ZH
17 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 añoXVII septiembreoctubre2022 nº97

SUMARIO

2 ¿Cuál es el mejor tratamiento para las varices?
3 Un software preciso para el análisis de resonancia cardiaca
4 ¿Cómo prevenir los piojos?
5 Cuidado de los pies
6 ...catéter venoso periférico en población infantil
7 Plasma rico en factores de crecimiento. Tratamientos regenerativos
8 Volver a sentir
9 Recuperar la cresta ósea en los tratamientos de implantes dentales
10 Tiroides...
12 Trastornos psiquiátricos: ¿genes o ambiente?
13 Tratamiento de varices sin pasar por el quirófano ...
14 Mi hijo cojea y le duele la cadera
15 Tiroiditis postparto...
16 Vuelta al cole con una sonrisa
18 Hígado graso...
20 La aparición de la anestesia...
22 Se acerca el otoño... alergia a los ácaros
24 Fascitis plantar: cómo mejorarla en casa
25 ¿Doctor qué es la embolia pulmonar?
26 Comunicando malas noticias al final de la vida...
27 Los síntomas de un infarto en la mujer
28 Abordaje de las tendinopatías desde la fisioterapia
29 Dolor pélvico crónico...
30 Cirugía de prótesis de rodilla
31 ¿Qúe es y cómo funciona mi sistema inmunológico?
32 Oferta de Publicidad 2022

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

Nuevo curso escolar

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L.
Dirección/*Zuzendaritza* Merche Ferrer **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Publicidad/*Publizitatea*** 618 463 122 (mercheferrer@publisic.com)
D.L./*L.G.* NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026. **Distribución** 8.000 ejemplares.

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

¿Cuál es el mejor tratamiento para las varices?

Antes y después del tratamiento

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

Lo cierto es que todas las técnicas son eficaces, pero también que no hay dos varices iguales. Cada modalidad de tratamiento puede ser un poco superior a las otras según cómo sean las varices y, sobre todo, en función del estado del sistema venoso superficial de modo global. Hay que elegir el mejor método en su caso o, habitualmente, una combinación de varios.

Por ello, es imprescindible su valoración por un especialista en **Angiología y Cirugía Vascular** con experiencia en el tratamiento de varices. Tras una exploración exhaustiva y un estudio mediante eco/Doppler en color le va a poder asesorar de forma real sobre el tratamiento más efectivo para usted.

Mediante el uso de las técnicas más avanzadas de tratamiento se puede conseguir eliminar las varices sin una intervención quirúrgica, sin realizar incisiones y sin precisar la aplicación de anestesia (o a lo sumo una ligera sedación o anestesia local). Los resultados son como los de una intervención quirúrgica pero con una agresividad infinitamente menor, lo cual permite volver a hacer una vida normal en pocos días e incluso, en ocasiones, el mismo día del tratamiento.

Tipos de técnicas

La **esclerosis con microespuma** es la técnica menos invasiva, totalmente ambulatoria y sin necesidad de ningún tipo de anestesia, y es útil para todo tipo de varices. Su efecto se basa en un método químico. No requiere ningún tipo de período de recuperación.

Por otro lado, las técnicas de **termoablación** (láser, radiofrecuencia, vapor de agua...), son muy útiles para ejes safenos de gran calibre, que discurran a cierta distancia de la piel, pero no permiten tratar colaterales. Requieren un corto período de recuperación (48/72 horas), y necesitan realizarse con sedación.

El tratamiento con **cianoacrilato** es un método químico y físico, que se realiza con anestesia local y tampoco requiere recuperación. Permite tratar con gran efectividad ejes safenos, pero no es la mejor técnica para eliminar colaterales.

Por último, el **catéter Clarivein** es una técnica mecánico/química (MOCA), que permite tratar ejes safenos con anestesia local y sin necesidad de período de recuperación.

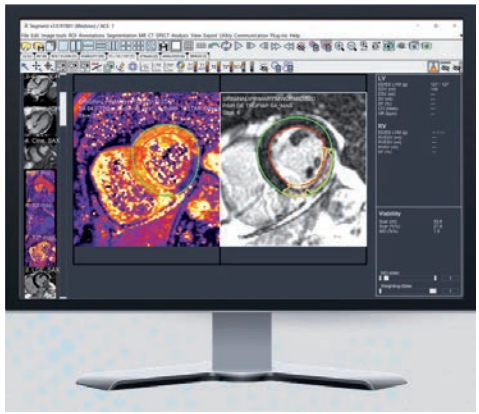
Consultar con un profesional con experiencia en todas estas técnicas permite una valoración objetiva, así como acceder al mejor tratamiento o a una combinación de ellos, y así potenciar sus ventajas. Por ejemplo, tratar el eje safeno con un método térmico y las colaterales con microespuma.

El **Doctor Jiménez Arribas** posee más de 25 años de experiencia en el tratamiento de las varices, con miles de casos tratados y con dominio de todos los procecimientos 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.

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

Un software preciso para el análisis de resonancia cardiaca



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/

Hace ya meses que Consulta Azcárate y Resonancia Magnética S.A. sellaron su simbiosis con el único pretexto de convertirse en referencia para que sus pacientes sean los máximos beneficiados.

El progreso y la innovación son conceptos intrínsecos de esta alianza, prueba de ello es la adquisición del https://medviso.com/cmr/.

Se trata de un software innovador y potente para el análisis cuantitativo avanzado de estudios de resonancia magnética cardiaca, que cumple con las más altas exigencias clínicas en términos de fiabilidad y reproducibilidad.

Su uso es compatible con las diferentes marcas comerciales –software adaptable a cualquier hardware-, además de contar con uno de los más eficaces servicios técnicos del sector.

Está certificado por la CE según la norma ISO 13485 E y por la FDA con el número K163076. Medviso es una garantía, una empresa de tecnología médica con sede en Suecia fundada en 2007 por el profesor Einar Heiberg como resultado de la investigación desarrollada en la Universidad de Lund.

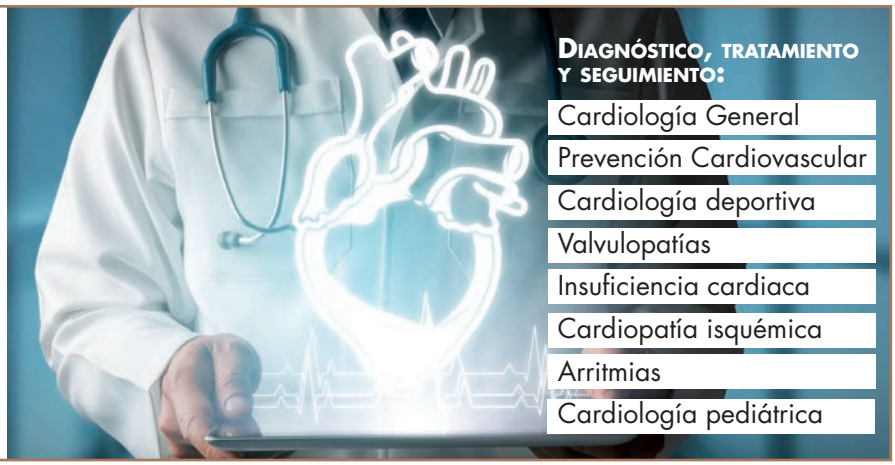
Las nuevas versiones del software Segment CMR tienen la misión de capacitar a los investigadores con el objetivo de marcar la diferencia en la atención médica.

Como resumen, *"mediante este software de análisis de resonancia cardiaca el médico es capaz de analizar los datos obtenidos de una manera sencilla, rápida y robusta. Como ejemplo, con el Segment CMR podemos medir la morfología y la función del corazón con gran precisión y de forma automática, además de obtener información acerca de la composición del músculo cardiaco o valorar la función de las válvulas cardiacas".*

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



¿Cómo prevenir la pediculosis o piojos?

Iranzu Bejarano Navarrete y María Fe López Gastón. *Enfermeras de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra.*
Lila Mazira Belhadj. *TCAE. Hospital Universitario de Navarra*

Con la vuelta a los colegios la pediculosis o los piojos son un problema común que suele afectar a los niños en edad escolar y a sus familias. Según la American Academy of Pediatrics (AAP) la pediculosis es una infestación de las partes del cuerpo con vello o pelo o de la ropa con huevos o larvas de piojos (liendres) o piojos adultos. Estos se alimentan de pequeñas cantidades de sangre del cuero cabelludo, provocando una gran picazón.

Los piojos se encuentran en todo el mundo, en todo tipo de lugares diferentes, tales como en hogares o escuelas, o en el campo o en la ciudad. Y no importa lo limpio, sucio, rico o pobre sea el lugar o la persona.
Si bien la pediculosis puede ser una molestia, no provoca enfermedades graves ni transmite ninguna enfermedad. La pediculosis se puede tratar en el hogar, pero es importante verificar antes con el médico.

¿Cómo se contagian los piojos?

Los piojos viven aproximadamente 28 días. Son insectos que se arrastran. No pueden saltar, brincar ni volar. La manera principal en que se contagian los piojos es el contacto cercano y prolongado de una cabeza y otra.

¿Cuáles son los síntomas de la pedicuosis?

El síntoma más común es picazón en las áreas donde los piojos están presentes, la mayor parte se encuentran detrás de las orejas o del cuello.

¿Cómo se puede controlar la pediculosis?

Una buena manera de detectar piojos antes de que tengan tiempo de multiplicarse e infectar la cabeza de su hijo es realizando controles periódicos.

¿Cómo se trata la pediculosis?

El método de peinado puede usarse para ayudar a verificar la presencia de liendres y piojos o para ayudar a elminarlas, después del tratamiento contra la pediculosis cada 2 o 3 días durante 2 o 3 semanas.

Cómo utilizar el método de peinado

Paso 1: Moje el cabello de su hijo.
Paso 2: Utilice un peine de dientes finos y peine el cabello de su hijo en secciones pequeñas.
Paso 3: Después de cada pasada del peine, límpielo en una toalla de papel húmeda. Revise cuidadosamente el cuero cabelludo, el peine y la toalla de papel.
Paso 4: Repita los pasos 2 y 3 hasta haber peinado todo el cabello de su hijo.
Sin embargo, el método de peinado habitualmente no funciona por sí solo para eliminar la pediculosis, se necesita un medicamento contra la enfermedad. Consulte con el médico de su hijo antes de comenzar cualquier tratamiento contra la pediculosis. Este solamente se debe usar cuando no quedan dudas de que su hijo tiene piojos vivos. Además, cuando se usan medicamentos contra la pediculosis, es importante hacerlo de manera segura:

- Siga exactamente las instrucciones que aparecen en el envase.
- Nunca deje que los niños se apliquen el medicamento. Debe hacerlo un adulto.
- No aplique el medicamento en niños de 2 años o menos sin consultarlo primero con su médico.
- No use ni aplique el medicamento a los niños si está embarazada o amamantando sin consultar primero a su médico.
- Siempre enjuague el medicamento sobre el lavabo y no durante una ducha o baño, de modo que el medicamento no corra desde la cabeza hacia otras áreas de la piel. Coloque la cabeza de su hijo sobre el lavabo y enjuague el medicamento con agua tibia (no agua caliente).
- Nunca coloque una bolsa plástica sobre la cabeza del niño.
- No deje solo a un niño con medicamento en el cabello.
- Almacene el medicamento en un armario cerrado con llave, fuera de la vista y del alcance de los niños.
- Consulte al médico de su hijo antes de comenzar un segundo o tercer tratamiento. Es posible que su hijo deba repetir el tratamiento de 7 a 9 o de 9 a 10 días después del primer tratamiento dependiendo del medicamento.

S • i tiene alguna pregunta o si no le han dado resultado los tratamientos contra la pediculosis que ha probado hasta el momento, consulte con el médico de su hijo.

Advertencia: ¡Nunca use productos peligrosos como gasolina o queroseno ni medicamentos fabricados para el uso en animales! Además, no use remedios caseros como la vaselina, la mayonesa, la margarina en pote, los aceites herbales o el aceite de oliva ya que no está científicamente probado que den buenos resultados.

Igualmente:

- Puede lavar la ropa, las toallas, los sombreros y la ropa de cama de su hijo en agua caliente y secarlos en calor alto si los usó durante los 2 días previos a encontrar y tratar los piojos. Los elementos que no se pueden lavar se pueden limpiar en seco o sellar en una bolsa de plástico durante 2 semanas.
- No rocíe pesticidas en su hogar. Pueden exponer a su familia a productos químicos peligrosos y no son necesarios para tratar el cuero cabelludo y el cabello de su hijo adecuadamente.
- Todos los miembros de la familia y las personas cercanas también deberían revisarse y tratarse, si fuera necesario.

Cuidado de los pies

Javier Ayesa Roa
Podólogo. Nº Colegiado 89
Clínica Podológica AYESA
Avda. San Ignacio, 12 bajo
31002 Pamplona (Navarra)
Cita previa: 948 153 622
www.clinicaayesa.es

Los pies son una parte clave en nuestro cuerpo y no siempre les prestamos el cuidado que merecen.

Clínica Podológica AYESA es un referente en la resolución de todo tipo de problemas y patologías del pie que condicionan la calidad de vida de las personas. Se dirige a todos los públicos, en especial a pacientes con deformidades, trabajadores y deportistas.

Para **Javier Ayesa**, director de la clínica, la podología es su pasión y viene de familia. Durante más de 40 años cientos de clientes han estado acudiendo a la Zapatería Don Rápido, regentada por su padre en el antiguo multicentro de Carlos III.

En **Clínica Podológica AYESA** se imparten todos los tratamientos existentes a día de hoy en el mundo podológico:

- Exploraciones de la marcha para valorar si el paciente necesita **plantillas**
- **Infiltraciones**
- Ecografías
- Radiografías
- Y, principalmente, **Cirugía de Mínima Incisión o Cirugía Percutánea**, en la cual, mediante incisiones de 2mm, *"conseguimos corregir grandes deformidades mediante una cirugía ambulatoria, sin hospitalización y con una vuelta a la vida cotidiana muy rápida"*, comenta Javier Ayesa.

Esta última técnica, la **Cirugía de Mínima Incisión**, **MIS** (Minimal Incision Surgery), es la GRAN apuesta de la Clínica y trata aquellos problemas que requieran de un procedimiento quirúrgico.

Gracias a este tipo de intervención, se respetan las estructuras del pie y la recuperación del paciente es más rápida. Tras este procedimiento, la calidad de vida del paciente y su deambulación mejora considerablemente.

Nuestros principales valores son el trato con el paciente, la actualización en cuanto a tratamientos y nuestra profesionalidad. Somos sinónimo de innovación en todos los sentidos, desde las técnicas clínicas hasta el mobiliario.

