, frustrados, aburridos con la posibilidad de estar deprimidos.

Nuestro cerebro tiene la capacidad de desarrollar sentimientos, esto hace parte de un cerebro normal. El estar enfadado porque se me ha estropeado el coche, frustrado porque no he obtenido los resultados esperados en un proyecto; triste porque se ha terminado una relación sentimental... , y claro, también están las emociones agradables como la satisfacción, la ilusión, la esperanza... La tristeza es una de las emociones de nuestro sistemas cerebral. Y es perfectamente comprensible y razonable su presencia a pesar de que no sea una experiencia placentera.

Esperiencia de malestar

En principio la medida mas importante cuando nos sentimos tristes es aceptarlo. Aceptarlo como una experiencia interna propia de los seres humanos. No juzgarnos por estar entristecidos ni forzarnos a no estarlo. "No estés triste", esta es una frase habitual que se le dice a una persona que está pasando por un mal momento. Pero a pesar de la buena intención de esta frase u otras similares, realmente sería más aconsejable recibir este sentimiento como algo natural y aceptarlo. Contextualizarlo en relación a lo que estamos viviendo en ese momento. En ocasiones no tenemos claro el motivo de la tristeza, pero aun así podemos estarlo. A veces hay relación con factores hormonales, el clima, la tensión por nuestras obligaciones, cansancio físico o factores de nuestra vida que no asociamos directamente pero que pueden estar jugando un papel.

Una vez aceptamos este sentimiento, su experiencia se hace un poco menos dolorosa, ya que no le agregamos el sufrimiento por sentirnos enfermos o avergonzados por sentirnos débiles por vernos así. Y entonces podemos empezar poco a poco a permitirnos estrategias para ir resolviendo esta experiencia de malestar. En cada persona estas estrategias serán diferentes ya que consisten en echar mano de aquellos valores importantes para cada uno y de los intereses particulares. Recurrimos entonces a aquellos elementos que sabemos que nos suelen afectar de forma positiva: el deporte, los amigos, la familia, los paseos, nuestra mascota, la música, una película, etc. Y por lo general en el momentos menos pensado vamos saliendo de aquel momento doloroso y volvemos a estar como antes.

Ahora bien, la depresión es un cuadro de características diferentes, donde la principal es la intensidad y el mantenimiento de los síntomas a los largo de los días, el empeoramiento y sobretodo, la afectación sobre

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

nuestra vida en general. Este último es uno de los factores más importantes, que se trata de un importante cuadro de malestar mental con una base de alteración cerebral que afecta no solo a la sensación subjetiva de bienestar sino a la capacidad de funcionar en los diferentes aspectos de la vida. Se suele acompañar de desesperanza, de pesimismo, sensación de cansancio, sentimientos negativos hacia la propia persona, pérdida de la capacidad de sentir placer en general, pérdida de interés en cada vez más actividades, abandono de nuestro autocuidado y de nuestro entorno, cambio en nuestro patrón de sueño y de apetito, así como otra serie de elementos clínicos que pueden estar presentes.

Resulta importante entonces considerar de entrada que la tristeza como tal no es enfermedad. Que es importantes asumirla, aceptarla y no juzgarla. Progresivamente ofrecernos propuestas para ir sintiéndonos mejor. No alimentarla con actitudes derrotistas o autodevaluándonos. En caso de que el malestar persista y nuestras estrategias de afrontamiento no estén resultando eficaces y el malestar perdure, o se intensifique, conviene consultar con nuestro médico de atención primaria o el personal sanitario de referencia. Ellos y ellas pueden ayudarnos a valorar lo que nos está ocurriendo y a categorizarlo y sobretodo a evaluar la presencia de elementos que sugieran o no la presencia de una depresión.

No es lo mismo estar deprimidos a estar tristes

Cada vez desde salud mental animamos a los equipos de atención primaria y a los propios profesionales de salud mental a enseñar a la población sobre la naturaleza humana de la tristeza y el malestar y no tratarlo de entrada con medicamentos para la ansiedad o antidepresivos que al final de cuentas no serán efectivos si su causa son las dificultades normales y habituales de la vida o las emociones propias del ser humano. El uso de medicamentos antidepresivos está siendo cada vez mayor, por lo menos en nuestra comunidad. Esto debe alertarnos sobre la posibilidad de la sobremedicación de estas sustancias, y sobre la posibilidad de que estamos dejando en los medicamentos la responsabilidad de ayudarnos a sentirnos mejor, a no estar tristes. Y no estamos entrenándonos en resolver nuestro malestar con nuestras propias estrategias de afrontamiento de malestar.

Como conclusión, no es igual estar deprimido a estar tristes. La depresión requiere un tratamiento específico y la tristeza no. Pero en cualquier caso, resulta tremendamente importante fortalecer nuestro sistema de afrontamiento del malestar, enriqueciendo nuestra vida, manteniendo la mente activa y ocupada con actividades placenteras y retos, que no tiene que ser especialmente sofisticados, pero que disfrutemos, que tengan que ver con nuestra forma de ser y nuestros intereses, o que exploremos unos nuevos, para que nos ayuden a sobreponernos a los humanos momentos de debilidad y frustración. En otras palabras, es recomendable que durante nuestro recorrido en la vida vayamos buscando en nosotros mismos y vayamos construyendo esa red que nos ayudará en los momentos de fragilidad. Esto ayudará a que asumamos en un principio nuestra salud mental como algo que debemos cuidar, así como lo hacemos con el resto de nuestro cuerpo. Y saber también, que siempre se puede pedir ayuda, si no podemos con ello.

Está en tu sangre salvar vidas

María Otermin. *Coordinadora de ADONA.*
José Ignacio Martín Badules. *Enfermero y responsable del Servicio Religioso del Hospital Universitario de Navarra*

La donación de sangre, se ha convertido en estos últimos años en una de las prácticas socialmente más frecuentes. Al contribuir con esta iniciativa de generosidad, no solo se regala la sangre sino que también y al mismo tiempo se contribuye a estimular la esperanza de vida de personas que necesitan este fluido para seguir viviendo.

Aproximadamente, cada año se registran más de 200 millones de hombres y mujeres que en circunstancias extremas ya sea por accidentes o por alguna enfermedad hematológica, como la leucemia, hemofilia, intervenciones quirúrgicas o tratamientos la necesitan.
Estas situaciones que se presentan en el día a día en los hospitales, requieren millones de personas generosas para atender, curar y salvar a tantas personas.
Concretamente, los glóbulos rojos, plasma y plaquetas son los que se extraen de una unidad o bolsa de sangre que suele aportar ayuda hasta tres personas.

