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 enerofebrero2022 nº93

SUMARIO

2 ¿Cómo eliminar las varices sin cirugía?
3 El monitor de presión arterial Oscar 2
4 Los diez mitos más famosos sobre la anestesia
6 ¿ Cómo prevenir la osteoporosis?
7 Medicina regenerativa en las lesiones de rodilla. Tratamientos con plasma...
8 Mi hijo tiene el síndrome de Wolf-Parkinson-White
9 Técnicas de rejuvenecimiento facial complementarias de los tratamientos de implantes dentales
10 Beneficios del Ejercicio Físico en la peri y la postmenopausia
12 El cerebro adolescente
13 Tratamiento de varices sin cirugía (Venaseal® y microespuma)...
14 Doctor, me duele el pecho, ¿es angina?
15 Recuperarse tras un infarto con ayuda de la rehabilitación cardíaca
16 La Oxigenoterapia Hiperbárica -OHB-, la especialidad médica desconocida
18 Riesgos de la soledad para la salud
20 Respiración oral desde la logopedia
22 ¿Es normal tener dolor de regla?
23 Veganismo y embarazo, ¿es seguro para el bebé?
24 Pérdida de olfato y covid
26 La tos: qué es, por qué la tengo...
28 VIH durante el embarazo
29 Alta sensibilidad, un rasgo de personalidad, no una patología
30 Fracturas en rodete
31 Síndrome del tunel carpiano
32 Centro Ecuestre Cizur

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

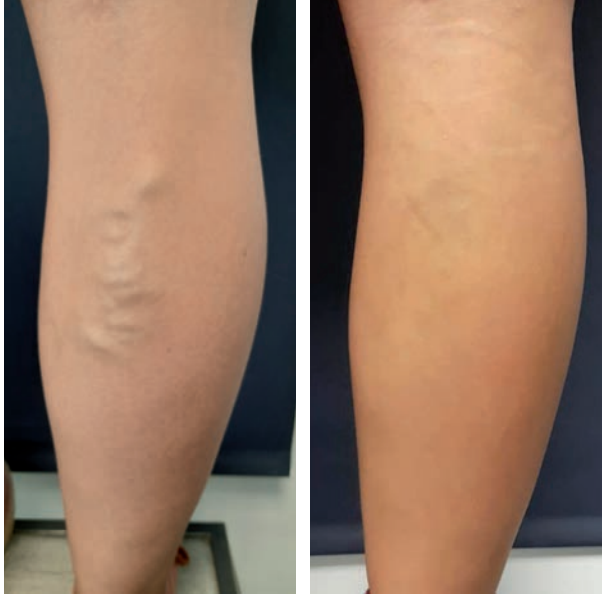
GOOGLE ANALYTICS
6.245.733
VISITAS A PÁGINAS
HA RECIBIDO ZH EN 2021

Feliz 2022

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.*

¿Cómo eliminar las varices sin cirugía?



Antes y después del tratamiento

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

Hay diferentes procedimientos que permiten tratar las varices sin pasar por un quirófano o, por lo menos, de una forma muy poco agresiva.

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. Es un tratamiento ambulatorio que se realiza en la consulta.

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 minimizar los efectos colaterales del calor. Su uso está limitado en safenas superficiales o suprafasciales. Son procedimientos ambulatorios que permiten hacer una vida normal muy precozmente.

Cuando hay insuficiencia de un eje safeno, la microespuma es más efectiva si se asocia a un procedimiento 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. Sólo precisa anestesia local y 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.

Dada la variedad de técnicas, y el hecho de que no hay dos pacientes iguales, lo esencial es una **valoración especializada y personalizada**. Esto permite acceder al mejor tratamiento o a una combinación de ellos, y así potenciar sus ventajas.

El **Doctor Jiménez Arribas** posee más de 20 años de experiencia en el tratamiento de las varices, con miles de casos tratados y con dominio de todas las técnicas existentes. 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.

VSC
Varices Sin Cirugía

TRATAMIENTO NO INVASIVO DE VARICES

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

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

TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

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

CONSULTA MÉDICA
948 235 850
644 722 549

El monitor de presión arterial Oscar 2

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

En nuestra idea de seguir preservando el bienestar de nuestros pacientes, la consulta del doctor Azcárate en Pamplona ha incorporado una tecnología de primerísimo nivel como es el monitor de presión arterial Oscar 2 de SunTech Medical.
https://suntechmed.com/

"*El adecuado control de la presión arterial es un factor muy importante. La monitorización ambulatoria de la presión arterial es, probablemente, la mejor forma de conocer la presión arterial que realmente tiene una persona. Además permite controlar de forma muy precisa cómo responde el paciente a la medicación. En otras palabras, con el salto de calidad del sistema de monitorización ambulatoria, la consulta del Dr. Azcárate obtiene una tecnología precisa y moderna para ponerla al servicio de sus pacientes*"

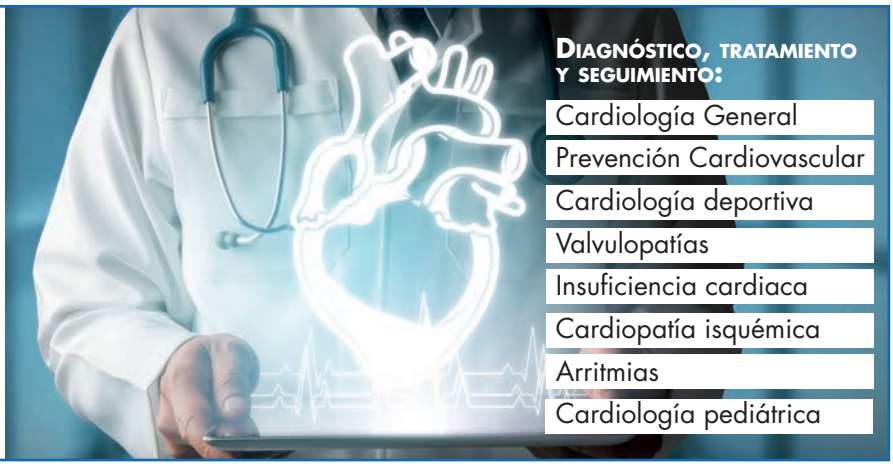
La ciencia sigue protagonizando avances en la medicina. En el caso del Oscar 2, proporciona valiosa información con el fin de establecer un mejor diagnóstico con una solución focalizada en el paciente ya que resulta más cómodo, más fiable y más seguro. El monitor Oscar 2 ha sido probado, de manera independiente, y cumple las exigencias de precisión y rendimiento de la Sociedad Británica de Hipertensión, la Sociedad Europea de Hipertensión Internacional y las normas AAMI-SP10.

El sistema cuenta con el brazalete patentado Orbit ABMP y el software AccuWin Pro4, el diseño de la manga de ajuste asegura la posición exacta del manguito durante todo el estudio, esto propicia lecturas exactas con tolerancia al movimiento y mediante conexión Bluetooth True24. Como conclusión, la consulta del doctor Azcárate en Pamplona adquiere un medio técnico de última generación para modernizar el equipo técnico y, como siempre, seguir evolucionando hacia un tratamiento óptimo.

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



Los diez mitos más famosos sobre la anestesia

Naia Aguirre Ahedo y Marta Sanjuán Fernández. *Médicas Interno Residente de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.*
Roque Guillén Casbas. *FEA Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra*

Desde el nacimiento de la Anestesiología hasta nuestros días han ido surgiendo numerosas creencias populares acerca de esta especialidad. A pesar de los avances científicos y tecnológicos con los que contamos hoy en día, muchas de estas cuestiones siguen despertando inquietud entre las personas que van a someterse a una técnica anestésica.

En este artículo hemos recopilado las diez preocupaciones acerca de la anestesia que más frecuentemente nos expresan nuestros pacientes, con el objetivo de resolver dudas y derribar mitos.

1. ¿Es cierto que, en la anestesia general, nos dormimos respirando de una mascarilla?

Puede ser cierto en algunas ocasiones, pero en la mayoría de los casos la anestesia general se induce administrando la medicación por vía intravenosa. Es cierto que siempre se pide al paciente que respire a través de una mascarilla, pero lo que se respira es oxígeno. Lo hacemos para aumentar las reservas de oxígeno disponibles desde que el paciente deja de respirar al quedarse dormido hasta que es intubado y conectado al respirador.
En otras ocasiones realizamos una inducción inhalatoria de la anestesia general, y es aquí cuando sí que se duermen respirando de la mascarilla. Se hace circular a través de dicha mascarilla un flujo de aire mezclado con agentes anestésicos volátiles, que ejercen el mismo efecto hipnótico que los fármacos intravenosos pero acceden al organismo a través de los pulmones.

2. "Me cuesta mucho echar la anestesia" o "La última vez vomité la anestesia".

Para aclarar este mito debemos hablar del metabolismo de los fármacos: son los procesos de degradación que sufren los fármacos en el organismo tras haber sido administrados, lo cual se lleva a cabo principalmente en el hígado. Aquí se producen una serie de reacciones químicas que transforman los fármacos en

compuestos inactivos, éstos vuelven al torrente sanguíneo y se eliminan a través del riñón, es decir, por la orina. En resumen, los fármacos anestésicos se inactivan en el cuerpo y se expulsan cuando ya han perdido su efecto, o sea que no es necesario orinar para deshacerse de la anestesia.
Tampoco los fármacos se eliminan por vía digestiva, el problema es que algunos tienen como efecto secundario las náuseas y los vómitos. No obstante, contamos con medicamentos para evitar o aliviar estos síntomas eficazmente.

3. ¿Me puedo despertar durante la anestesia?
Cuando no se disponía de tantos medios para vigilar las funciones vitales de los pacientes era común emplear bajas dosis de anestesia en operaciones muy complejas o pacientes muy críticos para evitar disminuir demasiado la tensión arterial durante el procedimiento, lo que se traducía en despertares intraoperatorios. Hoy en día disponemos de muchos monitores que nos permiten controlar las principales funciones vitales de los pacientes y también la profundidad del sueño, con lo que estos despertares son extremadamente inusuales.

4. ¿Hay gente resistente a la anestesia?
No existe nadie que sea resistente a la anestesia. Los fármacos se dosifican en función del peso, edad y estado físico del paciente, con lo que hay personas que necesitan menos dosis y otras que necesitan más, pero se puede anestesiar a todo el mundo.

5. Temo quedarme en la mesa de quirófano porque se les "vaya la mano" con la anestesia.
Es muy poco probable fallecer a causa de una técnica anestésica. Los anestesiólogos conocemos bien el funcionamiento de los fármacos que empleamos y las repercusiones que pueden tener en los pacientes, por lo que someterse a una técnica anestésica es un procedimiento seguro y controlado en todo momento.

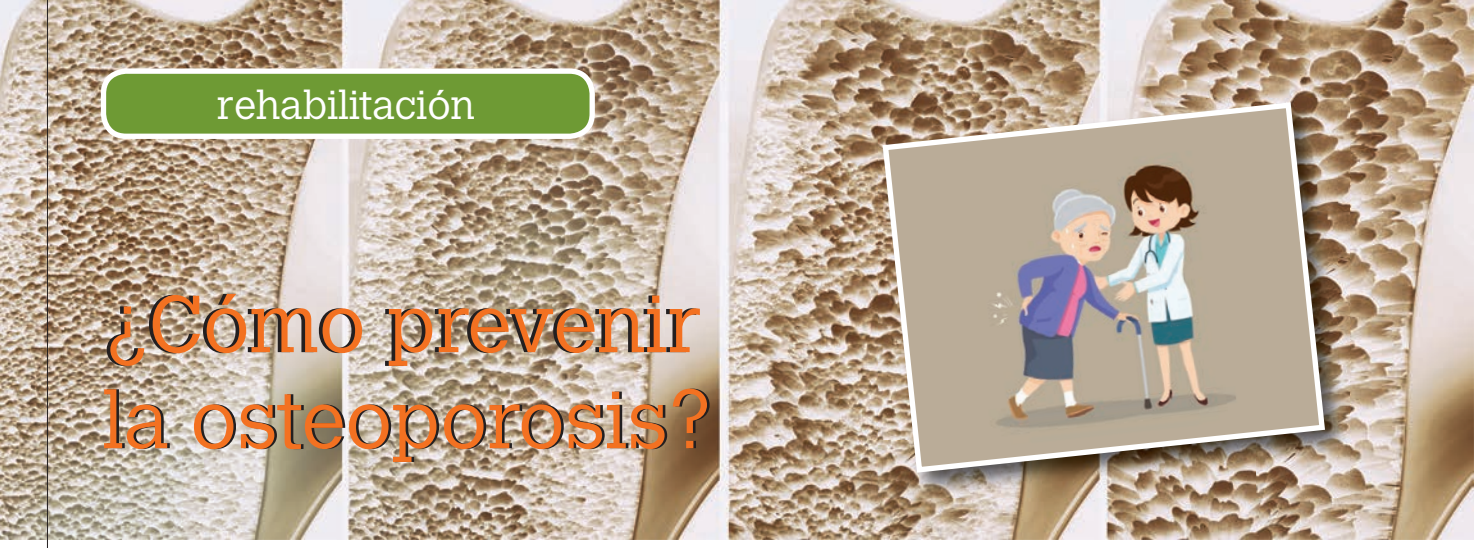
6. ¿Por qué tengo que ir en ayunas a una cirugía?
La principal razón es para reducir el riesgo de broncoaspiración, es decir, el paso del contenido gástrico a los pulmones, pudiendo producir una neumonía. Esto puede ocurrir porque el paciente anestesiado es incapaz de proteger por sí mismo su vía respiratoria, mediante reflejos como la tos, por ejemplo. Con los fármacos que empleamos para dormir a los pacientes la porción inferior del esófago se relaja y, si hay contenido alimentario en el estómago, éste puede subir hasta la boca y pasar a la tráquea y a los pulmones. En cambio, en ayunas, el estómago está prácticamente vacío y es mucho menos probable que esto ocurra.

7. La anestesia general es la más peligrosa de todas.
La anestesia general puede parecer, a priori, la más peligrosa porque estamos totalmente dormidos y paralizados. En cualquier caso, el anestesiólogo siempre está presente y se encarga de monitorizar y controlar la situación para que sea igual de segura que cualquier otra técnica anestésica. Lo más importante que debemos recordar es que cualquier técnica tiene sus ventajas e inconvenientes, y que cada una tiene su indicación para diferentes procedimientos. Los anestesiólogos somos médicos especializados que sabemos administrar a cada paciente el tipo de anestesia más indicado para su caso.

8. ¿Cómo sabe el anestesista cuándo me voy a despertar?
Durante una anestesia general o sedación administramos fármacos de forma continua y controlada para que el paciente se mantenga dormido y, cuando dejamos de hacerlo, se van eliminando progresivamente del organismo hasta que el paciente se despierta. Esta eliminación se efectúa en un tiempo predecible que nosotros conocemos. Además, disponemos de monitores que monitorizan la profundidad del sueño que nos ayudan a ver cómo el paciente va despertándose progresivamente.