VALORACIÓN QUIRÚRGICA
GRATUITA

CIRUGÍA MÍNIMA INCISIÓN
DE JUANETES

Cirugía Mínima Incisión
Plantillas
Infiltraciones
Cirugía y Biomecánica
Láserterapia
Ondas de choque
Podología infantil
Podología laboral

AYESA
CLÍNICA PODOLÓGICA
CIRUGÍA Y BIOMECÁNICA

Javier Ayesa Roa
Avda. San Ignacio, 12 bajo
31002 Pamplona
www.clinicaayesa.es

Cita previa 948 153 622

Canalización de un Catéter Venoso Periférico (CVP) en población infantil

Mª Paz Martinez Alcat y Edurne Beorlegui Barberena. *Enfermeras Urgencias Pediatría. Hospital Universitario de Navarra*
Silvia Duque Grova. *TCAE. Hospital Universitario de Navarra*

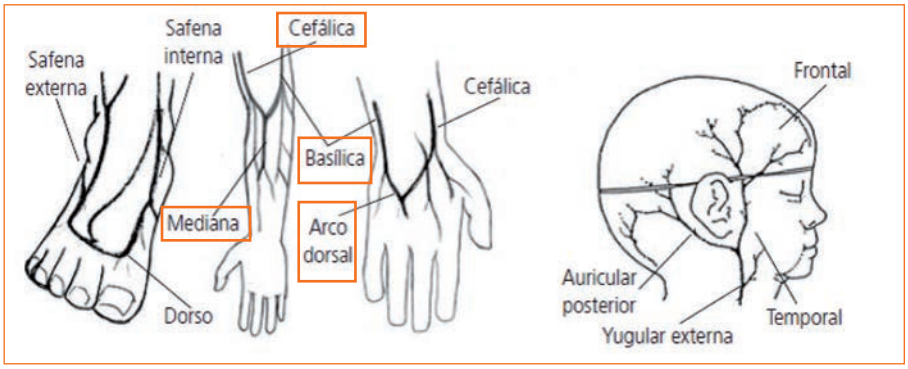
La canalización de un CVP es la introducción de un catéter en un vaso sanguíneo periférico para la administración de fluidos y la realización de pruebas diagnósticas.

La canalización de accesos venosos periféricos en pediatría resulta una técnica indispensable para administrar medicación, realizar hidratación, extracciones sanguíneas, etc. En comparación con la población adulta, esta técnica puede resultar más compleja en el ámbito pediátrico debido a las características del paciente. Entre estas características destacan:

- La dificultad para que el niño coopere sin estar sedado (1)
- la mayor cantidad de tejido subcutáneo que en adultos (2,3)
- La mayor dificultad en la palpación y visualización de las venas debido a su menor calibre (2,3)
- El 18% de la población pediátrica muestra anomalías en la anatomía venosa, especialmente en niños menores de un año o menos de 4 kilos (4).

Procedimiento de colocación CVP en pacientes pediátricos

1. Valorar las venas más distales como las del dorso de la mano o el antebrazo.
2. Colocación de compresor y desinfección de zona de inserción del catéter.
3. Colocación del catéter con el bisel hacia arriba.
4. Aproximación del catéter hacia la vena prácticamente en paralelo a la piel, con cierto ángulo de entrada en la vena, pero no muy pronunciado.
5. En el momento en que la sangre refluya se comenzará a empujar el catéter de plástico hasta su total inserción. A la vez y a medida que el catéter va progresando hacia el interior de la vena hay que ir retirando el Fiador. Este movimiento es sincronizado. El Fiador es un elemento longitudinal rígido [metálico] que atraviesa el catéter por el interior que normalmente es de material plástico cilíndrico permitiendo la punción.
6. Retirar el compresor.
7. Fijar el catéter con apósito transparente que nos permita vigilar y valorar el sitio de inserción del catéter.
8. Salinizar vía venosa.



Material necesario:
Guantes. Compresor. Antiséptico. Catéter venoso periférico. Gasas. Jeringa purgada con suero fisiológico. Apósito preferiblemente transparente.

Localización de las vías de acceso

Las venas superficiales son las mejores para la canalización venosa, ya que se deja el tejido conectivo laxo por debajo de la piel.
Los lugares más comunes son:
9. Antebrazo: venas cefálica y basílica.
10. Brazos: venas medianas.
11. Dorso de la mano: venas metacarpianas.

Complicaciones
La tasa de complicaciones asociadas a los catéteres venosos periféricos es baja y, por lo general, estas son leves.
Las posibles complicaciones son: hematoma, celulitis, osteomielitis, trombosis, flebitis, tromboembolismo pulmonar y necrosis de la piel (escaras).

Calibres de abocath más empleados en pediatría complicaciones

Los calibres de los catéteres más comúnmente empleados en pacientes pediátricos son de 22-26G.

IMAGEN
CALIBRE (G) CALIBRE (mm) LONGITUD (mm

26 - 0,6 - 19

24 - 0,7 - 19

22 - 0,9 - 25

Plasma rico en factores de crecimiento

Tratamientos regenerativos

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

kines
medicina deportiva y rehabilitación

bti Human Technology

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

Los factores de crecimiento son un conjunto de proteinas solubles que se encuentran en el plasma y en las plaquetas de nuestro sistema sanguíneo y que son esenciales en los procesos de reparación y regeneración celular.

Al infiltrar factores de crecimiento directamente en la lesión, se acelera y mejora el proceso de regeneración celular de algunas patologías del aparato locomotor, incluyendo lesiones tanto agudas como crónicas en músculos, tendones, ligamentos, huesos y articulaciones.

Cómo se obtiene el plasma rico en factores de crecimiento

El procedimiento para su obtención es sencillo. Se inicia extrayendo una pequeña cantidad de sangre del propio paciente que después se procesa mediante un centrifugado especial. De este modo, las proteínas que se encargan de reparar y regenerar los tejidos dañados, se aíslan y concentran.

El siguiente paso consiste en administrar el PRGF® en la zona lesionada.

Beneficios del PRGF®

Al introducir el plasma en el área de la lesión, se liberan, de forma natural, todos los factores de crecimiento que aceleran y mejoran los mecanismos de regeneración tisular.

Las principales ventajas de realizar esta técnica son:

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

Indicaciones terapéuticas

El tratamiento con PRGF® ofrece un resultado regenerativo, antiinflamatorio y analgésico.

Está indicado en las siguientes patologías:

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

Resultados

En el caso de la **artrosis**, la mejoría clínica más importante se da en aquellos pacientes cuyo proceso artrósico está menos evolucionado en el momento de recibir el tratamiento. Se realizan de 3 a 5 infiltraciones a intervalos semanales.

En las **lesiones tendinosas**, su aplicación en el lugar de la lesión reduce la duración de la fase inflamatoria y acorta significativamente el tiempo de recuperación.

En las **lesiones musculares**, al inyectar el PRGF® en el foco de la lesión se consigue adelantar la vuelta a la actividad habitual.

Compromiso con la calidad

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

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

Volver a sentir

FOTOS: LEONOR SANTOS VERA

Leonor Santos Vera. *Técnico Especialista Radiodiagnóstico (TER). Hospital Universitario de Navarra*

Durante mucho tiempo, día tras día, mañana tras mañana, regreso a pasear por los mismos rincones a lo largo del Paseo del Arga. Son precisamente estos lugares que siento mágicos los que me han inspirado a crear el presente proyecto.

Tras más de dos años, de dura lucha sanitaria he experimentado en mi puesto de trabajo una etapa llena de barreras, incertidumbres, excesos laborales, imprevistos, situaciones desconocidas, nervios, cansancio, tristeza, desasosiego y mucho insomnio.

Y a pesar de todo lo vivido cada día, conseguí no rendirme y seguir adelante y fue precisamente el estrés el motor que me ayudó a seguir sin desfallecer.

Sé de sobra que el estrés no es buen compañero de viaje y lo sé, porque consiguió ocultarme todo lo bueno que me rodeaba, que miraba pero no veía, que oía pero no escuchaba.

Dejarse llevar y sentir es fácil, solo hay que encontrar el momento propicio para hacerlo. Yo lo encontré justo enfrente, delante de mis narices, porque siempre estuvo a mí alrededor aunque estaba tan cerca que ni lo veía.

Necesitaba volver a sentir escuchando el canto de los pájaros, el susurro del agua, el zumbido de un mosquito.

Necesitaba sustituir y escuchar algo más que las sirenas de ambulancias o el ruido del traslado de las camillas.

Necesitaba volver a percibir el aroma de las flores e incluso los excrementos de los perros y caballos en vez de continuar embotada con el olor de la lejía y el gel hidro-alcóholico.

Necesitaba volver a sonreír al escuchar las risas de los adolescentes en sus canoas o los gritos alegres de los niños en bicicleta paseando con sus familias.

Necesitaba valorar el esfuerzo de los corredores, del trabajo diario en la huerta o del castor royendo los árboles para crear su madriguera.

Necesitaba detenerme y observar silenciosa a la garza pensativa y fue así como lo hice, me tomé mi tiempo y pensé, reflexioné como la garza.

Y por fin hoy puedo decir que vuelvo a dormir relajada tal y como lo hacen los patos, descansar tranquilamente mientras la ardilla vigila celando mis sueños.

Por que como decía John Muir (Dunbar, Escocia 1838 - Los Ángeles 1914), considerado el Padre de la Naturaleza: *"En cada paseo por la naturaleza, uno recibe más de lo que busca".*

Desde la Trinidad de Arre caminando hasta las pasarelas del Club Natación os invito a ver / escuchar / oler / tocar y sobre todo a sentir cada rincón que nos ofrece nuestra madre naturaleza.

Agradecimientos

Agradezco a todas las personas que han compartido sus momentos con mi cámara y conmigo.
Agradezco a Luis, mi profesor de fotografía porque no solo me ha enseñado a crear un proyecto, también me ha enseñado a sentir el proyecto y como no, a preguntarme: *"¿Qué me aporta esta imagen?"*
Y por último, agradezco a mi familia por su paciencia y su apoyo.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA
NAFARROAKO OSPITALE UNIBERTSITARIOA

CUIDADOS ESPIRITUALES RELIGIOSOS
ZAINTZA ESPIRITTALAK-ERLIJIOSO

La Salud también Viaja
Servicio Religioso
Colegio de Médicos

www. peregrinacionesnavarra.es

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

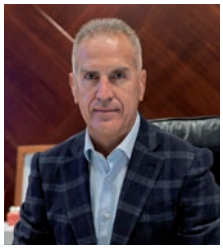
PEREGRINACIÓN AL SANTUARIO DE LOURDES. 24/25 SEPTIEMBRE. TODO INCLUIDO. 138 €. RESERVAS AVANZADAS.

FÁTIMA Y EXPOSICIÓN EDADES DEL HOMBRE. 11 AL 15 OCTUBRE. ANIVERSARIO APARICIONES EN FÁTIMA Y EXPOSICIÓN EDADES DEL HOMBRE EN PLASENCIA. LA MEJOR EXPOSICION DE ARTE SACRO DE EUROPA. 555 €

PEREGRINACIÓN TIERRA SANTA. VIAJE DE CALIDAD Y CÓMODO. TRASLADOS A BARAJAS, VUELOS, PROGRAMACIÓN CON TODO INCUIDO EN EL PRECIO, GRUPO SOBRE 25 PERSONAS. SALIDA 24 OCTUBRE. CONCERTAR ENTREVISTA: Móvil 647 679 821

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

Recuperar la cresta ósea en 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

En diversas ocasiones, hemos hablado de que el éxito de un tratamiento de implantes dentales a largo plazo depende sobre todo de que la masa ósea que acoge al implante cuente con la densidad y estabilidad adecuadas.

Ese volumen de hueso fundamental se encuentra en la denominada cresta ósea, que es la porción más externa del hueso de la mandíbula y el maxilar, que sobresale, y sobre el que emerge el diente natural.

Cuando este se pierde, la cresta ósea se deteriora con rapidez, ya que al trauma causado por la extracción de la pieza se suma la falta de irrigación sanguínea y la pérdida de propiedades funcionales. La zona cicatriza y se reduce su densidad en altura y en anchura.

Recuperar la densidad de la cresta ósea

Por tanto, al plantear la restauración dental mediante la cirugía de implantes, una de las claves principales está en recuperar la densidad del hueso, tanto en las partes más profundas como, sobre todo, en la cresta ósea. Dependiendo del deterioro de la boca, el especialista elegirá entre distintos tipos de implantes, más o menos profundos, y la técnica de colocación. Pero, en todos los casos, tal como están demostrando los trabajos científicos y la propia práctica clínica, la reconstrucción del hueso es necesaria en un porcentaje muy elevado de los tratamientos.

Esta evidencia ha llevado a un enorme avance en el campo de la regeneración ósea, en el conocimiento de la biología de la cresta en los pacientes y en el desarrollo de soluciones de regeneración.

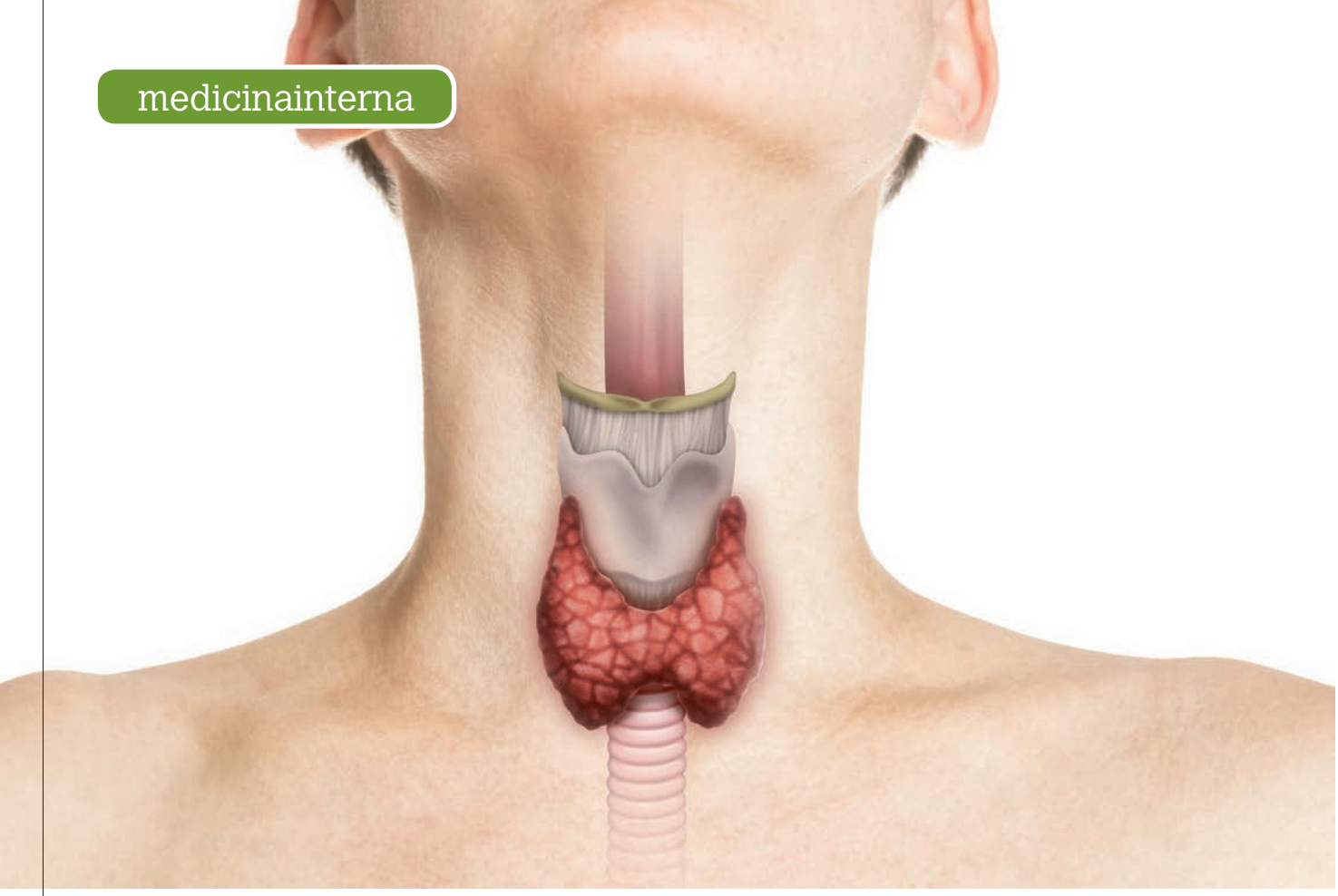
A la alternativa de inserción de injertos de la propia masa ósea del paciente, se han sumado otros recursos, como bancos de hueso externo, componentes óseos de animales, plasma enriquecido y otros materiales sintéticos biocompatibles, que han contribuido a acelerar el proceso de regeneración y a efectuar tratamientos menos invasivos, más predecibles y con mayores posibilidades de éxito en el largo plazo.