Con esta sencilla entrevista que le hacemos a nuestra compañera María Otermin, responsable de ADONA (Asociación de Donantes de Sangre de Navarra), queremos y pretendemos informar y sensibilizar a las personas de buena voluntad, al mismo tiempo queremos aclarar las dudas más comunes que pueden surgir en todo lo que respecta a la donación de sangre.

1.- María, prácticamente, todos sabemos que la donación de sangre es un acto de generosidad, anónimo, voluntario y gratuito. Sin la sangre biológicamente un cuerpo humano no puede vivir y su utilización terapéutica es vital para salvar vidas. Nos podrías decir qué es la donación de sangre, y la realidad cuantitativa de donantes en nuestra Comunidad Foral de Navarra.
La donación es un acto social que se convierte en acto médico en el momento en que los donantes nos sentamos en el sillón de donación y nos extraen 450 cc de sangre de una vena para fraccionarlos en los diferentes componentes de la sangre y tras los controles sanitarios pertinentes, ser trasfundidos a personas que los necesitan para salvar su vida o mejorar su calidad de vida.
Es un acto sencillo que salva vidas e imprescindible para sustentar nuestro sistema sanitario.
En Navarra hay aproximadamente unos 30.000 donantes activos, de los cuales donan anualmente algo menos de 20.000

2.- Aclarada esta primera pregunta, tu respuesta nos lleva a otra. Me figuro, que el proceso de la donación de sangre consta de varios pasos (la confidencialidad, analítica, constantes vitales etc.. En qué consiste este proceso.
La donación de sangre comienza con unos buenos programas de concienciación de la población, para crear una tendencia positiva hacia la misma. Todo ello basado en unos principios éticos como son la voluntariedad, el altruismo y el anonimato.
Hay una selección previa del donante que tiene que cumplir unos requisitos para que, en primer lugar la donación no perjudique a los donantes, y en segundo lugar a los receptores; Hay que ser mayor de 18 años y menor de 65 para empezar a donar; Pesar más de 50 kg., tener lo que comúnmente llamamos buena salud, y no haber padecido ninguna enfermedad que se transmita por la sangre.
Con estas condiciones básicas los donantes llegan a cualquiera de los puntos de donación de Pamplona, Tudela o a la unidad móvil que recorre los pueblos de nuestra comunidad.
Cada vez que donamos, siempre, previamente, rellenamos un cuestionario médico sobre nuestra salud y nuestros hábitos de salud, luego pasamos una entrevista personal con la médico de extracción (si es la primera donación) o con una enfermera o enfermero si ya somos donantes habituales.
Además antes de donar nos harán una prueba de hemoglobina para descartar que tenemos anemia o que la donación nos la pudiera causar y nos tomarán la tensión.
Todo este proceso se realiza en la más absoluta privacidad entre los donantes y el equipo sanitario y si todo es correcto a la normativa legal vigente, se puede pasar a donar.

3.- Pienso que la mayoría de la población reúne las condiciones necesarias para ser donante, pero acláranos un poco más, Quién puede donar (hombre-mujer-peso-edad) y con qué frecuencia.
Cualquier persona que reúna los requisitos anteriores, puede ser donante de sangre y la seguridad de los donantes y receptores está garantizada siempre por una normativa legal que viene desde directrices europeas.

La frecuencia es siempre voluntaria, pero para proteger la salud de los donantes la ley indica que los hombres pueden donar un máximo de 4 veces al año (cada tres meses) y las mujeres un máximo de 3 veces al año (cada cuatro meses). Pero es el equipo sanitario el que en función de nuestras analíticas, el peso y la altura, nos hará las recomendaciones más adecuadas para proteger nuestra salud.

4.- Sabemos que la sangre circula por nuestro cuerpo transportando oxígeno y otros nutrientes o sustancias necesarias para la vida celular, brevemente, nos podrías indicar cuales son o que tipos de donación existen.

Cuando hablamos de donación de sangre hay dos tipos de donación: La que llamamos donación ordinaria y la donación de tipo aféresis.

La donación ordinaria, o de sangre total, consiste en pinchar la vena de un donante y completar una donación de 450cc de sangre tal cual circula por nuestro organismo.

Esta sangre se recoge en una bolsa estéril que contiene una pequeña cantidad de anticoagulante y luego se fracciona en el laboratorio del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra para separar los tres componentes que más se utilizan después en los hospitales: Plasma, plaquetas y glóbulos rojos (Por un proceso de filtración se eliminan los glóbulos blancos). Una donación de sangre ordinaria dura unos 8-10 minutos.

La donación de aféresis es un proceso de extracción en el cual interviene una máquina (separador celular). Inicialmente se pincha la vena del donante y van extrayendo pequeñas cantidades de sangre en varios ciclos. La sangre pasa por la máquina que por un proceso de centrífuga separa el componente que interesa en cada momento (Plasma, plaquetas o una combinación de plasma o plaquetas, o glóbulos rojos) y devuelve al donante el resto de componentes que no se van a utilizar. Son procesos, en los que dependiendo del componente a recoger, las venas del donante, su peso etc. puede durar entre 30 minutos y 2 horas.

5.- Antes que la sangre pase al destinatario o receptor, tendrá que pasar por un estricto y riguroso control de calidad (bolsas estériles-analítica-procesos de centrifugación etc.) Concretamente, que pasos se hacen con la sangre que se dona.

Todo el proceso de donación/extracción es un proceso seguro, en el que se utiliza siempre material estéril, de un solo uso y diseñado especialmente para ser lo menos molesto posible para el donante.

Todas las unidades de sangre donadas, pasan por diferentes procesos en el Banco de sangre: Filtración para la eliminación de los glóbulos blancos, centrífuga para separar los componentes de la sangre y obtener concentrados de Glóbulos rojos o plaquetas y plasma.

En el laboratorio se analizan las muestras que también se han extraído a cada donante y están codificadas con el mismo número que la unidad de sangre donada.

Estos análisis se realizan siempre que donamos: Grupo sanguíneo y Rh, un hemograma completo (para garantizar la salud del donante), pruebas serológicas para detectar diferentes virus transmisibles por la sangre (Hepatitis, VIH, sífilis...)

6.- Los componentes de la sangre (glóbulos rojos-plasma-plaquetas), son necesarios en la terapia y tratamientos de muchas enfermedades, María, teniendo como telón de fondo todo lo anterior, en dos palabras, nos podrías decir por qué es tan urgente e importante donar sangre.

