medicina salud

zonahospitalaria

medikuntza eta osasuna

ospitaleko gunea nafarroa

navarra

www.zonahospitalaria.com añoX enerofebrero2016 nº57

Tercera Edad

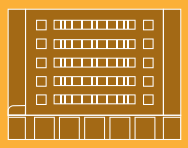
2 Apartamentos Tutelados 3 ¿Existen alternativas a la dentadura postiza? 4 Pérdida del oído con la edad 6 La Baja Visión 7 Radiografía de un navarro resfriado 8 La esclerosis con microespuma el mejor tratamiento para las varices 9 Implantes dentales en la tercera edad: Protocolo Inmediato Clínica Bustillo 10 BodyOn crea un Plan Detox para ponerte en forma después de las navidades 11 Amma, 18 años al servicio de las personas 12 Retención de orina en el anciano 13 Todos los pacientes con varices, independientemente de su edad, se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirófano 14 Osteoporosis: causas, diagnóstico, prevención y tratamiento 16 Enfermedades de la columna vertebral en personas mayores 17 Vivimos más, reímos más, comemos mejor.... 18 Atención dietética en geriatría 20 Conozcamos nuestro cuerpo: La saliva 22 Ejercicios domiciliarios para el paciente anciano con osteoporosis 23 Neurocirugía en la tercera edad (o más bien la cuarta): ¿Cuándo operar? 24 Tengo enfermedad renal crónica ¿Qué opciones tengo? 26 Cuidados básicos de la tercera edad 27 La sexualidad en el paciente anciano 28 Caidas en el anciano, consideraciones generales y prevención 30 Haz desaparecer tu miopía mientras duermes 31 IDEA S. L. atención personalizada en zonas rurales de Navarra.

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Alfredo Erroz **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L./*L.G.*** NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026. **Distribución** 8.000 ejemplares. **Solicitado control PGD**.

© PubliSic S.L. El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.*

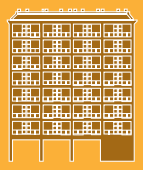
APARTAMENTOS TUTELADOS

GESTIÓN ASISTENCIAL A PARTIR DE 60 AÑOS



APARTAMENTOS TUTELADOS LEYRE

Calle Leyre, 17-19. Pamplona



APARTAMENTOS TUTELADOS ERMITAGAÑA

Calle Ermitagana, 9. Pamplona

APARTAMENTOS TUTELADOS IRUNLARREA

Calle Irunlarrea, 10. Pamplona

APARTAMENTOS TUTELADOS ANSOAIN

Plaza Euskalherria, 1. Ansoain

¡Y vive a tu aire!

Desde 1996, las personas de **60 años o más** cuentan con la opción de los **apartamentos tutelados de Gestión Asistencial de Proginsa,** un tipo de vivienda que combina a la perfección la libertad de un **apartamento propio** con las facilidades de los servicios opcionales que se ofertan. Los inquilinos, que deben ser personas válidas, pueden vivir con total independencia, a su aire y con libertad mientras se sienten respaldados disfrutando de los diferentes servicios que les hacen el día a día más sencillo. Además, pueden aprovechar que los apartamentos están a **precios de VPO y subvencionados,** por lo que se convierten en una opción muy económica.

Gestión Asistencial cuenta con **235 apartamentos tutelados** en Pamplona y Ansoáin: 57 en la calle Leyre, 56 en Irunlarrea, otros 56 en Ermitagaña y 66 en Ansoáin. Con esta oferta, decenas de personas mayores de 60 años o más jóvenes pero con un determinado porcentaje de discapacidad, pueden vivir con total independencia, sintiéndose cómodos y acompañados y con la posibilidad de realizar actividades en los salones sociales. Los edificios de apartamentos se encuentran situados en **las mejores zonas de Pamplona y Ansoáin.** Todos los apartamentos están **adaptados y amueblados sin barreras arquitectónicas,** tanto en el interior como en el exterior de la vivienda, sin limitaciones para los inquilinos.

PISOS COMODOS, ESPACIOSOS Y CONFORTABLES

Los apartamentos tutelados favorecen la mayor permanencia posible en ellos ya que lo que se busca es que los usuarios estén **cómodos y seguros en sus pisos.** Las viviendas constan de un cuarto de estar más cocina, dormitorio y baño e incluso en Ansoáin, también disponen de trastero. Igualmente, existen **estancias de uso común:** salones sociales en los que los usuarios pueden hacer uso de ordenadores y máquinas para hacer gimnasia, comedor en el edificio de Irunlarrea, etc.

Finalmente, el servicio de tutela cuenta con **limpieza del interior de cada apartamento, conserjería, mantenimiento y una educadora social** que, si fuese preciso, trabaja en red con los diferentes servicios sociales de base a la hora de gestionar situaciones de usuarios que así lo precisen. Los apartamentos tutelados ofertan una serie de **servicios de libre elección** para satisfacer distintas necesidades de los usuarios: limpieza continuada del apartamento, servicio de comidas, ayuda a domicilio... todo ello pensado para hacer la vida del usuario más fácil y para ayudarle a mantener su independencia.

Para más información pueden contactar por teléfono en el 948 229 621, en la web www.gestionasistencial.es o acercarse hasta la oficina de la calle Leyre 11 Bis 2º en Pamplona.

Solicita información en:

GESTIÓN ASISTENCIAL GRUPO PROGINSA
Calle Leyre 11 BIS

948 229 621
www.gestionasistencial.com

19 AÑOS DE EXPERIENCIA NOS AVALAN

¿Existen alternativas a la dentadura postiza?

Dr. Carlos Concejo Cútoli. *Cirujano Oral y Maxilofacial*
Dr. Ricardo Ruiz de Erenchun Purroy. *Cirujano Plástico y Estético*

Clínica Cross
Pza. Europa, 13. Ciudad del Transporte. 31119 Imarcoain-Navarra
T 948 853 668. www.clinicacross.es

Aunque han pasado más de 50 años desde que el Profesor Per-Ingvar Branemark considerado el inventor de los implantes dentales empezó a rehabilitar con éxito a pacientes edéntulos (sin dientes), todavía existen en la actualidad millones de personas en todo el mundo que conviven con una dentadura postiza.

Prueba de ello son los anuncios emitidos constantemente sobre adhesivos para estas dentaduras que demuestran, no solo la gran prevalencia de las mismas, si no también, la dificultad que existe para sujetarlas correctamente lo que ocasiona múltiples problemas que disminuyen de forma importante la calidad de vida de estos paciente.

¿Existe siempre alternativa a la dentadura postiza?

Todo el mundo entiende que lo ideal sería no tener que llevar nunca una dentadura postiza, ya que el momento de sustituir los dientes, -aunque estén en mal estado- suele ser muy traumático para los pacientes. Afortunadamente hoy en día en estos casos existe la posibilidad de realizar protocolos de carga inmediata que sustituyen los dientes perdidos o en mal estado por unos dientes fijos sin tener que pasar por una prótesis removible.

Sin embargo, en muchos casos el paciente ya es portador de dentadura postiza desde hace varios años y aunque inicialmente se adapta bien acude al especialista buscando una alternativa porque ha visto como poco a poco su calidad de vida se ha ido deteriorando al no poder comer, hablar o sonreír con seguridad. Es importante subrayar que siempre existe una alternativa a la dentadura postiza.

Soluciones habituales

Dientes fijos sobre implantes

El tratamiento que sustituye de la forma más natural a los dientes consiste en la colocación de coronas de cerámica sobre 6 u 8 implantes. Este tratamiento solo es posible en pacientes que no han dejado pasar mucho tiempo desde han perdido los dientes, es decir que conservan el hueso en buenas condiciones.

Técnica all on four

Cuando hay una pérdida de hueso moderada no siempre es posible colocar coronas de cerámica en estos casos existe la posibilidad de colocar una prótesis atornillada fija sobre 4 o 6 implantes, este tipo de prótesis sustituye no solo los dientes sino también el hueso perdido es decir la prótesis rehabilita los dientes y la encía para que la estética de la cara y la sonrisa sea la misma que cuando estaban los dientes.

¿Y cuando no hay hueso?

Los pacientes que llevan varias décadas con dentadura postiza van viendo como las encías se van retrayendo debido a la reabsorción progresiva del hueso y cada vez es más difícil sujetar la prótesis. Muchos de estos pacientes cuando acuden a su dentista para buscar una solución se encuentran con que han perdido la mayor parte del hueso lo que complica la colocación de implantes convencionales. En la actualidad aún en los casos en los que prácticamente ha desaparecido todo el hueso hay alternativas a la dentadura postiza

Implantes para sujetar la dentadura

Este tipo de solución se conoce como sobredentadura y consiste en colocar de 2 a 4 implantes para que la dentadura postiza no se mueva ni se hunda al masticar de forma que aunque la dentadura sigue siendo de "quita y pon" la sensación es como si tuviera dientes fijos.

Implantes cigomáticos

En el maxilar superior el hueso es más blando y hay menos hueso disponible debido a los senos maxilares es por ello que es muy frecuente la desaparición de hueso casi por completo. En estos casos no es posible colocar implantes convencionales pero desde hace varios años se están utilizando unos implantes ligeramente más largos que se colocan en el hueso que hay debajo de los pómulos (hueso cigomático). Estos implantes se colocan bajo sedación o anestesia general y permiten colocar dientes fijos de forma inmediata pasando de la inseguridad de la dentadura postiza a la tranquilidad de comer y sonreír sin preocuparse de los dientes.

Conclusión

El profesor Per-Ingvar Branemark decía siempre que "Ningúna persona debería morir con los dientes en un vaso de agua". Hoy podemos decir que gracias a sus hallazgos siempre existen alternativas para evitar llevar una dentadura postiza.

Pérdida del oído con la edad

Dr. Ignacio Arruti González. Jefe de Sección ORL. Complejo Hospitalario de Navarra
Dra. Almudena Rodríguez de la Fuente. MIR ORL del Complejo Hospitalario de Navarra

Presbicia es una palabra bastante conocida que alude a la vista cansada que aparece a partir de los 45 años. Con el oído ocurre algo similar, la palabra que designa a este déficit es presbiacusia. Ésta solía aparecer a partir de los 65 años, pero la sociedad desarrollada en que vivimos genera mucho ruido y hace que este problema aparezca a partir de los 50 años.