9. ¿Es bueno dejar de fumar antes de una intervención?
Si, porque se ha demostrado que el abandono del habito tabáquico, con al menos 4 semanas antes de la cirugía, disminuye las complicaciones respiratorias, cardiovasculares e infecciosas. Si el abandono o la reducción del numero de cigarrillos se produce tan solo unos días o pocas semanas antes, no está claro que disminuyan las complicaciones, pero si mejora la oxigenación de los tejidos. Si bien es verdad que dejar de fumar unos días antes aumenta la ansiedad, la producción de mucosidad y la reactividad en vía aérea, no se asocia a efectos adversos importantes. En el caso de fumadores importantes se recomienda la ayuda psicológica y farmacológica (bupropión y parches de nicotina) para controlar los síntomas asociados a la ansiedad. Debemos recordar que la preparación para una intervención es una oportunidad muy buena para dejar definitivamente el tabaco.

10. ¿Es cierto que me puedo quedar parapléjico después de la anestesia epidural?
La anestesia epidural no es un procedimiento inocuo. Las complicaciones más graves, como la paraplejia son afortunadamente muy infrecuentes (1 de cada 200.000 epidurales). La paraplejia se produce debido a la compresión de la medula espinal o de los nervios que salen de ella por una masa, generalmente un hematoma o un absceso epidural. El absceso epidural se produce por la colonización de un germen de la piel de la zona de punción, o por diseminación por la sangre de otro foco infeccioso (urinario,....). El hematoma epidural está en relación con trastornos graves de la coagulación de la sangre o con la administración de medicación anticoagulante. Para evitar estas complicaciones a todos los pacientes se les realiza desinfección de la zona de punción, control analítico para asegurarse de que no hay infección en sangre o alteraciones de la coagulación, y también se controlan las dosis y tiempos de administración de la medicación anticoagulante. De esta manera nos cercioramos de que podemos realizar esta técnica anestésica de forma segura.



¿Cómo prevenir la osteoporosis?

Claudia Esther Villanueva Larumbe y Sophie Gorostiaga Maurer. *FEA Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario de Navarra.*
María Pérez Mozas. *MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universidad de Navarra.*
Lizar Zabala Díaz. *FEA Cardiología. Hospital Universitario de Navarra.*
David Cornejo Jiménez. *FEA Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Reina Sofía de Tudela.*
Sara Guillén Aguinaga. *Facultativo Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Azpilagaña*

La osteoporosis es una enfermedad del esqueleto que se caracteriza por una disminución de la masa ósea acompañada de un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo lo que conlleva a un aumento de fragilidad de los huesos.

Las manifestaciones más frecuente son las fracturas y las complicaciones que conllevan.

¿Por qué es tan imporatante prevenir la osteoporosis?

La osteoporosis afecta casi a 1 de cada 2 mujeres en algún momento de su vida. También puede afectar a hombres.
Las fracturas de caderas son una de las fracturas más frecuentes relacionadas con la osteoporosis. Se relacionan con un aumento de riesgo de discapacidad y de mortalidad.

¿Qué puedo hacer para prevenir la osteoporosis antes de tenerla?

Dieta

Es importante realizar una dieta sana, con una ingesta de calcio y vitamina D adecuada. Además se recomienda dejar de fumar puesto que el tabaco aumenta la pérdida de hueso.

Prevención de caídas

Es necesario prevenir dentro de lo posible las caídas, iluminar de forma adecuada las zonas peligrosas, intentar no circular por superficies deslizantes, disminuir la toma de medicación que puede aumentar el riesgo de caídas y tener bien graduada si se precisa.

Ejercicio físico

Ha sido demostrado científicamente que el ejercicio multicomponente previene la osteoporosis. disminuye el número de caídas y de fracturas. Este consiste en:

- *Ejercicio aeróbico de impacto: tipo caminar rápido, correr o aerobic*

Se recomienda realizarlo 3 veces por semana con una duración de entre 20 y 60 minutos cada sesión. La intensidad hay que ajustarla en función del riesgo de fractura de la persona. Hay que evitar realizar ejercicio de alto impacto en pacientes con alto riesgo de fractura.

- *Ejercicio de fuerza*

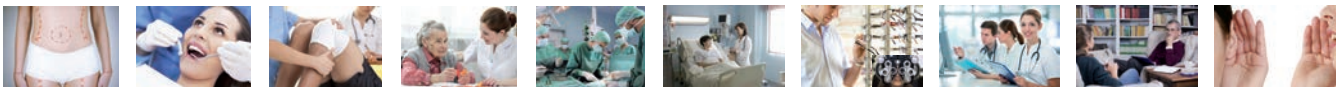
Estaría indicado realizar 3 sesiones a la semana durante al menos un año para obtener resultados. Iniciando con 1 serie de 8-12 repeticiones y aumentando de forma progresiva a 2 series. No se deberían realizar más de 8-10 ejercicios por sesión. No se debe llegar al agotamiento ya que este puede ser lesivo. Además, no por más esfuerzo el resultado es mejor.

- *Ejercicio de equilibrio*

Estaría indicado 4 días de entrenamiento por semana, de al menos 10 segundos de duración por ejercicio. Hay que evitar los ejercicios con flexión de tronco.

¿Cómo hacerlo?

Para realizar ejercicio de forma segura es necesario tener en cuenta la condición física y las posibles patologías previas de cada persona. Por ello ante cualquier duda sería recomendable consultar con un profesional. Existen diferentes medios a nuestro alcance en el momento actual. Busca en tu entorno la oferta más acorde a tu necesidad.



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

8.000 ejemplares de tirada + 6.245.733 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

Medicina regenerativa en las lesiones de rodilla

Tratamientos con plasma rico en factores de crecimiento

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

kines
medicina deportiva y rehabilitación

bti Human Technology

Media Luna, 36. 31004 Pamplona-Iruña
948 23 88 87 / 948 23 99 29

El dolor de rodilla es una de las causas más frecuentes de visita en nuestra consulta. Puede afectar a personas de todas las edades como consecuencia de lesiones en ligamentos, tendones, meniscos o cartílago articular.

Tipos de lesiones

Las lesiones más frecuentes que cursan con dolor en la rodilla son las siguientes:

- **Esguinces de rodilla:** Los ligamentos son los que proporcionan la estabilidad a la rodilla. A causa de una torsión, un ligamento se estira y puede llegar a romperse.
- **Bursitis:** Las bolsas sinoviales lubrifican la articulación. Si la rodilla produce demasiado líquido sinovial, se puede formar el denominado quiste de Baker o poplíteo.
- **Síndrome de la banda iliotibial:** Tiene lugar cuando la banda de tejido resistente que se extiende desde la cadera hasta la cara externa de la rodilla se vuelve tensa.
- **Tendinosis rotuliana:** La lesión, aunque se inicia como un proceso inflamatorio, se acaba convirtiendo en un proceso degenerativo del tendón.
- **Lesiones de menisco:** El menisco es un fibrocartílago que sirve para amortiguar la articulación. Si se rompe, se producen molestias, hinchazón o rigidez articular.
- **Artrosis de rodilla:** Esta patología se caracteriza por una degeneración del cartílago articular. En ocasiones es debida a lesiones previas de la rodilla, tanto de ligamentos, como meniscales o del cartílago, acelerando la aparición de los síntomas.

Este deterioro conlleva dolor, inflamación y sensación de rigidez articular.

Medicina regenerativa

El plasma de BTI Biotechnology, es una tecnología biomédica dirigida a estimular la regeneración tisular mediante la aplicación de proteinas autólogas.

A partir de un pequeño volumen de sangre del propio paciente, es posible aislar, concentrar e infiltrar un producto basado en las propiedades terapéuticas de los factores de crecimiento presentes en el plasma sanguíneo y en el interior de las plaquetas, que ejercen un importante papel en los procesos de curación y regeneración de los tejidos.

Indicaciones terapéuticas

En el caso de las **lesiones de rodilla**, el tratamiento con plasma rico en factores de crecimiento tiene como objetivo la regeneración de los tejidos, acelerando su proceso de recuperación.

Su aplicación en el caso de la **artrosis de rodilla**, puede frenar la progresión de esta patología y reducir el dolor y la inflamación, pudiendo llegar a ser una alternativa a la cirugía.

Por ello, cuanto antes se empiece este tratamiento, mejor será su pronóstico.

Compromiso con la calidad

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

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

Mi hijo tiene el síndrome de Wolf-Parkinson-White

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

El síndrome de Wolf-Parkinson-White es una condición en la cual existe una ruta eléctrica adicional del corazón. La afección puede llevar a períodos de frecuencia cardíaca rápida (taquicardia). Este síndrome es una de las causas más comunes de problemas de frecuencia cardíaca rápida en bebés y niños.

El diagnóstico es clínico y electrocardiográfico. Podemos encontrarnos ante un paciente que acude por uno o varios episodios de palpitaciones o pacientes en los que se realiza un electrocardiograma por otro motivo y se descubre la anomalía.

Síntomas

Algunas personas que tienen el síndrome nunca experimentan ningún síntoma. No saben que tienen la afección. La mayoría de las personas no notan síntomas hasta su adolescencia, y estos suelen ser:

- Ansiedad inexplicable, nerviosismo.
- Palpitaciones (golpes rápidos) en el pecho
- Sensación de cansancio
- Sensación de mareo
- Pérdida de conciencia(desmayo)
- Dificultad para respirar

Los bebés pueden experimentar un cambio de color en la piel (gris claro), irritabilidad, respiración rápida y pérdida de apetito.
Los episodios de taquicardia pueden aparecer con una frecuencia muy variable, desde unos pocos al año hasta varias veces por semana.

¿Se puede prevenir?

En general se debe evitar el consumo de sustancias estimulantes que puedan precipitar un episodio agudo como alcohol, tabaco, café, té o coca colas.

Tratamiento

La elección del tratamiento depende de la severidad de los síntomas y las preferencias del paciente.

1. Tratamiento del episodio agudo de taquicardia. Cuando la taquicardia está presente, debe intentarse que el corazón vuelva al ritmo normal mediante:

1.1 La activación de los nervios que enlentecen la frecuencia cardiaca.
Esto puede hacerse realizando:

- Un **masaje del seno carotideo** (masaje en una zona del cuello).
- La **maniobra de Valsalva**. Consiste en contener la respiración y hacer fuerza como para hacer de vientre, o en posición sentada echarse hacia adelante y toser.

1.2 Utilización de medicinas.
Se pueden poner diversas medicinas por la vena para que el corazón vuelva al ritmo normal. Para ello se debe acudir a un servicio de urgencias donde se puede inyectar adenosina, beta-bloqueantes o calcioantagonistas.

1.3 Choque eléctrico (cardioversión).
Consiste en administrar una corriente eléctrica al corazón para que recupere el ritmo normal. Es la forma más rápida y suele hacerse cuando la taquicardia está produciendo algún problema serio.

2. Tratamiento crónico para prevenir recurrencias. Consiste en:
Ablación mediante radiofrecuencia de la vía accesoria. Consiste en realizar un cateterismo y destruir la zona responsable de que se produzca la arritmia. Suele solucionar los episodios de taquicardia en la mayoría de los pacientes.

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

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

Este Servicio Religioso del HUN da las gracias a todos los participantes en su programación ya que todos los viajes salieron completos y resultaron muy satisfactorios.

AÑO 2022. Se están estudiando opciones pero mantendremos la línea de respeto y cuidado mientras la pandemia esté entre nosotros.

▶Año Jubilar en Santiago de Compostela. Se volverán a repetir algunos viajes a Galicia
▶Exposición Edades del Hombre en la ciudad de Plasencia (Extremadura) siendo la primera vez que está exposición sale de Castilla y León.
▶Exposición Edades del Hombre en Sahagún y Carrión de los Condes que la han prorrogado. La idea es que haya distintas opciones de ruta

▶Excursiones de un día que han sido todo un éxito.
Llámanos al M 647 679 821 y déjanos información sobre tu destino ideal

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

Técnicas de rejuvenecimiento facial

complementarias de los tratamientos de implantes dentales

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

Aunque un creciente número de personas cuida ya regularmente de su salud bucodental, todavía se tienden a posponer aquellos tratamientos que requieren una actuación más profunda. Suele ocurrir con la pérdida de piezas dentales, cuya sustitución, por desgracia, se retrasa más de lo necesario.

Como a menudo se trata de dientes en la parte posterior de la boca, que en teoría no se ven, muchos pacientes prefieren dejar los huecos sin llenar o recurren a soluciones provisionales que no detienen el deterioro de la estructura facial.

Por ello, cuando acuden a la consulta para un tratamiento de restauración que les restituya los dientes perdidos, descubren que la falta de piezas no solo les ha afectado en la vertiente funcional, como no poder masticar bien o no tomar algunos alimentos por las molestias que les causan, sino que ha contribuido a un envejecimiento prematuro.

La clave está en mantener la masa ósea

Hemos señalado en numerosas ocasiones que la conservación de los dientes es clave para preservar la masa ósea que sustenta la boca y la parte inferior del rostro. La desaparición de piezas dentales conlleva la atrofia del hueso, que pierde densidad, y afecta negativamente a los tejidos blandos.

Como resultado, los distintos elementos que conforman la singularidad facial de la persona envejecen con más rapidez de lo esperado. Se pierde firmeza, adelgazan los labios, cae la punta de la nariz, se incrementa la grasa submental (la papada) y, poco a poco, colapsa la capacidad de expresión.

A raíz de observar esta situación con más frecuencia, desde la implantología dental hemos constatado la conveniencia de realizar un abordaje más integrado en la recuperación de la dentadura. Por una parte, el recurso a los implantes parece el método más adecuado para devolver la plena capacidad mecánica al paciente. Su fiabilidad frente a otras técnicas está ya fuera de toda duda.

Por otra parte, la restauración de la masa ósea resulta un paso obligado para asegurar la estabilidad del implante y su viabilidad en el largo plazo, de modo que pueda durar muchos años y aleje la posibilidad de enfermedades periimplantarias.

Terapias de rejuvenecimiento facial

Al mismo tiempo, creemos muy conveniente complementar el tratamiento con terapias de rejuvenecimiento facial que ayuden a recuperar en cierta medida lo que los pacientes han perdido antes de tiempo.

Hablamos aquí de tratamientos mínimamente invasivos, de carácter ambulatorio, en los que bien mediante cirugías muy precisas o técnicas de inyección de determinadas sustancias como el ácido hialurónico, logramos mitigar de manera inmediata y con resultados visibles los efectos del envejecimiento temprano.

Frente a las propuestas más convencionales de la cirugía plástica facial, que con frecuencia requieren intervenciones más invasivas, estos tratamientos son de gran eficacia y de efectos a largo plazo para revertir las arrugas, la flacidez, la falta de grosor en los labios, la desaparición de la línea del mentón, la inclinación de la nariz, la desaparición del volumen de las mejillas o la pérdida de viveza en la órbita de los ojos.