Porque sin donaciones de sangre, sin donantes, se bloquearía nuestro sistema sanitario y lo que es peor, muchos pacientes morirían y otros no podrían hacer frente a sus terapias, intervenciones quirúrgicas, tratamientos con fármacos derivados del plasma humano, no habría trasplantes de órganos...

7.- Finalmente, las personas que lean esta sencilla entrevista, y quieran informarse para hacerse donantes de sangre, que pasos tienen que dar, o que direcciones, teléfonos o páginas web, se les puede facilitar para informarse o ponerse en contacto.

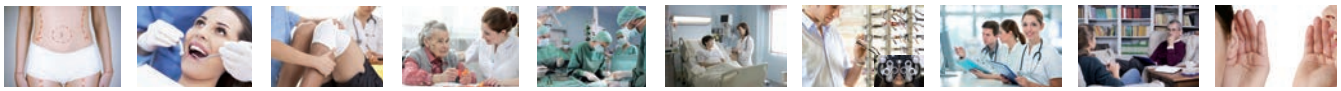
En primer lugar hay que cumplir esos requisitos básicos: Mayor de 18 años, pesar más de 50 kg., y tener una buena salud. El siguiente hito es pasar por cualquiera de los puntos de donación que hay en Navarra: En Pamplona, Banco de Sangre y Tejidos en el Hospital de Navarra; En Tudela, por el punto de donación del Banco de Sangre en la C/ Eza, nº 2 y en la unidad móvil en cualquiera de las localidades que figuran en el calendario de donación de la web www.adona.es/es

Las personas que quieran sumarse a esta necesaria labor pueden obtener más información en www.adona.es o en los teléfonos 848 422 490 (ADONA), 848 422 500 Banco de Sangre en Pamplona y 848 421 991 Banco de Sangre en Tudela.

En cualquier caso, recomendamos solicitar cita previa bien de forma online en nuestra página web o en los teléfonos indicados.

Gracias María, por tu dedicación y profesionalidad en algo tan importante como es la Donación de Sangre. Agradecemos a todo el colectivo de profesionales y voluntarios que dedican su tiempo y cualidades a este objetivo tan importante y necesario. Agradecemos todos los medios y el interés que la Sanidad de Navarra está haciendo para incrementar en bien de las personas necesitadas de sangre todos los recursos que tiene a su alcance. Por experiencia sabemos, que la donación de sangre es un objetivo prioritario de gran interés social y sanitario.

Aunque un pintor sea bueno dibujando, no puede dibujar sin pintura ni pinceles. Y un buen cocinero tampoco puede cocinar sin ingredientes. Lo mismo ocurre con salvar vidas. Aunque los médicos tengan excelentes técnicas médicas, no pueden realizar una gran operación o tratamiento sin sangre. Todos, podemos colaborar con generosidad a salvar tres vidas, aunque no haya estudiado medicina o enfermería ni tenga experiencia en cirugía. ¿Hay un mejor servicio de voluntariado que este? Cualquiera de nosotros algún día podemos necesitar sangre, y disponer de ella es responsabilidad de todos.



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

8.000 ejemplares de tirada + 5.200.000 visitas en 2021 (Google Analytics) + Redes sociales

Revista: **1 página interior** (600 €), **1/2 página** (400 €), **1 faldón** (300 €) [Precios/Nº +IVA]

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

+ **información:** https://zonahospitalaria.com/como-anunciarse/

redaccion@zonahospitalaria.com

La regulación emocional en entornos de estrés laboral sostenido

Javier Díaz Leiva. *Psicólogo clínico. Hospital Universitario de Navarra. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.*
Clara Lacunza Juangarcía. *Psicóloga clínica. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*

La ansiedad, como las sensaciones de estrés e inquietud derivadas de las exigencias ambientales, es una respuesta natural del organismo que, si se cronifica o desborda, puede desencadenar problemas de salud mental más o menos importantes. Una adecuada regulación emocional en el trabajo es deseable para romper con las respuestas de ansiedad que desencadena el estrés.

Estrés laboral y reacciones de ansiedad

Corresponde al psicólogo de origen alemán Herbert Freudenberger, una de las primeras y más precisas descripciones de los síntomas de agotamiento laboral o burnout ocupacional, como se le conoce en la jerga especializada. Este investigador lo definía, ya en 1974, como "una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador". El Instituto Nacional de la Seguridad y Salud en el Trabajo, considera el estrés laboral como el segundo problema de salud más frecuente entre los trabajadores, tras los trastornos musculoesqueléticos, y su incidencia estaría aumentando debido a las nuevas formas de organización del trabajo. Si bien no existen datos oficiales sobre síntomas psicológicos en la masa laboral española (ya que estas patologías están fuera del catálogo de enfermedades profesionales y sus bajas computan como contingencias comunes), algunos estudios cifran entre un 17% y un 27% el porcentaje de personas que dicen sufrir ansiedad en el trabajo; entre un 30% y un 38% los que experimentan estrés "siempre" o "casi siempre" y hasta un 47% los que dicen sentirse expuestos a factores de riesgo emocional. Si hablamos del colectivo médico, uno de los más expuestos al estrés laboral por múltiples razones, el problema parece haberse agravarse. Según datos del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), durante el año 2019-2020 se atendieron a 1.200 personas, de las que un 76,8% lo hicieron por síntomas psicológicos o trastornos mentales. Estos son, junto a los trastornos adictivos, las patologías que trata este organismo dependiente de la Organización Médica Colegial de España. El sindicato de enfermería SATSE, por su parte, informa de un 69% de sus encuestados que habrían informado, en este año 2021, de padecer la sensación de estar quemado en el trabajo, subiendo al 88% los que reportan sufrir estrés.

La ansiedad se define como una reacción corporal de miedo cronificada que se desencadena ante una situación real o imaginada. Suele conllevar malestar subjetivo y conductas de

evitación, que pueden llegar a ser disfuncionales y limitantes para el sujeto. Los costes médicos directos e indirectos son elevados, y pueden llevar a la persona a periodos prolongados de baja laboral y a necesitar tratamientos psicológicos o farmacológicos largos. Generalmente, un trastorno de ansiedad con entidad clínica se instaura tras periodos de estrés intenso y continuado o por experiencias traumáticas. La ansiedad produce una alteración en la secreción de catecolaminas, que son hormonas neurotransmisoras responsables de las manifestaciones agudas. Pero también inducen cambios en el ciclo del cortisol, manteniendo estados de activación y vigilancia inusualmente altos en la persona y favoreciendo la aparición de síntomas como irritabilidad, alteración de los ciclos de alimentación-sueño e incluso propensión a la enfermedad común y a la patología cardiovascular.