La presbiacusia consiste en una pérdida gradual de la audición que se produce por degeneración de las células del oído interno. No debe considerarse como una enfermedad senil, si no una situación propia de la edad avanzada en la que todos los órganos van perdiendo eficacia en su función.
La causa fundamental es la edad, de hecho se empieza a perder capacidad auditiva a partir de los 20 años, aunque esta perdida no se manifieste hasta los 50 años.
Esta aparición está favorecida por el contacto con ambientes ruidosos, traumatismos, hipertensión arterial, diabetes, medicaciones ototóxicas...

Síntomas

Las personas acuden a consulta diciendo que no oyen bien, pero al profundizar normalmente refieren que oyen pero no entienden. Esto sucede principalmente en ambientes ruidosos, con música de fondo o cuando coinciden varias conversaciones a la vez. Esta situación limita la vida social y familiar del afectado.
En algunas ocasiones también aparecen acúfenos (ruidos en el oído), hiperacusia (molestias ante los ruidos intensos), incapacidad de oír los sonidos agudos...

Diagnóstico

Ante una persona susceptible de padecer una presbiacusia se deben realizar las siguientes exploraciones:
- Otoscopia: exploración visual del oído que usualmente es normal.
- Audiometría tonal: habitualmente se encuentra una pérdida neurosensorial a partir de 2000 Hz.
- Audiometría verbal: se utilizan palabras de dos sílabas y permite delimitar la pérdida de inteligibilidad.

Prevención

En nuestra mano está que este deterioro tarde mas tiempo en aparecer o que cuando aparezca su progresión sea mas lenta. Algunos consejos son:
- Reducir el número de aparatos ruidosos.
- Bajar el volumen de los aparatos eléctricos.
- Bajar el volumen de la televisión, radio, mp3...
- No usar reproductores de música más de una hora al día y poner un volumen inferior al 60% del máximo.
- No exponerse a ruidos fuertes.
- Si trabajas con ruido, emplear protectores adecuados (tapones, cascos...)
- En caso de infecciones de oído solicitar tratamiento médico.
- Llevar una dieta saludable y hacer ejercicio para evitar enfermedades como la hipertensión, diabetes....
- No fumar.
- Evitar el empleo de sustancias ototóxicas

Principales ototóxicos

Los principales tóxicos para el sistema auditivo son fármacos:
- AINES (antiinflamatorios no esteroideos): el principal representante es el ácido acetilsalicílico (aspirina).
- Aminoglucósidos (antibióticos): neomicina, estreptomicina, gentamicina...
- Cisplatino: usado como quimioterápico para diferentes tipos de cáncer.
- Diuréticos: ácido etacrínico, furosemida...
- Eritromicina: antibiótico de la familia de los macrólidos.
- Quinina: se usa para el tratamiento de la malaria. Como curiosidad se encuentra en pequeñas cantidades en la tónica (bebida).
V • ancomicina: antibiótico glucopeptídico.

Otros ototóxicos: Mercurio, Oxidantes como bromatos, cloratos..., Disolventes como el tolueno, problemático en las personas que inhalan pegamentos, Tabaco, Alcohol y Café.

La importancia del ruido

La exposición al ruido produce una destrucción de las células del oído interno, produciendo un daño permanente en la audición.
La lesión producida por el ruido depende del volumen del ruido y del tiempo de exposición.

En nuestro medio estamos en claro riesgo de ver dañados nuestros oídos, ya que España es el segundo país del mundo con más problemas de ruido por detrás de Japón.

Señales de alarma de que nos encontramos ante un ruido excesivo:
Tienes que alzar la voz para ser escuchado por encima del ruido.
Si no puede entender a alguien que se encuentra a una distancia de 20 cm.
Si una persona que se encuentre a su lado puede escuchar el sonido de su aparato de música que usted escucha con cascos.

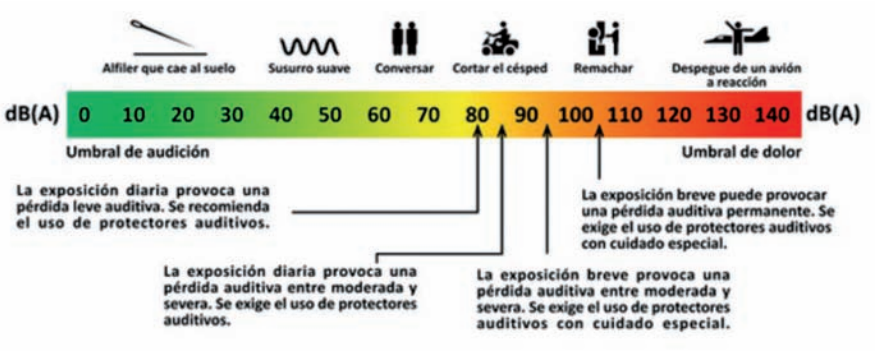
Evolución de la presbiacusia

La pérdida de audición es irreversible, su evolución es lenta si el paciente controla los factores de riesgo ya mencionados.
Ante una pérdida de audición que progrese rápidamente o que afecte más a un oído que al otro el paciente debe ser remitido al otorrinolaringólogo para evaluar la presencia de una enfermedad de distinta naturaleza.

Tratamiento

Se ha propuesto la utilización de múltiples fármacos para frenar la progresión de la presbiacusia, pero a día de hoy no existe evidencia científica de la eficacia de ninguno de ellos.
Cuando el paciente tiene un problema de audición que limite su relación, la solución más eficaz es la utilización de audífonos. Actualmente la mejora en la tecnología ha conseguido que los audífonos ofrezcan soluciones impensables hace pocos años. El proceso de adaptación debe ser minucioso y realizado por audioprotesistas profesionales.

Clasificación de la intensidad de los sonidos



Consejos para hablar con una persona con problemas de audición

- Hablar de frente.
- Que la cara no esté tapada ni a oscuras.
- No comer al mismo tiempo que se habla.
- Hablar alto y claro, pero sin gritar.
- Evitar el ruido de fondo apagando la radio o la televisión.

Cuando es necesario someterse a una prueba de audición

- Frecuentemente pide que le repitan lo que han dicho.
- Sube el volumen de la televisión más de lo normal.
- Suele perderse parte de las conversaciones.
- Tiene ruidos en los oídos.
- Le dicen que habla alto.
- Si se detecta retraso en el aprendizaje o en el habla de los niños.
- Es recomendable realizar una revisión auditiva si se tienen más de 50 años.
- Si se trabaja o se está frecuentemente en contacto con ruido alto, se debe realizar una revisión anual.

El especialista en otorrinolaringología tiene los medios para diagnosticar el origen de una pérdida auditiva. También puede ofrecer distintos tratamientos y soluciones según la causa, pero hay una parte importante que depende del propio afectado que es la prevención que este debe realizar para evitar la aparición y/o progresión de sus problemas.

OPTICA NAVARRA
CENTRO ESPECIALIZADO EN OPTOMETRÍA NEUROCOGNITIVA Y COMPORTAMENTAL
www.opticanavarra.com | info@opticanavarra.com
Pamplona: Arrieta, 29 esquina Bergamín s/n | 948 22 09 13
Barañain: Avda. Pamplona, 13 bajo | 948 18 32 13
Estella: San Andrés, 2 | 948 55 24 61
Peralta: Avda. de la Paz, 5 | 948 71 31 02

La Baja Visión

Beatriz Irigaray
Optometrista corportamental en Óptica Navarra

Se considera que una persona tiene baja visión cuando tiene una limitación visual que le dificulta o impide realizar una o varias tareas de la vida cotidiana. La Baja Visión, no es una enfermedad, sino que es la denominación genérica empleada para referirse a la limitación visual. Principalmente está causada por distintas patologías, habitualmente asociadas a la edad, como pueden ser las Cataratas, Degeneración Macular, Retinopatía Diabética, Retinosis Pigmentaria, o Glaucoma.

La Baja Visión se trata de un estado crónico. Las personas que padecen Baja Visión, tienen dificultades para desenvolverse en su vida cotidiana, ya no pueden hacer ciertas tareas, como leer, coser, ver la television, pintar, ver su coleccion de sellos, coger un autobus, etc.

Rehabilitación y ayudas visuales

Normalmente tienen el contraste muy reducido, y suelen tener problemas para ver las aceras, escaleras, etc, y por tanto se caen con mucha frecuencia y acaban por no querer salir a la calle ya que se sienten impedidos y muy inseguros.

Lo que vamos a hacer mediante rehabilitación y ayudas visuales, es ayudarle a aprovechar su resto visual para que pueda llevar una vida normal. Los ópticos-optometristas empezaremos ha trabajar, cuando la patología que ha causado la Baja Visión está bajo control de su oftalmólogo, y además no es posible una cirugía que mejore su visión.

Consideramos que una persona tiene Baja Visión, cuando su mejor visión con gafas convencionales o lentes de contacto, esta entre un 30% y un 12,5% además de tener su campo visual limitado.

Realizaremos un completo examen de Baja Visión, en el cual se medirán las capacidades visuales que posee y buscamos las zonas de la retina donde conserva su resto visual para poder aprovecharlo.

También es importante que traiga el informe oftalmológico para ver cual es el estado de su patología y ver que esta todo controlado.

Una vez que ya hemos realizado todo el examen, empezaremos a probar las ayudas.

En el caso de la Baja Visión, para cada tarea necesitaremos una ayuda distinta, así que el paciente será quien nos diga qué tareas le gustaría poder volver a hacer.

Hoy en día hay infinidad de ayudas para la Baja Visión, incluso ayudas digitales muy avanzadas.

Prevenir para evitar llegar a la Baja Visión

Desde Óptica Navarra, hacemos hincapié en la prevención para evitar llegar a la Baja Visión. Es muy importante acudir cuanto antes a un oftalmólogo si se observa alguna anomalía visual, como manchas negras que aparecen de forma repentina, ver las líneas torcidas u onduladas, visión como sí mirásemos por un tubo, etc.

Los casos de Baja Visión están aumentando mucho, debido a ciertas patologías. Es muy importante utilizar filtros especiales en caso de tener una patología en la retina, ya que hacen que la enfermedad avance más despacio, además de que mejoran mucho la calidad visual de la persona.

Radiografía de un navarro resfriado

¿Te automedicas cuando tienes catarro o padeces gripe? Como tú, más de la mitad de los adultos de nuestra comunidad lo hace, según el III Estudio CinfaSalud, que analiza cómo se comporta la población ante estas afecciones.