Y es que el volumen suficiente de hueso es decisivo en el momento de colocar el implante, pero no resulta menos relevante cuando pasan los años. Uno de los grandes riesgos de la implantología es la aparición de la enfermedad periimplantaria, un proceso similar al de las patologías periodontales que afectan a los dientes naturales. Al margen de otros factores que influyen en su presencia, como la persistencia de malos hábitos de higiene y cuidado, o enfermedades que puedan afectar a la salud bucodental, la periimplantitis está detrás de una deficiente reconstrucción ósea en el momento de insertar los implantes.

Protocolos de mantenimiento

Es un condicionante que tal vez no es detectable nada más terminar el tratamiento, pero que emerge sin duda alguna con el tiempo. Por ello, otro aspecto esencial de la implantología dental, tal como hemos constatado en más de veinte años de ejercicio de esta disciplina, es el de respetar estrictos protocolos de mantenimiento.

No debemos olvidar que, si bien los implantes nos devuelven la plena funcionalidad y estética a la boca, su presencia indica que hemos perdido capacidades en la salud bucodental. Fruto de la edad y otras circunstancias de la vida, nuestra boca se ha estropeado y requiere de mayores cuidados. Los del día a día, y la visita regular a la clínica dental para realizar el mantenimiento especial, que requerirá examinar la evolución del hueso y desmontar los implantes para su limpieza técnica, de manera análoga a lo que el dentista hace con la higienización periódica de los dientes naturales. Estos protocolos, que aplicamos en Clínica Bustillo con todos los pacientes de implantes, deben entenderse como una extensión natural del tratamiento. Solo así contribuiremos activamente a su viabilidad en el largo plazo.



Tiroides. Función y enfermedades más comunes

Vanesa Antoñana Sáenz y Edurne Bidegain Garbala. FEA Medicina Interna. Hospital Universitario de Navarra

El tiroides es una glándula endocrina en forma de mariposa que se encuentra en la zona anterior del cuello. En condiciones normales, no se puede ver ni apenas percibir. Si aumenta de tamaño, llamado bocio, se palpa como un bulto por debajo o a los lados de la nuez de Adán. Su función es producir y almacenar hormonas tiroideas que se encargan de regular funciones esenciales de nuestro organismo: velocidad con la que se queman calorías, frecuencia cardíaca, crecimiento, mantenimiento de la piel y temperatura corporal, fertilidad y digestión.

¿Qué son las hormonas tiroideas? ¿Cómo se regulan?

La principal hormona es la tiroxina (T4) cuya formación está regulada por otra hormona; la hormona estimulante de la tiroides (TSH) o tirotropina. Esta hormona es secretada por la hipófisis, también llamada glándula pituitaria. La hipófisis retarda o acelera la liberación de TSH, dependiendo de si aumenta o disminuye la concentración de hormonas tiroideas que circulan en la sangre: cuando la secreción de hormona tiroidea T4 disminuye, se estimula compensatoriamente la secreción de TSH y viceversa. La TSH a su vez está controlada por la secreción de otra hormona (TRH) desde el hipotálamo.

El yodo es un oligoelemento necesario para la producción de hormona tiroidea. El cuerpo no produce yodo, por lo que es un componente esencial de su dieta. Una dieta equilibrada con alimentos no muy elaborados y que incluya frutas y hortalizas debería asegurar una cantidad suficiente de yodo para mantener una tiroides sana. Las recomendaciones específicas dependen de la edad, el sexo y otros factores. Las mujeres embarazadas y con lactancia necesitan cantidades mayores:

EDADES	NECESIDADES (µg)
• Niños 0-59 meses	90
• Escolares 6-12 años	120
• Adultos mayor 12 años	150
• Mujeres gestantes y lactantes	200

¿Qué enfermedades están relacionadas con esta glándula?

Un exceso o cantidad insuficiente de T4 y TSH en sangre puede indicar una enfermedad de la tiroides. Las enfermedades tiroideas son entre cinco y ocho veces más frecuentes en mujeres que en hombres y aumentan con la edad.

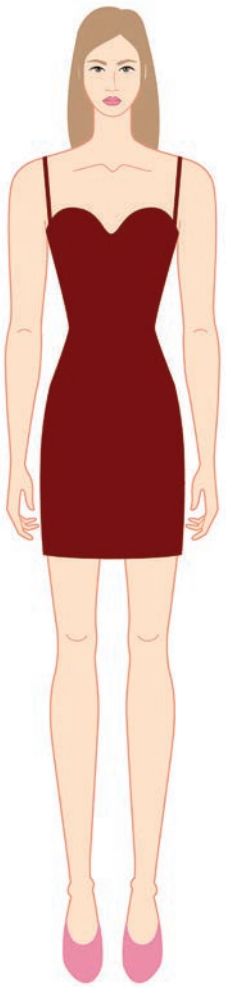
Por lo general, las enfermedades más frecuentes de la glándula tiroides se dividen entre las que alteran su morfología/estructura (bocio, nódulos, atrofia,..) o su función (hipo o hipersecreción hormonal). La concentración sanguínea de la hormona estimuladora del tiroides (TSH) es el mejor indicador del funcionamiento de la glándula tiroides. Si la TSH en sangre se elevada, significa que la glándula es hipoactiva (hipotiroidismo) y son bajas cuando es hiperactiva (hipertiroidismo).

HIPOTIROIDISMO: Se produce como consecuencia de un déficit de secreción de hormonas tiroideas lo que conlleva un enlentecimiento metabólico apareciendo síntomas como cansancio, disminución de memoria y capacidad de concentración, apatía, depresión, somnolencia, intolerancia al frío, aumento del peso corporal, menor frecuencia cardíaca y alteraciones de la piel, pelo, uñas. Su causa principal, en áreas de aporte de yodo suficiente, es la enfermedad de Hashimoto, en la cual se produce una infiltración y destrucción del tejido tiroideo por células y autoanticuerpos (anti-TPO) que atacan las células tiroideas. Otras causas menos frecuentes son el déficit de yodo, tratamientos con yodo radioactivo, tratamientos para combatir ciertos tipos de cáncer, la extirpación de la tiroides, ... etc. Se diagnostica mediante una analítica de sangre y se trata mediante tratamiento sustitutivo hormonal oral (levotiroxina) diario

SÍNTOMAS HIPOTIROIDISMO - HIPERTIROIDISMO

HIPOTIROIDISMO

Estreñimiento
Intolerancia al frío
Fatiga
Debilidad
Dolor muscular y articular
Piel reseca
Palidez
Cabello fino y uñas quebradizas
Tristeza y depresión
Aumento de peso
Voz ronca
Lentitud al hablar
Frecuencia cardiaca lenta
Temperatura corporal baja
Menstruación abundante o irregular
Disminución del sentido del olfato
y el gusto
Hinchazón de la cara, las manos y los pies



HIPERTIROIDISMO

Diarrea
Intolerancia al calor
Fatiga
Debilidad muscular
Piel fina y húmeda
Nerviosismo
Irritabilidad
Cambios de humor
Sudoración excesiva
Ansiedad
Pérdida de peso
Problemas para dormir
Temblor en las manos
Frecuencia cardiaca rápida o irregular
Menstruaciones menos frecuentes
y con sangrado escaso
Bocio
Ojos saltones (exoftalmos)

para toda la vida. El hipotiroidismo puede permanecer años sin ser diagnosticado ya que los síntomas son inespecíficos y pueden ser fácilmente confundidos con otros estados físicos como el envejecimiento natural, la menopausia o el estrés. Por ello, es importante mantener un índice de sospecha elevado y ante pacientes (sobre todo mujeres) que presenten estos síntomas inespecíficos pero persistentes, solicitar una analítica sanguínea con los niveles de las hormonas tiroideas.

HIPERTIROIDISMO: El tiroides fabrica de forma exagerada hormonas tiroideas, lo cual acelera el metabolismo de las células del organismo. Los pacientes presentan cansancio, nerviosismo, ansiedad, temblores, sudoración e intolerancia al calor, insomnio, palpitaciones, diarreas y pérdida de peso. La causa más común es la enfermedad de Graves Basedow, cuyo origen es también autoinmune. En este caso, los auto-anticuerpos (anti-receptor TSH) que se generan imitan a la TSH y estimulan la glándula para que sintetice más hormonas tiroideas. Otras causas menos frecuentes son adenoma tóxico hiperfuncionante, bocio multinodular tóxico,.. etc. El tratamiento para reducir la producción de hormonas dependerá de los síntomas y de la causa que lo provoca; desde medicamentos que bloquean la capacidad de la tiroides de producir nueva hormona, yodo radioactivo (destruye las células que captan el yodo) o cirugía. Estas dos últimas pueden provocar hipotiroidismo crónico como secuela.

TIROIDITIS: Conjunto de enfermedades de la glándula tiroidea de etiología y presentación clínica muy diversa, cuya característica común es la inflamación y destrucción, en más o menos proporción, de la misma. Las causas pueden ser autoinmunes, infecciosas, traumáticas o farmacológicas. Algunas de ellas se presentarán con dolor y otras de forma no dolorosa. Pueden ser agudas, subagudas o crónicas.

BOCIO: Sucede habitualmente cuando hay una deficiencia de yodo. El tiroides se agranda para intentar absorber todo el yodo que pueda para crear las hormonas tiroideas. En el bocio, la función tiroidea suele ser normal y la clínica suele ser por compresión de estructuras vecinas: tos, dificultad para tragar incluso dificultad para respirar.

NÓDULOS TIROIDEOS: Son tumoraciones que aparecen en la tiroides. Pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). Éstos deben ser evaluados con ecografía para definir la necesidad de estudio mediante una biopsia en casos sospechosos de malignidad.

¿Cómo podemos prevenir estas enfermedades y cuidar de nuestra tiroides?

Algunos expertos, recomiendan a las mujeres mayores de 50 años y a los hombres mayores de 65 años, someterse a pruebas de cribado con medición de hormonas tiroideas cada 5 años. También se recomienda en embarazadas y en recién nacidos.

En algunos pacientes existe predisposición genética que difícilmente es evitable, pero si es posible realizar seguimiento a pacientes con alto riesgo de manifestar una enfermedad tiroidea. En el caso del hipotiroidismo, lo más importante es que el paciente tenga buena adherencia al tratamiento hormonal sustitutivo.

Los pacientes con enfermedades tiroideas, en general, no tiene que seguir un estilo de vida distinto a la población general. La gran mayoría de las enfermedades son benignas. La mejor forma de prevenir estas y otras enfermedades es llevar una vida saludable, consumir una dieta equilibrada y suplementada de acuerdo a los requerimientos con algunos nutrientes básicos como yodo.

Trastornos psiquiátricos: ¿genes o ambiente?

Ignacio Mata Pastor. *Médico Psiquiatra. Director de Fundación Argibide.*

¿Quién de nosotros no ha escuchado o leído en alguna ocasión que un determinado trastorno psiquiátrico está causado por factores genéticos o ambientales? Vamos a utilizar el ejemplo de la esquizofrenia. Por un lado, los estudios de gemelos dicen que tiene una heredabilidad del 80%, lo que podría interpretarse como que es un trastorno "genético". Sin embargo, los estudios que analizan el consumo de tóxicos (drogas) entre las personas que posteriormente desarrollan este trastorno encuentran que hasta el 50% de ellos las ha consumido, lo que se debería interpretar como que es, al menos en gran medida, un trastorno "ambiental".

Pero esto no sucede únicamente en la esquizofrenia, sino en la mayor parte de los trastornos psiquiátricos. Un elevado porcentaje de pacientes con depresión, ansiedad, trastorno obsesivo, toxicomanías, etc., tienen familiares con estos mismos trastornos. Sin embargo, estas personas, también con elevada frecuencia, han estado expuestos a factores de riesgo ambiental, tales como acontecimientos vitales estresantes, cambios biográficos significativos, consumo de tóxicos, etc.

Los trastornos psiquiátricos no son ni genéticos ni ambientales. O más bien, tienen un origen tanto genético como ambiental. ¿Por qué? Porque unos determinados genes necesitan un ambiente donde expresarse, y un determinado ambiente necesita un organismo, con sus genes, donde actuar. Aquí es donde surgen dos conceptos: la interacción y la correlación entre genes y ambiente. Por su utilidad práctica, me voy a centrar en el segundo de ellos.

La correlación genes-ambiente se refiere a que **un individuo con una determinada dotación genética tenderá a desarrollarse en aquellos ambientes que favorezcan la expresión de dichos genes**. Esta correlación puede ser pasiva, activa o reactiva.

La correlación pasiva ocurre de un modo más o menos natural, siendo un ejemplo de esta el de unos padres con alcoholismo que, aparte de transmitir ese tipo de genes a sus hijos, también ponen a su disposición el acceso a bebidas alcohólicas desde la infancia.

La correlación activa se refiere a que un individuo con una determinada dotación genética tenderá a buscar ambientes más propicios para sus cualidades genéticas. Así, por ejemplo, un adolescente con una genética que le predisponga a la impulsividad tenderá a relacionarse con amigos de similares características, potenciándose dicha conducta, mientras que un niño con una genética que favorezca la capacidad intelectual tenderá a relacionarse con niños estudiosos.

La correlación reactiva, por último, se refiere a que el resto de personas (el ambiente) se comportará de un modo diferente en función de la dotación genética del individuo. Por ejemplo, unos padres no interactuarán de idéntico modo ante dos hijos que se comportan de un modo diferente.

¿Qué lección podemos extraer de lo dicho? Que con nuestra conducta (ambiente) podemos modificar la expresión de nuestros genes. Es decir, **ninguno de nosotros nacemos "condenados" a comportarnos de un determinado modo o a desarrollar una enfermedad solo por el hecho de tener una vulnerabilidad genética hacia ello**. Todos podemos esforzarnos, modificando nuestra exposición al ambiente, para que el efecto de dichos genes se potencie o se reduzca.

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 pasar por el quirófano: Venaseal® y microespuma.

Combinación de tecnologías para mejorar los resultados

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.