En estas circunstancias, y volviendo al problema del estrés laboral, es desde luego deseable que los responsables de seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo con la dirección de la empresa o del centro que corresponda, tome cartas en el asunto y se articulen medidas preventivas que mejoren las condiciones de desempeño y eventual sobrecarga del trabajador, y que eviten la cronificación de la respuesta de estrés. En contextos sanitarios especialmente expuestos a la urgencia y al trato continuado con personas, en situaciones de presión asistencial e incluso ante emergencias sanitarias de extraordinaria gravedad como la pandemia de COVID-19, conseguir un nivel de activación o ansiedad modulado es un trabajo deseable también a nivel individual, que favorecerá además el afrontamiento de situaciones de estrés evitables e inevitables.

La regulación emocional en el entorno laboral

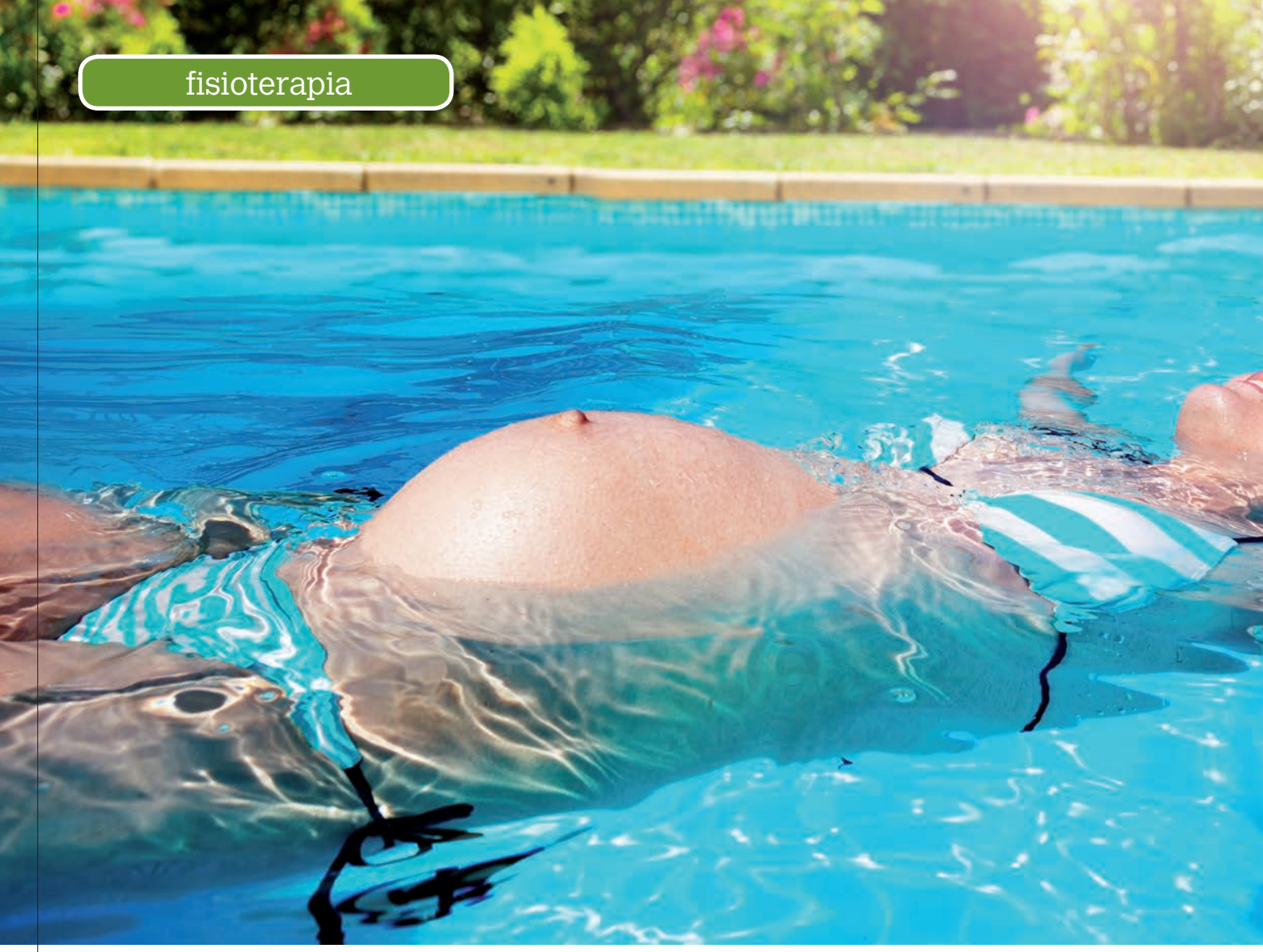
Una buena regulación emocional se relaciona con la resiliencia, es decir, con la capacidad de resistir y sobreponerse con éxito a acontecimientos traumáticos o de estrés sostenido. Una persona que modula bien sus emociones y que aprende a rebajarlas cuando amenazan con desbordarse, estará más preparada para soportar las arremetidas ambientales. A partir de aquí, las respuestas que despliegan las personas para combatir el estrés son variadas y dependen tanto de la historia personal de que cada una, como del grado de apoyo con que se cuenta para ello. Hay quien tiene la capacidad de dejar sus preocupaciones en el vestuario o sobre el escritorio de su ordenador antes de salir del centro de trabajo. Otros pueden llevarse la preocupación a casa y rumiarla o descargarla contra otros o contra sí mismos, o bien transformarla en otra cosa: la práctica de un deporte, una actividad creativa... Lo importante, cuando hablamos de regulación emocional, es que estos respiros e intentos de autocuidado no supongan, indirectamente, una negación total de los problemas o un escape del sentir, ya que estas actitudes pueden ser protectoras en entornos estables y desmotivadores, pero no en entornos exigentes y cambiantes como pueden ser el hospital o un centro de salud expuesto a la emergencia sanitaria.

Por ello, lo primero tendría que ser el reconocimiento de las llamadas "señales de alarma". Estas señales, en el medio sanitario, serían el malestar al comienzo de la jornada cuando se anticipa la agenda del día; el deseo de que las consultas o contactos con el paciente terminen cuanto antes; las reacciones de sobreimplicación hacia estos mismos pacientes (por ejemplo, reacciones del tipo "este paciente me cae mal"), o las resonancias con la propia historia personal que hagan perder o poner en suspenso la debida objetividad en el trato (identificación con la enfermedad o con los relatos más "desgraciados" del paciente). En cuanto a las dificultades para desconectar y cambiar de actividad al final de la jornada, constituyen las variables más directamente asociadas con la aparición de problemas de sueño y manifestaciones de ansiedad somatizada, como la tensión muscular o los ataques de pánico.