Siete de cada diez navarros (73,8%) afirman padecer algún resfriado o gripe al menos una vez al año; la mitad (52,5%) lo contrae entre una o dos veces y dos de cada diez (21,3%), tres o más veces anualmente. Este es uno de los datos que revela el **"III Estudio CinfaSalud" sobre "Percepción y hábitos de la población española en torno al resfriado y la gripe"**, elaborado por Cinfa y que cuenta con el aval de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

La investigación se ha basado en un cuestionario online sobre una muestra representativa de más de 3.000 mujeres y hombres de nuestro país, de entre 18 y 64 años, y de él se extrae que si bien el 44,9% toma el medicamento que le indica su médico o farmacéutico, el 55% de los navarros tiende a automedicarse, para lo que toma siempre el mismo fármaco, que cree que le funciona o el que tenga en casa de ocasiones anteriores. En el caso del resfriado, el 40,6% de los navarros recurre al paracetamol y un 27,5%, al ibuprofeno. Para la gripe, casi la mitad (47,8%) toma paracetamol, mientras que el 44,9% acude al ibuprofeno.

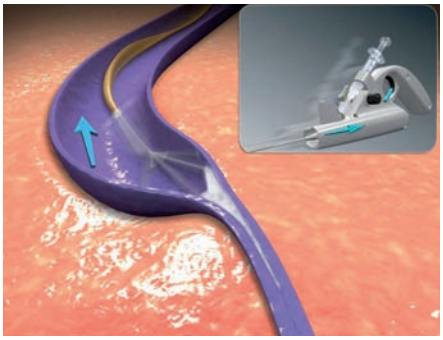
Y es que ambas patologías son diferentes aunque presenten algunos síntomas similares. Así, siete de cada diez navarros (72,5%) consideran acertadamente que la fiebre alta es el signo clave que determina que se trata de una gripe y no de un resfriado. Así mismo, las precauciones que más adoptan los encuestados en Navarra son tomar frutas y verduras (65%), procurar ir abrigado (62,5%) y evitar los cambios bruscos de temperatura (47,5%). Como recuerda la Dra. **Aurora Garre**, experta médica de Cinfa, para evitar estas patologías y sus correspondientes síntomas, la mejor arma es la prevención.

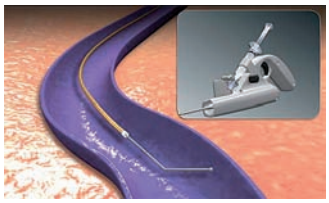
> **La fiebre alta es el síntoma clave que diferencia la gripe del resfriado**

DECÁLOGO PARA PREVENIR Y ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DEL RESFRIADO Y DE LA GRIPE

1. **Descansa lo máximo posible.** Dormir las horas necesarias permite que el organismo recupere fuerzas, especialmente si se presenta fiebre.
2. **Sé precavido con el frío y la humedad.** Dado que los virus que causan la gripe y el resfriado prefieren las bajas temperaturas y la humedad, evita estos ambientes, así como los cambios bruscos de temperatura y las bebidas excesivamente frías.
3. **Lávate las manos con frecuencia.** Hazlo con agua y jabón durante al menos quince segundos, prestando especial atención a la zona entre los dedos y debajo de las uñas. Además, utiliza productos antibacterianos para limpiar las superficies de la casa.
4. **Incluye vitaminas y minerales en la dieta.** Las frutas y verduras son fuente de vitaminas y minerales que ayudan a desarrollar defensas, por lo que potenciarlas en la alimentación facilitará la recuperación.
5. **Bebe gran cantidad de líquidos.** Ayudan a eliminar la mucosidad, previenen la deshidratación y alivian el dolor de garganta. Por ejemplo, toma mucha agua, zumos y sopas no demasiado calientes, pero evita las bebidas alcohólicas.
6. **Deja de fumar y evita los ambientes con humo.** El tabaco irrita todavía más la garganta y las mucosas.
7. **Realiza aspiraciones de agua con sal o vahos de eucalipto.** En el caso de niños pequeños, se recomienda el lavado nasal con suero fisiológico quince minutos antes de las comidas y antes de ir a dormir.
8. **Haz gárgaras con agua caliente con limón y miel.** Su acción emulgente calma el dolor de garganta. A pesar de la creencia popular, mejor emplea agua frente a la leche con miel, ya que los lácteos pueden aumentar la mucosidad.
9. **Consulta al profesional sanitario y evitar la automedicación.** Es indispensable contar con el asesoramiento del farmacéutico o del médico a la hora de recurrir a antigripales, descongestivos o analgésicos.
10. **No recurras a los antibióticos.** Además de que no son efectivos contra el catarro y la gripe, ya que estos están causado por virus y no por bacterias, utilizarlos de manera incorrecta o frecuente puede hacer que el organismo se haga resistente a ellos.

La esclerosis con microespuma el mejor tratamiento para las varices





Catéter Clarivein®

Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez
Cirujanos vasculares.
Clínica San Miguel de Pamplona y Policlínica Navarra de Tudela

La insuficiencia venosa es la patología vascular más frecuente y, dentro de sus múltiples manifestaciones, la presencia de varices es lo más habitual. Las varices, por otra parte, aparecen con más probabilidad en mujeres y el riesgo de padecerlas también aumenta con la edad.

Aunque las varices tienen una variante estética, fundamentalmente constituyen un problema de salud, y éste va empeorando progresivamente; primero con síntomas, luego con lesiones en la piel y, finalmente, con la posible aparición de una úlcera, una hemorragia, una flebitis, etc.
Por ello, es conveniente, aparte de un cambio en los estilos de vida, el uso de medias de compresión, etc., el tratamiento radical de las mismas. El inconveniente es que el tratamiento tradicional de las varices, la intervención quirúrgica, es muy agresivo, dado que casi siempre implica la extirpación de un tronco venoso (safena externa o interna). Esto supone un período de recuperación que puede oscilar entre 6 y 8 semanas, aparte de no poder llevarse a cabo con garantías en personas de edad avanzada, con ciertas enfermedades asociadas, etc.

El catéter Clarivein®

El mejor tratamiento para las varices es la esclerosis con microespuma, que permite la resolución de las mismas sin necesidad de operación, anestesia, baja postoperatoria, etc. Pero la esclerosis tradicional tiene la "pega" de que el número de sesiones requerido es muy variable, puede haber pigmentaciones ocasionales, etc.
Estos pequeños inconvenientes se mitigan con el catéter Clarivein. Su principio de funcionamiento es el mismo que el de la esclerosis convencional, salvo que se introduce un catéter muy fino por el segmento venoso a tratar, el cual gira dentro de la vena y expulsa microespuma a presión. Ello permite eliminar un tronco venoso (safena externa y/o interna), en una sola sesión en la mayoría de los casos. En el mismo procedimiento se aprovecha para resecar las colaterales varicosas con anestesia local, de modo que eliminamos de una vez el tronco venoso causante de las varices y sus colaterales, y todo ello además con mejor resultado estético. Además, a diferencia de la esclerosis con microespuma convencional, se pueden tratar las dos piernas a la vez cuando ello es necesario.
Por tanto, con el catéter Clarivein se pueden tratar las varices de una o las dos piernas a la vez, con un número muy escaso de sesiones (frecuentemente una sola sesión), con una mínima agresividad y con resultados estéticos insuperables por cualquier otra técnica. Todo ello, por supuesto, sin ingreso, con anestesia local y sin precisar baja laboral.

VARICES MICROESPUMA CIRUGIA VASCULAR

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
CLARIVEIN® - MICROESPUMA

SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

varicesmicroespuma@gmail.com

Consulta médica Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez:
➡ PAMPLONA. Clínica San Miguel. C/ Beloso Alto, 32. T 948 296 111
➡ TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3. T 644 297 726

Implantes Dentales en la tercera edad: Protocolo Inmediato Clínica Bustillo

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

CLÍNICABUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
SAN FERMÍN, 59 Bajo. T 948152878
BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS
TÜVRheinland CERTIFIED

El aumento de la esperanza de vida ha hecho que en las últimas décadas se incremente de manera considerable el número de personas mayores de 65 años. En España más del 16% de la población superan esa edad. Sin duda, la salud bucodental es un factor clave para añadir años a la vida, y también vida a los años.

El envejecimiento no debe ser sinónimo de pérdida de salud, aunque es cierto que es una de las preocupaciones básicas del ser humano. Sin embargo, entre los mayores existe cierta tendencia a sobrevalorar su buen estado de salud, lo que unido al hecho de que estos pacientes expresan una menor sintomatología lleva en muchas ocasiones a un retraso en el diagnóstico o a la indicación de un tratamiento poco eficiente.

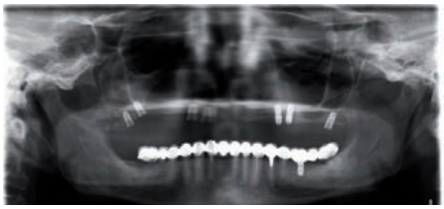
Hay muchas enfermedades sistémicas, que son especialmente frecuentes en los ancianos (como la diabetes o determinados trastornos cardiovasculares), que de manera directa o indirecta influyen en la salud bucodental. Los cambios que se producen a lo largo de los años en las estructuras orales se adaptan a las variaciones propias que induce la edad, por lo que en muchas ocasiones no deben ser considerados como trastornos o enfermedades. Podríamos citar como ejemplos la dificultad para masticar (pérdida de dientes), heridas en la mucosa oral (uso de prótesis dentales), ligera pérdida del gusto y del olfato..etc

Tratamiento con Implantes Dentales

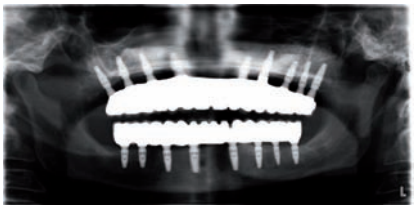
En la actualidad, son muchos los pacientes mayores de 65 años, que acuden a consulta, solicitando una valoración oral y maxilofacial, para poder elegir un tratamiento con Implantes Dentales que se adecue a su estado general de salud.
El objetivo de un tratamiento así, debe ser; conseguir la mejor estética, con una función oral en salud y el mayor ajuste económico posible.