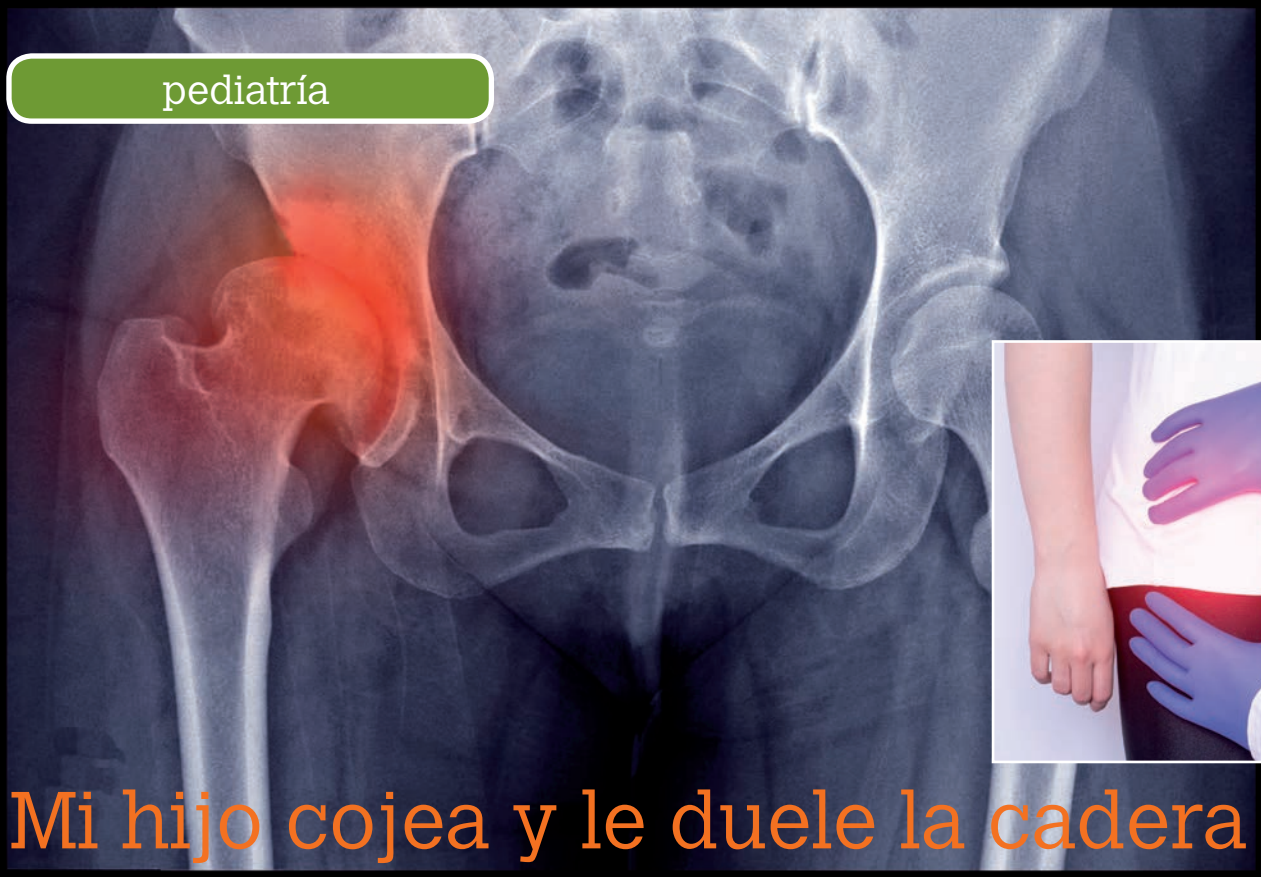
Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Angiología y Cirugía Vascular. Tratamiento de varices SIN cirugía. Esclerosis con microespuma.
Tratamiento con VENASEAL.

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



Mi hijo cojea y le duele la cadera

Jaione Fernández García. *Enfermera de Pediatría del C.S.Áncin*
Autora: Beatriz Furtado Eraso*. Enfermera del Hospital García Orcoyen*

La enfermedad de Perthes es una enfermedad de la cadera del niño en la que se produce una debilidad progresiva de la cabeza del fémur y que puede provocar una deformidad permanente de la misma.

Los niños pueden presentar dolor en la cadera y cojera por muchas causas, desde contusiones por caídas o esguinces por malos gestos, a procesos inflamatorios reumáticos o a infecciones.
Ocurre en niños entre los 3 y los 12 años y aparece con mayor frecuencia en niños (80%) que en niñas (20%). En la mayoría de los casos afecta sólo a una cadera pero en el 10% de los pacientes la lesión se produce en ambos lados.

¿Cómo se produce la enfermedad?

En un momento dado deja de llegar suficiente sangre a la cabeza del fémur y ello provoca que parte del hueso muera. El hueso muerto provocará una reacción inflamatoria local que estimulará un proceso que intenta ser reparador.
El organismo intentará eliminar el hueso muerto e iniciará un proceso de regeneración en la cabeza del fémur. Todo el proceso puede durar varios años durante los cuales puede existir inflamación y como consecuencia dolor o cojera. Según la capacidad de regeneración del organismo, la cabeza del fémur recuperará o no recuperará totalmente su forma esférica.

¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad de Perthers?

Las primeras manifestaciones de la enfermedad son molestias o dolor a nivel de la cadera, del muslo o de la zona de la rodilla, acompañadas de una cojera más o menos acentuada.

Los síntomas más habituales son:
- Cojera.
- Problemas al caminar.
- Dolor o rigidez en la cadera, ingle, muslo o rodilla.
- Rango de movimiento de la articulación de la cadera limitado.
- Espasmos musculares.
- Pérdida de músculo (atrofia).
- Longitud desigual de la pierna.

¿Cómo se diagnostica?

Después de una exploración física del niño, hay que realizar radiografías de las caderas.
La radiología depende del estadio evolutivo de la enfermedad, siendo las imágenes más características la deformidad y fragmentación de la cabeza femoral, con alternancia de zonas radiotransparentes con zonas opacas.

Complicaciones

- Artritis de cadera cuando se convierten en adultos.
- Desgaste de la articulación de la cadera.

¿Cómo se trata?

Los objetivos del tratamiento han de ser aliviar las molestias, evitar la pérdida de movilidad y mantener las mejores condiciones para que la cabeza del fémur se regenere de la manera más adecuada.
Durante la fase inicial suele haber dolor y es aconsejable un tratamiento con analgésicos (aspirina, ibuprofeno...) y reposo.
En algunos pacientes con dolor intenso y gran pérdida del movimiento de la cadera puede ser necesario el ingreso en un hospital para controlar mejor el reposo y la medicación e incluso para colocar las piernas en tracción o colocar inmovilizaciones. Todo ello con el objetivo de que no exista pérdida de la movilidad de la cadera.
Cuando el proceso no es tan acentuado pero existe cierto componente de contractura muscular, puede estar indicado realizar tratamiento fisioterápico para combatir la contractura.

¿La enfermedad puede dejar secuelas?

En la mayoría de los pacientes se produce una regeneración suficientemente buena para que puedan realizar todas las actividades de la vida diaria sin molestias ni restricciones.
Desde que se inicia la enfermedad hasta que acaba la maduración esquelética existe un continuo remodelado de la cabeza femoral.
En ocasiones no se produce una regeneración esférica de la cabeza femoral. Dependiendo del grado de aplanamiento residual, la congruencia de la cadera disminuye y se produce un desgaste precoz de la cadera. En casos extremos puede destruirse completamente la articulación y el paciente, en la edad adulta, necesitar la colocación de una prótesis de cadera.

Tiroiditis postparto. ¿Qué es y cómo detectarlo?

Edurne Bidegain Garbala y Vanesa Antoñana Sáenz. FEA Medicina Interna. Hospital Universitario de Navarra

La tiroiditis posparto (TPP) es una alteración tiroidea de etiología autoinmune que se presenta de forma característica en mujeres hasta un año después de una gestación o de un aborto.

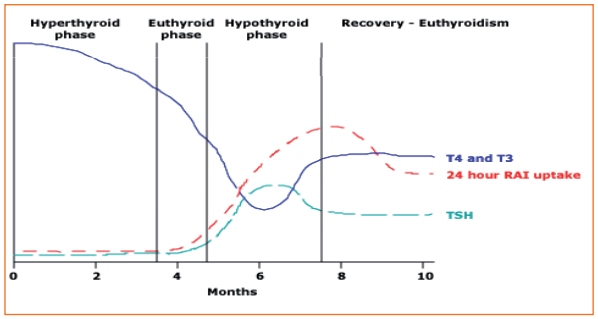
Se cree que puede afectar hasta el 10-15% de las mujeres embarazadas. El riesgo es mayor si la mujer presenta anticuerpos antitiroideos (anticuerpos anti-TPO) previos al embarazo; si tiene un trastorno inmunológico previo como es la DM tipo 1; si hay antecedentes personales o familiares de enfermedad tiroidea o bien antecedentes médicos de haber sufrido previamente una tiroiditis posparto (las pacientes con un episodio previo de TPP tienen un 70% de probabilidad de desarrollarla nuevamente tras embarazos posteriores).

Durante el embarazo disminuye la actividad del sistema inmunitario materno, mientras que en los 3-12 meses posparto, se produce un rebote inmunológico, pudiendo reactivarse procesos autoinmunes latentes previos o bien aparecer nuevos. En este caso, se produce un aumento de anticuerpos anti-TPO de forma marcada produciendose una inflamación subaguda de la tiroides dado que se infiltra por células (linfocitos) que provocan una destrucción difusa de la misma. Se manifiesta como un bocio difuso no doloroso, acompañado o no de síntomas y cursa típicamente en 3 fases:

1. Fase de tirotoxicosis o hipertiroidismo: Es el resultado de la liberación masiva no regulada de hormonas tiroideas en la circulación sanguínea como consecuencia de daño celular. Es de inicio rápido y duración corta. Se resuelven espontáneamente en 2 o 3 meses. Muchas mujeres están asintomáticas o presentan síntomas discretos y poco específicos. Los síntomas más frecuentes son palpitaciones, fatiga, temblor, intolerancia al calor, pérdida de peso, ansiedad e irritabilidad (se acelera el metabolismo del cuerpo).

2. Fase de hipotiroidismo: En esta fase predomina la hipofunción tras una importante destrucción de la glándula. Clínicamente suele ser más sintomática que la fase de tirotoxicosis. Los síntomas más frecuentes son intolerancia al frío, piel seca, apatía, depresión, pérdida de concentración y mialgias. Entre un 20-40% de las mujeres con TPP desarrollan hipotiroidismo permanente a los 3-12 años (por destrucción permanente glandular).

3. Fase de recuperación: La mayoría de las mujeres presentan una normalización de la función tiroidea al año del posparto.



Existen formas incompletas y puede presentarse como tirotoxicosis o hipotiroidismo aislados. (Ver figura)

Es una patología que habitualmente, no suele precisar tratamiento ya que normalmente presentan un cuadro leve y transitorio.

Muchas veces, estos síntomas pueden confundirse con otros propios del postparto y la lactancia o incluso con una depresión postparto, de ahí que en ocasiones las pacientes tarden tiempo en consultarlo con un médico.

Si existen síntomas de hipertirodismo, se puede pautar un bloqueador beta (por ejemplo, propranolol) para reducir el ritmo de los latidos cardiacos y disminuir el nerviosismo. En el caso de hipotiroidismo muy pronunciado y prolongado, se puede iniciar tratamiento sustitutivo con levotiroxina hasta que se normaliza la función tiroidea. Se aconseja realizar un seguimiento de hormonas tiroideas mediante analíticas de sangre en estas pacientes por el riesgo de recidiva y de hipotiroidismo permanente.

En resumen, es importante la sospecha diagnóstica, ya que se trata de una enfermedad prevalente, con un curso o presentación poco sintomática, una elevada tasa de recurrencias tras embarazos sucesivos y con probabilidad no despreciable de evolución a hipotiroidismo permanente.

I Congreso navarro de personas con cáncer y familiares
NAVARRA CONTRA EL CÁNCER
Nov. 18 9:45h
Hotel NH Iruña Park
Inscripciones en:
congresonavarra@contraelcancer.es
948 212 697

Vuelta al cole con una sonrisa

Comunicación Edificio Policlínica Artica

sannas DENTOFACIAL

Las vacaciones, los largos días de piscina y playa, los excesos en la alimentación... hacen olvidar muchas veces los hábitos de higiene bucodental. En septiembre no hay excusas para no cuidar la salud oral de los más pequeños.

El regreso a las aulas supone una auténtica revolución. Momentos extenuantes en los que **una mala salud oral puede marcar el inicio del curso.**

Durante el verano, el cambio en las rutinas de alimentación, pasar más tiempo fuera de casa o la alta ingesta de dulces ocasionan habitualmente un **descuido de la higiene oral.** Esto provoca una proliferación de bacterias en la boca y la aparición de ciertas patologías, sobre todo caries.

¿Qué podemos hacer?

Así como la vuelta a la rutina nos obliga a retomar ciertos hábitos, también nos tiene que ayudar a **retomar el hábito del cuidado bucodental**. Entre otras cosas, es recomendable **acudir al dentista** para comprobar que la boca está sana o tratar aquellas patologías que hayan podido surgir durante el periodo vacacional.

Revisión PADI

En Navarra, el **Programa de Ayuda Dental Infantil** (PADI) permite que esas visitas al dentista entre los 6 y los 15 años, así como tratamientos en dentición definitiva y más aspectos, tengan una cobertura gratuita.

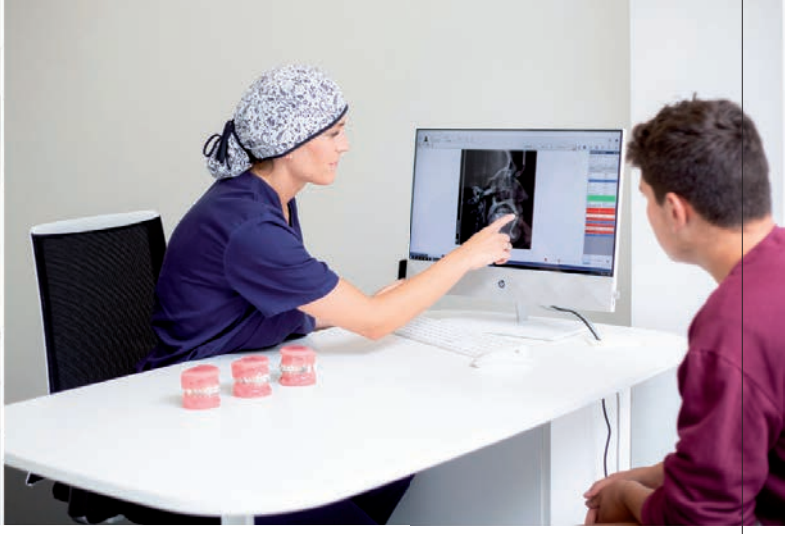
No obstante, en Sannas Dentofacial recomendamos que la primera visita al dentista se dé con la aparición de los **primeros dientes**.

Es imprescindible cuidar los dientes de leche para prevenir la presencia de caries durante la edad adulta. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que la existencia de **una infección en los dientes de leche** puede afectar a los **dientes permanentes**, ya que estos últimos se encuentran justo por debajo de los primeros. Los dientes de leche sirven para que el pequeño mastique bien y hable correctamente. Al margen de funciones estéticas, también contribuyen a mantener el espacio necesario de los dientes definitivos.

Así mismo, en Sannas Dentofacial incluimos en la revisión PADI, la **visita del ortodoncista a partir de los 6 años** para detectar futuros problemas y corregirlos a tiempo gracias a la ortodoncia temprana. De esta forma, se crea espacio para los dientes, se corrigen hábitos y discrepancias a nivel óseo.

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

- Pérdida temprana o muy tardía de dientes de leche.
- Dificultad para masticar.



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

> La presencia de un equipo interdisciplinar nos da la posibilidad de revisar al niño en su cita del PADI desde el punto de vista de odontopediatría y ortodoncia.

Educación en prevención, un elemento clave

El tiempo que pasa el niño en el box es el momento idóneo para educar en prevención. Para ello, es necesario concienciar a los padres sobre su importancia. Una labor que se hace de manera conjunta desde el Centro de Prevención Oral de Sannas Dentofacial. *"Con ayuda de nuestro Departamento de Odontopediatría, los padres dispondrán de toda la información necesaria para un correcto cuidado de la salud oral de sus hijos"* – comenta la Dra. Paola Rivas, especialista en Odontopediatría. De la misma manera que acudimos frecuentemente al pediatra con ellos, deberíamos visitar al odontopediatra para hacer un seguimiento adecuado de la dentición.