Identificar bien estas señales de estrés, y hacerlo antes de que se desborde la ansiedad, pasa por reforzar la denominada "conciencia somática". Esta se define como la autopercepción de las sensaciones corporales que indican estados internos, ya sea de hiperactivación o de hipoactivación o parálisis de la acción, con la subsecuente desconexión de las propias emociones. Esto implica adquirir el hábito de preguntarnos, cada poco tiempo, cómo nos encontramos por dentro y si el malestar acumulado está condicionando nuestra actitud y nuestro desempeño profesional. Técnicas para aprender a respirar y relajarse de manera progresiva, la imaginación guiada o el mindfulness comparten todas el mismo objetivo: trabajar la conciencia somática y condicionar respuestas que mantengan el equilibrio y regulen el nivel de activación. Otras recomendaciones podrían ser:

- Implicarse en otras actividades;
- Compartir problemas y sentimientos;
- Tomar pequeños respiros para mirar por la ventana, hacer una respiración profunda, dar un pequeño paseo, mirar una foto...;
- Realizar alguna forma de ritual breve para separar el final de una situación estresante y el principio de una nueva;
- Rezar, meditar o recitar como vía de conexión con el medio interno.

No obstante, en el caso de los profesionales sanitarios, hay una recomendación si cabe más importante que todas estas: entender los propios motivos para trabajar con personas que necesitan ayuda. Dotar a nuestra función de un sentido que trascienda la experiencia inmediata, es tal vez lo más importante para manejar las propias emociones y preservar el bienestar físico y psicológico.



Estoy embarazada... ¿Qué tipo de ejercicio puedo realizar?

Lucía Méndez Terrazas. *Fisioterapeuta en Atención Primaria. Centro de Salud de Tafalla.*
Eva Vilchez Ruiz. *Fisioterapeuta en Atención Especializada. Hospital Universitario de Navarra*

Mucha gente piensa que el deporte en el embarazo está totalmente contraindicado, pero hace más de 20 años los estudios demuestran que la práctica de ejercicio en el embarazo aporta beneficios tanto al niño como a la madre, pero es cierto que se debe valorar el tipo de ejercicio que se va a realizar y tomar ciertas precauciones.

Consideraciones generales para la práctica de ejercicio en el embarazo

Diferenciaremos entre la actividad física (mantenerse físicamente activo: salir a caminar, realizar las tareas domésticas, bailar...) el ejercicio físico (toda actividad física planificada y repetitiva: entrenamiento de fuerza, bailar, correr...) y el deporte (es la actividad física especializada y que incluye la competición)

Las características de la madre no son las mismas durante los nueve meses de gestación y por tanto los planes de entrenamiento se deben ir revisando para poder adaptarlo a las necesidades de cada momento: molestias del primer trimestre, cansancio...

En este momento es bueno diferenciar entre las mujeres que no realizaban actividad física previa al embarazo, en este caso es preferible esperar al segundo trimestre para comenzar el ejercicio físico, cuando el feto ya está más asentado, pero debemos animarlas para que comiencen con la actividad física, sin embargo, las mujeres que sí realizaban ejercicio físico antes del embarazo deben seguir, aunque es recomendable que revisen la intensidad y el tipo de ejercicio.

Otro factor a tener en cuenta es la liberación de la hormona relaxina durante el embarazo, esto es así para facilitar el momento del parto, pero también aumenta el riesgo de lesiones durante el ejercicio, por ello hay que vigilar la amplitud con la que se realizan los movimientos.

Contraindicaciones del ejercicio físico en el embarazo

Aunque hemos indicado que por norma general el ejercicio físico es beneficioso para las mujeres y sus bebés, hay ciertas contraindicaciones que debemos conocer:

- Contraindicaciones absolutas:
- Ruptura de membranas.
- Incompetencia de cuello uterino
- Riesgo de parto prematuro.
- Sangrado persistente sin causa conocida.
- Placenta previa después de la semana 28.
- Preclamsia.

- Restricción de crecimiento uterino.
- Embarazo múltiple (trillizos)
- Diabetes tipo I, hipertensión o enfermedad tiroidea descontroladas.
- Enfermedad cardiovascular o respiratoria severas.

Contraindicaciones relativas: cada caso debe ser estudiado de manera individualizada y se recomienda que siempre esté supervisado por algún profesional especializado.

- Abortos de repetición previos.
- Hipertensión gestacional.
- Historial de partos prematuros.
- Enfermedad cardiovascular o respiratoria controlada.
- Anemia que cursa con síntomas.
- Malnutrición y/o desórdenes alimentarios.
- Embarazo gemelar después de la semana 28.
- Otras enfermedades.

Ejercicios y actividades que debo evitar durante el embarazo

Vamos a distinguir tres grandes grupos:

- **Ejercicios de alto impacto.**

El ejercicio de alto impacto entraña riesgos durante el embarazo (caídas, daño al suelo pélvico...) así, el ejercicio que implique cambios bruscos de dirección, saltos, aceleración... es mejor evitarlo, en este grupo entran los deportes de tipo aeróbic, equitación, gimnasia rítmica...

Algunos profesionales prefieren optar por adaptar los ejercicios, como por ejemplo hacer zumba "marcando" los saltos en lugar de hacerlos, para que así la mujer embarazada no tenga que abandonar una actividad que le gusta y así minimizar el riesgo de sedentarismo.

- **Deportes de contacto.**

También hay que evitar todos los deportes que impliquen riesgo de golpes o accidentes: esquí, artes marciales, deporte de competición (balonmano, fútbol...) patinaje...

- **Gimnasia abdominal hipopresiva.**

La gimnasia abdominal hipopresiva es la gimnasia de las mujeres por excelencia, ayuda a evitar la incontinencia, mejora los prolapsos, recupera el suelo pélvico después del parto... pero su práctica durante el embarazo implica riesgos para el feto que hacen que este ejercicio esté totalmente contraindicado en el embarazo.

Ejercicio indicado en el embarazo

La realización de ejercicio durante el embarazo en general es seguro e implica grandes beneficios, de todas maneras siempre es interesante que preguntes a alguna persona especializada en el deporte y/o el embarazo antes de comenzar una nueva actividad física. Algunas actividades habitualmente aconsejadas son:

- **Andar.**

Caminar es una de las actividades más recomendadas ya que no implica apenas riesgos, pero si beneficios desde el minuto uno de embarazo, además eres tu quién controla el ritmo y la intensidad para adapatarlo a tus necesidades del momento.