Con todo, su papel es subsidiario del tratamiento de implantes dentales, que es el que verdaderamente contribuye a largo plazo a preservar la estructura ósea sobre la que se sustentan los demás componentes de la cara. Antes que mejorar el aspecto externo de la boca, hemos de centrarnos en los elementos internos.

Por ello, cuando los pacientes acuden a la clínica, se les realiza un diagnóstico integral en el que, junto a las opciones de reconstrucción ósea y colocación de implantes, se plantean las posibilidades de tratamiento rejuvenecedor, con el objetivo de intentar devolver a las personas los rasgos faciales propios y bajo el mejor aspecto posible.

Puede consultar en la web las técnicas de rejuvenecimiento facial que se ofrecen en Clínica Bustillo.

Beneficios del Ejercicio Físico en la peri y la postmenopausia

Catalina Renata Elizalde Martínez-Peñuela. *Facultativo Especialista Adjunto en Ginecología y Obstetricia. Centro de Atención a la Salud sexual y reproductiva de Azpilagaña.*
Nerea Villar García. *Facultativo Especialista Adjunto en Ginecología y Obstetricia. Centro de Atención a la Salud sexual y reproductiva de Andraize.*
Irantzu Diaz Abad. *Facultativo Especialista Adjunto en Ginecología y Obstetricia. Centro de Atención a la Salud sexual y reproductiva de Elizondo*

La Menopausia es un periodo de transición que toda mujer alcanza a una edad media aproximada de 50 años que se ve influenciado por multitud de cambios tanto fisiológicos como psicológicos.

No se trata de una enfermedad, pero en ocasiones, los cambios hormonales (el descenso de los estrógenos) secundarios a ella repercuten en la calidad de vida y en la salud cardiovascular, metabólica y ósea. Algunas veces se acompaña de síntomas vasomotores (los sofocos), y de cambios en la composición corporal, que tienden hacia el aumento de peso y del tejido adiposo que se acumula en cintura. Si a estos cambios añadimos los provocados por la vida sedentaria, puede desembocar en verdaderas patologías, como el síndrome metabólico, muy prevalente en las mujeres postmenopáusicas, que también incrementa la intensidad y frecuencia de los sofocos.

La incorporación de la mujer a la vida social ha influido en la demanda de terapias para mejorar los signos y síntomas de esta etapa de sus vidas y alcanzar la senectud con la mejor calidad de vida. Es importante adquirir un estilo de vida saludable que englobe dieta, ausencia de hábitos tóxicos y práctica de ejercicio físico (EF) regular, enfocado incluso como un forma de terapia, ya que el incremento del sedentarismo y del sobrepeso resultante entre la población española femenina conlleva un deterioro para la salud en esta etapa de la vida de la mujer.

El EF es un promotor de la salud en general. Entre sus beneficios se encuentran el mantenimiento del peso adecuado, el alivio del estrés, el aumento de la fuerza muscular, la mejora del equilibrio y la coordinación, la mayor resistencia ósea, y el aumento de la atención mental. Además, el EF mejora la evolución de enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes, la osteoporosis o la demencia.

El hábito sedentario se ha instalado en las sociedades modernas, y las nuevas tecnologías hacen que los trabajos físicos cada vez exijan menos esfuerzo. Pero más que una enfermedad, el sedentarismo puede considerarse como un factor de riesgo (FR) o desencadenante de múltiples enfermedades:

1. El sobrepeso-obesidad y el exceso de grasa abdominal son FR de enfermedades como la diabetes, la hipertensión HTA y el infarto.

2. La Diabetes Mellitus tipo 2 o diabetes del adulto es una enfermedad metabólica producida por la resistencia a la insulina, debida principalmente a una ingesta elevada de azúcares, pero también al tabaquisimo, el sedentarismo y el sobrepeso.

3. La elevación de colesterol: el EF se ha relacionado con un aumento del colesterol bueno (HDL) y un descenso del malo (LDL), mientras que el sedentarismo influirá de manera inversa en el perfil lipídico aumen- tando los problemas cardiovasculares.

4. Depresión: el EF produce endorfinas, que son hormonas que al liberarse en nuestro organismo producen un estado de confort, de buen ánimo y mejoran el grado de atención.

5. Fibromialgia es una enfermedad que produce una marcada limitación funcional y social por el dolor crónico producido en las articulaciones y músculos. El sedentarismo disminuye el umbral al estímulo doloroso favoreciendo esta dolencia.

6. Cáncer: el sedentarismo se ha relacionado con muchos tipos de cánceres como el de mama, colon, páncreas y próstata

Se ha demostrado que el EF por sí solo disminuye el riesgo de mortalidad cardiometabólica, independientemente de la edad, el sexo o del peso, mediante la reducción de sus principales factores de riesgo: la hipertensión, la dislipemia y la diabetes.

La **mejora de la hipertensión arterial** se ha observado con la práctica de EF físico interválico (ejercicio aeróbico que combina intervalos de media y máxima intensidad). Parece ser que se debe a la liberación de un vasodilatador (el óxido nitroso), que permite un mejor suministro de oxígeno a las células del endotelio (la capa íntima de los vasos sanguíneos) evitando su deterioro y muerte

La **dislipemia** (aumento del colesterol y triglicéridos) ya es común tras la menopausia tras el déficit de los estrógenos. El EF aeróbico dinámico (correr, ciclismo) y el entrenamiento muscular de contrarresistencia (trabajo con pesas) han demostrado una mejora en el perfil lipídico en general.

El EF aeróbico-dinámico ha mostrado disminuir el sobrepeso y aumentar la sensibilidad a la insulina, importantes mecanismos de prevención de la **diabetes y del síndrome metabólico**. La diabetes también está relacionada con el sobrepeso y el aumento de tejido adiposo a nivel visceral. Si a eso añadimos que la pérdida de estrógenos que se produce con la menopausia trae como consecuencia una redistribución de la grasa, con mayor acúmulo a nivel abdo- minal (obesidad tipo masculina), lo que no solo es un indeseable componente estético sino también un importante factor de riesgo cardio-metabólico. Con el EF regular se frena esta tendencia

Además, los EF que combinan desarrollo muscular, mejoran la disminución de masa muscular que ocurre con la edad y la menopausia (sarcopenia) y el balance entre masa magra/ masa grasa.

Hacer EF regular y a una intensidad acorde a nuestras posibilidades, ha demostrado que **previene el desarrollo de una enfermedad coronaria**. Incluso cuando ocurre un infarto, no debe ser razón para dejar la práctica deportiva, puesto que hay que seguir ejercitando el corazón viable. En estos casos se deberá consultar al médico y mediante una prueba de esfuerzo, se podrá predecir la respuesta al ejercicio y determinar a la frecuencia cardiaca a la que se debe trabajar. En personas infartadas se recomiendan los EF de baja-moderada intensidad, como el caminar.

Existe una **relación directa entre EF y pérdida de peso**, cuanto más EF se practique, más masa grasa se elimina. Sin embargo, debemos hacer una serie de consideraciones: Cuando realizamos deporte, lo primero que se pierde es agua, que representa el 60-70% del organismo, e hidratos de carbono, la energía rápida. Por eso, al terminar el EF aumenta el apetito y se tiende a comer más, por lo que en las primeras semanas, la pérdida de peso no es muy manifiesta (incluso tiende a aumentar) aunque se acompañe de dieta baja en grasas. A eso se le suma que **el EF también aumenta la masa muscular**. Por consiguiente, el EF debe realizarse de manera constante para incluirlo en la rutina diaria junto a una dieta saludable.

La **osteoporosis** es una enfermedad que afecta a la resistencia del hueso y lo hace más propenso a las fracturas ante cualquier golpe o caída. Con la edad se pierde masa ósea, el hueso se hace poroso, pero en las mujeres, esta pérdida ocurre antes que en el varón, acentuándose sobre todo con la menopausia.

El problema de la osteoporosis es que se trata de una enfermedad silenciosa, que no produce síntomas hasta que aparece la fractura por fragilidad. En la osteoporosis posmenopáusica, las primeras son las fracturas de la muñeca (fractura de Colles), pero las más frecuentes son las vertebrales, que acaban manifestándose por el encorvamiento de la espalda (joroba) y el dolor. Las de cadera son las más incapacitantes y peligrosas, por el riesgo de mortalidad que tienen cuando ocurren en personas ancianas.

Aunque actualmente existan tratamientos farmacológicos potentes para la osteoporosis, es de suma importancia hacer una prevención desde cualquier edad, ya que la adquisición del pico de masa ósea tiene lugar hasta los 35 años. Aunque los estudios llevados a cabo durante la infancia y adolescencia sean escasos, se recomienda la práctica de EF a cualquier edad para fortalecer la masa ósea.

En mujeres postmenopaúsicas se han observado beneficios del EF sobre el metabolismo óseo, tanto en la prevención de la pérdida de la masa ósea como en la mejora del equilibrio y en la disminución del riesgo de caídas. Los más eficaces son los que combinan ejercicios de resistencia (como sentadillas y flexiones), los de impacto directo sobre los miembros inferiores (como saltar y correr), los que incluyan ligera carga (pesas) y posiblemente los que incluyan vibración mecánica.

La **menopausia** no solamente afecta a la esfera corporal de la mujer, sino también a su salud mental, a su bienestar y al de su entorno. Entendemos como calidad de vida, o mejor aún, calidad de vida relacionada con la salud, definida como la percepción de los aspectos de la vida que con más probabilidad se ven afectados por los cambios en el estado de salud; y abarca aspectos como la salud, el funcionamiento físico y emocional, así como las limitaciones para desempeñar distintos roles en la vida cotidiana y el funcionamiento social.

La principal queja de las mujeres en el climaterio son los síntomas vasomotores, principalmente los **sofocos**. Aunque hay disparidad de resultados cuando solo se ha valorado la reducción de los sofocos con el EF, en general sí se recuden otros síntomas y se mejora la calidad de vida.

Otro síntoma que sufren las mujeres peri y postmenopáusicas es el **insomnio**. El EF incrementa la producción de melatonina, hormona relacionada con el estado de vigilia-sueño, permitiendo un mejor descanso nocturno. El **estado de ánimo** también se ve afectado, es una nueva etapa con multitud de cambios no siempre aceptados, y el EF libera endorfinas relacionadas con el buen estado de ánimo. En cuanto a la esfera psicosocial, el EF influye mejora la ansiedad, la depresión y la calidad del sueño.

El EF reduce el peso y las consecuencias de la obesidad, tanto estéticas, médicas (enfermedades cardio-metabólicas), psíquicas (depresión), como los síntomas de la menopausia (sofocos, alteraciones del sueño, etc.).

Además de incrementar el bienestar y la calidad de vida, el EF mejora la función cardiorrespiratoria, metabólica, e inmunitaria y reduce el riesgo cáncer de mama. Puede que todo ello reduzca la sintomatología propia de la menopausia.

Por otra parte, el **EF parece retrasar el deterioro cognitivo causado por la edad**, y disponemos de estudios que nos señalan una reducción del 50% de la incidencia de Alzheimer cuando el EF es continuo e intenso y que realizándolo en edades medias de la vida puede funcionar como factor protector.

En definitiva, **el EF ayuda a que las mujeres peri y postmenopáusicas afronten de manera más positiva el cambio hormonal sintiéndose tan activas y valiosas como antes.**

¿Hay limitaciones para poder iniciar la práctica de una actividad física?

Por norma general cualquier persona debe incluir el EF en su actividad diaria, y aunque digamos que puede considerarse como una forma de terapia por sus múltiples beneficios, a veces pueden existir contraindicaciones para su realización, por ejemplo: infecciones sistémicas agudas, enfermedades crónicas agudizadas, enfermedades que produzcan vértigos o intervenciones quirúrgicas recientes. En todos estos casos será necesaria una valoración médica previa.

¿Qué pruebas tengo que hacerme antes de hacer ejercicio físico?

En cualquier caso, antes de comenzar con una práctica deportiva, se deben evaluar los factores de riesgo cardiovasculares (tabaquismo, diabetes, hipertensión, dislipemias), así como los antecedentes personales y familiares de enfermedades cardiorespiratorias y metabólicas.

Dependiendo del tipo de actividad física que van a desarrollar se recomendarán otras pruebas. Si se trata de un EF leve-moderado no se requiere ninguna prueba especial, a no ser que se presenten algunos de los factores mencionados, que en su caso, será necesario la valoración médica previa.

Si se trata de un EF intenso, es necesario un estudio más específico con el fin de prevenir complicaciones graves como la muerte súbita durante el ejercicio. En estos casos, la historia clínica debe remarcar la presencia de síntomas que hayan aparecido durante la práctica previa de EF (como síncopes o dolores de tipo anginoso), un ECG basal en mujeres mayores de 50 años y prueba de esfuerzo.

¿Qué modalidades de ejercicio físico son recomendables para las mujeres peri y postmenopaúsicas?

Aunque cualquier tipo de EF es bienvenido para las mujeres peri o postmenopáusicas, probablemente la modalidad más recomendada en esta etapa sea una combinación de ejercicios de alta intensidad con periodos cortos de recuperación y que, a su vez favorezcan la mejora del equilibrio, como el Pilates. Todos ellos consiguen una pérdida de tejido adiposo y una ganancia de musculatura en menor tiempo que los EF convencionales cuando se practican aisladamente (carrera, natación, ciclismo). Son de elección por ser los que más se asemejan a la actividad diaria y probablemente consigan mejor adherencia entre las usuarias. Otros como el Taichí o el yoga también han demostrado ser provechosos, aunque no combinan todos los beneficios de los de alta intensidad.

El cerebro adolescente

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

En la cultura popular, la etapa vital que denominamos adolescencia ha sido interpretada como una época de riesgos, excesos, pérdida de control y vulnerabilidad para el desarrollo de cuadros psicopatológicos. Sin embargo, la investigación neurocientífica actual nos describe un proceso neurobiológico -social y culturalmente contextualizado-, en el que si bien acontecen cambios que pueden generar situaciones de riesgo, también estos mismos cambios ocasionan la emergencia de nuevas oportunidades de crecimiento personal, aprendizaje flexible, promoción de la autonomía y desarrollo de la resiliencia.

Perspectiva evolutiva

Para entender este proceso evolutivo, resulta oportuno dirigir nuestra atención a tres sistemas biopsicológicos que han evolucionado para equipar al cerebro adolescente con las herramientas cognitivas, conductuales y emocionales necesarias para adaptarse exitosamente al complejo nicho social:

- El **sistema estrés/amenaza** que permite lidiar con la adversidad. Durante la adolescencia, los cambios en las expectativas y las demandas socio-culturales (v. gr., sexualidad, relaciones de amistad, éxitos y fracasos.) generan un elevado nivel de estrés. Estructuras características de este sistema como son el hipocampo y la amígdala experimentan un aumento en su volumen durante la adolescencia y juegan un papel fundamental a la hora de facilitar la adaptación del adolescente a las situaciones de mayor estrés ya que benefician la gestión emocional y la puesta en práctica de respuestas de protección ante las amenazas sociales.