Inculcamos esta conciencia desde que son pequeños para que se acostumbren a **cuidar sus dientes y evitar la alta incidencia de caries**, la enfermedad crónica más frecuente en nuestro país, que afecta a más del 95% de los adultos mayores de 35 años.

En la salud dental, como en la salud general, es mejor adelantarse a los acontecimientos, consultar a un especialista para solucionar dudas y fomentar cuidados que eviten males mayores de difícil solución.

> ¡No hay que esperar a que aparezca un problema, sino acudir a la consulta como prevención!

Acerca de Sannas

La **Clínica Sannas**, tras 30 años de esfuerzo e innovación, ha logrado posicionarse como un centro de referencia en Navarra, gracias a un **servicio excelente y de calidad.**

Cada año, desde su **Centro de Prevención Oral,** da **formación a más de 1.500 niños**, ya que apuesta por la prevención como el futuro de la odontología.

Sannas cuenta con expertos en distintas ramas de la odontología, dispuestos a escucharte, aconsejarte y buscar el camino que más se adapte a ti.

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

Hígado graso,
¿qué implicaciones tiene sobre nuestra salud?

Dra. Mª Jesús Igúzquiza Pellejero. *FEA Medicina Interna Hospital Reina Sofía. Tudela.*
Dra. Adriana Ger Buil. *FEA Medicina Interna Hospital Reina Sofía. Tudela.*
Dra. Susana Clemos Matamoros. *FEA Medicina Interna Hospital Reina Sofía. Tudela.*
Dra. Tina Herrero Jordán. *FEA Neumología Hospital Reina Sofía. Tudela*

La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGBA), o esteatosis hepática, se debe a la acumulación excesiva de grasas como el colesterol y los triglicéridos en las células del hígado.

Recibe esta denominación cuando este almacenamiento aumentado no es debido a otros motivos como el consumo excesivo de alcohol, el uso de determinados fármacos o agentes tóxicos, así como la presencia de determinadas enfermedades o procesos como la desnutrición.
Es poco conocido el hecho de que actualmente es la causa más frecuente de enfermedad hepática crónica, principalmente en países industrializados, afectando prácticamente a una cuarta parte de la población mundial. Aunque si tenemos presente que se encuentra estrechamente relacionada con dos de los problemas de salud más relevantes en la sociedad actual, la diabetes y la obesidad, es fácil hacerse una idea de por qué afecta a un porcentaje tan elevado.
Además, la importancia que está cobrando se debe a que estudios recientes indican que el hígado graso se relaciona con la enfermedad cardiovascular, concretamente con el depósito e infiltración de grasas en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre o arterioesclerosis.

Podemos encontrar dos tipos de afectación hepática:

- **Hígado graso no alcohólico o esteatosis simple:** Aquella que presenta un aumento del acúmulo de grasa pero con grado de inflamación leve por lo que no se genera daño en las células del hígado.
- **Esteatohepátitis no alcohólica:** Consiste en una forma más grave. En esta ocasión se produce una inflamación relevante del hígado, es decir una hepatitis; que causa daño en la estructura y células del hígado. Conlleva la progresión a fibrosis del mismo, produciéndose cirrosis que es la responsable de la mayoría de las complicaciones que sufren estas personas. Al mismo tiempo que se favorece la aparición del hepatocarcinoma, un tipo frecuente de tumor maligno del hígado.

Factores de riesgo

Se ha relacionado fuertemente con diversos factores como:

- El exceso de peso, tanto en los casos de sobrepeso como de obesidad.
- La presencia de niveles elevados de azúcar en sangre. Se puede ver tanto en pacientes que ya están diagnosticados de diabetes, como en aquellos que están empezando a desarrollar signos de la misma. Esto último se conoce como pre-diabetes, donde es conveniente iniciar medidas dietéticas y actividad física regular para retrasar el inicio de la enfermedad o llegar incluso a prevenirla.
- Valores aumentados de grasas en sangre, fundamentalmente de los triglicéridos.
- Los hábitos de vida poco saludables como: las dietas hipercalóricas, el consumo excesivo de grasas saturadas, de hidratos de carbono refinados, de bebidas edulcoradas y de fructosa se asocian a la obesidad y a la EHGNA. Asimismo, el estilo de vida sedentario fomenta todos ellos.
- La edad también es otro factor a tener en cuenta. Dado que la EHGNA aumentan con la edad, en paralelo a la obesidad y el resto de factores de riesgo cardiovascular.

El mecanismo por el que se produce es complejo y todavía no se conoce por completo, aunque parece existir una interacción entre factores ambientales y cierta predisposición genética individual.

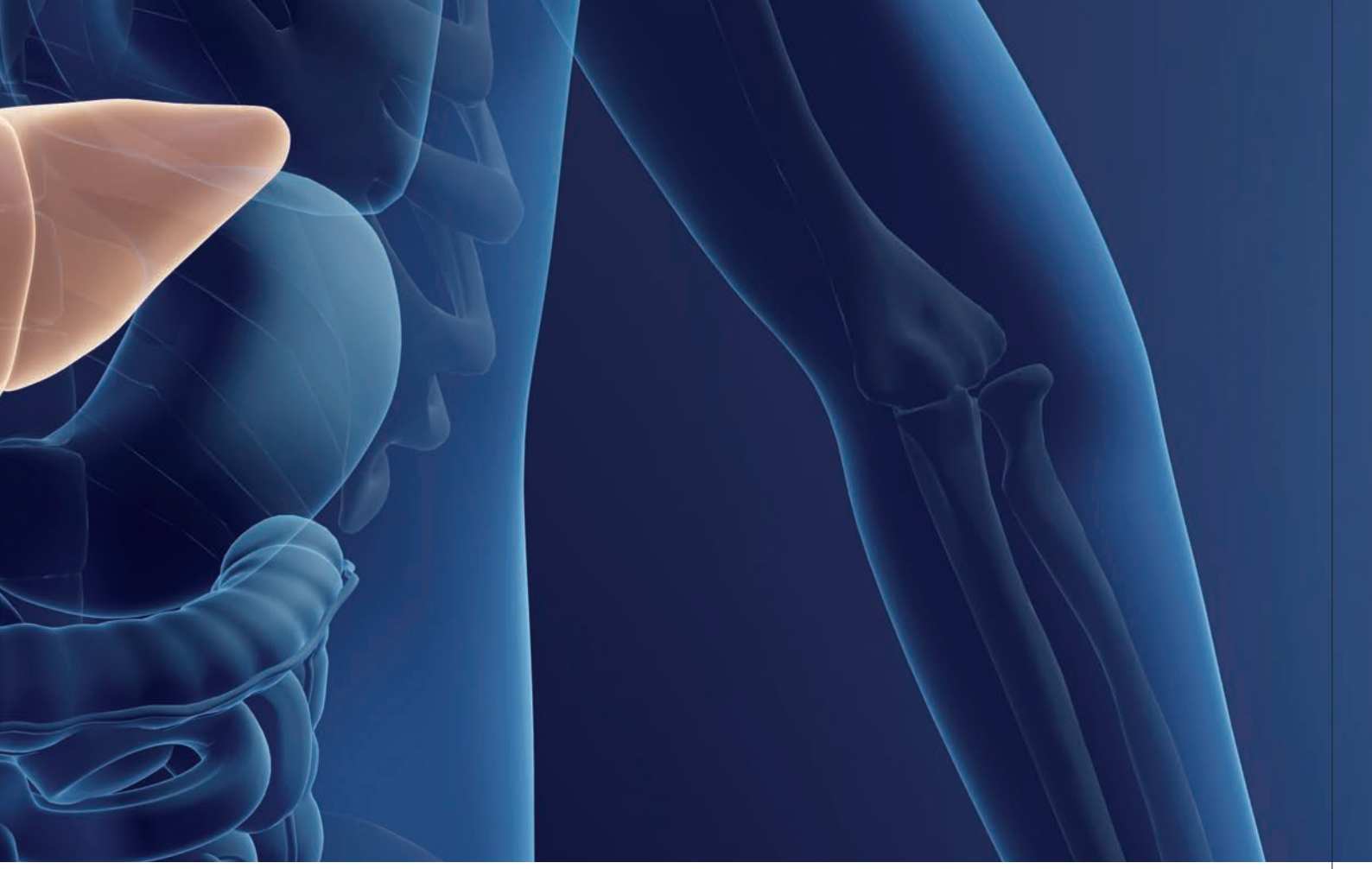
Síntomas que se pueden presentar

Las personas que lo padecen por lo general no suelen referir ningún síntoma específico; es una afección silenciosa. Los síntomas más habituales suelen ser:

- Dolor en la parte superior derecha del abdomen.
- Malestar general.
- Cansancio intenso.
- Pérdida de peso.

Una vez que se ha establecido la cirrosis ésta puede estar compensada durante años, pero puede evolucionar con descompensación y provocar síntomas como:

- Hinchazón abdominal (ascitis).
- Vasos sanguíneos agrandados justo debajo de la superficie de la piel, formando las conocidas arañas vasculares fundamentalmente en cara y escote.



- Aumento del tamaño del bazo.
- Palmas de las manos de color rojo.
- Ictericia (coloración pálida y amarillenta de la piel).

La evolución difiere fundamentalmente, como hemos mencionado anteriormente, según el grado de inflamación. Por un lado, la esteatosis simple presenta un pronóstico favorable. Por otro lado, en el caso de la esteatohepatitis no alcohólica, la progresión es lenta en cuestión de años, pero en torno al 20% desarrollará una cirrosis hepática, o incluso un hepatocarcinoma entre el 1-2%.

Cómo se diagnostica

Cabe destacar que en gran número de ocasiones el diagnóstico se alcanza al realizar pruebas como un análisis de sangre o una ecografía por otro motivo. Por ello, resulta importante sospechar y valorar su existencia en todas aquellas personas que presenten obesidad, principalmente de distribución abdominal. Junto con la presencia de diabetes, aumento de colesterol y triglicéridos, así como hipertensión arterial.

La valoración inicial se ha de basar en la historia clínica, junto a la exploración física que se complementará con una analítica de sangre. Esta última en busca de alteraciones de las transaminasas que nos hagan estar alerta ante la presencia de hepatitis, y al mismo tiempo poder descartar otro origen de la misma como vírica, autoinmune o tóxica entre otras. Se debe completar el estudio con la realización de una ecografía del hígado que nos aportará información sobre el grado de acúmulo de grasa. En la gran mayoría de casos, la presencia de datos compatibles en estas exploraciones suelen ser suficientes para establecer el diagnóstico. De todos ellos, en los casos que se confirma la presencia de hepatitis es aconsejable realizar una elastografía hepática para valorar el grado de fibrosis y poder establecer el pronóstico, así como prever la posibilidad de complicaciones. Al mismo tiempo, debido a su relación, es aconsejable realizar una búsqueda de otros factores de riesgo cardiovascular que puedan empeorar la evolución.

Finalmente, cabe destacar que la prueba confirmatoria definitiva es la biopsia hepática, aunque al ser una prueba invasiva que puede acarrear complicaciones se reserva únicamente para aquellos procesos que presenten dudas diagnósticas que puedan confundirnos con otras enfermedades.

Tratamiento y prevención

Las medidas fundamentales deben orientarse hacia una modificación del estilo de vida. Centrándose en una reducción del peso, persiguiendo el objetivo de una disminución de al menos un 10% del peso total. Mediante un incremento de la actividad física por medio de ejercicio aeróbico (mínimo de 150 minutos semanales), unido a cambios en los hábitos alimentarios. La alimentación debe tomar como referencia la dieta mediterránea, basándose en:

Dieta hipocalórica; calorías diarias 1200-1600 kcal con contenido:

- Lípidos 20-35% de las calorías diarias.

Predominio de ácidos grasos poliinsaturados y monoinsaturados. Los ácidos grasos saturados deben suponer < 10% del total de lípidos de la dieta.

Se recomienda el consumo de alimentos ricos en omega-3.

- Proteínas 1,5 g/kg día. Predominio de proteínas vegetales.
- Hidratos de carbono < 45-65% de las calorías diarias.

Predominio de carbohidratos complejos con alto contenido en fibra. Se debe evitar los azúcares simples, bebidas azucaradas y alimentos ricos en fructosa.

- Se recomienda el consumo habitual de café con cafeína.
- Suprimir el consumo de alcohol.

Estas actuaciones han demostrado mejoras tanto a nivel analítico como en grado de inflamación medido por biopsia en estudios de investigación.

Por último, en cuanto al tratamiento farmacológico, se ha realizado una amplia investigación con distintos fármacos, sin datos de un beneficio claro a largo plazo en ninguno de ellos. Por lo que, actualmente no hay ningún fármaco aprobado específicamente para el tratamiento de la EHGNA. En conclusión, todas las medidas por ahora van encaminadas a conseguir un peso y una dieta óptimas.

PRIMERA OPERACIÓN CON ETHER, EN EL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSETTS. 16 OCTUBRE 1846

La aparición de la anestesia, una revolución en el mundo de la cirugía

Lucía Serrano Vélez de Mendizabal y Andrés Alegre Cortés. *Médicos Internos Residentes de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra.*
Ana Carla Lobón Jiménez. *FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Navarra*

Hoy en día es impensable el hecho de someterse a una cirugía sin anestesia, pero hace 200 años los pacientes sufrían una verdadera tortura cada vez que tenían que ser intervenidos. Así es como el desarrollo de la anestesia supuso toda una revolución dentro de la medicina, la cual le ha permitido avanzar más durante los dos últimos dos siglos, que durante toda su historia.

Desde las antiguas civilizaciones, el control del dolor y de la consciencia han sido uno de los principales objetivos de la medicina. En los principios de la historia de la anestesia se utilizaban drogas o sustancias que provocaban la pérdida de la consciencia. De esta manera el cirujano procedía a realizar la intervención con menor dificultad. Pero no todo era perfecto, porque el nivel de consciencia no se podía controlar.

Uno de los primeros métodos utilizados, rudimentario y peligroso, aunque eficaz, para causar «anestesia», era el de comprimir la carótida a nivel del cuello con la consiguiente isquemia cerebral y estado comatoso, lo cual era aprovechado para la realización del acto quirúrgico. Muchas de las famosas sustancias utilizadas a lo largo de la historia han sido narcóticos vegetales como la adormidera, la mandrágora y el cannabis que se cultivaban en Persia o en la India. En el Antiguo Egipto a los niños se les administraba adormidera por las noches para que dejaran descansar a sus padres. Los antiguos indios peruanos masticaban la hoja de coca, con el consiguiente adormecimiento de la lengua y labios.

Durante la Edad Media también se produjeron grandes avances en este terreno, especialmente en el mundo árabe, donde Abu al-Qasim al-Zahrawi, un médico residente en la Península Ibérica, publicó el primer manual ilustrado de cirugía, en el que se describía el uso de anestesia. En él se podía ver el uso de una esponja mojada con anestésicos colocada debajo de la nariz de los pacientes.

En el renacimiento, una época de grandes avances médicos y científicos, destacó Paracelso, un alquimista que cuestionó la teoría médica de aquella época y que fue conocido como el "padre de la toxicología", por sus estudios de mezclas y cantidades para obtener las concentraciones ideales de sustancias para tratar las enfermedades. Fue él quien descubrió las propiedades somníferas y analgésicas del famoso éter, entonces llamado sulphur philosophorum o "aceite dulce del vitriolo", aunque no fue hasta 3 siglos más tarde que se utilizó por primera vez como anestésico.

"Todas las cosas son veneno y nada es veneno, solamente la dosis permite que algo no sea venenoso"-Paracelso.