- **Nadar.**

Muchos profesionales defienden que es la mejor actividad para las mujeres embarazadas, no crea presión en las articulaciones, y el agua te hace sentir más ligera cuando se empieza a ganar peso, por lo que los movimientos se hacen más fáciles.

En este grupo también podemos incluir otras actividades que se realizan en el agua como: aquamamis, matronatación, aquaaeróbic...

- **Actividades colectivas de bajo impacto.**

Yoga, pilates,....cada vez es mayor la oferta de clases dirigidas que se pueden realizar durante el embarazo, además al ser actividades grupales resultan más divertidas que la realización de ejercicio una persona sola.

- **Educación postural.**

Durante el embarazo se sufren importantes cambios hormonales que unidos al cambio de la distribución de peso van a alterar la estática corporal de la mujer embarazada, en ocasiones adoptando posturas no deseables que van a producir sobrecargas musculares o dolores, así, estas clases pueden ser muy interesantes además ahora hay clases de educación postural específicas para mujeres embarazadas.

- **Ejercicio de Fuerza.**

Tradicionalmente se ha evitado el ejercicio de fuerza en el embarazo, pero los estudios actuales nos dicen que presenta múltiples beneficios como la prevención de la diabetes gestacional o la preclamsia, además mejora la calidad de la leche materna y de la placenta.

- **Preparación al parto.**

Cada vez más centros cuentan con clases de preparación al parto con algún profesional especializado, en estas clases se incluyen ejercicios que van a favorecer el bienestar de la madre y facilitar el momento del parto.

Conclusiones

La evidencia cada vez nos dice que el ejercicio en el embarazo es bueno tanto para la madre como para el feto, hasta hace poco era difícil encontrar personas con los conocimientos necesarios para realizar una actividad deportiva segura, pero poco a poco la oferta es cada vez más extensa y profesionalizada.

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

Cuidado e higiene bucal en niños

Jorge Montero Herrero. TCAE. Hospital Universitario de Navarra.
MªPaz Martínez Alcat. Enfermera. Hospital Universitario de Navarra.
Natalia Romero Aldave, Ainara Ajona Baquedano e Imanol Gil Goñi. TCAE. Hospital Universitario de Navarra

Las necesidades de higiene bucodental en los niños, variarán dependiendo de la edad que tengan, pero esta, se centrará en eliminar la placa bacteriana y el biofilm bucal, todo esto, para mantener una buena salud bucodental.

Los objetivos de la higiene bucal estará encaminada en la prevención de dos patologías principales como la gingivitis y las caries.
La caries dental es la enfermedad infantil crónica más común en nuestra sociedad, pero es prevenible y curable.
El mejor método de higiene bucodental para la eliminación de la placa bacteriana, es el cepillado y la limpieza interdental , todos los días.
Durante los seis primeros años de vida del niño, serán sus padres los que se harán responsables de la limpieza de los dientes .

Desarrollo de la dentición

El desarrollo de la cavidad bucal se produce sobre todo en la edad infantil. Así, se pueden distinguir tres periodos distintos:

- Desde el nacimiento hasta los 2 años. Tiene lugar la erupción de los dientes temporales, también llamados dientes de leche.
- Entre los 2 y los 6 años. Durante esta etapa los niños ya tienen todos los dientes de leche y no se produce ninguna erupción dental.
- Entre los 6 y los 12 años. Los niños tienen dentición mixta, ya que comienza la erupción de los dientes permanentes a la vez que con los dientes de leche.

Cuidados específicos en cada edad

- **0 A 2 Años:** La erupción de los dientes suele empezar a los 6 meses y concluyendo sobre los 2 años. Es importante mantener una buena higiene aunque no hayan aparecido los primeros dientes, para ello , utilizaremos una gasa húmeda para limpiar las encías.
- **2 a 6 Años:** Se recomienda que el niño vaya cogiendo el hábito del cepillado y lo realice 2 veces al día, siendo importante hacer hincapié en la mañana y sobre todo por la noche antes de acostarse o preferiblemente despúes de cada comida, e intentaremos que el cepillado tenga una duración de 2 minutos.
- Se recomienda introducir junto con el cepillado el uso de un gel dentífrico con una concentración de flúor adaptada a la edad del niño. Según las guías de la Academia Europea de Odontología Pediátrica (EAPD) y de la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP), la concentración de flúor recomendada a partir de los dos años de edad es de 1.000 ppm de ion flúor.
- **6 a 12 Años:** En esta franja de edad comienza la erupción de los dientes definitivos. En esta etapa hay una convivencia de los dientes de leche y la dentición definitiva.
- Es aconsejable incrementar la concentración de flúor. La EAPD y la SEOP recomiendan el uso de una concentración de 1.450 ppm de ion flúor.
- El cepillado debe ser supervisado por los padres y repasado cuando sea necesario hasta aproximadamente los 8-9 años.
- Realizar visitas al odontólogo al menos una vez al año

.Consejos sobre el cepillado

- Poner la pasta de dientes sobre el cepillo. Cantidad recomendada para:

0 a 3 años : como un grano de arroz.
A partir de 3 años: como un guisante o la anchura del cabezal.

- Comenzaremos con el siguiente orden: por la parte superior, las caras externas de los dientes. El cepillo se colocará de forma horizontal y perpendicular al diente, ligeramente inclinado hacia la encía.
- Realizaremos movimientos de cepillado descendentes, siempre desde la encía hacia el borde de los dientes, separar, volver arriba, repetir, de encía a borde del diente (no al revés), diente por diente.
- Después de las caras externas, seguiremos con las caras internas , aplicando la misma técnica.
- Luego pasar a las caras oclusales , estas se cepillan con movimientos horizontales adelante y atrás.
- Pasar al siguiente cuadrante de la arcada superior y repetir el proceso.
- Después pasar a la parte inferior con la misma técnica.
- En la cara interna de los incisivos, tanto superiores como inferiores, se utiliza la punta del cepillo.
- Es recomendable cepillar la lengua, con el cepillo perpendicular y haciendo barridos siempre hacia adelante. Para que no dé náuseas es conveniente sacar bien la lengua para cepillarla.