- El **sistema de recompensa** que promueve la regulación del apego y de la autonomía personal. El sistema dopaminérgico (mesocorticolímbico) regula en nuestra especie las experiencias de recompensa. Resulta básico que este sistema se active con relaciones de apego equilibradas que puedan generar seguridad, al tiempo que potencien la adquisición de autonomía. También resulta enriquecedor para el cerbero adolescente experimentar recompensas no inmediatas para que el sistema sea capaz de realizar actividades de aprendizaje continuadas en el tiempo (v. gr., deporte, actividad intelectual...) y tolere tanto la demora de la recompensa como la consecuente frustración.

- El **sistema mentalizador** tiene como objetivo que el cerebro adolescente pueda entenderse a sí mismo y a los otros. La mentalización consciente-controlada está relacionada con la corteza prefrontal (áreas lateral y medial) y juega un rol básico a la hora de navegar con éxito por la vida social. El cerebro adolescente es altamente sensible tanto (i) a la comunicación no verbal (v. gr., gestos, tono de voz...) como (ii) al juicio social (real o imaginado). La capacidad de entender el mundo mental de las otras personas (sus miedos, ilusiones, deseos) posibilita que el cerebro adolescente vire su foco atencional: extremadamente centrado en sí mismo. Este "descentrarse" reduce el estrés y genera estrategias de resiliencia para afrontar un mundo social exigente en el que logrará sentirse más autónomo y menos aislado.

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

Doctor, me duele el pecho, ¿es angina?

Dra. Adela Navarro Echeverría y Lizar Zabala Díaz. *FEA en Cardiología. Hospital Universitario de Navarra.*
Dr. Iban Plaza Izurieta. *FEA en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario de Navarra*

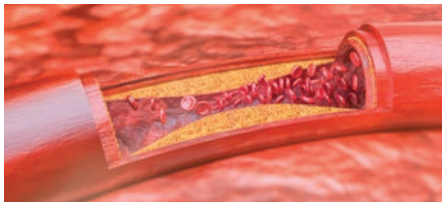
El dolor torácico, puede deberse a múltiples causas, y no siempre son de origen cardíaco. No obstante, conviene descartar la causa cardíaca, por lo que es recomendable que lo comente con su médico.

¿Qué es la angina de pecho?

Es un síntoma que se produce cuando se reduce el flujo de sangre que le llega al corazón. La sangre transporta oxígeno y, al ser el corazón un músculo, necesita el oxígeno para trabajar. Por lo que, al disminuir la cantidad de sangre, el corazón "sufre", a lo que se denomina isquemia, y se "queja" a modo de angina.

Causas

La causa más frecuente es la ateroesclerosis, enfermedad de las arterias en la que se producen acúmulos de grasa y otras sustancias (denominadas placas) en las paredes de la arteria. Dichas placas provocan estrecheces en algún punto de las arterias motivo por el que disminuye el flujo de sangre que le llega a esa parte del corazón.



Las placas pueden aumentar progresivamente, disminuyendo cada vez más el calibre de la arteria. En estos casos se suele producir la denominada angina estable, que generalmente se desencadena por el ejercicio físico, puesto que al realizar alguna actividad, el corazón demanda más sangre, pero las estrecheces de las arterias lo impiden.

En otros casos, las placas de las arterias pueden sufrir una pequeña rotura y como consecuencia se puede formar un coágulo que obstruya total o parcialmente la luz de la arteria. Esto hace que de forma brusca se reduzca el aporte de oxígeno que le llega al corazón, y se produzca un infarto agudo de miocardio.

Síntomas

Los síntomas son muy variables. Puede producirse dolor o molestia torácica, que podría describirse como presión, ardor... y que en algunos casos pueda irradiarse hacia brazos, espalda, mandíbula... Además, el dolor torácico podría acompañarse de falta de aire, sudoración, mareo, náuseas o vómitos. No obstante, algunas personas pueden presentar síntomas atípicos y suele ser más difíciles de diagnosticar.

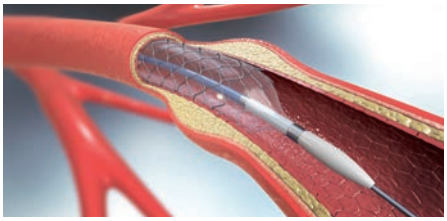
Diagnóstico

Se pueden realizar diferentes pruebas para llegar al diagnóstico correcto: Analítica, electrocardiograma, ecocardiograma o prueba de esfuerzo entre otras. Si la sospecha de angina de pecho es alta, puede que finalmente se realice un cateterismo. Se trata de una prueba invasiva, en la que se inyecta un contraste que permite, mediante imágenes radiográficas, ver el interior de las arterias, y por lo tanto, también las estrecheces.

Tratamiento

Existen diferentes opciones de tratamiento, que hay que valorar de forma individual:

- **Cambios en el estilo de vida:** realizar una vida cardiosaludable, priorizando la dieta mediterránea, ejercicio físico, abandono del hábito tabáquico, control de los factores de riesgo cardiovascular...
- **Medicación:** los fármacos más frecuentes son los siguientes. Por un lado, los antiagregantes, para disminuir la formación de trombos dentro de las arterias. Generalmente se suele prescribir el ácido acetilsalicílico, aunque en caso de implantar un stent, se debe añadir otro antiagregante de forma temporal (habitualmente durante un año). Por otro lado, las estatinas, medicación para disminuir el colesterol. En pacientes con antecedentes de angina o infarto, el objetivo de colesterol es muy estricto, por lo que suele hacer falta dosis altas de estatinas. Se pueden añadir los nitratos, para el control de los síntomas. Son fármacos que dilatan los vasos sanguíneos para permitir que llegue mayor cantidad de sangre al corazón. Finalmente, los betabloqueantes, que disminuyen la frecuencia cardíaca.
- **Angioplastia:** Mediante el cateterismo se puede realizar una angioplastia. Se trata un procedimiento mediante el cual se hincha un pequeño balón en la zona del estrechamiento de la arteria, para posteriormente insertar un stent (o una pequeña malla metálica) en dicha zona. De esta forma se consigue expandir la arteria y mejorar el riego.

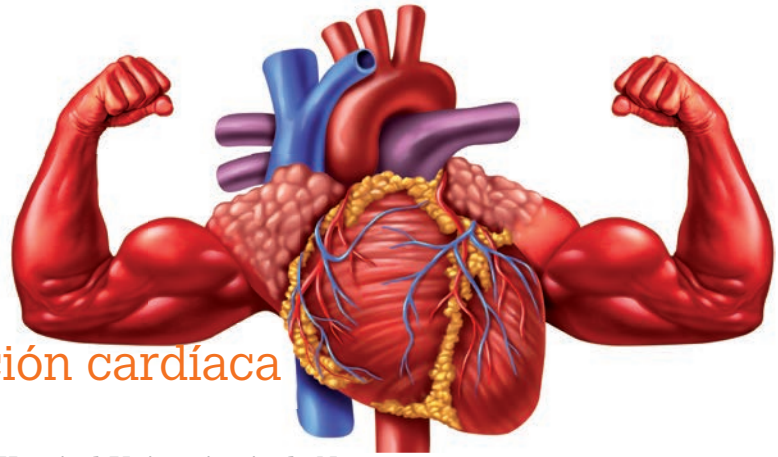


- **Cirugía de bypass coronario:** Cirugía que utilizando una vena o arteria de otra parte del cuerpo, se realiza un puente para evitar la zona de la arteria que se encuentra estrecha.

cardiología

Recuperarse tras un infarto

con ayuda de la rehabilitación cardíaca



Dra. Lizar Zabala Díaz. *FEA en Cardiología. Hospital Universitario de Navarra.*
Dr. Iban Plaza Izurieta y Dra. Sophie Gorostiaga Maurer.
FEA en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario de Navarra

La cardiopatía isquémica (la enfermedad de las arterias del corazón, y el infarto de miocardio entre ellas), es la causa más frecuente de muerte a nivel mundial, además de tener consecuencias importantes en deterioro de calidad de vida y gasto sanitario.

Es por ello, que se necesitan estrategias de prevención para disminuir el riesgo de que ocurra un nuevo evento y la rehabilitación cardíaca es una de ellas. De hecho, los programas de rehabilitación cardíaca han demostrado mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad y las hospitalizaciones. En España cada vez se están creando más Unidades y, en nuestro caso, la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Navarra se puso en marcha en el año 2019.

¿Qué es la rehabilitación cardíaca?

Se trata de un conjunto de intervenciones dirigidas a mejorar la evolución de la enfermedad cardiovascular, influyendo sobre la condición física, mental y social del paciente. El objetivo fundamental del programa de rehabilitación cardíaca es mejorar la calidad y la esperanza de vida mediante la educación.

¿Qué patologías se incluyen en estos programas?

Cualquier enfermedad cardíaca se beneficiaría de la rehabilitación cardíaca, pero la capacidad de las Unidades no suele permitir abarcar todas ellas. En el caso del Hospital Universitario de Navarra inicialmente se han incluido pacientes que han sufrido un infarto recientemente, aunque lo deseable sería extender a otras patologías en un futuro cercano.

¿En qué consiste?

A diferencia de lo que se puede pensar a priori, no se trata únicamente de acudir a un gimnasio a realizar ejercicio supervisado, sino que el pilar básico de estos programas es la educación. Es importante que el paciente tome consciencia de la enfermedad y mediante un programa educativo intente cambiar los hábitos de vida no cardiosaludables. Se trata de un programa multidisciplinar formado por cardiólog@s, enfermer@s, rehabilitad@res y fisioterapeutas con la colaboración de otros servicios como Nutrición y dietética, Endocrinología, Psicología, Urología...

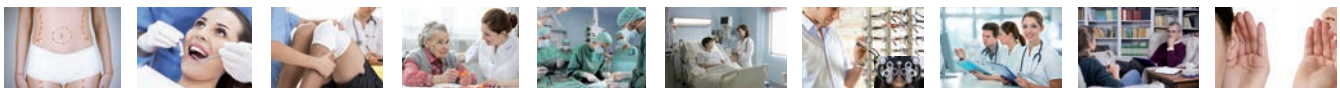
¿De qué fases consta?

La rehabilitación consta de 3 fases:

- **Fase I:** Se realiza durante el ingreso. Se promueve la movilización precoz con pautas de ejercicio físico a realizar tras el alta y se dan algunos consejos sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular.

- **Fase II:** Se realiza una vez el paciente es dado de alta. Para una correcta planificación de un programa de rehabilitación cardíaca se precisa la estratificación de los pacientes según su riesgo en bajo, moderado o alto riesgo. Dicha estratificación se realiza mediante la entrevista, exploración física y pruebas complementarias (una prueba de esfuerzo, ecografía...). Los pacientes estratificados como moderado y alto riesgo, deben realizar la fase II monitorizados mediante electrocardiograma y supervisados por cardiólog@ en la Unidad de Rehabilitación cardíaca del hospital. En cambio los de bajo riesgo pueden realizar programas en las Unidades de Rehabilitación, pero también programas domiciliarios o telemáticos. Durante esta fase se incluye:
  - **Entrenamiento físico:** Se programa un entrenamiento individualizado para cada paciente, que resulta beneficioso y a su vez seguro a nivel cardiovascular. Incluye tanto ejercicio aeróbico (caminar, bicicleta), como ejercicios de fuerza.
  - **Charlas educativas** sobre los factores de riesgo cardiovascular para que cada paciente sea consciente de los cambios que debe realizar para un correcto control de los mismos. Se irán a su vez realizando cambios en la medicación hasta alcanzar el objetivo marcado para cada factor de riesgo.
  - **Consejo nutricional** hacia una dieta cardiosaludable.
  - **Soporte psicológico:** Es habitual que tras un infarto se presente miedo, estrés, ansiedad... que en ocasiones precisen intervención a dicho nivel. Se realizan sesiones de relajación y en pacientes que lo precisen, terapias grupales.

- **Fase III:** Dura el resto de la vida, y es lo más complicado de mantener. Consiste en poner en práctica todo lo aprendido en la fase II.



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

8.000 ejemplares de tirada + 6.245.733 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 Oxigenoterapia Hiperbárica -OHB-, la especialidad médica desconocida

Dr Manuel Salvador
Jefe de la Unidad de Terapéutica Hiperbárica del Hospital General Universitario de Castellón

OXIEN
Rehabilitación Hiperbárica

De un tiempo a esta parte casi todos han oído hablar de la OHB, muchos creen erróneamente que se trata de una "Terapia alternativa", otros la confunden con la "Ozonoterapia" que nada tiene que ver... La publicidad sobre cremas de belleza "ricas en oxígeno", bares "de oxígeno" y saunas "de oxígeno" han hecho mucho daño, relegando una terapia médica a la misma categoría que un "aceite de serpiente" o "snake oil" que dicen los americanos.

El oxígeno es un fármaco, y su uso como medicamento debe ser prescrito por un médico y administrado por un sanitario, ya que la "dosis" a la que debe ser administrado supera en mucho a la que podemos tomar de la atmósfera al respirar.

Y aquí reside la dificultad de su administración, si fuera un medicamento sólido o líquido sería muy fácil aumentar el número de comprimidos o de líquido a administrar, pero es un gas, y ¿si administrándolo puro no es suficiente? entonces, para aumentar la dosis sólo nos queda el recurso de administrarlo a una presión superior a la atmosférica, y eso complica enormemente la administración de un fármaco. Es imprescindible introducir al paciente en un "recipiente" donde pueda ser presurizado todo él, la Cámara Hiperbárica, y ser tratado por personal cualificado y con dedicación absoluta durante la administración del medicamento.

> **Así pues, la OHB es la administración de oxígeno medicinal a dosis farmacológicas con fines terapéuticos en el interior de un recipiente presurizado o cámara hiperbárica.**

El hecho de que el oxígeno sea abundante, y que no pueda ser patentado como medicamento, no ha ayudado en absoluto a su popularización, ya que ninguna compañía farmacéutica puede tener ningún interés

comercial en su promoción y eso ha lastrado enormemente su popularización a pesar de los beneficios que reporta para la salud.

Inicios de la OHB

A mediados de los años '60 del siglo pasado, en Holanda, un cirujano cardiaco, el Profesor Boerema, diseño un quirófano hiperbárico, una enorme cámara hiperbárica en cuyo interior podía operar niños afectos de cardiopatías congénitas, y parar su corazón durante tiempos cercanos a los 30 minutos sin que sufrieran secuelas neurológicas.