El paciente debe conocer sus factores de riesgo personales, dedicando especial atención a la medicación habitual. Es importante la comunicación con el Médico de Familia para completar la historia clínica. En todos los casos en los que las ausencias de piezas dentales son de larga evolución es necesaria la realización de un escáner facial y dental para la correcta planificación del caso. Una vez valorada la cantidad y calidad de hueso, es posible un diseño digital virtual de todo el tratamiento, incluyendo la opción de reconstrucción ósea, para poder realizar el tratamiento en el menor tiempo posible.

En ClínicaBustillo, hemos desarrollado un protocolo inmediato de tratamiento, basado en el diagnóstico digital y en la elección del sistema de implantes más adecuado para el paciente, permitiendo en los casos seleccionados, la colocación de los implantes y la prótesis dental en los primeros días del tratamiento, permitiendo que el paciente no abandone su vida familiar y social.
Para finalizar y basándome en mi experiencia, debo decir que es el paciente, quien debe decidir qué tratamiento realizar, una vez que el cirujano le expone todas las opciones posibles y no se debe entender la edad como un factor limitante a la demanda estética. Así lo entendemos en nuestra clínica, trasmitiendo ilusión con nuestros diagnósticos, no olvidando que la ética tiene que estar presente en cualquier acto médico.



Mujer con tratamiento fracasado y complicado acude a consulta solicitando tratamiento con dientes fijos y estética facial.



Tratamiento finalizado tras la reconstrucción ósea y colocación de implantes.

BodyOn
Electrofitness & Fisioterapia

Felipe Gorriti, 39 bajo. Pamplona
948 23 08 51
www.bodyon.es

BodyOn crea un Plan Detox para ponerte en forma después de las navidades

Tras los excesos y malos hábitos cometidos durante las navidades, es necesario desintoxicar el organismo, para ello BodyOn ha diseñado un Plan Detox.

Se trata de programa de entrenamiento y nutrición personalizado que te ayudará a quemar la grasa acumulada, retención de líquidos y eliminar toxinas.

Según los expertos de Clínicas BodyOn, es fundamental volver a los hábitos saludables del día a día, un buen entrenamiento complementado con una dieta adecuada, es fundamental para conseguirlo.

Los nutricionistas pautaran un menú donde nos enseñaran a tener hábitos alimenticios saludables sin pasar hambre. Recomiendan no saltarse las 5 comidas, aumentar el consumo de agua, disminuir las bebidas gaseosas y cocinar al vapor, horno o plancha.

Objetivo la quema de calorías y pérdida de grasa

El Plan de entrenamiento tiene como objetivo la quema de calorías y pérdida de grasa.

Se ha creado una tabla donde predominan los ejercicios cardiovasculares combinándolos con fuerza resistencia, centrándose en el abdomen, en el caso de hombres y piernas, glúteos y abdomen, en el caso de las mujeres.

BodyOn te dan las claves para ponerte en forma disfrutando en tan solo 20 minutos al día.

Una buena combinación de ejercicio y dieta es el secreto para "resetear" el cuerpo y quitarse lo kilos de más de estas navidades.

Amma, 18 años al servicio de las personas

La compañía se ha consolidado en este tiempo como una de las líderes a nivel nacional

grupoamma
residencias para mayores

En 1997, hace ahora 18 años, se puso en marcha en Navarra el Grupo Amma, una empresa que ha conseguido convertirse en este tiempo en un referente de calidad a nivel nacional en la atención a las personas mayores y dependientes. El equipo que inició la andadura de la compañía trabajó durante esos primeros años en la definición de un modelo propio de atención socio-sanitaria, para lo que contó con el apoyo de reconocidos expertos en el campo de la geriatría.

El primer centro en abrir sus puertas fue Amma Mutilva, en el año 2000, que fue una de las primeras residencias de mayores del país en recibir el certificado de calidad ISO 9001-2000. Poco después, vendrían Oblatas y Argaray, ambos en Pamplona, que se han convertido también en una referencia en la atención a los mayores en la Comunidad foral. Los últimos centros en abrir sus puertas en Navarra fueron Amma Betelu y Amma Ibañeta (Erro).

Pero tras Navarra vinieron progresivamente otros muchos centros en otros lugares de España. En la actualidad la compañía gestiona 31 residencias en 8 Comunidades Autónomas (Navarra, Madrid, Cataluña, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cantabria, Murcia y Canarias), con más de 5.400 plazas y una plantilla superior a los 2.800 trabajadores, siendo así una de las compañías líderes en el sector.

Cuidados

Elegir una residencia es una decisión muy importante. En Amma son conscientes de ello y desde sus orígenes han buscado en todo momento hacer de los centros lugares para vivir en los que ofrecer la mejor atención y también el cariño que necesitan en cada momento.

El objetivo de la compañía es lograr la confianza y satisfacción de sus usuarios, para lo que ofrecen una amplia cartera de servicios, la existencia de un modelo asistencial común a todos sus centros (certificado por AENOR), edificios cálidos y confortables en los que sentirse como en casa y, sobre todo, el buen hacer y la dedicación de un amplio equipo de profesionales volcados en la mejora del bienestar y calidad de vida de las personas mayores. Todo ello hace que casi el 90% de los usuarios de Amma recomendaría la residencia si algún conocido o amigo les pidiera consejo.

Además de cuidar de los mayores, la compañía es muy consciente de la importancia de las familias en la vida de sus mayores y trabajan en estrecho contacto con ellas al entender que son una parte fundamental del proceso asistencial. Por este motivo, se mantienen comunicaciones periódicas, informándolas del estado y evolución de sus mayores así como de los objetivos terapéuticos que se marca el equipo del centro.

En los centros existen amplios horarios de visita para que puedan acompañar y compartir con su familiar la vida en el centro. Además, las residencias disponen también de áreas infantiles para que las personas mayores puedan disfrutar con sus nietas y nietos, aspectos en los que Amma fue pionero y que con el tiempo han incorporado otras empresas del sector.

Servicios

Amma dispone de residencias para estancias permanentes o temporales (por convalecencia y rehabilitación, o retiro vacacional), así como centros de día. En ellos, las personas mayores cuentan una amplia cartera de servicios: terapia ocupacional, peluquería, podología, trabajo social, rehabilitación y fisioterapia, unidad de memoria, psicología, unidades de estimulación cognitiva y de Alzheimer o demencias, servicio médico, enfermería, animación socio-cultural, servicio religioso, limpieza y lavandería.

Nuevo programa de estancias diurnas

grupoamma

Siéntete como en casa. Disfruta con nosotros de lo mejor del día.
Nuestro compromiso, las personas

Horarios Flexibles
Transporte al domicilio

Argaray • Betelu • Ibañeta • Mutilva • Oblatas

902 100 999 www.amma.es

Retención de orina en el anciano

Dra. C. Rocío Sierra Labarta. *Especialista en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra).*
Dr. Jorge Aranda Lozano. *Especialista en Urología. Hospital Comarcal de Alcañíz (Teruel).*

La retención de orina es la imposibilidad de vaciar de forma total o parcial, aguada o crónica, el contenido de la vejiga. Cuando se presenta de forma aguda y total, produce una urgencia urológica debida a la distensión vesical. Puede producirse de manera espontánea o ser desencadenada por otro proceso previo.

Otro tipo de retención urinaria es aquella que aparece de forma crónica y parcial, con una sintomatología menos florida, donde los pacientes no consiguen el vaciamiento completo de la vejiga durante la micción, quedando un remanente de orina en la vejiga más o menos cuantioso que puede llevar al deterioro de la función renal por la dilatación de las vías urinarias superiores.

¿Es frecuente en la población anciana?

Aproximadamente un 10% de los varones entre 70 y 80 años y un tercio de los mayores de 80 años presentarán retención de orina, siendo una patología muy común, que la sitúa en una de las urgencias urológicas más habituales y fácilmente reconocibles.
Su causa más frecuente en ambos sexos es la obstructiva, destacando en el varón la secundaria a la hiperplasia benigna de próstata y en la mujer a los tumores ginecológicos.

¿Cómo se diagnostica?

Generalmente el diagnóstico se realiza tras una correcta anamnesis y exploración física.
El paciente presentará en la forma aguda, un intenso deseo miccional, agitante y doloroso, ya que no será capaz de emitir orina, acompañado de una masa en el hipogastrio intensamente dolorosa conocida como "globo vesical", que corresponderá a la vejiga distendida cada vez más llena de orina.
En el caso de la retención urinaria crónica, a veces llegar al diagnóstico no es tan sencillo ya que no se suele presentar con un dolor intenso en el hipogástrico, si no más bien con un aumento de la frecuencia miccional debido al rebosamiento de orina en una vejiga incapaz de evacuar satisfactoriamente su contenido, necesitándose una ecografía abdominal urgente para confirmar el diagnóstico, presentando en la mayor parte de las veces una vejiga con un alto residuo postmiccional y paredes engrosadas, acompañada en algunas ocasiones de la dilatación bilateral de la vía urinaria superior.

¿Cómo se trata?

Lo más importante es realizar un tratamiento urgente que alivie los síntomas mediante un sondaje vesical por vía uretral, y cuando no es técnicamente posible, mediante una cistotomía suprapúbica (que consiste en la punción de la vejiga por encima del pubis, colocando un tubo que drena la orina).

Entre las complicaciones que supone el drenaje vesical nos encontramos el sangrado, la falsa vía, la infección urinaria y otras secundarias a la evacuación de la orina como la hematuria ex vacuo (sangrado por la orina que surge tras un vaciado rápido y completo de la vejiga), la hipotensión (por la vasodilatación refleja que se produce tras el vaciado vesical) y la poliuria postobstructiva (por la producción aumentada de orina tras eliminar la obstrucción).
Posteriormente a la resolución del cuadro, y de forma ambulatoria, se procederá al estudio detallado del origen de la retención urinaria, solicitándose las pruebas oportunas y se realizará el tratamiento que corresponda (como el cambio de determinados fármacos o mediante el tratamiento quirúrgico en el caso de estenosis de uretra, de la hiperplasia benigna de próstata, de la fimosis o de la patología tumoral entre otros) para evitar que se repita esta situación y conseguir la retirada de la sonda vesical o talla suprapúbica.
La solución satisfactoria a la retención de orina en la población anciana no se puede conseguir en la totalidad de los pacientes, debido a que en ocasiones la labilidad que presenta esta población debido a las patologías acompañantes y la comorbilidad que puede producir una intervención quirúrgica, los avoca a que sean portadores de una sonda vesical o talla suprapúbica de manera permanente, con las subsiguientes complicaciones que ello conlleva.