Repercusión de la pandemia por covid-19

sobre los servicios de reproducción asistida

Irene Ortiz Rodríguez. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Centro de Salud El Palo. Málaga.*
Laura Falcón Carvajal y Désirée Diaz-Jiménez. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil. Málaga.*
Ana María Gómez Abero. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Navarra*

Las prioridades de las mujeres han cambiado con el transcurso de los años y sus necesidades actuales se centran en alcanzar un mejor desarrollo personal, tanto desde el punto de vista intelectual como laboral. Esta es una de las razones por la que muchas mujeres postergan la maternidad, lo cual tiene un notable efecto sobre la reproducción ya que, a mayor edad, mayor posibilidad de que existan o aparezcan problemas relacionados con la fertilidad.

El término esterilidad hace referencia a la incapacidad de concebir tras haber transcurrido más de 12 meses manteniendo relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Por otra parte, el concepto de infertilidad se define como la incapacidad de finalizar una gestación con el nacimiento de un niño sano. El estudio de la pareja infértil se lleva a cabo si no se consigue el embarazo tras un periodo de entre seis y doce meses manteniendo relaciones sexuales no protegidas. Sin embargo, el estudio puede ser iniciado con anterioridad en mujeres con ciclos menstruales irregulares o factores de riesgo conocidos para la infertilidad, como endometriosis, antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, o malformaciones del tracto reproductivo.

En la actualidad, existen 187 millones de parejas en el mundo afectadas de infertilidad, un 10% de origen primario, es decir, nunca han conseguido finalizar un embarazo con un recién nacido vivo, y el 90% restantes de origen secundario; tras un embarazo y parto normales, no se consigue una nueva gestación a término con recién nacido vivo.

Por otro lado, la prevalencia de esterilidad entre la población española se estima en un 15% de las parejas en edad fértil y su incremento progresivo en los últimos años ha generado un fuerte aumento de la demanda de técnicas de asistencia a la reproducción que ha duplicado durante quince años el número de centros sanitarios que ofrecen una o varias de estas técnicas de reproducción humana asistida (TRHA). Entre un 0,2% y un 4,3% de los nacimientos que se producen a nivel mundial, ocurren a través de las técnicas de reproducción asistida (TRA).

Dentro de las TRA se incluyen todas las intervenciones, referidas a tratamientos y procedimientos, relacionadas con la manipulación de ovocitos y/o espermatozoides o embriones humanos, para la consecución de un embarazo: inseminación artificial, fecundación in vitro (FIV), transferencia de embriones (TE), transferencia intratubárica de gametos, transferencia intratubárica de cigotos, criopreservación de ovocitos y embriones, criopreservación espermática, criopreservación de tejido ovárico y donación de ovocitos y embriones.

La pandemia causada por la COVID-19 está cambiando drásticamente nuestra vida y perspectiva cotidiana, y por tanto también se han observado repercusiones sobre las TRHA.

Bloqueados estos servicios con la pandemia

Al inicio de la pandemia, durante el periodo de confinamiento total, se paralizaron todos los procedimientos médicos y sanitarios que fueron considerados como no esenciales y dentro de este grupo se incluyó también a los servicios y clínicas de medicina reproductiva. La Sociedad Europea de Reproducción Humana (ESHRE) emitió un documento en el que recomendaba terminar los ciclos de FIV-TE iniciados, no iniciar nuevos ciclos, realizar todas las transferencias de forma diferida, no realizar transferencias de embriones vitrificados y cancelar la actividad de programas de inseminación. La única excepción se centraba en la preservación de la fertilidad en pacientes que tenían que empezar un tratamiento de quimioterapia o radioterapia.

No obstante, el 30-50% de pacientes que solicitan TRA juegan con el tiempo en su contra, puesto que pertenecen al grupo de bajo pronóstico que cuenta con una reducida tasa de éxito y además tienden a perder su potencial de fertilidad rápidamente. Además, otro grupo que se ha visto duramente golpeado ha sido el de las mujeres de edad más avanzada, ya que también se suma otro factor como es la reducción de la reserva ovárica. Todo esto indica claramente que los resultados reproductivos disminuirán si el tratamiento se retrasa más en el tiempo.

Es difícil de determinar el daño que se ha producido a estos pacientes, puesto que el hecho de haber bloqueado el acceso a los servicios de infertilidad durante este tiempo para las personas que más lo necesitan podría haber sido incluso peor que los riesgos de haberlos tratado en ese momento.

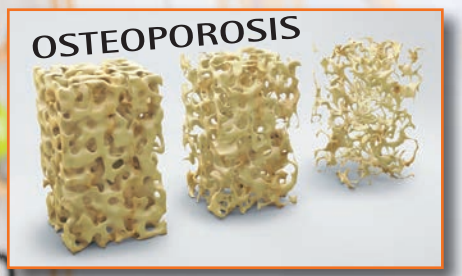
Sociedad Española de Fertilidad (SEF)

Por todos estos motivos, retomar los tratamientos de fertilidad ha sido prioritario para los profesionales de la salud de este ámbito y tras dos meses del cese, se volvió a retomar la actividad. La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) ha jugado un papel importante en nuestro país para el reinicio de estos servicios.

Además, la SEF junto con el apoyo de la Asociación para el estudio de la biología de la reproducción (ASEBIR) revisan de forma periódica las medidas que se deberían llevar a cabo a raíz de la pandemia por SARS-CoV-2 en los centros de reproducción asistida, tanto en relación con la atención y asistencia a pacientes, como con los procedimientos de laboratorio.

En su última revisión destacan que no se ha demostrado que las mujeres embarazadas presenten una incidencia mayor de COVID-19, ni una mayor morbilidad que mujeres no embarazadas de su misma edad. Sin embargo, muy recientemente se han publicado algunos casos de transmisión vertical entre madre e hijo y ya había otros estudios que contemplaban la posibilidad de transmisión periparto, por lo que indican que los centros deben establecer protocolos de cribado de la infección previo a las TRA e insistir a las pacientes de la importancia de evitar comportamientos de riesgo durante el embarazo y seguir las medidas de protección recomendadas. Ningún gobierno o sociedad científica ha desaconsejado la gestación por vía natural.

En conclusión, se estima que en nuestro país se producirán de forma aproximada 4000 nacimientos menos como consecuencia de los casi 14000 ciclos de reproducción asistida que no han podido llegar a realizarse debido a la paralización de actividad de los servicios de medicina reproductiva. Esto tendrá una implicación negativa sobre la tasa de natalidad de España que desde hace años viene marcando una tendencia a la baja.