No fue hasta finales del siglo XVIII que la química de la época comenzó a estudiar y aislar distintos gases anestésicos. Un cirujano experimentó con el óxido nitroso inhalándolo el mismo, haciéndole estallar en carcajadas y dándole el nombre de "gas hilarante".

No sería hasta 1844 cuando Horace Wells, un dentista considerado por muchos el iniciador de la anestesia moderna, lo empleó para realizar extracciones dentarias a sus pacientes. Inicialmente se ofreció el mismo como paciente, para posteriormente aplicarlo en las extracciones dentales que realizó con gran éxito.

Wells, un hombre altruista de la época, no quiso patentar su descubrimiento por considerar que verse libre de dolor debería ser *"tan gratuito como el aire"*. En su lugar, decidió realizar una demostración pública ante un grupo de estudiantes de medicina en el Hospital General de Massachusetts. Por desgracia, en esta ocasión la anestesia no funcionó según lo esperado y el paciente terminó gritando de dolor. Wells perdió todo su prestigio y las ganas por seguir investigando en el campo de la anestesiología. Dejó su trabajo como dentista, se volvió adicto al cloroformo y terminó perdiendo la cabeza. Fue encarcelado por actos impúdicos y se suicidó en la cárcel tras una ingesta de cloroformo.

Quien no perdió el interés por la anestesia, fue un joven estudiante de medicina de la universidad de Massachusetts, William Morton, quien además de trabajar con Horace Wells acudió a su demostración y escarnio público en 1846. Morton supo ver el potencial que tenía, y lo lucrativa que podía ser la posibilidad de un remedio que permitiese operar sin dolor.

16 de octubre de 1846

El 16 de octubre de 1846, conocido hoy mundialmente como día internacional de la anestesia, Morton, al igual que su predecesor, realizó una demostración pública, haciendo respirar a un voluntario vapores de éter para ser intervenido de un tumor en su cuello. En esta ocasión, la anestesia fue un rotundo éxito, iniciándose así un camino que muchos aspirarían a continuar. Morton intentó mantener en secreto la sustancia que había utilizado con fines lucrativos, pero finalmente, tras muchos años de juicios y pleitos, murió arruinado y sin conocer la importancia de lo que había realizado.

El uso de la anestesia más allá del momento quirúrgico, que hoy en día es práctica habitual, fue un tema controvertido en sus inicios, La anestesia obstétrica, concretamente, tuvo muchos detractores, principalmente en nuestro país, que consideraban que lo natural era parir con dolor. Inicialmente, el remedio al dolor del parto era dar a la parturienta cloroformo para inhalar. Hasta 1898 no se realizó la primera punción lumbar, en la que la cocaína era empleada como analgésico. No sería hasta 1921 cuando un español, Fidel Pagés, descubrió la anestesia epidural como la conocemos hoy en día.

La anestesia intravenosa, si bien comenzó muy pronto a inicios a mediados del siglo XVII con la administración de vino y cerveza a través de una pluma de ganso, tardaría muchos años en dar su propio gran paso con la síntesis química en el siglo XX de diversas sustancias aún utilizadas hoy en día.

Como se puede observar la anestesia no ha parado de evolucionar a lo largo de la historia, hasta permitir realizar hoy en día importantes intervenciones, como extirpar un tumor del cerebro de un paciente que está despierto y que puede colaborar con el cirujano, sin que sufra ningún tipo de dolor.

La imagen publicada tiene derechos de autor: "This image is taken from Page 255 of The conquest of pain" by Medical Heritage Library, Inc. is licensed under CC BY-NC-SA 2.0.

Se acerca el otoño…

y con él, el empeoramiento de la alergia a los ácaros

Adriana Ger Buil y María Jesús Iguzquiza Pellejero. *F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela*
Tina Herrero Jordán. *FEA Neumologia. Hospital Reina Sofia. Tudela*
Susana Clemós Matamoros. *F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela*

La llegada de la primavera suele identificarse como el peor momento del año para las personas alérgicas al polen. Sin embargo, no es el peor momento del año para todos los pacientes alérgicos, ya que dependiendo del alérgeno al que esté sensibilizado el paciente, los síntomas de la alergia podrán aparecer durante cualquier época del año, y no sólo en primavera.

Durante los meses de otoño se dan las condiciones climáticas en cuanto a temperatura (entre 25 y 35ºC) y humedad (humedad relativa por encima del 60%) para un mayor crecimiento de los ácaros del polvo en los domicilios de las zonas geográficas con climas templados como el nuestro.

Es por todo ello que los pacientes alérgicos a los ácaros del polvo suelen presentar una sintomatología más intensa y persistente durante estos meses, y requerir el uso de medicación, como antihistamínicos orales, espráis nasales, colirios o inhaladores.

A esto hay que añadir dos factores más, como son el mejor aislamiento de las casas y que con la llegada del frío y las lluvias pasamos más tiempo en ellas. Al pasar largos periodos de tiempo en estos ambientes cerrados con temperaturas uniformes y cálidas, se facilita la posibilidad de contacto con los ácaros y la aparición de alergia a los mismos.

¿Qué síntomas pueden aparecer?

1. Conjuntivitis alérgica: Enrojecimiento y picor ocular, sensación de arenilla o cuerpo extraño y lagrimeo.

2. Rinitis alérgica: Congestión o taponamiento nasal, picor nasal, estornudos y mucosidad acuosa o transparente, mucosidad faríngea y picor en faringe, paladar u oídos. En ocasiones, pueden aparecer síntomas oculares.

3. Asma: Es una enfermedad inflamatoria de las vías aéreas o bronquios que provoca síntomas bronquiales como tos, dificultad para respirar o falta de aire, sibilantes o pitos en el pecho y sensación de opresión torácica, síntomas que pueden variar en frecuencia e intensidad.

¿Qué medidas de prevención se pueden tomar?

La inmunoterapia o vacunación antialergénica es el único tratamiento capaz de modificar el curso de la enfermedad alérgica respiratoria, ya que consigue que mejoren los síntomas de la enfermedad, se reduzca el uso de medicación sintomática y se frene la tendencia al progreso de la enfermedad, evitando así el desarrollo del asma bronquial.

Sin embargo, sí existen medidas preventivas que podemos poner en práctica para minimizar la presencia de ácaros en nuestros domicilios. Hay que tener en cuenta que los ácaros no provienen de la calle, sino que viven en el interior de las casas. Se almacenan con más facilidad en rincones oscuros y con una humedad elevada. Se alimentan de polvo y restos de piel humana que se desprende y almacena en almohadas, sábanas, sofás, etc. Pueden vivir también en lugares donde se almacenan alimentos vegetales, especialmente harinas.

Las seis recomendaciones elaboradas por la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP) son:

1. Mantener la casa limpia, aspirar en lugar de barrer: Barrer favorece la dispersión y elevación del polvo. Lo ideal es utilizar aspiradores con filtro de agua ya que retienen mejor los ácaros en su interior.

2. Utilizar fundas antiácaros o ropa de cama sintética: Los colchones tienen muchos huecos entre los muelles donde es fácil que se acumulen. Los que son de tejidos sintéticos como el látex o viscoelásticos, son macizos y por lo tanto menos proclives a que se almacenen, pero si no se pueden obtener, las fundas antiácaros también son un remedio eficaz ya que impiden el paso de las partículas.

3. Procurar que el dormitorio tenga abundante luz solar.

4. Evitar peluches, cojines y otros elementos que acumulen polvo (cabeceros de cama tapizados, alfombras, lana, etc).

5. Ventilar varias veces al día.

6. Usar la calefacción o la bomba de calor para resecar el ambiente: Es recomendable cambiar los filtros cada cierto tiempo para evitar la acumulación en ellos y su posterior dispersión.

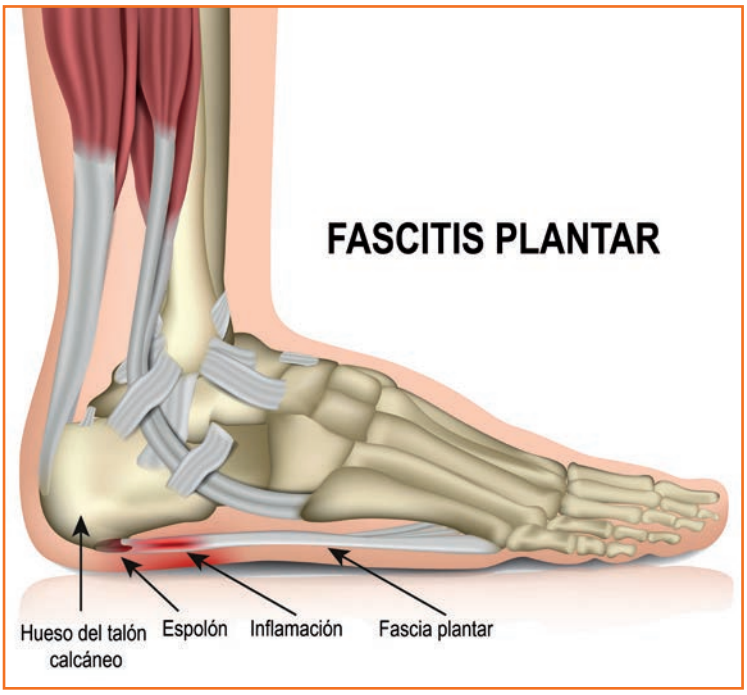
En conclusión, la principal recomendación siempre es la evitación del elemento alergénico (en este caso los ácaros) aunque en ocasiones no es posible hacerlo o, aun haciéndolo, los síntomas se intensifican. Cuando esto ocurre el alergólogo individualizará, en función del grado de intensidad de la sintomatología el paciente, el mejor tratamiento en cada caso.

Mitos sobre la alergia a los ácaros

- ***"Aunque tengo alergia a los ácaros, puedo tener animales de compañía en casa sin problemas"***: Es preferible no tener mascotas de pelo ni pluma en casa de una persona alérgica a los ácaros del polvo, ya que éstos se alimentan de restos procedentes de humanos y de animales (escamas, pelo, etc) ocasionando que la población de ácaros sea mayor mientras más personas y animales haya dentro de la vivienda.
- ***"El polvo que viene de la calle y el que se produce en las obras también causan alergia a los ácaros":*** No existen ácaros en el polvo de la calle, ni en el que se levanta en la arena ni en el de las obras. Este tipo de polvo puede producir síntomas respiratorios por su efecto irritativo directo, pero no a través del sistema inmunológico, como en el caso de la alergia a los ácaros.
- ***"La alergia a los ácaros predomina en otoño y primavera":*** Lo cierto es que el alérgico a ácaros puede estar mal en cualquier estación del año si se dan las condiciones ambientales necesarias (por ejemplo, un invierno lluvioso será peor que un otoño seco; una habitación mal ventilada, con animales, o con problemas de humedad será un nido constante de ácaros).
- ***"Las normas de prevención ambientales evitan la alergia a los ácaros":*** La presencia de ácaros es imposible de eliminar totalmente a pesar de extremar las normas de limpieza.
- ***"Las alergias no se curan":*** Mucha gente cree que una vez que aparece la alergia es imposible curarla, por lo que deberán soportar sus ataques de forma crónica durante su vida. Hoy en día esto no es así ya que se dispone de tratamientos eficaces para controlar los síntomas, evitar la evolución de la enfermedad e incluso disminuir la sensibilización existente, como es el caso de la inmunoterapia o vacunas para la alergia. En las enfermedades alérgicas, cuanto más rápido se llegue al diagnóstico y se inicie el tratamiento, mayores serán las probabilidades de éxito y menores las de sufrir complicaciones.

Fascitis plantar:
cómo mejorarla en casa

Mónica Ayerra Busto, Olatz Monreal Oyarbide, Eduardo Ramón Zamborain, Amets Albertos Iturralde, Oihane Muñoz Luna y Olaia De Luis Provedo.
Fisioterapeutas del Hospital Universitario de Navarra



La fascia plantar es una estructura parecida a una tela triangular que une el talón con la base de los 5 dedos por la parte inferior o plantar. Su función es mantener el arco del pie y amortiguar y absorber el impacto que se produce al caminar.

Cuando se inflama esta estructura, como síntoma más habitual aparece un dolor punzante en el talón, acompañado de sensibilidad y, en ocasiones de cierta inflamación de la zona. Los pacientes suelen describir distintas sensaciones de dolor plantar, desde molestias al calzarse, un ardor intenso, hasta sensaciones muy dolorosas como si estuvieran pisando cristales o tuviesen un clavo en el talón. Los síntomas suelen aparecer durante o después de la actividad deportiva aunque a veces aparecen de forma recurrente al levantarnos de la cama o incluso después de un rato en reposo sentados.

Pies valgos y cavos...

El origen de la fascitis plantar depende de varios factores, siendo muy importante la propia forma del pie del paciente y aparece más en los pies más planos - pies valgo, aunque también puede aparecer en pies con el puente más pronunciado - pies cavos. La utilización de un calzado inadecuado y pesado, permanecer mucho tiempo de pie, el mal calentamiento deportivo, la mala pisada, la sobrecarga muscular, los esguinces de tobillo mal curados, el sobrepeso y el sobreuso sobre todo en deportistas corredores, también son factores que van a favorecer la aparición de la fascitis plantar.

Una vez que el/la médico ha realizado el diagnóstico se puede pasar a realizar el tratamiento de fisioterapia.

Cuando los síntomas son leves podemos tratarnos en casa haciendo unos pocos ejercicios que se exponen a continuación:

1- Liberación miofascial: Sentados en una silla y con una botella de agua pequeña congelada la colocamos en el suelo sobre una toalla y la hacemos rodar con el pie, llevándola del talón a los dedos y vuelta al talón. No es necesario llevarla a los extremos e incidiremos en la parte interna del arco del pie. De esta forma, aplicamos crioterapia y masaje sobre la fascia.

2- Estiramiento: en la misma posición, doblamos la toalla de tal manera que se convierta en una cinta que pasamos por las almohadillas del pie, estiramos la pierna y tiramos con las manos de forma que estiramos los gemelos y forzaremos un poquito el tobillo hacia nosotros.

3- Fortalecimiento: con la toalla de nuevo en el suelo, iremos trayendo la toalla con los dedos hacia nosotros, de forma que reforzaremos toda la musculatura de la planta del pie.

Para prevenir la fascitis plantar es muy importante utilizar un calzado adecuado, específico para la actividad deportiva o laboral que estamos desempeñando. También se pueden utilizar plantillas correctivas diseñadas por especialistas. Antes de empezar a practicar deporte es importante realizar estiramientos para acondicionar la fascia. También pueden ser beneficiosos los vendajes funcionales que te enseñará a aplicar el fisioterapeuta con el objetivo de amortiguar la pisada.

¿Doctor qué es la embolia pulmonar?

Beatriz Lacruz Escalada. *FEA Medicina Interna. Hospital Universitario de Navarra*

La embolia pulmonar es la manifestación más grave de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV), una entidad que también incluye a la trombosis venosa profunda (TVP).

La embolia pulmonar está considerada la tercera causa de muerte vascular, después del infarto de miocardio y el ictus.
Se produce cuando un trombo venoso se rompe y se desengancha de la pared de la vena donde se ha formado (es entonces cuando se llama émbolo) y va a parar a las arterias pulmonares y ocluye su interior.
A consecuencia de ello la arteria pulmonar no consigue oxigenar la sangre que lleva dentro y por eso se produce insuficiencia respiratoria.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Existen algunos factores de riesgo hereditarios y otros adquiridos. Entre los factores de riesgo hereditarios más frecuente destacar:

- Deficiencia de antitrombina.
- Deficiencia de proteina C y S.
- Mutación Factor V Leyden.
- Mutación gen de la protombina.