Todos los pacientes con varices, independientemente de su edad, se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirófano

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

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices y una buena parte necesita tratamiento quirúrgico (Safenectomía). Aunque se trata de una cirugía con pocos riesgos, no deja de ser una intervención y requiere, por tanto, pasar por un quirófano y anestesia general o raquídea.

Los pacientes mayores de 70 años o aquellos que tienen enfermedades importantes (enfermedades del corazón o alteraciones de la coagulación, por ejemplo) no son, en principio, candidatos a cirugía y se suelen manejar de forma conservadora con medias de compresión, hábitos saludables y medicación. Sin embargo, para muchos de esos enfermos ese tratamiento es insuficiente y lo más adecuado es la eliminación de sus varices mediante métodos menos agresivos. De todos ellos, la **'Esclerosis ecoguiada con microespuma'** es, hasta la fecha, la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y se puede utilizar en TODAS LAS VARICES DE TODOS LOS PACIENTES, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD QUE TENGAN.

Durante más de 13 años nosotros hemos tratado casi 3000 pacientes utilizando esta técnica, consolidada ya, en equipos con experiencia suficiente, como una alternativa a la cirugía convencional para tratar todo tipo de varices.

Se trata de una técnica poco invasiva que identifica las venas enfermas mediante una prueba denominada 'Eco-Doppler'. Una vez identificadas, se realiza una punción en la piel, guiada con la ecografía, y se introduce un fino catéter en la vena que se quiere tratar. Ya dentro, se inyecta en la vena enferma un fármaco en forma de espuma que irrita la pared y la esclerosa, la endurece, hasta hacerla desaparecer. El efecto es el mismo de una operación pero NO ES UNA INTERVENCION QUIRURGICA.

Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, nunca necesita anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones en la piel. Tampoco necesita ingreso, ya que se realiza en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral. La edad no es un inconveniente y se pueden tratar pacientes, si lo necesitan, por encima de los 70 u 80 años.

Normalmente son necesarias varias sesiones hasta completar el tratamiento.

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

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

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

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

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

Osteoporosis: causas, diagnóstico, prevención y tratamiento

María Teresa Carrasquer Pirla. *Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra*

Dentro de las enfermedades metabólicas del hueso encontramos principalmente la osteopenia (OS) y osteoporosis (OP). Aunque ambas se deben a una disminución de la densidad ósea por la pérdida de tejido óseo normal y deterioro estructural del mismo, sólo la OP asocia riesgo de fractura ósea.

El pico máximo de masa ósea se alcanza sobre los 30 años. Sin embargo, los huesos cambian constantemente, lo que se conoce como "remodelación".
A la OP se la conoce como la "enfermedad silenciosa" ya que suele ser asintomática. En ocasiones el primer síntoma es una fractura ósea.

Osteoporosis vs osteopenia

Un malentendido común es considerar que OS y OP son lo mismo.
Mientras el diagnóstico de OP refleja enfermedad ósea, el diagnóstico de OS es una llamada de atención respecto a una disminución de la densidad ósea (que podría o no progresar hasta OP) y la importancia de mantener la salud ósea.
Los pacientes con OS corren mayor riesgo de desarrollar OP en los 5-10 años consecutivos, aunque sólo un porcentaje de estos la desarrollarán en algún momento y experimentarán una fractura grave.
Muchos expertos coinciden que la OS no es causa de alarma y generalmente no precisa tratamiento, salvo prestar más atención al consumo de calcio y vitamina D (en el caso de que su médico haya detectado carencia) y practicar ejercicio físico.

Etiología

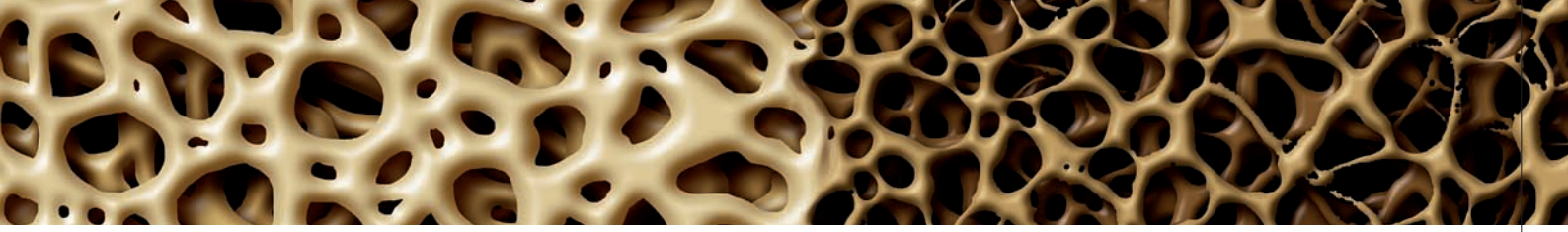
El hueso esta formado principalmente por colágeno (en su mayoría) y minerales. El colágeno aporta la flexibilidad necesaria al hueso, y los minerales (calcio y fosfato) endurecen la estructura del colágeno. Los huesos deben mantener un balance entre ambos componentes para conservarse fuertes y flexibles para soportar el estrés.
Se trata de un tejido vivo en constante renovación. Por un lado se forma hueso nuevo (formación ósea) y, al mismo tiempo, se destruye el envejecido (reabsorción ósea). Cuando este equilibrio se rompe, bien por disminución de la formación o por aumento de la reabsorción, hablamos de OS u OP, dependiendo del grado de afectación.
En consecuencia a lo anterior, los huesos se vuelven más porosos, delgados y frágiles, por lo que resisten peor los traumatismos, fracturándose con mayor facilidad.
La fractura ósea osteoporótica se localiza con más frecuencia en muñeca, cadera y vértebras, aunque cualquier hueso tiene posibilidad de fracturarse.
OP y OS son menos frecuentes en hombres que en mujeres por varias razones: los hombres tienen esqueletos más grandes, lo cual significa que generalmente pueden tolerar una mayor pérdida de cantidad de hueso antes de que la fuerza ósea se debilite; la pérdida ósea tiende a comenzar más tardíamente y progresa más lentamente. Por último, no experimentan la pérdida rápida de hueso que afecta a las mujeres con la menopausia.

Tipos de osteoporosis

Existen dos tipos de OP: primaria (1º) y secundaria (2º). La 1º puede ocurrir en hombres y mujeres de cualquier edad, generalmente tras la menopausia en las mujeres y más tardíamente en los hombres. La 2º puede ocurrir en personas que toman medicamentos o padecen enfermedades que pueden causar disminución de la densidad ósea.

Factores de riesgo

Dentro de los factores que conllevan un aumento del riesgo de OP tenemos: la edad (a mayor edad mayor riesgo); el sexo (femenino mayor); etnia (caucásicos y asiáticos mayor riesgo); la estructura ósea y el peso corporal (las personas delgadas y con estructura ósea pequeña tienen mayor riesgo); la menopausia normal o temprana (alteración hormonal); los niveles bajos de testosterona; el estilo de vida (el consumo de alcohol, tabaco, ingesta pobre



en calcio, falta de ejercicio físico se relaciona con aumento de riesgo para OP). Así como el consumo de algunos fármacos en relación a enfermedades crónicas (corticoides, hormonas tiroideas en exceso, anticonvulsivos, antiácidos que contienen aluminio, heparina, pentamidina, ketoconazol y colestiramina).

Diagnóstico

Para el detectar OP utilizamos la densitometría, prueba indolora y no invasiva que determina la densidad mineral ósea.

Existen pruebas centrales que miden la densidad mineral ósea en cadera, muñeca, columna y cuerpo entero; y las pruebas periféricas, que miden la densidad mineral ósea en dedos, mano, antebrazo, talón, o en hueso tibial de la pierna.

La técnica más usada y más conocida es DEXA (absorsiometría dual de rayos X) y mide la densidad ósea en columna, cadera y cuerpo entero. El resultado es una medida "T-score" que revela cuán lejos la medición obtenida está de lo que se considera "normal" teniendo de referencia una población de igual sexo sana y también el "Z-score" (compara medición obtenida con el promedio de personas de la misma edad y sexo).

Prevención

El aporte óptimo diario de calcio juega un papel importante en el mantenimiento de la salud ósea. Actualmente se considera que los adultos entre los 19 y 50 años de edad deberían consumir aproximadamente 1000 mg/día y los adultos de 51 años y mayores deberían consumir aproximadamente 1200 mg/día. Alimentos ricos en calcio son la leche, el queso y el brócoli.

La vitamina D también es importante, ayuda al intestino delgado en la absorción del calcio y disminuye la eliminación del mismo a través de los riñones. Se fabrica en la piel después de la exposición a la luz solar. La mayoría de las personas se exponen lo suficiente al sol durante el día y no necesitan suplementos. Fuentes importantes de vitamina D son los productos lácteos fortificados, la yema de huevo, los pescados de agua salada y el hígado.

El ejercicio físico contribuye a mantener los huesos activos, con mayor fortaleza. Los ejercicios de resistencia (levantar pesas) y el aeróbico (correr, caminar, subir escaleras) son los más beneficiosos.

Los cambios en el estilo de vida son fundamentales. El no consumo de bebidas alcohólicas, el abandono del hábito tabáquico y la conservación de un índice de masa corporal normal son factores claves en la prevención de la OP.

Tratamientos farmacológicos

Existen algunos fármacos aprobados y sujetos a prescripción médica. Por un lado existen los que disminuyen la resorción ósea, pudiendo disminuir y/o detener la disminución de la fuerza y densidad ósea, como son los bifosfonatos (alendronato, risendronato). Por otro lado existe la terapia hormonal sustitutiva con calcitonina (disminuye la eliminación de calcio y fósforo a través de los riñones) como son los estrógenos sintéticos combinados o no con progesterona y testosterona.

Estos fármacos han mostrado reducir la resorción ósea, sin embargo otra clase de medicamentos más modernos han mostrado construir hueso nuevo, entre estos destaca la hormona paratifoidea (teriparatide).

A pesar de todo, estos fármacos tienen importantes efectos secundarios que obligan a los facultativos a decidir si son óptimos de forma individualizada, en función del riesgo-beneficio para cada paciente.