Ese oxígeno disuelto en el plasma es mucho más fácil de "tomar" por los tejidos que el que está unido a la hemoglobina de la sangre. La falta de oxígeno pone en riesgo la viabilidad de los tejidos y es la causa de muchas enfermedades. La elevada cantidad de oxígeno que se disuelve en el plasma sanguíneo por efecto de la presión tiene unos efectos inmediatos y otros a largo plazo.

El aumento de la osmolaridad al que hemos hecho mención actúa sobre la deformabilidad de los hematíes haciendo que se adapten mejor al diámetro de los capilares mejorando la microcirculación.

La OHB es capaz de hacer llegar el oxígeno a los tejidos dañados y poner en marcha mecanismos de cicatrización.

Todos los efectos mencionados anteriormente podían ser demostrados, pero había otros para los que no encontrábamos explicación. Llegados a ese punto, nos quedábamos bloqueados, y no podíamos explicar los hallazgos experimentales. Sabíamos que la OHB contribuye a la formación de radicales libres y de especies reactivas de oxígeno y nitrógeno que son moléculas con una doble faceta perjudicial y beneficiosa, pero ¿cómo actuaban?

En el año 1994 le otorgaron el premio Nobel de Medicina al Profesor Rodbell por su labor en el descubrimiento de que los radicales libres y especies reactivas de oxígeno y nitrógeno -RONS- actuaban como transductores de señal, esto permitió entender el papel de la OHB en determinadas reacciones bioquímicas y así pudimos conocer algunos de sus mecanismos de actuación, avanzamos en el conocimiento del como actuaba la OHB.

El camino es largo y los fondos de investigación escasos, pero las investigaciones sobre células HUVEC -Human Umbilical Venous Endotelial Cells- y microarrays de DNA nos permiten demostrar a nivel de activación o supresión de determinados genes los efectos de la OHB, y lo que es más importante, no solo obtener mejores resultados con las presiones más adecuadas, sino abrir el abanico de sus indicaciones terapéuticas. Ahora mismo las universidades de Israel y Suiza están continuamente realizando estudios acerca de esta especialidad médica.

Práctica clínica observacional

Oxien es el único centro en Navarra avalado la ASEMHS, que participa en un estudio de práctica clínica observacional liderado por el Dr. Mera, para determinar las posibilidades terapéuticas que la medicina hiperbárica proporciona a pacientes post Covid con y sin vacunación.

Si eres paciente post covid o si conoces a alguien que su salud se haya visto alterada tras él, te invitamos a ponerte en contacto con el equipo de determinación, Dra. Cristina Lozano (direccion.medica@oxien.com).

El centro Oxien, de Medicina Hiperbárica está liderado por doctores hiperbaristas y técnicos camaristas. Llevamos desde el año 2017 trabajando con pacientes a nivel privado y a nivel público. Trabajamos en quipo multidisciplinar con el doctor para conseguir mejorar la calidad de vida del paciente.

Riesgos de la soledad para la salud

Dra. Susana Clemos Matamoros. *FEA Medicina Interna Hospital Reina Sofía. Tudela*
Dra. Tina Herrero Jordan. *FEA Neumología. Hospital Reina Sofía. Tudela*
Dra. María Jesús Igúquiza Pellejero y Dra. Adriana Ger Buil. *FEA Medicina Interna Hospital Reina Sofía. Tudela*

La soledad no deseada y el sentimiento de vacío existencial es un problema real y alarmante en toda la población, que poco a poco se va convirtiendo en una epidemia.

Las causas de la creciente soledad no deseada, vienen derivadas principalmente del aumento de hogares unipersonales y nuevos tipos de familias, el descenso de la natalidad, el paro la precariedad en el empleo, la desnaturalización en el trabajo como fuente de encuentros, la frenética vida en las grandes ciudades y la tendencia a relaciones personales menos duraderas. Son factores que pueden llegar a intervenir en el aumento imparable de la soledad, siendo el grupo de mayor prevalencia el de los mayores que en muchos casos, viven y mueren solos en el final de sus días.
En España se estima que más de 2,5 millones de ancianos se sienten solos, constituyendo casi el 40% de los mayores de 65 años.
Esta situación de aislamiento repercute no solo en el estilo de vida, sino también y de manera significativa en el bienestar psicológico, desembocando en problemas de hostilidad, resentimiento, depresión, tristeza y ansiedad, que a su vez pueden dañar la emoción, cognición y conductas de salud, como riesgo a adicciones y peor calidad de sueño, siendo la ideación suicida y el mayor riesgo de morir prematuramente en torno a un 14% en algunos estudios.

¿Soledad o vivir solo?

Habitualmente se suelen dar datos de prevalencia de la soledad, confundiéndose con vivir solo.
El aislamiento social se refiere a la falta de contacto social, que de una forma cuantitativa puede medirse por el hecho de vivir solo, pero esto solamente es un dato objetivo que no abarca todo el espectro de la soledad.
La soledad, sin embargo, se define subjetivamente como una experiencia dolorosa experimentada en ausencia de relaciones sociales, de sentimientos de pertenencia o debida a una sensación de aislamiento.
La soledad es también fruto de una discrepancia percibida entre las necesidades sociales y su disponibilidad, es un estado emocional que refleja la experiencia subjetiva del que sufre aislamiento social.
Por ello, aunque exista una intensa relación entre vivir solo y sentirse solo el análisis de la soledad no solo es factible hacerlo únicamente desde los modos de convivencia, sino fundamentalmente analizando dos cuestiones: la red social y los sentimientos de soledad.

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

Riesgos de la soledad para la salud

Aunque es difícil medir el aislamiento social y la soledad de manera precisa, existe una fuerte evidencia de que muchos adultos por encima de los 65 años están socialmente aislados o se sienten solos en maneras que ponen en riesgo su salud.

Estudios recientes hallaron los siguientes riesgos asociados a la salud:

- El aislamiento social aumenta significativamente el riesgo de una persona a morir prematuramente por todas las causas, un riesgo que podría rivalizar con el del tabaquismo, la obesidad y la inactividad física.
- El aislamiento social se asoció a un aumento de casi el 50% del riesgo de deterioro cognitivo y demencia.
- Las relaciones sociales escasas (caracterizadas por el aislamiento social o la soledad) se asociaron a un aumento del 29% del riesgo de enfermedad cardiaca y a un aumento del 32% del riesgo de accidente cerebrovascular.
- La soledad se asoció a mayores tasas de depresión, ansiedad y suicidio.
- La soledad en los pacientes con insuficiencia cardiaca se asoció a un riesgo de muerte de casi 4 veces mayor, a un aumento del 68% del riesgo de hospitalización a un aumento del 57% del riesgo de visitas a Urgencias.

Soledad y deterioro cognitivo

Si bien la soledad no deseada se ha convertido en un problema por su alto impacto en la calidad de vida de las personas, es en las personas mayores donde las consecuencias se consideran más significativas.

En los años previos a la pandemia por Covid ya se había detectado un aumento significativo de la soledad no deseada entre las personas mayores de nuestro país, lo que tras esta crisis sanitaria se ha incrementado, convirtiéndola en una de las principales preocupaciones en el ámbito de la geriatría, hasta el punto de calificar la soledad como la epidemia del siglo XXI.
Se ha evidenciado en diferentes investigaciones la asociación entre la soledad no deseada y un mayor riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo.
La Organización Mundial de la Salud en su informe de recomendaciones para prevenir y reducir el riesgo de demencia (2019) prescribe tanto la estimulación cognitiva como a actividad social.
La relación entre la soledad y el deterioro cognitivo es bidireccional, ya que el deterioro es un factor de riesgo para la soledad no deseada, pero, a la vez, puede ser una consecuencia de dicha soledad. Lo que es verdad es que ambos problemas crean una mayor vulnerabilidad en un grupo de edad en el que predominan las situaciones de dependencia y discapacidad, que se ven aún más agravadas con la presencia de la soledad.
Por lo cual podríamos concluir que la soledad no deseada es por tanto no solo un problema social sin también sanitario sobre el que debemos intervenir.
Existen diferentes Estrategias de Prevención que fomentan fundamentalmente la estimulación cognitiva como herramienta para el alivio de la soledad.
Dentro de estas estrategias destacan talleres de estimulación cognitiva que abordan además distintas medidas que las personas mayores pueden adoptar para disminuir su sentimiento subjetivo de soledad.

Los ámbitos de intervención podrían resumirse en los siguientes:

- Identificación de los factores asociados a la soledad no deseada desde una perspectiva individual, grupal y de las situaciones de riesgo en una sociedad sensibilizada con el problema de la soledad
- La detección activa y valoración de personas con sentimiento de soledad no deseada y su derivación a actividades que creen vínculos entre ellas
- Aportar en la estrategia poblacional materiales de estimulación que ayuden a aumentar la reserva cognitiva, con cuadernos y ejercicios interactivos
- Formar a distintos perfiles de mediación (voluntariado, familiares...) en estimulación cognitiva

En definitiva, nos enfrentamos a una cuestión que, según las expectativas demográficas, va a más y es por tanto fundamental saber cómo enfrentarse a este problema social que influye en la salud y en la calidad y esperanza de vida de nuestros mayores.
Por ello es necesaria la búsqueda activa de fórmulas para gestionar mejor la soledad y prevenir sus consecuencias negativas, ya que progresivamente se impone como un modo de vida casi mayoritario en las sociedades modernas.

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

Respiración oral desde la logopedia

Elena Bueno Cubas. *Logopeda especialista en Terapia Miofuncional Orofacial. Nº Colegiado 50209. Psicóloga Sanitaria. Nº Colegiado A-1850.*
Amaia Salbarredi Lazcano. *Logopeda especialista en Daño Neurológico y Terapia Miofuncional Orofacial. Nº Colegiado 480543*

Hablamos del modo respiratorio cuando atendemos a la forma con la que ingresa el aire durante la inspiración.

Un modo respiratorio nasal es aquel en el que el aire es ingresado por la nariz, con la cavidad oral cerrada. Para considerar un patrón respiratorio adecuado, se utiliza la nariz y la entrada-salida de aire es silente. Los labios permanecen cerrados, la lengua alta y apoyada en el paladar.
La función de la nariz no solo está en la respiración o en la olfacción, sino que cumple otras muchas funciones como actividades antimibrobianas, filtración, humidificación o calentamiento del aire.
Dicho patrón respiratorio nasal predispone a la regularidad de las funciones orofaciales (succión, deglución, masticación y habla) y a un adecuado crecimiento y desarrollo musculo-esquelético de la región orofacial, en edad infantil. En adultos, dicho equilibrio de presiones y el desempeño correcto de las funciones, garantiza la estabilidad de las estructuras ya modeladas.
Opuesto al modo respiratorio nasal, encontramos la respiración oral, en la que la persona tiene la cavidad oral abierta en inspiración. La entrada de aire en ciertas situaciones como el habla, canto o diversas actividades deportivas, suele ser oral u oronasal y se considera normal. Fuera de estas actividades, supone una manera inadecuada de respirar, pudiendo ocasionar diversas alteraciones.
Si una persona respira por la boca más del 6% de su día a día durante más de 6 meses (actividad no verbal y no deportivas), se considera respiradora oral. Cuanto más se eleve ese porcentaje con el ingreso de aire por boca, más severa será la alteración.
El enfoque para cualquier tratamiento debe pasar por la comprensión de su etiología.

¿Por qué se convierte la respiración nasal en oral? ¿Cuándo se convierte una persona en respiradora oral?

Puede establecerse a partir de causas inflamatorias (rinitis, sinusitis), infecciosas (resfriado común, alergias), anatómicas (desviaciones del septo nasal, hipertrofia de cornetes, hipertrofia de amígdalas faríngeas y palatinas) u otras causas (flacidez y baja actividad muscular de la región orofacial, malformaciones congénitas, daño neurológico, factores psicoemocionales o alimentares, etc.). Las causas, por lo tanto, pueden ser exógenos y endógenos, y funcionales u orgánicos.

¿Cuáles son las consecuencias de respirar por boca?

Una persona con respiración oral puede presentar alteraciones musculares (hiperfuncionalidad e hipofuncionalidad) y de las funciones estomatognáticas (masticación ineficiente, deglución con interposición lingual, habla imprecisa, exceso de saliva), alteraciones craneofaciales (crecimiento facial vertical predominante, dimensiones faciales transversales estrechos como paladar estrecho y alto), alteraciones dentarias (sobremordidas o resaltes, mordida abierta anterior, mordida

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

cruzada, apiñamiento dentario, mayor incidencia de caries), alteraciones corporales (cabeza anteriorizada, aumento de la lordosis cervical y lumbar, escápulas aladas, pies planos), dolores en distintas regiones del cuerpo (cervical, lumbar, orofacial), cefaleas, halitosis, labios resecos, tendencia a desarrollar infecciones (amigdalitis, otitis), alteraciones de sueño, irritación, fatiga, insomnio, ansiedad, eneuresis, etc.

¿Cuál es la función del logopeda especialista en Motricidad Orofacial en relación a la respiración oral?

Desde la especialidad logopédica de Motricidad Orofacial, se realiza una anamnesis enfatizando las preguntas relacionadas con la salud respiratoria, medicación, episodios de otitis, calidad del sueño, hábitos orales lesivos que supongan cambios en la oclusión dental, alimentación, etc. Posteriormente se lleva a cabo una valoración postural y de la morfología orofacial. Se hacen pruebas de permeabilidad nasal, pruebas de Glatzel, de Rosenthal. Se evalúan las funciones orofaciales (deglución, masticación, etc.) dada su interrelación. Pueden aplicarse pruebas complementarias derivando a otros profesionales si fuese necesario (pediatría, odontología, otorrinolaringología, neumología, etc.).

El objetivo final será obtener unos objetivos de intervención de acuerdo con la evaluación y el diagnóstico realizado. Dichos objetivos varían de caso a caso. Por ejemplo, en los casos de etiología orgánica podrá requerirse un tratamiento médico-quirúrgico previo al tratamiento logopédico.

¿Cuál sería la actividad terapéutica más adecuada?

Desde la logopedia se puede actuar y ofrecer un tratamiento dirigido a restablecer o normalizar la función respiratoria.

Tratar de equilibrar la musculatura extraoral del tercio medio e inferior de la cara, y la intraoral de la cavidad oral y faringo-laringea. Enseñar al paciente a realizar una correcta higiene nasal (sueroterapia, masaje, inhalaciones), a aumentar la percepción de nariz con y sin obstrucción, a realizar entrenamiento muscular orofacial basados en la evidencia (sin producir compensaciones y tensión muscular innecesaria), a realizar estimulación olfativa, automatización y generalización el modo respiratorio nasal realizando incluso un plan de trabajo que abarque tanto la familia como la escuela (en el caso de los pacientes infantiles) y en ámbito laboral, social y otras rutinas de la vida diaria (en el caso de los adultos).

Pero fundamentalmente, la logopedia reeduca la respiración nasal junto a otras funciones orofaciales (masticación, deglución, habla) que en mayor o menor medida pueden estar alteradas debido a la respiración oral.