Osteoporosis y fracturas

Carlos Sanz García. *MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Navarra.*
Jon Marti Ayerdi. *FEA Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Navarra*

La osteoporosis es una enfermedad sistémica que se caracteriza por la pérdida de densidad ósea, de tal forma que los huesos se debilitan y tienen menos resistencia a romperse con las caídas y traumatismos. Un hueso osteoporótico tiene más probabilidad de romperse con un traumatismo de baja energía o caídas desde la propia altura en comparación con un hueso sano.

El metabolismo óseo es constante a lo largo de la vida y existe un equilibrio entre formación y destrucción de hueso. Hay diversos factores que se encargan de regular este equilibrio como son el ejercicio físico, las hormonas, la alimentación o la exposición solar entre otros.

Formación ósea

Durante la maduración del cuerpo humano hasta la mediana edad (en torno a los 35 años) el equilibrio se decanta por la formación ósea. A partir de esta edad el equilibrio se traslada a la pérdida de masa ósea, más acusada en mujeres y en especial a partir de la menopausia.

Otras causas que pueden acelerar o motivar la pérdida ósea son la ingesta mantenida de corticoides, el abuso del alcohol y tabaco o tratamientos hormonales necesarios para el tratamiento de otras patologías.

La osteoporosis no duele, por lo que se considera una enfermedad silenciosa que se pone de manifiesto en general, tras las fracturas. En cuanto a la frecuencia de éstas, las más frecuentes son las fracturas vertebrales, las fracturas de cadera y las fracturas de radio distal (muñeca). Según las fracturas podrán precisar una intervención quirúrgica o podrán ser tratadas con algún tipo de inmovilización. Además de la realización de radiografías para ver las fracturas serán necesarias otro tipo de pruebas como una analítica de sangre para conocer los niveles de calcio y vitamina D.

Medidas no farmacológicas

Previamente a la administración de suplementos o fármacos para tratar la osteoporosis podemos implementar medidas no farmacológicas como es el ejercicio regular, la exposición solar diaria durante 20 minutos, una dieta equilibrada y rica en calcio (se recomienda en torno a 1g al día), no fumar y evitar el abuso de alcohol. Si con estas medidas no es suficiente, se pueden implementar medidas farmacológicas mediante el suplemento de vitamina D o con fármacos antirresortivos (evitan la destrucción ósea) y fármacos osteoformadores (formadores de hueso).

El objetivo de estos tratamientos es evitar las fracturas por fragilidad por la osteoporosis y de haberse producido, evitar que se repitan en un futuro.

Otro punto importante en pacientes mayores considerados frágiles, es la prevención de caídas atendiendo a las barreras arquitectónicas como alfombras, puertas trasparentes, cables, juguetes en el suelo, así como conseguir entornos seguros con luz suficiente, adaptadores de WC o pasamanos en los pasillos por citar algunos ejemplos.

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

Lesiones de rodilla en el esquiador

Jon Marti Ayerdi. *FEA Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Navarra.*
Carlos Sanz García. *MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Navarra*

Las lesiones deportivas son cada día más frecuentes, especialmente en el esquí donde se comienza a edades más tempranas y con mayor exigencia deportiva.

Entre las lesiones más frecuentes se encuentran:

Lesiones del ligamento cruzado anterior.
La mayoría se producen por lesiones sin contacto por un mecanismo de giro y pivotaje cuando el pie está anclado al esquí y éste al suelo. Se suele escuchar un chasquido o un "pop" articular que es consecuencia del golpe de un hueso sobre otro al romperse el ligamento cruzado. Se suele producir un derrame de la rodilla y el deportista es incapaz de poner el pie en el suelo. Posteriormente el paciente suele referir sensación de inestabilidad y fallos en la rodilla. El diagnostico además de la exploración física se confirma con la resonancia magnética, siendo habitualmente el tratamiento quirúrgico.

Lesiones del ligamento medial.
Son las lesiones que se conocen comúnmente como esguinces de rodilla. Se producen por una torsión y se clasifican en 3 grados en función de la afectación del ligamento interno. EL tratamiento es conservador con ejercicios para mejorar la movilidad y tratamiento de fisioterapia. No suele estar indicado la inmovilización ni la intervención quirúrgica salvo en casos graves o que asocian inestabilidad a pesar de un correcto tratamiento conservador.

Lesiones de los meniscos.
Las roturas de menisco son un desgarro del cojín o amortiguador de la rodilla. Se considera que el menisco es la estructura más esencial para proteger la salud de la rodilla a largo plazo. Si uno tiene una rotura meniscal suele tener dificultad para agacharse y ponerse cuclillas. También es típico el dolor de rodilla a nivel de la interlínea articular al bajar escaleras, levantarse de las sillas o hacer giros. Es importante diferenciar entre una rotura aguda en paciente joven y activo a una rotura degenerativa ya que el tratamiento es diferente. El diagnóstico se realiza tras acudir a su médico con una exploración detallada y se confirma mediante una resonancia magnética.

Luxación de rotula.
Las dislocaciones de la rótula son más comunes en las mujeres que en los hombres. En esta circunstancia, por lo general, la rodilla está cerca de estar recta y la rótula salta hacia afuera y se disloca cuando uno se tuerce, gira o pivota. La colocación temprana de la rótula nuevamente en su posición es importante para asegurarse de que uno no tenga ningún daño en el cartílago. Un programa de rehabilitación adecuado también es importante para tratar de incrementar la posibilidad de que la rótula no se disloque nuevamente. En aquellas personas que pasa habitualmente y no mejora a pesar de la rehabilitación habría que estudiar las posibles causas de esa recidiva mediante pruebas de imagen como TC o RMN, siendo el tratamiento quirúrgico un menú a la carta en función de las lesiones que se aprecian.

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

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CAMPAMENTOS NAVIDAD 2021

PROGRAMA

23, 27, 28, 29 y 30 de diciembre, 3, 4 y 7 de enero de 9 a 14 horas

- Todo el campamento 300 €
- La primera semana 190 €
- Días sueltos 45 € / día

Descuentos especiales para los alumnos de la escuela
ABIERTO EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN. PLAZAS LIMITADAS

Actividades para todas las edades y niveles:

- Aprender los cuidados del caballo
- Volteo
- Juegos y gincanas
- Aprender a dar cuerda
- Clases de equitación: Doma / Salto / Horseball
- Trenzado
- Carrusel

INSCRIPCIONES

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

OBSERVACIONES

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

Si en estas navidades quieres regalar un campamento, un bono de iniciación para doma o salto o clases sueltas:

¡¡Llámame!! 606 652 361 - Marta Erroz

CENTRO ECUESTRE CIZUR

FELIZ NAVIDAD

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