PACK NEVO
EN OFERTA
Colchón + Somier Motor (c/Patas)
Disponible en 75, 80, 90, 105, 135 y 150 cm

SOMIER CON CARRO ELEVADOR

RUEDAS TENTE GAMA HOSPITALARIA
GAMA DE CABEZAL/PIECERO OPCIONAL
PROTECCIONES LATERALES NIQUELADAS ADAPTABLES A SOMIER
POSIBILIDAD DE SERVIR EL SOMIER EN UNA PIEZA O DOS
DISPONIBLE EN COLOR CEREZO, NATURAL O BLANCO

Colchonería Gorricho

Todo para su perfecto descanso

Tafalla, 26 bis | T. 948 234 492 | 31003 PAMPLONA
Benjamín de Tudela, 8 | T. 948 199 611 | 31008 PAMPLONA

www.colchoneriagorricho.es

Enfermedades de la columna vertebral en personas mayores

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
C/ Castillo de Maya, 41. Pamplona
www.centromedicis.com
T 948 15 21 21

Dr. Ángel M. Hidalgo
Consultor Centro Médicis
Jefe de Sº de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Hospitalario de Navarra

Los problemas relacionados con la columna vertebral son una de las causas más frecuentes de consulta en las especialidades de traumatología y rehabilitación.

La columna sufre unos trastornos degenerativos relacionados con la edad, que en muchas ocasiones producen alteraciones funcionales y de dolor de cierta envergadura, que obligan a las personas que las padecen a solicitar ayuda a los profesionales sanitarios.
Debemos tener en cuenta que el origen fundamental de las patologías de la columna vertebral es el deterioro de los discos intervertebrales que sufren una deshidratación y una pérdida de la capacidad de amortiguación lo que puede llegar a producir el colapso de los discos intervertebrales.
Otro de los motivos de patología vertebral es la estrechez o estenosis del canal espinal y de los orificios, por los que salen las raíces de los nervios hacia las diferentes partes del cuerpo.
Y finalmente, las fracturas vertebrales son otra de las mayores causas de patologías de la columna vertebral.
Las consecuencias de estas patologías son variadas, en el caso del colapso de los discos, son frecuentes los dolores en la espalda dependiendo de la zona afectada, también la pérdida de altura de los pacientes es una consecuencia de este colapso.
En el caso de la estenosis, dependiendo también de la zona afectada, puede producir alteraciones variadas como torpeza o dolor al caminar, dificultad para el uso fino de las manos y en ocasiones pérdida del control de esfínteres.
La prueba diagnóstica que más información aporta es la Resonancia Magnética, aunque el escáner y/o las radiografías también son de gran ayuda.
El tratamiento de las patologías de la columna vertebral, también varía, en la mayoría de los casos. La medicación es la primera opción, mediante el uso de analgésicos o antiinflamatorios, aunque hay que tener precaución, pues estos últimos pueden producir efectos secundarios a nivel digestivo o cardiovascular En casos de dolor exclusivamente lumbar, y si no hay estrechez del canal, se pueden plantear tratamientos paliativos como son las infiltraciones y la radiofrecuencia o "rizolisis" que consiste en quemar el nervio que recoge la sensibilidad de las articulaciones posteriores de la columna) con el fin de bloquear la transmisión del dolor.
Los bloqueos nerviosos, o las infiltraciones epidurales con anestesia local y cortisona son los tratamientos de elección en casos de estenosis lumbar, reservando la cirugía para los casos rebeldes.
En general, el tratamiento para las fracturas óseas vertebrales es conservador y se limitan al uso de fajas o corsés. En algunos casos concretos se puede plantear el relleno de la vértebra fracturada con cemento (vertebroplastia o cifoplastia).
Es importante que las buenas posturas, el ejercicio moderado y adecuadamente recomendado, la buena alimentación, el diagnóstico y tratamiento precoz de algunas patologías, nos ayudaran a tener una mejor salud de nuestra columna así como una mejor calidad de vida cuando lleguemos a la tercera edad.

Vivimos más, reímos más, comemos mejor....

sannas
GRUPO
C/ Madres de la Plaza de Mayo, 16. Nuevo Artica
www.gruposannas.com
T 948 38 44 22 / 948 38 44 33

Dr. Felipe Luis Rivas
Director Médico
Nº Coleg. 31000227

No es ningún secreto que actualmente la expectativa de vida ha aumentado y cada vez vivimos más años, aunque lo realmente importante es que podamos tener una buena calidad de vida; calidad que tiene un importante componente en nuestra boca y en las funciones relacionadas con este importante órgano, como son hablar, comer, sonreír, comunicarnos, relacionarnos, etc.

Con el paso de los años es común que aparezcan problemas en la boca como son las caries, la inflamación de las encías, la enfermedad periodontal (piorrea), la pérdida parcial o total de las piezas dentales, el desgaste a veces excesivo de los dientes, etc. que pueden condicionar en diferente grado el desarrollo normal de nuestra vida, convirtiéndonos en inválidos orales parciales o totales.

Un inválido oral es aquella persona que debido al deterioro o pérdida de piezas dentales ve disminuida o alterada las funciones básicas de masticación, deglución, comunicación, incluso se ve afectada la autoestima. En un momento de la vida en el que muchos pacientes están en uso pleno de facultades, con una salud general bastante buena, pero que como comentamos su salud oral puede no acompañar el resto de su salud general.

Afortunadamente el saneamiento, el reemplazo de piezas dentales perdidas y en general la rehabilitación oral, es posible, gracias a técnicas sencillas y procedimientos predecibles que ayudan a devolver el nivel de salud oral adecuado.

Procedimientos como los implantes dentales, las prótesis fijas con coronas y puentes, además de devolver a las bocas sus funciones normales, mejoran también la estética, la fonación, la masticación y deglución de los alimentos. Aspecto bastante importante este último para la adecuada nutrición y metabolismo, en una etapa de la vida en la que nuestro cuerpo debe cuidarse, no solo con la calidad y selección de los alimentos, sino con la importancia de que estos lleguen adecuadamente al tracto digestivo.

La incorporación de los tac dentales, los escáneres intraorales y extraorales, el diseño y fabricación por cad-cam de las piezas dentales, o la incorporación de la sedación en la realización de los procedimientos dentales, son algunas de las aportaciones que las nuevas tecnologías aportan a los tratamientos y hacen que los resultados sean bastante predecibles, mínimamente invasivos y en definitiva ayudan a vivir unas experiencias positivas en el dentista.

En conclusión, la edad no es una disculpa para no poder disfrutar de una buena salud oral, con una adecuada función masticatoria, estéticamente agradable y que aporte un importante componente a la calidad de vida de los pacientes.

sannas
Más de 25 años como Clínica dental de referencia en el cuidado y la prevención de la salud bucodental
Todos los servicios en odontología y medicina estética facial en un mismo centro con unas instalaciones médicas a nivel hospitalario.
Odontología del alto rendimiento
Implantología
Sedación y control de la ansiedad
Diseño de sonrisa
Rejuvenecimiento facial
Centro de Prevención Oral
Ortodoncia invisible
Medicina y estética facial
Blanqueamiento dental
Periodoncia /Endodoncia
Células madre dentales
Apnea respiratoria
Disfunción de la A.T.M.
C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica | www.gruposannas.com | Tel.: 948 38 44 22 / 948 38 44 33
CPS-236/25-15-NA

Atención dietética en geriatría

Dña. M. Iosune Zubieta Satrústegui. *Graduada y Diplomada en Nutrición Humana y Dietética. Master en Nutrición Clínica. Colegiada NA056*
Coordinadora del Certificado on-line Alimentación de las Personas Mayores (Título propio de la Universidad de Navarra). Web: http://www.unav.edu/web/facultad-de-farmacia/alimentacion-personas-mayores

Universidad de Navarra | CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN NUTRICIÓN

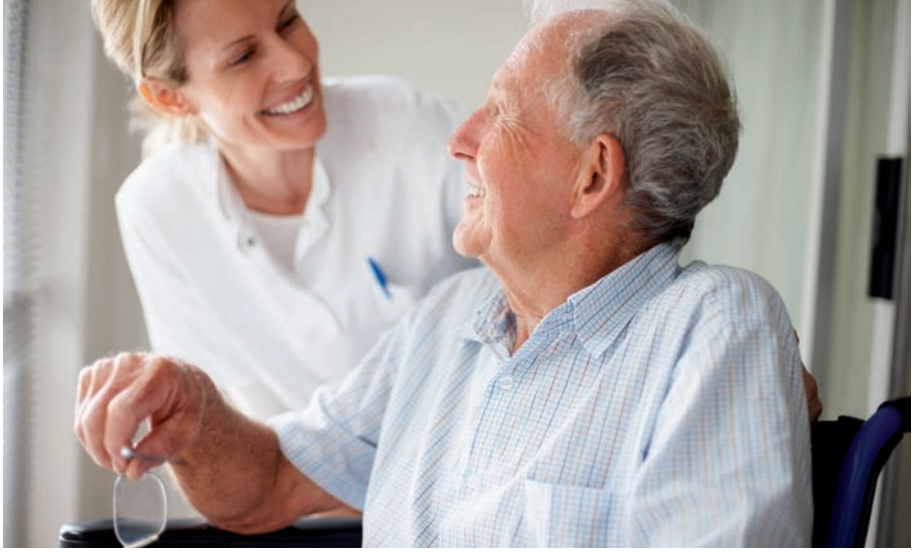
El envejecimiento puede definirse como el conjunto de modificaciones y alteraciones morfológicas, funcionales, psicológicas y biológicas que el transcurrir del tiempo causa en los seres vivos.

En mayor o menor medida, el proceso de envejecimiento se acompaña de una pérdida gradual de la capacidad funcional. Esta pérdida de capacidad funcional, en ocasiones puede no ser notoria en aquellos sujetos que conservan una capacidad de reserva funcional más allá de las necesidades comunes. Sin embargo, en otras ocasiones unido a determinados factores, y aun incluso cuando se haya proporcionado las máximas intervenciones preventivas primarias y secundarias, implica un mayor riesgo de incapacidad, morbilidad y mortalidad. Los factores asociados más destacados son: la propia fisiología y genética, secuelas de enfermedades, secuelas quirúrgicas, accidentes, estilo de vida y ambiente.
Sumado a todo ello, conviene señalar que la disminución de la vitalidad condicionada por el envejecer contribuye al mismo tiempo a aumentar la vulnerabilidad del anciano a padecer enfermedades e incapacidades.
Desde el punto de vista dietético y nutricional, las alteraciones propias del envejecimiento

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA
Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico

unidas o no a patologías, a alteraciones o a diferentes situaciones clínicas, afectan al proceso de alimentación y nutrición de la persona mayor, pudiendo provocar cambios en el consumo de alimentos, tanto cualitativos como cuantitativos, así como modificaciones en las necesidades y aprovechamiento de energía, agua, nutrientes y otros componentes de la dieta.



interdisciplinariedad

Respecto a la atención de las personas mayores, conviene subrayar que la base de la geriatría lo constituye el concepto de interdisciplinariedad, es decir el trabajo conjunto de diferentes profesionales: médicos/as, enfermeros/as, dietistas-nutricionistas, farmacéuticos/as, fisioterapeutas, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos/as, etc., que hace posible la realización de la Valoración Geriátrica Integral (VGI), verdadera herramienta básica e imprescindible para la atención geriátrica.