La respiración se considera una función prioritaria. Podemos estar unos minutos sin masticar, tragar y hablar, pero no sin respirar. Está científicamente comprobada la interacción entre el modo respiratorio, el desarrollo de estructuras craneofaciales y la postural corporal. Es por todo ello por lo que se debería prevenir la respiración oral, y reconocer las señales que delatan su presencia con el fin de realizar acciones preventivas y correctoras.

La respiración nasal supone una mayor calidad de vida, condiciona el desarrollo del sistema estomatognático y mantiene en equilibrio a todo el organismo.

¿Es normal tener dolor de regla?

Nerea Villar García, Catalina Renata Elizalde Peñuela y Henrietta Karlsson Gil.
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Navarra.
Victoria Duro Suárez. *Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen*

La dismenorrea o comúnmente llamada "dolor de regla" consiste en un intenso dolor en la parte baja abdominal o a nivel pélvico que ocurre durante la menstruación. Puede ser agudo y tipo "retorcijón" o un dolor algo más continuo y de baja intensidad.

Suele comenzar unas horas antes de empezar a sangrar y suele durar 2-3 días. Alrededor del 50% de las mujeres que padecen dismenorrea tienen síntomas asociados como dolor de cabeza, náuseas, vómitos, mareos, fatiga, dolor de espalda, ansiedad, etc. Este fenómeno se debe a la acción causada por las prostaglandinas en el útero. En adolescentes tiene una prevalencia entre el 60-93% y tiene un gran impacto ya que puede interferir en sus actividades de vida diaria como la asistencia a clase, eventos deportivos y otras actividades sociales. No obstante, sólo el 15% de las mujeres con dismenorrea busca consejo médico.

Tipos de dismenorrea

El manejo diagnóstico está enfocado a excluir patología pélvica y a seleccionar el tratamiento médico adecuado según las características individuales de la paciente y la severidad de los síntomas. Se clasifica en dismenorrea primaria y secundaria.

La dismenorrea primaria suele comenzar cuando los ciclos son ovulatorios y se han establecido (normalmente entre los 6-12 meses de la menarquia o primera regla), sin embargo, tiende a desaparecer con la edad y los embarazos. La evaluación de una mujer con dismenorrea comprende una anamnesis completa que incluya la evolución de su menstruación desde la menarquia para valorar la severidad de los síntomas y excluir causas de dismenorrea secundaria.

Las causas de dismenorrea secundaria son: endometriosis, adenomiosis, quistes ováricos, adherencias intrauterinas o pélvicas, malformaciones congénitas uterinas, uso de DIU de cobre, enfermedad inflamatoria pélvica silente, enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y alteraciones psicológicas. Se debe realizar un examen abdomino-pélvico y ecografía pélvica en aquellas mujeres que tengan síntomas severos. En mujeres sexualmente activas se aconseja también realizar un tacto vaginal bimanual y valorar realizar cultivos endocervicales para descartar una infección de transmisión sexual.

Tratamiento

La severidad del dolor menstrual y la limitación de las actividades de la vida diaria sirven de guía para la toma de decisiones en cuanto al tratamiento se refiere. En las medidas generales se incluyen la educación de la paciente en su dolor y en las opciones de tratamiento médico para que utilice de una forma correcta.

El tratamiento sintomático de la dismenorrea comienza con un descanso adecuado, sueño regular y ejercicio. Además de seguir una dieta baja en grasas y rica en ácidos grasos omega-3 (ALA: semillas de lino, y DHA: pescado/microalgas. El tratamiento de primera línea son los antiinflamatorios no esteroideos o AINES, que alivian el dolor en un 70-90% de los casos e inhiben las prostaglandinas. Los AINES (Ej: ibuprofeno, naproxeno...) se inician 24 a 48 horas antes de la fecha estimada de regla y se continúan hasta 1 o 2 días después del comienzo de la menstruación y son generalmente más efectivos que el paracetamol. Se recomienda ingerirlos junto a comida. Si los AINES no son efectivos, se puede ofrecer un anticonceptivo oral combinado o alternar ambos. Los anticonceptivos previenen el dolor menstrual suprimiendo la ovulación y por lo tanto disminuyendo los niveles de prostaglandinas. También son eficaces los DIUs hormonados, y otros contraceptivos como el implante, el anillo vaginal, el parche y la inyección. Si los tratamientos anteriormente descritos no son eficaces, primero tenemos que valorar la eficacia de la adherencia al tratamiento, es decir, indagar si la paciente lo está tomando de forma reglada; si esto es así se considerarán otros métodos.

Así pues, tener dolor de regla no es normal pero es muy frecuente. Si tienes dolor con las reglas y no sabes qué pasos debes dar, en primer lugar deberás consultar a tu médico de atención primaria, quien te guiará y asesorará, adicionalmente considerará si es preciso una valoración por el ginecólogo.

Veganismo y embarazo,
¿es seguro para el bebé?

Nerea Villar García. *Ginecóloga de CASSYR Andraize-Txantrea.*
Catalina Renata Elizalde Peñuela. *Ginecóloga de CASSYR Azpilagaña.*
Victoria Duro Suárez. *Médico Internista del Hospital García Orcoyen.Estella.*
Henrietta Karlsson Gil. *Ginecóloga del Hospital Universitario de Navarra*

La alimentación vegana y vegetariana está en auge. Cada año más personas, sobre todo las nuevas generaciones, se unen a este estilo de vida. Se puede observar que en estos últimos años han proliferado los restaurantes que ofrecen este tipo de alimentación e incluso en la mayoría de establecimientos del sector hostelero tienen opciones veganas.

Se estima que el 7,8% de la población española mayor de 18 años es veggie (vegana, vegetariana, flexitariana, etc.). En ocasiones las embarazadas o madres veganas omiten su tipo de alimentación al profesional sanitario que le atiende para evitar sentirse juzgadas. Por ello, los profesionales debemos estar informados y actualizados en cuanto a las necesidades nutricionales que tienen las personas veganas, ya que, de no hacerlo, incurriremos en error dando consejos basados en ideas obsoletas o en juicios propios y no respetando las decisiones del paciente.

Macronutrientes y micronutrientes

El desarrollo fetal durante el embarazo requiere adaptación fisiológica materna y cambios en las necesidades nutricionales. Se debe asegurar una adecuada ingesta de macronutrientes y micronutrientes, en todas las gestantes, para que los procesos que tienen lugar durante el embarazo se den correctamente. Si no se aporta la suficiente cantidad como si se produce demasiada aportación (en ambientes con malnutrición por ingesta de productos ultraprocesados) puede estar asociado a resultados adversos materno-fetales, incluyendo abortos, anomalías congénitas, hipertensión, diabetes gestacional, parto pretérmino, fetos pequeños para la edad gestacional y desarrollo neurocognitivo subóptimo.

Dieta sana y variable

La clave es seguir un dieta sana y variable, incluyendo en el caso de vegetarianas y veganas:

- **Verduras** de todos los tipos, bien lavadas para disminuir el riesgo de contraer toxoplasmosis.
- **Frutas enteras:** se desaconseja el tomar zumos ya que no consumiríamos la fibra que contiene la fruta y predominaría la toma de sus azúcares. Se recomienda tomar la fruta después de las comidas, sobre todo las que son ricas en vitamina C para favorecer la absorción del hierro (el pimiento rojo también es muy rico en vitamina C cuando se consume crudo).
- **Cereales:** se recomiendan que sean integrales.
- **Bebidas vegetales/yogures vegetales fortificados con calcio:** esto es muy importante ya que no todas las bebidas vegetales están fortificadas. Sería interesante también que no lleven azúcares añadidos.
- **Proteína vegetal:** legumbres como lentejas, garbanzos y alubias (pueden consumirse a diario y en las comidas principales) y productos derivados de la soja (tofu, tempeh) y proteína de guisante.
- **Frutos secos.**
- **Aceite de oliva.**

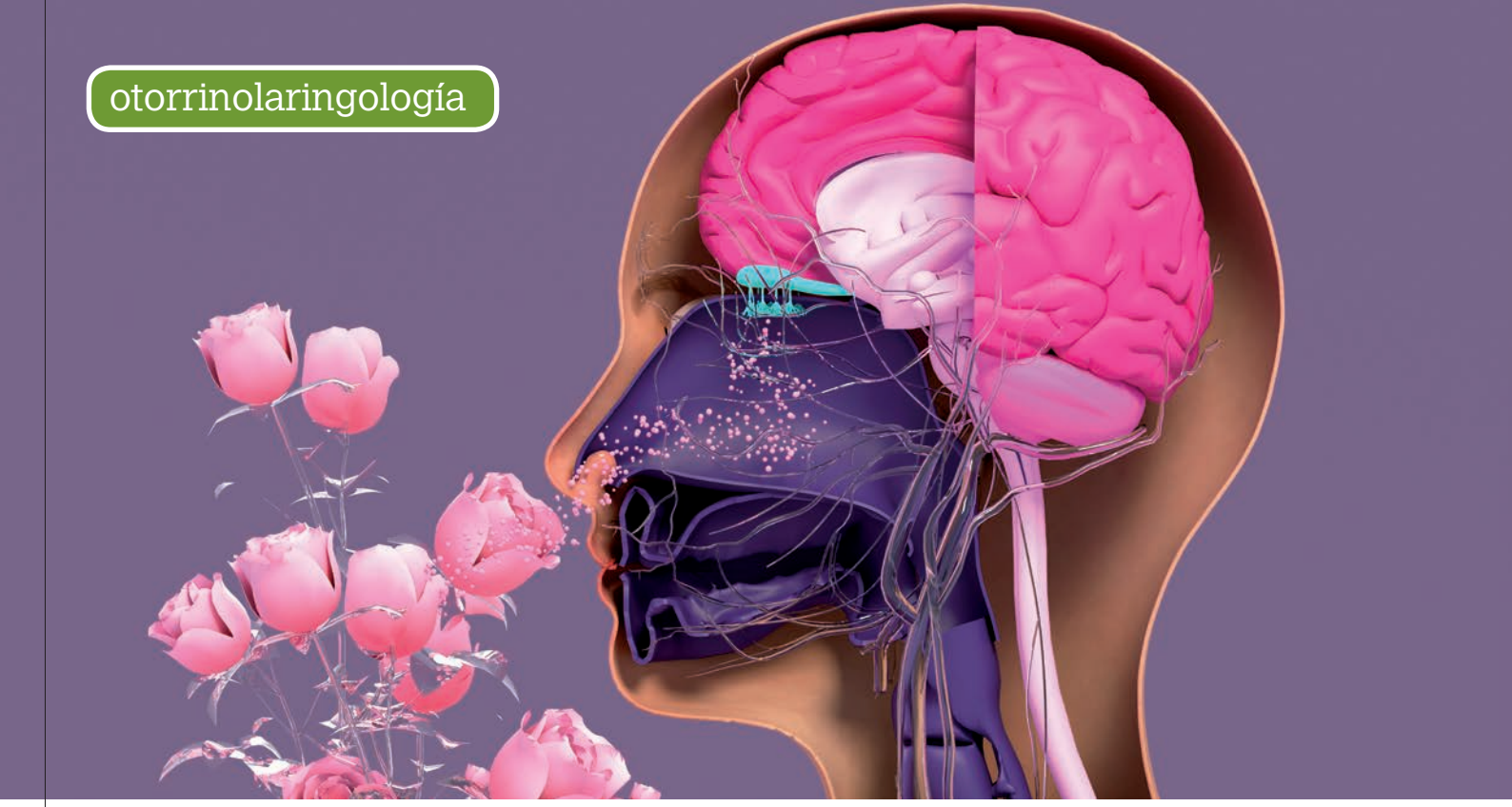
Se debe limitar el consumo de azúcares añadidos, grasas saturadas y comidas con exceso de sodio.

Acudir a un nutricionista especializado

En gestantes vegetarianas y veganas se recomienda que acudan a un nutricionista especializado en este estilo de vida para un correcto asesoramiento del embarazo, lactancia y para el futuro recién nacido, ya que van a requerir suplementación de:

- **Vitamina B12:** es producida por líquenes. Los no vegetarianos la obtienen en su dieta por el consumo de animales que han sido suplementados con esta vitamina.
- **Vitamina D** en periodo de otoño-invierno.
- **Omega-3:** Son ácidos grasos esenciales en nuestra dieta. El ALA (ácido alfa linolénico) que lo podemos encontrar en diversas semillas, la más consumida son las semillas de lino molidas y el DHA (ácido docosahexaenoico) que se encuentra en pescados y microalgas. Además, requerirán la suplementación recomendada en el resto de gestantes: ácido fólico y yodo.

Para concluir, recalcar la importancia de un adecuado asesoramiento nutricional por un nutricionista especialista en dieta vegetariana/vegana. Lo ideal sería realizarla previo a la gestación, ya que una alimentación rica en macronutrientes y micronutrientes esenciales y la suplementación de los mismos si precisa, es esencial para un desarrollo adecuado del feto y de la salud de la embarazada.



Pérdida de olfato y covid

Dra. Maider Berasategui Fuertes. *MIR-ORL. Hospital Universitario de Navarra.*
Dra. Paula Arruti Mendiluce. *Mir-Familia. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca.*
Dr. Ignacio Arruti González. *Jefe de Sección ORL. Hospital Universitario de Navarra*

Las señales externas que nos rodean representan el motor de nuestra vida. Los estímulos que percibimos por los sentidos: colores, olores, sabores, ... generan sensaciones diferentes en cada uno de nosotros que quedarán grabadas en nuestra mente como un recuerdo positivo o negativo.

No hace mucho tiempo, apareció en nuestra sociedad un "exterminador de recuerdos" si es que así podemos llamarle a este agente infeccioso que, ha sido el protagonista de todas las conversaciones, medios de comunicación y hospitales a nivel mundial desde el año 2019, el virus de tipo ARN, SARS-COV-2.
Actualmente (18-12-2022) en España son 165.00 los casos de contagios producidos por la covid-19 notificados en los últimos 7 días, siendo la incidencia acumulada de 511/100.000 habitantes. Existen ya en España 5,5 millones de casos confirmados, se puede calcular que los afectados seria al menos 2 veces más si tenemos en cuenta a los asintomáticos y a los casos no controlados.
Los principales síntomas según su frecuencia de manifestación en la población general son: fiebre, tos, anosmia, ageusia, fatiga, náuseas, diarrea, etc. siendo la anosmia y la ageusia los síntomas más específicos provocados por este agente viral.
Según las estadísticas epidemiológicas, el coronavirus presenta la capacidad de repercutir sobre el olfato y, por consiguiente, también sobre el gusto, ya que existe una acción sinérgica entre ambos sentidos que nos permite identificar por medio del olfato, el sabor.
Se dice que la anosmia representa un importante marcador clínico de Covid.