Entre los factores adquiridos más frecuentes destacar:

- Inmovilización.
- Edad avanzada.
- Cáncer.
- Enfermedad médica aguda.
- Cirugía mayor.
- Traumatismo.
- Embarazo y postparto.
- Anticonceptivos orales.
- Tratamiento hormonal.
- Síndrome antifosfolípido.
- Catéter venoso central.

¿Cuáles son los síntomas y signos clínicos más frecuentes?

En la mayoría de los casos los síntomas de embolia pulmonar son inespecíficos como la disnea (sensación de falta de aire), dolor torácico, el síncope, tos o hemoptisis (toser sangre de las vías respiratorias). En cuanto a los signos clínicos más habituales encontramos la taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), taquicardia (aumento de frecuencia cardiaca), cianosis (coloración azul de la piel) o la fiebre.
Muchos casos de embolia pulmonar son secundarios a un trombo en extremidades inferiores por eso es importante tener en cuenta signos en la exploración en las piernas como son el aumento de diámetro, enrojecimiento de la piel y/o aumento de temperatura en una extremidad respecto la otra.

¿Cómo se diagnostica?

Para llegar al diagnóstico debe existir una sospecha clínica y algunas pruebas complementarias como el electrocardiograma, la radiografía de tórax y gasometría arterial nos pueden ayudar en el diagnóstico.
El Dímero D es muy útil, se determina en una analítica y nos ayuda sobretodo a excluir el diagnóstico si el resultado es negativo.
La ecografía doppler sirve para descartar TVP en extremidades inferiores como causante de la embolia pulmonar.
La prueba de imagen de confirmación de elección es la angiografía por tomografía computarizada (angio-TAC de arterias pulmonares) donde se identifican defectos de repleción en el árbol pulmonar confirmándose el diagnóstico.
La prueba diagnóstica alternativa es la gammagrafía de ventilación/perfusión que se realiza en casos de pacientes con alergia al contraste iodado o con insuficiencia renal, entre otros.

¿Cuál es el tratamiento?

El tratamiento consiste en la anticoagulación con el objetivo de prevenir la muerte precoz y la embolia pulmonar sintomática recurrente y mortal.
El tratamiento en fase aguda consiste en administrar heparina durante los 5-10 primeros días y debe solaparse con el inicio de un fármaco antagonista de la vitamina K (AVK). Como alternativa, puede ir seguida de la administración de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs).

Habitualmente la duración estándar es de tres meses. Pero en algunos casos es necesaria una anticoagulación prolongada durante seis meses, un año o incluso indefinida para garantizar la prevención secundaria, tras valorar el riesgo de recurrencia frente al riesgo de hemorragia en cada paciente.
Es muy importante adecuar el tratamiento en cada paciente ya que el tratamiento prolongado no está exento de riesgos ni complicaciones y la suspensión del tratamiento de una forma precoz puede llevar a episodios de recurrencia de la enfermedad, de ahí la importancia de valorar cada caso individualmente.

¿Cómo será la evolución de la enfermedad?

Depende del factor de riesgo que ha producido la enfermedad, ya que es diferente el pronóstico si se trata de un factor de riesgo transitorio que de un factor de riesgo permanente o de causa desconocida.
Y por supuesto también de la situación clínica previa del paciente, la edad y comorbilidad.

Comunicando malas noticias al final de la vida.

¿Qué debemos hacer en estas situaciones?

Edurne Bidegain Garbala. *FEA Medicina Interna. Hospital Universitario de Navarra.*
Katia Llano Ordóñez. *Psicóloga clínica. Hospital Universitario de Navarra*

En el campo de la Medicina, una mala noticia es aquella que altera drástica y negativamente la perspectiva del paciente o de su familia en relación con su futuro. *"El 2 de octubre de 1996 salí de mi casa siendo una persona y, cuando volví, era otra diferente".* Esta frase, que corresponde al ciclista Lance Armstrong y se refiere al día en que le dijeron que tenía un cáncer testicular con metástasis, da idea del impacto que puede producir una mala noticia.

En definitiva, una mala noticia es aquella que genera un conflicto entre las expectativas que tenía el paciente antes de recibirla y las expectativas que ésta le proporciona, es decir, son las que alteran las expectativas de futuro de la persona.

A pesar de que comunicar malas noticias forma parte inherente de las funciones médico-asistenciales y constituya un aspecto central de la práctica clínica, no solo es difícil de escuchar sino también de transmitir. Requiere desarrollar habilidades tanto de comunicación verbal como no verbal, el uso del silencio, la escucha activa y la empatía entre otros. Se debe tener en cuenta que la mayoría de los pacientes desean ser informados, conocer su situación y hablar de ella. Además, las directrices bioéticas y legales actuales (Ley 41/2002), reconocen el derecho del paciente a determinar lo que desea saber. El profesional tiene el deber de comunicárselo de una manera en que éste sea capaz de escucharlo y procesarlo. Ocultar la verdad a quien desea conocerla puede ser tan reprochable y maleficente como el forzar a una persona a oírla si no lo desea.

Recordar que nuestros objetivos en el proceso de compartir información son lo siguientes;

- Que comprendan la situación.
- Establecer relación de ayuda.
- Disminuir la ansiedad.
- Mejorar el cumplimiento.
- Evitar posturas de negación desadaptativas.

Las reacciones a una mala noticia son diferentes en cada persona, dependiendo de la edad, las obligaciones personales y familiares, la experiencia previa de enfermedad, los valores y las creencias. Por ello, se debe individualizar tanto el contenido como la forma en la que se transmite la información, adecuándola a las necesidades y los deseos de cada paciente. Se debe establecer una adecuada comunicación equipo-paciente-familia que facilite el afrontamiento de la nueva situación vital.

Como comunicar una información que puede ser negativa

1. **Buscar el contexto y el entorno físico adecuados.** Elegir el mejor momento en un entorno tranquilo y sin interrupciones, empleando el tiempo que sea necesario ¿Cómo se encuentra hoy? ¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato?

2. **Conocer qué sabe y la percepción que tiene sobre su enfermedad.** Se trata de ver cómo ha entendido la información previa que se le ha dado, sus expectativas y preocupaciones. ¿Cómo cree que evoluciona su enfermedad?

3. **Encontrar lo que el paciente quiere saber y en qué grado.** Las necesidades de información del paciente pueden cambiar en el tiempo, cada persona tiene su propio ritmo para recibir y aceptar la información, por lo que se debe preguntar qué nivel de información puede/quiere asimilar.

4. **Dar la información al paciente de forma progresiva, poco a poco y dando tiempo para facilitar su procesamiento.** Permitir intervenciones del paciente e ir contestando a todas sus preguntas. Evitar jerga médica, dar información veraz sin fomentar la desesperanza.

5. **Aceptar y facilitar las expresiones emocionales.** Identificar y reconocer las reacciones de los pacientes. Aceptar las manifestaciones emocionales y no impedir su expresión. Acompañar en la difícil situación mediante el respeto, la empatía, la escucha y los silencios.

6. **Planificación y seguimiento del paciente.** Consensuar con el paciente un plan de trabajo, resolver dudas y realizar un resumen final de la situación. Mantener una actitud positiva sin falsas esperanzas.

Después de todo este proceso, se debe ofrecer al paciente la posibilidad de preguntarnos en cualquier otro momento. Dejar clara nuestra disposición para la ayuda y estar atentos a los problemas o preocupaciones y movilizar todas las fuentes de apoyo familiar y social que sean necesarias en cada momento.

En resumen, dar malas noticias no es descargar en el paciente la información; es un proceso que busca que sea consciente, de la manera más precisa posible y de acuerdo a sus deseos, de la situación en la que se encuentra para que pueda tomar decisiones acordes a sus valores.

Los síntomas de un infarto en la mujer

Jorge Montero Herrero, Jorge Jesús Urbiola Monteiro y Javier Maestre Bello. *Enfermeros.*
Miren Montoya Dufur. *TCAE.*
Hospital Universitario de Navarra

Una de cada cuatro mujeres dice reconocer los síntomas del Infarto Agudo de Miocardio (IAM), mientras que el resto de pacientes los confunde con problemas respiratorios, digestivos o transtornos de ansiedad.

Otros problemas de salud que pueden causar este tipo de dolor incluyen bronquitis, neumonía y neumotórax en los pulmones. Esto último ocurre cuando el aire se filtra hacia la cavidad torácica, causando presión y dolor. Los músculos y huesos doloridos o magullados en el área del pecho también pueden causar dolor, como fracturas de costillas, fracturas por compresión y el síndrome de Tietze. El síndrome de Tietze ocurre cuando el cartílago que conecta las costillas con el esternón o el esternón se inflama, causando dolor en el pecho.
Estos síntomas pueden llevar a las mujeres a malinterpretar los síntomas del IAM.
Podríamos decir que es un gran problema, ya que tardamos en reconocer el IAM y esta patología es tiempo dependiente. Esto hace que retrasemos la búsqueda del tratamiento y que aumenten las posibles secuelas y la tasa de mortalidad.
Un estudio realizado por la American Heart Association indica que las mujeres tardan una media de 237 minutos en acudir a Urgencias desde que hay inicio de síntomas, frente a los 98 minutos que tardan los hombres.
El principal motivo es que tanto a hombres como a mujeres se les ha explicado que el dolor tóracico producido por un infarto es siempre de la misma manera: **dolor torácico con presión y ese dolor se pasa al brazo izquierdo**.
La Asociación Americana del corazón (AHA) realizó un decálogo de prioridades para mejorar esta patología temporo dependiente indicando en su punto uno: aumentar la concienciación de las mujeres, del personal sanitario, del público y de los responsables políticos sobre el riesgo de infarto agudo de miocardio, los síntomas específicos asociados al sexo y la presentación clínica.

Manifestación de IAM en mujeres

El infarto se reconoce por la aparición brusca de los síntomas característicos: dolor intenso en el pecho, en la zona precordial (donde la corbata), sensación de malestar general, mareo, náuseas y sudoración. El dolor puede extenderse al brazo izquierdo, a la mandíbula, al hombro, a la espalda o al cuello.
Pero en las mujeres podemos encontrar los siguientes síntomas asociados:

- Presión incómoda en el pecho o dolor en el centro del pecho. Puede durar unos minutos, o bien desaparecer y volver a aparecer.
- Dolor en uno o ambos brazos, en la espalda, el cuello, mandíbula o estómago.
- Falta de aire, acompañada o no de dolor en el pecho.
- Otros signos como sudor frío, náuseas o mareo.
- Cansancio, debilidad generalizada.

Al igual que en los hombres, el síntoma de infarto más común entre las mujeres es el dolor de pecho o malestar. La diferencia es que, en el caso de las mujeres, existe mayor tendencia a experimentar otros de los síntomas comunes, en particular falta de aire, náuseas, vómitos y dolor de espalda o mandíbula.
A parte de estos síntomas, existen otros factores que dificultan el diagnóstico y el manejo del IAM.
Entre ambos sexos hay distintos factores de riesgo, del ciclo hormonal, del umbral del dolor, de factores géneticos, psicosociales y ambientales.
Si sospecha de estos síntomas en cualquier momento, no dude en consultar a su médico o profesional sanitario de referencia o llamar al 112.

Abordaje de las tendinopatías desde la fisioterapia

Eduardo Ramón Zamborain, Mónica Ayerra Busto, Olatz Monreal Oyarbide, Amets Albertos Iturralde, Oihane Muñoz Luna, Olaia De Luis Provedo. Fisioterapeutas del Hospital Universitario de Navarra

Los tendones son bandas fibrosas que unen los músculos a los huesos permitiéndonos realizar movimientos gracias a las contracciones musculares.

Poseen tres zonas específicas a lo largo de su longitud:

- Unión músculo-tendón
- Unión tendón hueso
- Zona media o cuerpo del tendón

Están compuestos de un 68% de agua, 30% de colágeno y 2% de elastina.

La vascularización del tendón es escasa, de tal forma encontramos zonas poco irrigadas, a las que llamamos zona crítica lesional (normalmente en la zona media del tendón).

Aunque son estructuras fuertes y resistentes, se suelen lesionar con relativa facilidad.

Existen varios términos para describir la lesión de un tendón:

- El término **tendinitis** muestra una situación "aguda" en la cual el tendón se encuentra inflamado. En su clínica podemos observar signos inflamatorios, dolor, pérdida de fuerza, posible hematoma y dolor a la contracción y al estiramiento.
- El término **tendinosis** describe una lesión más crónica con degeneración del tejido y sin inflamación. En su clínica podemos encontrar: dolor, pérdida de fuerza, posibilidad de palpar un nódulo tendinoso. Importante señalar que no se aprecia edema de la vaina sinovial.

Actualmente, tendinopatía se considera el término más apropiado ya que engloba todas las afecciones tendinosas.

A excepción de los casos de traumatismos bien identificados, la tendinitis es rara y la mayoría de las veces la encontramos sobre una tendinosis, incluso algunos autores afirman que en el único momento que se produce una tendinitis es a partir que dicho tendón se rompe.

Una vez aclarados estos términos, podemos clasificar las tendinopatías según su evolución:

- Aguda: menos de 2 semanas
- Subaguda: cuatro a seis semanas
- Crónica: más de seis semanas

Aspectos más relevantes de la tendinopatía

1. El reposo NO mejora la lesión.

Con reposo puede haber una mejora a corto plazo a nivel de dolor, pero volverá cuando reanudes a la actividad, porque el reposo no incrementa la tolerancia del tendón a la carga o trabajo.

2. El ejercicio es el tratamiento más eficaz.

El ejercicio es el tratamiento con más evidencia científica ya que representa el estímulo vital para la reparación del tendón.

3. Modificar la carga es muy importante.

La modificación de la carga permite reducir el dolor. Los tendones deben estimularse progresivamente para que puedan desarrollar una mayor tolerancia a las cargas que el individuo debe soportar en su vida cotidiana.

4. La tendinopatía responde lentamente a su curación.

Los tendones, debido a su anatomía y escasa vascularización, regeneran lentamente. Hay que ser paciente, asegurarse de que el ejercicio es correcto, progresar de manera adecuada y respetar la regla de no-dolor.

5. Los tratamientos pasivos ayudan a mejorar la situación.

El masaje, ultrasonidos, electroterapia, ondas de choque, las inyecciones con corticoides... son tratamientos que suman, pero el ejercicio es el pilar terapéutico fundamental.

6. ¿Uso de antiinflamatorios?

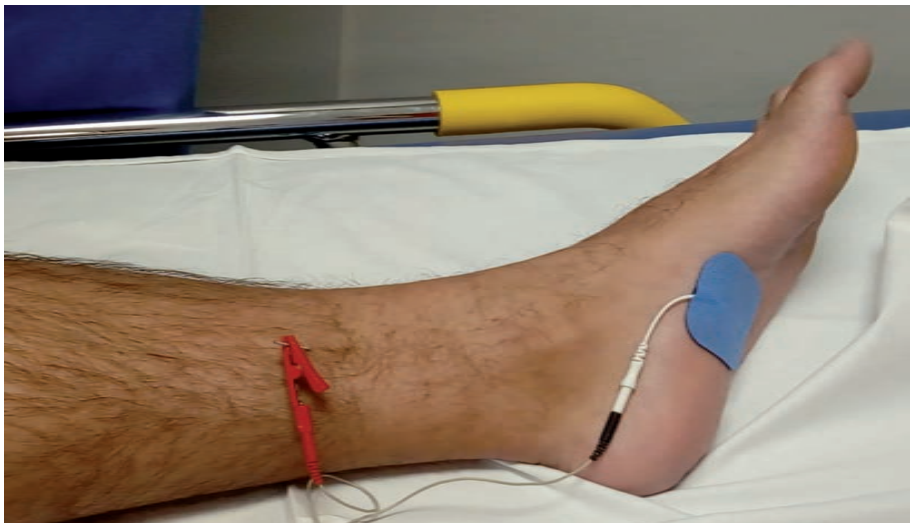
Pueden ayudar si se tiene unos niveles de dolor altos, pero no van a reparar el daño causado en el tendón.