La VGI se define como un "proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar la persona mayor, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos".

La VGI al igual que en resto de ámbitos de intervención y tratamiento, en el abordaje dietético junto con la valoración del estado nutricional (es decir, la determinación del nivel de salud y bienestar de un individuo o población desde el punto de vista de la alimentación mediante la medición de indicadores de la ingesta y de la salud) y la práctica basada en la evidencia constituye el proceso de diagnóstico primordial en geriatría en el que se deberían basar todas las actuaciones en un paciente concreto y que permite adoptar actitudes terapéuticas diferenciadas, con la utilización de medidas adaptadas a las características de cada persona.

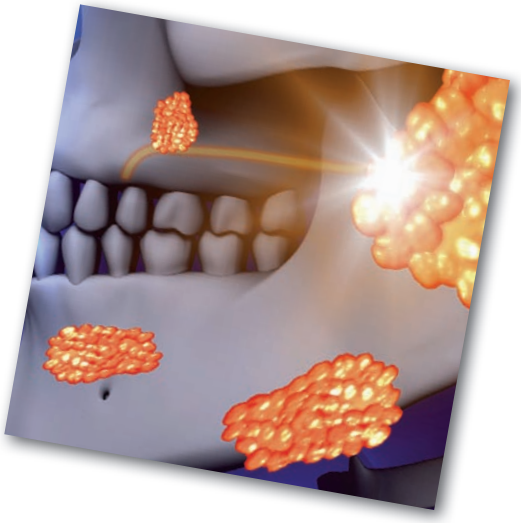
Un aspecto fundamental en el cuidado del anciano es la realización de un buen consejo alimentario personalizado. Para ello, conviene tener en cuenta que es preciso mantener una comunicación eficaz y adaptada, así como acompañar el consejo alimentario personalizado de una adecuada educación nutricional. No se puede olvidar tampoco que se ha de realizar una reevaluación y seguimiento continuado, intentando lograr que el plan de cuidados se adapte a los posibles cambios que puedan presentarse, así como comprobar la efectividad de las actuaciones llevadas a cabo. Además, resulta fundamental mantener una actualización continua ya que la experiencia, los avances en investigación y, en definitiva, el mayor conocimiento, contribuya a una mejora en la atención. Un buen profesional requiere formación específica que ayude a mantener y actualizar la competencia profesional basada en la evidencia científica disponible, sometida a avances continuos.

Bibliograraría: www.zonahospitalaria.com

OBAS

RESTAURANTE
Carta gastronómica tradicional
Menú del día (30 platos)
Menú especial fin de semana (grupos y celebraciones)

Irunlarrea, 6 | 31008 Pamplona | 948 272 731 | www.restauranteobas.com



Conozcamos nuestro cuerpo: La saliva

Dra. Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA*
Dra. Yolanda Martínez Cámara. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*

¿Eres de los que cree que la saliva es sólo el líquido que nos ayuda a tragar? ¡Pues es mucho más que eso! Se compone en un 99% de agua, pero ese 1% restante contiene importantes sustancias que participan en la digestión, la salud dental y el control del crecimiento bacteriano en la boca.

Se elabora en las glándulas salivares que se localizan alrededor de la boca.
Las principales glándulas son: parótidas, submandibulares y sublinguales, aunque hay otras menores alrededor del resto de la boca. Estas glándulas producen entre 1 y 2 litros de saliva al día que nos permite humedecer los alimentos para ayudar con la masticación y la deglución.

Principales funciones y sus componentes

Evitar que nos atragantemos con la comida.
Una función importante de la saliva mientras comemos se basa en su viscosidad. Durante la masticación, el alimento seco, desmenuzado o en proceso de desintegración se convierte en una masa blanda y húmeda, el "bolo alimenticio". Este bolo se compacta gracias a las mucinas, unas moléculas largas parecidas a hilos, que se enredan en sus extremos y que además atraen grandes cantidades de agua, consiguiendo lubricar el bolo. Esto es importante para evitar que nos atragantemos con la comida y que el esófago se dañe por el contacto con las partículas ásperas de los alimentos.

Gusto.
La saliva es esencial para el sentido del gusto y viene determinada por el agua que contiene como principal elemento. Las papilas gustativas se esconden en surcos profundos y estrechos de la lengua a los que no pueden llegar los compuestos aromáticos secos o abultados. Para percibir el sabor dulce o salado del alimento este tiene que estar humedecido o disuelto con saliva.
Comprobémoslo con este experimento: cierre los ojos y ponga unos granos de azúcar o de sal sobre su lengua; comprobará que resulta más difícil reconocerlos cuanto más seca esté la lengua. Las moléculas individuales para percibir el sabor dulce o salado sólo se liberan tras humedecer la sustancia con saliva.
Los alimentos más complejos (féculas o proteínas), requieren más ayuda de la saliva antes de que podamos identificar su sabor. La saliva contiene enzimas digestivas (amilasas, proteasas) para revelar la verdadera naturaleza de los alimentos.

Fuente de elementos constructores de los dientes.
Nuestra saliva contiene iones de calcio y fosfato que evitan la corrosión continua de la superficie del esmalte de los dientes. Si nuestra saliva se diluyera continuamente con agua, la concentración de fosfato de calcio sería insuficiente y el esmalte dental empezaría a erosionarse.

Neutralización de ácidos.
A través de su contenido en bicarbonatos y fosfatos la saliva regula la acidez de nuestra boca para evitar así que el pH ácido favorezca la corrosión del esmalte dentario o que el pH alcalino favorezca aparición de sarro dental. La saliva interviene en el mantenimiento del pH cerca de un valor neutro, es decir, alrededor del 7.

Revestimiento superficial del esmalte.
En este sentido, la saliva también desempeña una función: algunos de sus componentes, principalmente las mucinas, se fijan con firmeza en la superficie del cristal y crean una capa protectora. Esta capa protectora de moléculas mucosas, denominada "película adquirida", enlaza con el agua y los iones, haciendo que permanezcan en su sitio. Además, nivela las irregularidades existentes en la superficie del cristal, manteniéndola suave y lubricada.
La saliva no sólo se encarga de la protección del esmalte dentario, ella contiene también un factor de crecimiento epidérmico que facilita la cicatrización de la mucosa bucal lesionada.

Cohabitantes.
Las numerosas superficies húmedas y cálidas

existentes en la boca constituyen el hábitat ideal (biotopo) para muchos microorganismos, principalmente bacterias, pero también hongos (como la Cándida) y protozoos (como la Entamoeba gingivalis). Además de disfrutar de un clima ideal, estos organismos también se benefician ya que reciben una alimentación muy generosa a través de nuestro consumo habitual de alimentos.

La supervivencia en el biotopo de la cavidad bucal.

Las bacterias sólo pueden sobrevivir en nuestra boca si consiguen adherirse y no ser tragadas. Hay unas pocas especies de bacterias, en especial los estreptococos, que pueden adherirse directamente a la película adquirida. Tan sólo cinco minutos después de limpiar la superficie dental, las primeras bacterias ya empiezan a adherirse a la película adquirida recién formada. Posteriormente, proliferan. A su vez, esta primera capa de bacterias "pioneras" permite que se adhieran otras.

Después de dos o tres horas ya se ha formado una placa visible a simple vista. Durante los días siguientes, en las zonas protegidas de la boca, las colonias bacterianas aumentan formando complejas estructuras tridimensionales conocidas como "placa madura". Si la placa no se elimina mediante el cepillado o el uso del hilo dental, su grosor puede alcanzar 1 milímetro o 300 bacterias. Esta colonias bacteriana produce ácidos que puede afectar el esmalte dentario y conllevar a la aparición de caries.

Aproximadamente una semana más tarde, la placa empieza a mineralizarse: el calcio y el fosfato de la saliva se depositan en la colonia bacteriana y la endurecen, provocando el sarro dental.

La saliva contiene la enzima lisozima que ataca y perfora las paredes celulares de ciertas bacterias haciendo que exploten. Además también segregamos anticuerpos (inmunoglobina A) a la saliva para evitar que los patógenos se establezcan en la cavidad bucal.

Contiene además transferrina y lactoferrina que tienen actividad antimicrobiana.

Nuestra saliva promueve la presencia de bacterias que no producen ácidos y contribuye a eliminar las bacterias indeseables y excesivas con el uso del nitrato.

Nuestras glándulas salivales acumulan nitrato procedente de la sangre y lo segregan en la boca con la saliva, donde desempeña varias funciones y ayuda a que las bacterias puedan respirar nitrato en lugar de oxígeno (bacterias desnitrificantes). Cuando hay poco oxígeno producen nitrito, pero nunca ácidos por lo que no provocan caries. Si una bacteria desnitrificante vive al lado de una bacteria productora de ácido, ésta última morirá debido a la reacción de su propio ácido con el nitrito, reduciendo su producción. Cuanto menos ácido hay, más protegidos están los dientes. Además, el nitrito que tragamos con la saliva reacciona con el ácido gástrico y puede matar en el estómago los posibles patógenos ingeridos con la comida.

Mantenimiento del equilibrio hídrico.

Al disminuir su producción por deshidratación envía un mensaje de alarma al organismo produciendo la sensación de sed.

Eliminación de sustancias.

La secreción de la saliva también proporciona un mecanismo por el cual ciertas sustancias orgánicas e inorgánicas pueden ser excretados del cuerpo, incluyendo el mercurio, el plomo, el yoduro de potasio, bromuro, morfina, alcohol etílico, y ciertos antibióticos como la penicilina, estreptomicina y clortetraciclina. Aunque la saliva no es esencial para la vida, su ausencia conlleva una serie de inconvenientes, incluyendo la sequedad de la mucosa oral, la mala higiene bucal debido a sobre-crecimiento bacteriano, un sentido mucho menor del gusto e incluso dificultades con el habla.