Trastornos del olfato

Se pueden clasificar en alteraciones de tipo:
1. Cuantitativo al especificar el umbral olfatorio individual personal.
- **Anosmia:** Pérdida total de la capacidad olfativa.
- **Hiposmia:** Disminución de la capacidad olfativa con aumento del umbral olfativo.
- **Hiperosmia:** Aumento de la capacidad olfativa con disminución del umbral olfativo.

2. Alteraciones de tipo cualitativo según la interpretación y descripción de los diferentes olores percibidos.
- **Cacosmia:** Percepción de un olor desagradable ocasionado por estímulos propios sin existencia de partículas olorosas ambientales.
- **Parosmia:** Distorsión de la realidad en la que un olor agradable es percibido como desagradable.
- **Osmofobia:** Sentimiento de miedo expresado ante la presencia de determinados olores como consecuencia de experiencias vitales sufridas previamente.

Mecanismos de contagio

El contagio entre seres humanos se produce por medio aéreo, gotas y contacto. El agente viral accede al interior celular por medio de un receptor expresado en la superficie celular para la enzima conversora de angiotensina 2 (ECA-2). Dicho receptor se localiza en vías respiratorias, pulmón, riñón, intestino delgado, mucosa olfatoria y SNC. El virus tendría una puerta de entrada directa por medio de la mucosa olfatoria destruyendo las neuronas sensoriales olfativas causando cualquiera de las alteraciones antes mencionadas.

Otras causas de anosmia

- **Infecciones por virus:** Resfriado común, gripe... Normalmente a diferencia del Covid se acompañan de congestión nasal, rinorrea...
- **Rinitis alérgicas, rinosinusitis crónica, poliposis nasal**...
- **Traumatismos craneoencefálicos**.
- **Otras más raras:** tumores, exposición a tóxicos, Alzhéimer, radiaciones....

Diagnóstico

La técnica empleada en la detección de la pérdida olfativa es la olfatometría. Una prueba subjetiva que dependerá de la colaboración del paciente, experiencia del explorador, edad, sexo y hábitos del paciente, entre otros. La sustancia olorosa es transportada por medio de un soporte gaseoso, líquido o sólido inodoro

y transmitida por vía nasal, principalmente. Los más empleados son: un set de frascos con 24 olores distintos por medio gaseoso y el olfatómetro de Davis que consiste en la olfacción de unas tiras de olores adheridas en soporte de papel.

Por otro lado, están las pruebas objetivas no dependientes de respuestas por parte del paciente como son los potenciales evocados olfatorios (OEP) y los potenciales evocados quimiosensibles (CSSEP) que captan y registran la actividad eléctrica cerebral a través de estímulos olorosos.

Tratamiento

Va dirigido a la recuperación olfatoria y continúa en estudio, siendo hasta el momento lo más empleado, el consumo de piracetam, corticoides, vitamina A y complejo vitamínico B con el fin de favorecer la reepitelización neuronal a nivel de la mucosa olfatoria. Igualmente se emplean los corticoides tópicos nasales por el mismo motivo y por eliminar la congestión acompañante.

También son muy empleados los kits de rehabilitación olfatoria compuesto por 4 aceites esenciales: frutal, resinoso, floral y especiado. En caso de alteraciones cualitativas de la olfacción, como las parosmias invalidantes, es posible el empleo de tratamiento médico con hidrocloruro de cocaína tópico y clorhidrato de tetracaína, así como, una bulbectomía transfrontal; una intervención quirúrgica no exenta de riesgos para provocar una anosmia de carácter irreversible.

Actualmente, existen líneas de investigación dirigidas hacia el desarrollo de células madre pretendiendo lograr por este medio una regeneración axonal completa con la consiguiente recuperación olfatoria.

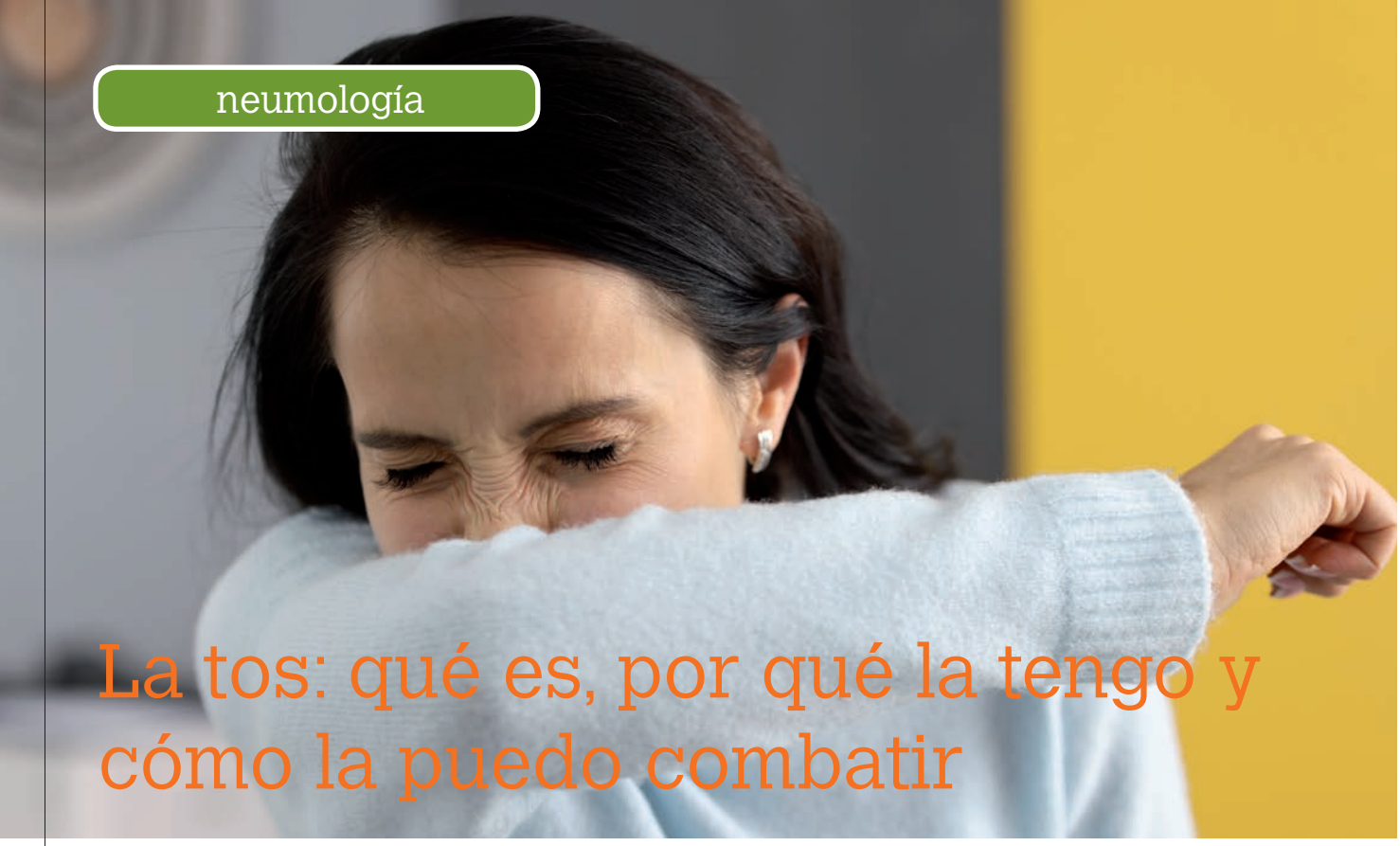
Pronóstico

Se estima que la duración media de la anosmia es de 8,33 días. La hiposmia en torno a 17 días. El 90% de los pacientes recupera el olfato plenamente a los 90 días pero existe un porcentaje mínimo de pacientes que no recuperarán el olfato. Se aconseja a este tipo de pacientes la instalación de detectores de humos y gases y prestar atención a las fuentes de emisión de CO_2. Las técnicas de psicoterapia podrían resultar beneficiosas como tratamiento complementario en aquellos pacientes que no aceptan ni toleran adecuadamente dicha alteración en la olfacción.

Conclusión

El sentido del olfato es esencial en la vida cotidiana, no solo en relación con la alimentación también en la posibilidad que nos da de evocar recuerdos. Se dice que recordamos el 35% de lo que olemos, el 5% de lo que vemos, el 2% de lo que oímos y el 1% de lo que tocamos.

Su falta nos hace comprender su importancia que se ha puesto de manifiesto en la pandemia Covid. En dicha enfermedad su presencia puede ser clave en su diagnóstico y posterior evolución.



La tos: qué es, por qué la tengo y cómo la puedo combatir

Tina Herrero Jordán. *FEA Neumología Hospital Reina Sofía de Tudela.*
Susana Clemos Matamoros, Adriana Ger Buil y María Jesús Igúzquiza Pellejero. *FEA Medicina Interna. Hospital Reina Sofía de Tudela*

La tos es un acto reflejo, provocado en ocasiones de forma voluntaria, cuya finalidad es la expulsión de cualquier elemento extraño de las vías respiratorias, ya sea moco, cualquier otro tipo de líquidos o elementos sólidos.

Es uno de los síntomas clínicos más frecuentes y es responsable de entre el 20% y 30% del total de visitas médicas, siendo la tercera causa de consulta en atención especializada en Neumología, sólo por detrás del asma y la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

La tos puede ser un síntoma más en el conjunto de una enfermedad del aparato respiratorio, cardiocirculatorio o digestivo, o sencillamente ser un síntoma aislado sin relación con ninguna patología, ni torácica ni extratorácica.

Podemos clasificar la tos atendiendo a múltiples criterios, lo más habitual será hacerlo según si es productiva (moviliza algún tipo de secreción) o seca (no moviliza secreciones) o según su tiempo de evolución/duración.

Dependiendo de la duración de la tos podemos clasificarla en:

- **Tos aguda:** cuya duración estará por debajo de las 4 semanas.
- **Tos subaguda:** duración entre 4 y 8 semanas.
- **Tos crónica:** duración por encima de las 8 semanas.

Mecanismo de producción de la tos

La tos no es más que un mecanismo de protección de nuestros pulmones y nuestra vía aérea, ante cualquier tipo de elemento (mecánico, químico, térmico...) capaz de generar un daño a dicho nivel. La aparición de la tos es habitualmente involuntaria, pese a que, como ya hemos indicado, también puede provocarse de forma voluntaria.

Su producción depende de la coordinación adecuada entre los movimientos de apertura y cierre de la glotis y la musculatura respiratoria, tanto en la inspiración como en la espiración.

Cuando se produce la coordinación entre todos estos elementos, se genera la salida de aire a gran velocidad, desde pulmones y vías aéreas hacia el exterior, logrando así arrastrar el exceso de moco, o cualquier elemento o partícula extraña existente en los bronquios o tráquea, y, por tanto, manteniendo las vías aéreas y los pulmones libres de cualquier elemento nocivo.

El mecanismo de producción de la tos consta de tres fases:

- **Fase inicial:** se genera una inspiración breve y profunda.
- **Fase compresiva:** de forma rápida y coordinada se produce el cierre de la glotis, la relajación diafragmática y, simultáneamente, la contracción de la musculatura respiratoria.
- **Fase expulsiva:** se abre la glotis de forma súbita, produciéndose un escape explosivo del aire atrapado en la vía aérea que, en caso de ser necesario, provoca la expulsión del moco y/o cuerpos extraños.

Causas de aparición de la tos

Las posibles causas de tos son prácticamente incontables y extremadamente variadas, por lo que se trata de un síntoma altamente ines-

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

pecífico y de difícil diagnóstico y tratamiento. Las causas más frecuentes varían dependiendo de si se trata de una tos aguda, subaguda o crónica.

Lo más frecuente en el caso de aparición de tos aguda es que algún tipo de infección sea la responsable: resfriado común, bronquitis, traqueítis, faringitis, sinusitis, neumonía... Otras causas menos habituales incluyen: existencia de elementos extraños en vía aérea (alimentos, pastillas, piezas dentales...); tratamiento con ciertos fármacos (principalmente inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina como el Enalapril o el Captopril), tromboembolismos pulmonares...

En el caso de la tos crónica el abanico de posibles causas es, si cabe, aún más amplio. La principal causa, con mucha diferencia, es el tabaquismo: la tos crónica es hasta 3 veces más frecuente en fumadores, o exfumadores recientes, que en personas que nunca han fumado o lo han dejado hace más de 1 año.

Dejando de lado el tabaco, las otras tres principales causas de tos crónica que encontramos habitualmente son: el asma, el reflujo gastroesofágico y el goteo postnasal. Otras causas menos frecuentes de tos crónica incluyen: ansiedad, tuberculosis, acalasia esofágica, fibrosis pulmonar, sarcoidosis, irritación del conducto auditivo, hernia de hiato, tumores torácicos...

Algo a tener en cuenta es que, si en el caso de la tos aguda o subaguda lo habitual es que haya una única causa detrás del cuadro, la realidad de la tos crónica es que tiende a ser un proceso mucho más complejo donde interactúan diferentes entidades, como por ejemplo el tabaquismo y el reflujo gastroesofágico, que se potencian entre sí, generando una tos mucho más resistente a cualquier tipo de medida o tratamiento.

Dado que son tantas las causas que pueden provocar tos, y de tan diferente naturaleza, es importante que seamos conocedores de cuando la tos asocia algún elemento que debe preocuparnos. Los principales signos de alarma asociados a la tos por los cuales deberemos consultar con nuestro médico son: sangre acompañando a la tos, secreciones muy abundantes, ronquera persistente, pérdida de peso, dificultad al tragar y/o atragantamientos repetidos.

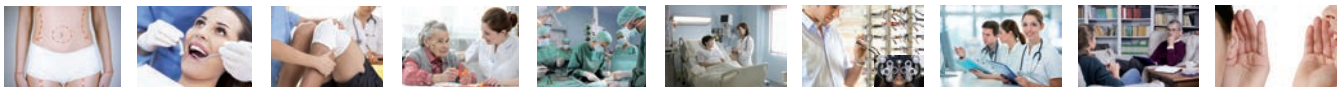
Tratamiento

Si bien determinar la causa de la tos es vital para lograr un tratamiento lo más eficaz posible, existen ciertas medidas que deben recomendarse siempre, ya que ayudan a mejorar la incomodidad y malestar que esta genera:

- **Hidratación muy abundante:** es la medida más importante y eficaz para el tratamiento. La tos genera gran sequedad e irritación de vía aérea, si no se contrarresta con una ingesta abundante de líquidos, la propia sequedad agravará y perpetuará la tos.
- **Abandono del tabaquismo**, tanto activo como pasivo.
- **Humidificar el ambiente:** duchas con agua muy caliente que generen gran cantidad de vapor y/o uso de vaporizadores que incrementen la humedad de la habitación y mantenernos unos minutos respirando en ese ambiente.
- **Ingesta de:** caramelos refrescantes, infusiones con miel, tomillo y/o jengibre...
- **En aquellos casos con sospecha de reflujo gastroesofágico** será importante evitar ciertos alimentos que lo agravan: alcohol, cafeína, chocolate, cítricos...
- **Emplear varios almohadones durante el descanso nocturno** para mantener la cabeza elevada.
- **Evitar la inhalación de humo, tabaco y polvo,** así como los ambientes con aire acondicionado.
- **Evitar cambios bruscos de temperatura.**
- **Fármacos:** jarabes y/o pastillas antitusígenas, expectorantes y mucolíticos, como la N-Acetilcisteina, que faciliten la expulsión de las secreciones.