7. La causa de la tendinopatía es multifactorial.

Entre las principales causas destacamos: mala adaptación al estrés mecánico (sobreesfuerzos puntuales o prolongados), traumatismos directos y enfermedades de carácter sistémico (artritis reumatoide, diabetes, psoriasis, gota,...).

Como conclusión, desde la fisioterapia se busca realizar un tratamiento adaptado a las características de cada paciente intentando que sea lo más activo posible. Por eso, para obtener una mejoría significativa es importante la implicación del paciente.

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



Dolor pélvico crónico
y neuroestimulación tibial posterior

Joaquina Lerga Labiano, Estitxu Carricas García de la Vega y María Teresa Basterra Martínez de Estíbariz. *Enfermeras de la Unidad de Tratamiento del Dolor del Hospital Universitrio de Navarra*

La asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) lo define: "el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial".

¿Cuándo se considera que el dolor es crónico?

Cuando tiene una duración más allá de los tres meses.

¿Qué es la pelvis?

Es el área inferior del abdomen, debajo del ombligo y entre las caderas, donde se alojan los órganos reproductores, la vejiga y el final del tubo digestivo. En su parte baja se encuentra el periné que contiene los órganos genitales externos y el ano.

¿Cuáles pueden ser las causas de un dolor pélvico crónico?

El dolor pélvico crónico puede ser una afección en sí mismo o deberse a varios motivos:

- **Ginecológicos:** endometriosis, fibromas uterinos, vulvodinia, enfermedad inflamatoria pélvica crónica.
- **Urológicos:** síndrome de vejiga dolorosa (cistitis intersticial), prostatitis crónica, síndrome uretral.
- **Quirúrgicos:** tras extirpar algún órgano de la cavidad pélvica.
- **Digestivos:** síndrome de colon irritable.
- **Musculoesqueléticos:** por traumatismos, posturas anómalas, embarazo, hernias.
- **Psicológicos:** depresión, estrés postraumático.

Objetivos del tratamiento

Reducir el dolor y los demás síntomas (necesidad urgente de orinar, estreñimiento, relaciones sexuales dolorosas), mejorando así la calidad de vida del paciente.

¿En qué consiste el tratamiento con neuroestimulación tibial posterior?

La neuroestimulación tibial posterior es una técnica sencilla, mínimamente invasiva y sin efectos secundarios.

Consiste en administrar una corriente eléctrica de baja frecuencia e intensidad a través de una aguja muy fina (electroestimulación percutánea), que se introduce en una zona próxima al nervio tibial posterior.

Desde ahí el estímulo asciende hasta el plexo sacro, donde están los nervios que van a la pelvis y se produce la neuromodulación, es decir, se modifica la transmisión nerviosa y la percepción del dolor por parte del cerebro.

¿En qué personas no está indicado?

En mujeres embarazadas, en personas que tienen implantado un marcapasos o un desfibrilador y en personas con epilepsia.

¿Cómo se aplica?

Colocamos al paciente en un sillón con la pierna en la que vamos a realizar la punción estirada, apoyada sobre un taburete y el pie descalzo descansando ligeramente sobre su lado externo.

Si el dolor le impide estar sentado le tumbaremos en una camilla.

Limpiamos con un antiséptico la zona donde vamos a pinchar y el arco plantar del pie.

En la planta del pie colocamos un electrodo de superficie (pegatina con gel conductor).

Localizamos el nervio tibial posterior presionando con dos dedos en la zona por donde éste discurre, cerca de la cara interna del tobillo. Buscamos un punto ligeramente doloroso y es ahí donde introducimos la aguja fina (de acupuntura).

Encendemos el electroestimulador, que es el aparato que nos va a suministrar la corriente. De él salen dos cables que conectamos uno al electrodo que hemos pegado en el pie y otro a la aguja.

Vamos subiendo la intensidad de la corriente hasta que el paciente tolere sin que llegue a ser molesto.

El tratamiento se administra durante media hora, 6 días alternos a lo largo de un mes. El último día del tratamiento damos al paciente un electroestimulador y educamos en su manejo para que él haga cada día estimulación del nervio tibial posterior pero sin aguja, con dos electrodos que pegará en la piel (electroestimulación transcutánea).

Al mes de finalizado el tratamiento evaluamos los resultados por medio de una consulta telefónica con el paciente y si ha sido efectivo repetimos cada 3 meses.

Cirugía de prótesis de rodilla

Jon Martí Ayerdi. *FEA Cirugía ortopédica y traumatología. Hospital Universitario de Navarra*
Carlos Sanz García, Rubén Inglán Montes y María Garralda del Villar. *MIR Cirugía ortopédica y traumatología. Hospital Universitario de Navarra*

En pacientes que tienen artritis de rodilla progresiva grave, que limita su función, la principal forma de tratamiento puede ser una artroplastia total de rodilla, también conocida como cirugía de reemplazo total de rodilla. Con una artroplastia total de rodilla, se utilizan una sierra, un cincel y otros instrumentos para extraer los extremos de los huesos de la rodilla y reemplazarlos con metal y plástico. Se ha encontrado que este procedimiento es muy efectivo para mejorar la función del paciente. Sin embargo, tiene algunas limitaciones.

En primer lugar, se considera que los reemplazos totales de rodilla duran hasta 15 años. La cantidad de tiempo que duran puede depender del tamaño, la alineación y la edad del paciente. Los pacientes más pesados y más jóvenes tienden a desgastar antes sus reemplazos. Por lo tanto, esto debe tenerse en cuenta cuando se recomienda el reemplazo total de rodilla para un paciente.

Los estudios en Europa han indicado que el 20 % de los pacientes más jóvenes que se someten a una artroplastia total de rodilla desearían no haberla tenido nunca. Por lo tanto, es muy importante tratar de agotar todas las formas de tratamiento no quirúrgico, incluidos el ejercicio, los antiinflamatorios según sea necesario, las inyecciones, una rodillera, así como las cirugías artroscópicas o de realineación antes de realizar una artroplastia total de rodilla en pacientes más jóvenes.

En general, en pacientes menores de 65 años, recomendamos que traten de vivir con sus síntomas y prescindan de una cirugía de reemplazo total de rodilla si aún pueden caminar distancias sin dolor severo, no tienen que usar bastón y puede subir y bajar escaleras en tándem. Además, es muy importante evaluar las radiografías en estos pacientes y correlacionarlas con los síntomas clínicos. A menudo, los pacientes pueden tener «radiografías con mal aspecto», pero muchos funcionan bastante bien hasta el punto de que no estaría indicada una cirugía de reemplazo total de rodilla.

Se podría decir que los resultados de la artroplastia total de rodilla son efectivos en la gran mayoría de los pacientes. Sin embargo, los pacientes deben seleccionarse cuidadosamente para este procedimiento porque es una cirugía muy extensa, puede ser muy dolorosa y puede implicar un largo período de rehabilitación para recuperarse. Además, es una de esas cirugías de las que uno no puede retroceder, por lo que las indicaciones para la cirugía deben ser cuidadosamente monitoreadas y seguidas.

La cirugía de reemplazo de rodilla requerirá fisioterapia y rehabilitación para que la articulación de la rodilla pueda recuperar la fuerza, el movimiento y la movilidad general. Es importante seguir el protocolo prescrito y seguir de cerca las instrucciones proporcionadas por su terapeuta. La terapia inicial se enfoca en el movimiento seguro con ciertas restricciones durante 6 semanas. Después de un período de recuperación de 2 a 3 meses, los pacientes generalmente no sienten dolor y se desempeñan bien con sus actividades normales.

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

¿Qúe es y cómo funciona mi sistema inmunológico?

Jorge Jesús Urbiola Monteiro y Javier Maestre Bello. *Enfermeros en Hospital Universitario de Navarra.*
Miren Montoya Dufur. *TCAE en Hospital Universitario de Navarra*

El sistema inmunológico es el ejército en el cuerpo. Este defiende cualquier amenaza ya sea externa o interna. Además, tiene algunas fuerzas de élite especiales que ayudan a que esto sea posible. Este sistema protege al cuerpo de cualquier enfermedad, infección y ayuda a la recuperación después de una lesión.

Mantenerlo sano es importante para la salud. Su función principal es proteger al cuerpo de agentes ambientales (microbios o químicos).

¿Qué es el sistema inmunológico?

Es el conjunto de células, moléculas y mecanismos encargados de identificar qué agentes externos pueden entrar en nuestro organismo y cuáles deben ser eliminados. Engloba una serie de procesos y reacciones en cadena para crear una red de comunicaciones que está repartida por todos y cada uno de los rincones de nuestro cuerpo.
Se encuentra en continuo funcionamiento y escanea todas las moléculas externas que entran en contacto con nosotros y también las que son generadas por nuestro cuerpo, ya que estas tienen que pasar un control de seguridad para asegurarse de que no son perjudiciales para nuestro organismo.

¿Qué orgános lo componen?

Está formado por varios tipos de células con diferentes mecanismos de acción. Debido a esta variación, el cuerpo humano puede tener varios niveles de inmunidad, lo que proporciona una protección eficaz contra las infecciones. Cada uno de nosotros debería saber cómo funciona el sistema inmunológico para poder cuidar su correcto funcionamiento.

El sistema inmunológico (linfático) incluye órganos linfáticos, vasos linfáticos y linfocitos T y B circulantes, así como otros tipos de células y moléculas.

Órganos linfáticos

Los principales órganos, llamados también órganos centrales, son el timo y la médula ósea. Son el lugar donde las células inmunes, los linfocitos, se forman y maduran. Las células T se forman y maduran en el timo. La médula ósea es el sitio de la formación y maduración de los linfocitos B.
Después de dejar los órganos centrales, los linfocitos migran a los vasos linfáticos que corren cerca de los vasos sanguíneos.

Tipos de glóbulos blancos

- **Linfocitos:** se encargan de detectar y reconocer a los cuerpos extraños, así como de aprender sus características para sumarlas a la memoria inmunológica, para reconocerlos en caso de que vuelvan a ingresar al organismo.
- **Fagocitos:** Aquellos encargados de lidiar con los cuerpos extraños, es decir, hacen el trabajo sucio: fagocitan (engloban en su interior) a los invasores y luego se expulsan del organismo con ellos dentro, a través de la orina, las heces, los mocos u otras secreciones.

¿Cambia el sistema-inmunologico con los años?

El cambio es constante. Este sistema está formado por dos tipos de respuesta: adaptativa e inmune.
La respuesta adaptativa está condicionada por factores ambientales: por si tenemos o no hábitos saludables, por las vacunas, por nuestra higiene... Es nuestra mejor defensa, ya que da a nuestras células memoria y especificidad (vacunas).

La respuesta inmune innata está presente desde nuestro nacimiento, es nuestra primera línea de defensa, esta es muy ràpida ante los peligros, pero no es efectiva a largo plazo (virus, patógenos a los que hemos estado expuestos durante siglos).

¿Qué pasa si no funciona bien?

Podemos encontrar los siguientes tipos de problemas cuando el sistema inmunitario no funciona bien :

- **No es lo suficiente fuerte o eficaz:** inmunodeficiencias.
- **Ataca cosas que no debe (propias):** enfermedades autoinmunes.
- **Ataca cosas que no debe (externas):** alergias.

O porque algunas células o moléculas atacan nuestro propio cuerpo (enfermedades autoinmunes como lupus, psoriasis o artritis reumatoide ...) o elementos externos que no son peligrosos (algunas intolerancias, alergias o urticarias).

¿Cómo fortalecer el sistema inmunológico?

- **Dieta adecuada:** Llevar una dieta adecuada , incluir grandes cantidades de verduras y frutas, aceites vegetales y pescados grasos, cereales integrales, cereales, legumbres y fuentes de proteínas vegetales en su dieta diaria. Incluiremos también: ácidos grasos insaturados omega-3 y omega-6, las vitaminas A, D, E, B, C y el selenio, zinc y hierro, así como antioxidantes.

- **Estilo de vida saludable:** desarrollar buenos hábitos tales como, sueño saludable, actividad física, reducir el estrés y limitaremos sustancias estimulantes (café, alcohol, tabaco...).

ZONA HOSPITALARIA
OFERTA PUBLICIDAD 2022

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA REVISTA ZONA HOSPITALARIA NAVARRA

-**Zona Hospitalaria Navarra** se edita en papel y en digital (www.zonahospitalaria.com).
Se financia exclusivamente con la publicidad.
-La escribe el profesional sanitario público y privado: médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas...
-Tamaño DIN A4 (210 mm ancho x 297 mm alto).
-Tirada 8.000 ejemplares.
-Tiene 2.093 suscriptores, a los que se les envía por email el pdf de la revista.
-Periodicidad Bimestral (un número cada dos meses, 6 números al año).
-Distribución el día 1 de los meses pares: 1 Feb, 1 Abr, 1 Jun, 1 Ago, 1 Oct y 1 Dic.
Se reparte en el Hospital Universitario de Navarra y por buzoneo los ejemplares destinados a los Centros de Salud.

FORMATOS Y TARIFAS DE PUBLICIDAD

-**ANUNCIO** EN **CONTRAPORTADA**, tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = 1.200 €+IVA/Número.
-**ANUNCIO** O **PUBLIRREPORTAJE DE 1 PÁGINA** (tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto, texto con 3.000 caracteres, incluidos los espacios entre palabras, + datos de la empresa: logotipo dirección, teléfono y web + foto, con/sin anuncio faldón de 182 mm ancho x 60 mm alto), con promoción en la web y en las redes sociales de Facebook y Twitter = 600 €+IVA/Número.
-**ANUNCIO DE 1/2 PÁGINA** tamaño 182 mm ancho x 130 mm alto = 400 €+IVA/Número.
-**ANUNCIO FALDÓN** tamaño 182 mm ancho x 60 mm alto = 300 €+IVA/Número.

NOTA: *Las empresas que participéis durante seis números seguidos (un año) abonáis cinco inserciones y la sexta gratis.*

BANNER o ARTÍCULO EN LA WEB: zonahospitalaria.com

1-Publicar el banner de cabecera en todas las páginas, tamaño 1092 ancho x 96 pixeles de alto, son 150 €+IVA/mes.
2-Publicar un banner de 1 módulo tamaño 230 ancho x 170 pixeles de alto, solo en la página Home son 100 €+IVA/mes.
Si quieres que este banner aparezca también en la página de Navarra o de Aragón, añadir 50 €+IVA/mes y página.
3-Publicar un banner de 1 módulo, en la página de Navarra o Aragón son 50 €+IVA/mes y página.
4-Publicar un artículo solo en la web (página Home), durante 2 meses, son 200 €+IVA.

NOTA: *Según Google Analytics, la web de* **ZH** *tuvo en 2021 más de 6.245.700 visitas.*

CALENDARIO ANUAL (6 números/año)

-Distribución de la revista el día 1 de los meses pares: 1 feb, 1 abr, 1 jun, 1 ago, 1 oct y 1 dic.
-Necesito el contenido 20 días antes de la distribución: 10 ene, 10 mar, 10 may, 10 jul, 10 sep y 10 nov.

Más Información:
M 618 463 122 | redaccion@zonahospitalaria.com