Más allá de las medidas generales, en aquellos casos donde se identifique la causa responsable de la tos, deberemos asociar a estas medidas el tratamiento específico correspondiente:

- **Inhibidores de la bomba de protones** para mejorar el reflujo gastroesofágico.
- **Antihistamínicos, corticosteroides y/o descongestionantes nasales** para tratar el goteo postnasal.
- **Broncodilatadores inhalados** para controlar la sintomatología del asma.
- **Antibióticos** para aquellos casos en los que exista una infección bacteriana.



Puedes anunciarte en *zona hospitalaria navarra* revista y web

8.000 ejemplares de tirada + 6.245.733 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

VIH durante el embarazo

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

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus (de la familia Retroviridae), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). Hoy en día gracias a la aparición del tratamiento antirretroviral, tanto el pronóstico como la evolución de esta enfermedad, han cambiado profundamente.

El principal objetivo en una mujer gestante infectada por el VIH es la prevención de la transmisión vertical; por ello, es fundamental realizar tratamiento antirretroviral en todas ellas. La base del tratamiento para conseguir que la embarazada alcance la supresión de la carga viral (menos de mil copias por mililitro) o que ésta sea indetectable (menos de 50 copias por mL) es la terapia antirretroviral.
Por tanto, es imprescindible que aquellas mujeres en edad fértil que planean un embarazo conozcan su posible condición de infectadas por el VIH. Siendo fundamental planificar la gestación en la mejor situación clínica posible, minimizando los riesgos para la mujer, la pareja y el feto.

Conocer el estado inmunovirológico

A la mujer que acude a la consulta con embarazo temprano y desconoce su estado serológico debe indicarse una prueba rápida para detección del VIH en la primera consulta prenatal. Es muy importante conocer el estado inmunovirológico de la gestante realizando el recuento de los linfocitos T CD4 y la carga viral plasmática; además hay que descartar otras enfermedades infecciosas pidiendo una serología frente a lúes, hepatitis B y C. Asegurarse del estado vacunal de la paciente, valorar la función hepática y renal y remarcar la necesidad de una buena adherencia a los retrovirales para disminuir el riesgo de trombosis venosa y de aparición de resistencias. En caso de Linfocitos CD4 inferiores a 200 habrá que iniciar tratamiento profiláctico frente a las infecciones oportunistas.
Los estudios clínicos han demostrado que durante el embarazo el riesgo de infección para el feto es de aproximadamente 8%. Durante el trabajo de parto el riesgo es de 15%.

Factores que incrementan el riesgo

El riesgo de transmisión vertical existe durante toda la gestación, pero es muy raro que el feto se infecte en el primer trimestre del embarazo. El período durante el cual se infectan más niños/as es el que rodea al parto.
Los principales factores que incrementan el riesgo son: la carga viral en la sangre, las secreciones cervicovaginales, el trabajo de parto prolongado, la ruptura de membranas amnióticas, los embarazos múltiples, el monitoreo invasivo y los partos instrumentados. Todos estos factores son acumulativos y hay que intentar evitarlos. La mujer con VIH no diagnosticado y que amamanta a su hijo incrementa el riesgo de transmisión de la infección de 4 a 22%; éste se modifica dependiendo de la carga viral en la leche humana y el tiempo de amamantamiento. Las revisiones periódicas durante el embarazo hasta la finalización de éste permiten poner en práctica las medidas de prevención y atención continua e integral de la mujer y su hijo. La infección del recién nacido tiene trascendencias biológicas y sociales importantes.
El recién nacido puede infectarse si la madre está ya infectada cuando se queda embarazada o si la infección aguda se produce durante el embarazo, en este último caso el riesgo de infectar al bebé es mucho mayor. También un recién nacido que no se contagió durante el embarazo ni durante el parto, puede contagiarse mediante la lactancia materna, pues por la leche materna se elimina el virus VIH.
En las gestantes VIH positivo existe un riesgo aumentado de infección puerperal. Sobre todo, en las cesáreas y en los estadios avanzados de la enfermedad, por lo tanto, es muy importante realizar un adecuado tratamiento antibiótico profiláctico. El porcentaje de recién nacidos infectados, disminuye a un 1-3% si se hace un buen seguimiento y se inicia tratamiento durante el embarazo y parto a la madre y en el periodo neonatal durante 4 semanas al niño y se evita la lactancia materna. Además, aumenta la posibilidad de que aparezcan complicaciones trombóticas hasta tres meses desde el parto, por lo que se administrará HBPM a dosis profiláctica durante 6 semanas postparto.
Es muy importante garantizar la continuidad del control de la infección por el VIH en el postparto a través de un equipo multidisciplinar.

Conclusión

Cada vez se hace más importante realizar la visita preconcepcional, sobre todo para este tipo de enfermedades. De esta manera, la futura gestante puede saber su estado serológico antes de quedarse embarazada y realizar una concepción con menor riesgo para su correcto desarrollo.
Por otra parte, si no se realiza la consulta preconcepcional, la visita idónea para detectar el VIH, es en la primera visita del embarazo. Por tanto, es relevante la función de la matrona para realizar este cribado y saber derivar y asesorar en el caso de que sea positiva la gestante a VIH.

Alta sensibilidad, un rasgo de personalidad, no una patología

Josune Hualde Olascoaga. *Pediatra del Hospital Universitario de Navarra*
Iñigo Ezquer Tiberio. *Psicólogo general sanitario N.º colegiado N-01881*

Puede ser que no hayas oído hablar nunca sobre la alta sensibilidad. Pero seguro que tú o alguien de tu entorno os sentís identificados en cuanto leáis algo sobre este rasgo de personalidad.

El rasgo de alta sensibilidad fue Descrito por primera vez, por la psicoterapeuta estadounidense Elaine N. Aaron. Las personas de alta sensibilidad (PAS) se caracterizarían, por ser personas con cierta tendencia a ser más conscientes de su entorno y a reflexionar y analizar profundamente sobre todas las cosas, antes de tomar una decisión. Además, tienden a ser empáticos, intuitivos, atentos y meticulosos. Otra característica de este rasgo es que, debido a la profundidad de procesamiento, estas personas se ven abrumadas fácilmente por los sonidos fuertes, sobreestimulándose en ambientes con mucho ruido, luces, y mucha gente, por lo que se alteran rápidamente, mostrándose incómodos, molestos y con ganas de aislarse de todos y de todo lo que les rodea, durante un tiempo. En estos casos lo que sucede, es que su cerebro procesa la información de un modo exhaustivo analizando cada detalle que les rodea, viéndose además más afectados que el resto de personas por el dolor, los medicamentos o los estimulantes como la cafeína.

Individuos reflexivos, no impulsivos y analistas

Según las investigaciones científicas, del 15 al 20 por ciento de las personas nacen con una alta sensibilidad. Por lo tanto, no es algo anormal, y mucho menos, algo patológico, como podemos llegar a pensar. Además, en la naturaleza encontramos el mismo porcentaje de individuos sensibles en todas las especies en las que se ha estudiado este rasgo. Es, por tanto, algo evolutivo y que tiene su razón de ser. A nivel evolutivo, el tener a una minoría de individuos reflexivos, no impulsivos y analistas hace que el grupo de forma global pueda percatarse, gracias al aviso de estos individuos de alta sensibilidad, de los potenciales peligros de una acción y evitar consecuencias nefastas para la globalidad.

Reacciones internas profundas e intensas

Tradicionalmente, las personas sensibles han sido científicas, teólogas, sacerdotes, abogados, médicos, maestros o artistas. Es por eso importante para la sociedad que exista un equilibrio entre personas sensibles y no-sensibles (que son por naturaleza, más rápidos, impulsivos, o incluso "alocados" en la toma de decisiones) para procurar el buen avance global de ese colectivo.

Tener una alta sensibilidad no es sinónimo de ser introvertido o tímido, y tampoco se relaciona con ser "neurótico", ni a padecer ansiedad, ni depresión, sino a tener unas reacciones internas profundas e intensas. De esta forma la persona es capaz de desarrollar una conciencia importante de lo que sienten los demás siendo los PAS personas empáticas que sintonizan de forma muy poderosa con los sentimientos de los otros.

Es importante conocer este rasgo de personalidad, en especial para los profesionales de la salud, para no patologizar algo que es normal y para saber tratar a pacientes que puedan presentar este rasgo.

Durante años, ha habido una tendencia a considerar el ser "demasiado sensible" como el origen de muchos problemas de salud mental y física.

Consideramos que es importante conocer este rasgo lo antes posible para poder prevenir posibles trastornos que puedan llegar a producirse en estas personas y poder actuar adecuadamente y también desde otra óptica, por ejemplo, en la crianza y en la educación de un niño que presente estas características.

Otras investigaciones futuras podrían establecer qué relaciones pueden existir entre las llamadas personas altamente sensibles y la patología psiquiátrica. ¿Son estas personas más propensas a tener un diagnóstico en salud mental? ¿Detrás de las personas con trastorno mental cuántas personas cumplen las características o se les puede llamar PAS? ¿Qué relación existe entre el rasgo PAS y la inteligencia o las altas capacidades?

Fracturas en rodete

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

Las caídas durante la infancia son muy frecuentes y las visitas a las Urgencias de Traumatología por este motivo son muestra de ello. La gran mayoría de los traumatismos no desembocan en fracturas durante la infancia a pesar de la hinchazón y el dolor tras la caída que puedan manifestar.

Las características del hueso en la infancia son diferentes a las del adulto y la capacidad de consolidación del hueso es mucho mayor y más rápida en los niños.
Los huesos de los niños están recubiertos por un periostio de mayor calibre que en el adulto, lo que permite una mayor capacidad de formar hueso.

Dentro de las fracturas en la infancia están las fracturas en rodete que traducen la elasticidad que tienen los huesos de los niños.
El hueso al sufrir el traumatismo sufre una compresión pero dada la elasticidad que posee, se deforma y se ensancha, sin llegar a romperse del todo. El periostio se mantiene íntegro y se produce un abombamiento de la cortical del hueso afectado.
La mayoría de fracturas en la infancia se localizan en el antebrazo; que está formado por 2 huesos, radio y cúbito; y más concretamente a nivel de la muñeca.
La mayoría de fracturas en rodete que vemos se localizan en la muñeca, aunque podemos encontrarlas en cualquier otro hueso. Las fracturas en rodete de la muñeca se producen cuando el niño se cae con el brazo extendido y apoya la mano.

Para diagnosticar estas fracturas nos basamos en la exploración (dónde le duele, movimientos que no puede realizar) y las radiografías.
No son fracturas graves y son fracturas estables que no necesitan cirugía.
El tratamiento consiste en inmovilizar la articulación afectada con una férula de yeso para controlar el dolor durante 3-4 semanas y analgésicos.
Es posible que durante los primeros días los dedos se hinchen por la inflamación y el hematoma de la fractura, sin embargo con el paso de los días y con la aplicación de frío local y manteniendo la pierna/brazo elevada, la inflamación desaparece.
Una vez que ha pasado el tiempo establecido de inmovilización, la férula de yeso se retira y el niño puede empezar a mover la articulación afectada.

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

Síndrome del tunel carpiano

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

¿Se despierta usted por las noches con dolor en la muñeca? ¿Se le duermen los 3 primeros dedos de la mano y no sabe por qué? Seguramente padezca lo que se denomina síndrome del túnel carpiano.

El síndrome del túnel carpiano ocurre por la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca. El nervio mediano, es uno de los nervios encargados de la fuerza y sensibilidad de la mano, en especial de los 3 primeros dedos y su afectación puede acabar limitando las actividades de la vida diaria.
Se produce en pacientes de entre 30-60 años y es más frecuente en mujeres. Se ha visto que puede llegar a afectar hasta al 10% de la población a lo largo de la vida.

¿Por qué le ocurre?

La cauda es desconocida, aunque se ha asociado a movimientos repetitivos laborales, alcoholismo, diabetes, tabaco, obesidad, secuelas de fractura...
El nervio se atrapa a nivel de la muñeca en un conducto estrecho limitado por un ligamento, el ligamento anular del carpo. Cuando el nervio se queda atrapado puede ser tanto por aumento del contenido del túnel como por engrosamiento del propio ligamento.

¿Síntomas?

Normalmente los síntomas comienzan poco a poco y suele debutar con entumecimiento de la mano, torpeza y hormigueo en los tres primeros dedos y parte del cuarto. Puede progresar con dolor irradiado al codo, debilidad y en casos avanzados, atrofia muscular.

¿Cómo se diagnostica?

EL diagnostico se realiza en la consulta con la exploración clínica. Su médico le hará ciertas maniobras específicas que orientan el diagnóstico y posteriormente se suele realizar un estudio neurofisiológico que confirma la sospecha.

¿Cómo se trata? ¿Qué debe hacer?

El tratamiento inicial es conservador. En primer lugar, evitar o modificar las causas que lo producen para prevenirlo como pueden ser malas posturas al teclear un ordenador, mala postura al dormir... Se pueden utilizar férulas nocturnas que alivian el dolor al mantener la muñeca en buena posición. Se puede asociar tratamiento con analgésicos orales y, además, hay pacientes que han notado mejoría junto con la suplementación de la vitamina B6.
Si a pesar de estas medidas continúa la sintomatología, se puede plantear la intervención quirúrgica, que consiste en abrir el ligamento anular del carpo para que el nervio mediano deje de estar comprimido.

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

CURSOS 2022 - CAMPAMENTO SEMANA SANTA

CAMPAMENTO SEMANA SANTA-PASCUA
FECHAS - HORARIOS - PRECIOS

- **Del 19 al 22 de Abril**
- **Horario: 9 a 14 h.**

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

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

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

ACTIVIDADES

Actividades para todas las edades y niveles:

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

INSCRIPCIONES - OBSERVACIONES

- **Inscripciones por email o teléfono:**
  Marta Erroz 606 652 361
  info@centroecuestrecizur.com
- **Será obligatorio tener la licencia federativa en vigor y el uso del casco en las clases**

CURSOS 2022

POR MESES ¡¡APÚNTATE!!

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

CENTRO ECUESTRE CIZUR

JESÚS GONZÁLEZ AYARRA/ MARTA ERROZ FERRER

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

REGALA CLASES, BONOS DE INICIACIÓN, CAMPAMENTOS

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