Conclusiones: ¿Qué pasaría si al producir saliva sólo acumuláramos agua en la boca?

- Nos atragantaríamos con la comida con mucha mayor frecuencia porque no se formaría un verdadero bolo alimenticio.
- Los nutrientes macromoleculares como las proteínas y las féculas, y probablemente también las grasas, tendrían un sabor neutro. Sólo podríamos saborear la comida predigerida.
- El esmalte dental se desmineralizaría, haciéndose más poroso.
- Las bacterias podrían extenderse libremente y provocarían la aparición de caries debido a la mayor producción de ácidos.

TANATORIO LA FUENTE

Pol. Talluntxe Calle A Nave 2. Noáin
(a la entrada de Noáin junto al "Restaurante 99")
T 948 31 27 65
www.funerariasanpedronavarra.com

- Amplio **aparcamiento gratuito**
- Fácil acceso con **transporte urbano y particular**
- **Precio competitivo** y excelentes condiciones de financiación
- Trabajamos con **todas las compañías aseguradoras**

Ejercicios domiciliarios para el paciente anciano con osteoporosis

Dr. Ignacio Gómez Ochoa y Dra. Teresa Cisneros Lanuza. *Servicio de Rehabilitación del Hospital Reina Sofía de Tudela*
Leyre García Martín. *Enfermera del Hospital Reina Sofía de Tudela*

La osteoporosis es un problema sanitario global, cuya importancia va en aumento debido al envejecimiento progresivo de la población. Se la denominó la epidemia silenciosa del siglo XX, porque la pérdida de masa ósea puede permanecer asintomática durante largos períodos de tiempo.

Se define como un trastorno esquelético sistémico, que afecta a la cantidad (disminución de la masa ósea) y a la calidad (deterioro de la microarquitectura) ósea. Esta debilidad provoca un aumento de la fragilidad ósea y una mayor susceptibilidad para la producción de fracturas óseas. Fracturas que van a provocar dolor, y sobre todo, una disminución de la capacidad funcional del paciente.
La prevalencia de osteoporosis en el hombre es mucho menor que en la mujer. Es la afectación más seria que aparece principalmente en la menopausia, por cuanto el 25 % de las mujeres de raza blanca mayores de 60 años sufren fracturas óseas osteoporóticas y el 17% de las ancianas fallecen en el período de los tres meses siguientes a una fractura de cadera osteoporótica.

Existen tres factores que predisponen a la aparición de osteoporosis

1.- Factores hormonales: El déficit de estrógenos es importante en el desarrollo de osteoporosis en la mujer. En el hombre, bajos niveles de testosterona predispondrían para la aparición de ostoporosis.
2.- Deficiencias nutricionales: Ingesta inadecuada de calcio, junto con baja exposición solar.
3.- Disminución de la actividad física: Una actividad física regular, de bajo impacto, es un factor positivo para la mejora del sistema musculoesquelético y es un factor protector que evita el desarrollo de osteoporosis.
Otros factores de riesgo asociados son, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y la raza (más frecuente en la raza caucásica). También, la osteoporosis es más frecuente que se produzca, cuando existen antecedentes familiares de la enfermedad.
El diagnóstico se realiza mediante la densitometría ósea, preferiblemente la DEXA (dual X-ray Absorptimetry), que evalúa la densidad mineral ósea (BMD) o el contenido mineral (BMC) en vértebras lumbares y cuello femoral. Obtenemos dos valores: la T-score, que compara la BMD con respecto a la media de la población adulta joven del mismo sexo, y la Z-score, que compara la BMD con respecto a la media de la población de su misma edad y sexo. El diagnóstico lo marca la T-score. Una BMD ≤ -2.5 desviaciones estándar T-score, querrá decir, que el paciente sufre osteoporosis.
El tratamiento principal de la osteoporosis es farmacológico, pero debe ir acompañado de una correcta ingesta de calcio y la realización de ejercicio. El ejercicio físico es un arma terapéutica que debe ser utilizada no sólo en el tratamiento de la osteoporosis, sino también, en la prevención de la misma.
El principal objetivo de la realización de ejercicio físico es mantener activo al paciente para conseguir los beneficios propios del ejercicio (sistema cardiovascular, sistema endocrino, sistema pulmonar) y además, intentar preservar la masa ósea que le queda. El paciente osteoporótico deberá ser evaluado en la consulta y se le prescribirán el ejercicio aeróbico y de carga de una manera individualizada.
Los ejercicios recomendados son aquellos que mejoran la coordinación y la agilidad, y los que potencian las extremidades superiores e inferiores. El paciente deberá evitar todos los ejercicios en flexión de columna, los de rotación y todos aquellos que provoquen un alto impacto sobre la cadera y la columna.

Actividad física diaria

Se recomienda la realización diaria de actividad física aeróbica moderada junto con la realización de ejercicios domiciliarios que a continuación se exponen.

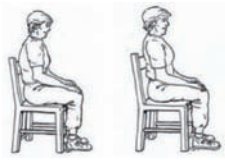
Estiramiento bilateral pectoral manos nuca
Objetivo: estirar musculatura pectoral
Serie: 1; Repeticiones: 5

Con las manos en la nuca, el paciente separa ambos codos aproximándolos a las escápulas. Mantener la posición 5-10 segundos y volver lentamente a la posición inicial.

Pulsiones - Paso de sedestación a bipedestación con apoyo
Objetivo: fortalecer miembros superiores y mejorar el equilibrio en bipedestación
Serie: 1; Repeticiones: 10

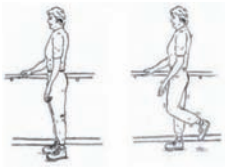
Desde una posición de sentado, el paciente debe levantarse con ayuda de los brazos, mantener la postura en bipedestación y volver a sentarse suavemente.

Corrección postural en sedestación
Objetivo: tratar de mejorar la cifosis dorsal y estirar musculatura escapular
Series: 1; Repeticiones: 10



Sentado, el paciente mantiene la mirada al frente, intenta erguirse reduciendo la cifosis dorsal y acercando ambas escápulas.

Equilibrio sobre una pierna con apoyo
Objetivo: mejorar la propiocepción y el equilibrio
Series: 1; Repeticiones: 5



El paciente se coloca de pie con una mano apoyada sobre una superficie estable. Debe elevar la pierna contraria. Mantener el equilibrio y la postura erguida durante 10 segundos y volver a apoyar el pie.

NOTA: Las imágenes han sido tomadas de la página de la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF).

Persona de 85 años operada de una fractura de odontoides por técnica mínimamente invasiva. Con la odontoides rota no podía ni levantarse de la cama. Una pequeña operación con una incisión menor de un ojal permitió que se fuera a su casa andando.

Neurocirugía en la tercera edad (o más bien la cuarta): ¿Cuándo operar?

Zabalo G, Díaz J, García JC, Ortega R, Zazpe I, Vázquez A, Portillo E.
Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Navarra

Se han hecho numerosas encuestas entre la población para intentar saber qué es lo que entendemos por tercera edad y así, las personas entre 20 y 30 años consideran que se entra en la tercera edad a partir de los 62 años, pero si preguntamos a los que tienen entre 30 y 40 esta edad se eleva ya a los 71 y si hacemos la misma pregunta a los mayores de 50 años colocan la barrera a partir de los 77. Por otra parte, la especialidad de Geriatría en los países donde existe, marca el límite en los 75 años.

Hoy en día en nuestros hospitales, ninguna especialidad quirúrgica y tampoco Neurocirugía, se plantea que los pacientes entre 60 y 75 años tengan que llevar un protocolo diferente al resto de los pacientes de menor edad; el problema se plantea a partir de los 75 años cuando ya las personas acumulan problemas médicos (diabetes, hipertensión, artrosis...), problemas sociales (soledad), tratamientos con distintas medicaciones, etc; es lo que podemos llamar la "cuarta edad".

El país donde se vive también es importante, ya que hay culturas como la de Japón, donde llegar a la cuarta edad es un gran honor y estas personas están muy bien tratadas y cuidadas. No obstante, en culturas occidentales muy desarrolladas como la nuestra, las personas mayores son consideradas una carga social y a veces son tratadas como tales.

Por otro lado, el impresionante aumento de la esperanza de vida en España ha hecho que la atención a estas personas no solo sea un problema médico, sino también social, humano y financiero.

Pero hablando del problema estrictamente médico y sobre todo estrictamente del problema neuroquirúrgico, especialidad que trata generalmente patología muy importante, ¿cuáles son los criterios que seguimos para indicar o no una intervención quirúrgica? ¿Es la edad una barrera insalvable para indicar una intervención? La respuesta es tajante, NO; es más, hay muchas patologías en Neurocirugía que son propias de personas mayores, como hidrocefalias o hematomas subdurales que causan un gran deterioro de la calidad de vida y que pueden mejorar con una pequeña intervención quirúrgica.

Por otro lado, los grandes avances técnicos han hecho que las intervenciones sean cada vez menos agresivas y más pequeñas y muchas veces sin incisiones quirúrgicas utilizando vías naturales. Asimismo, el gran avance de la anestesia han disminuido (si no eliminado), las complicaciones intraoperatorias y a esto hay que añadir el desarrollo de la especialidad de Cuidados Intensivos con UCI's altamente equipadas que hacen que el postoperatorio (uno de los momentos más críticos del tratamiento quirúrgico), esté perfectamente controlado y reduciendo al mínimo las complicaciones.

Entonces ¿en qué nos basamos en Neurocirugía para indicar o no una intervención en la cuarta edad?

En el paciente. Su calidad de vida y su estado general (enfermedades que puedan complicar el proceso, medicaciones que toma, etc.).

El tipo de patología. Hay patologías que disminuyen drásticamente la calidad de vida y que pueden ser solucionadas con pequeñas intervenciones; hay otras patologías de evolución muy lenta y cuya capacidad de dañar al paciente supera a la esperanza de vida de éste y hay otras muy agresivas que necesitan de tratamientos complementarios muy agresivos que quizá el paciente no esté en condiciones de resistirlos.

No olvidemos el entorno social. Muchas veces estos pacientes de la cuarta edad necesitan cuidados y apoyo tras una intervención quirúrgica; desgraciadamente en este mundo tan desarrollado hay muchísimos ancianos que no cuentan con este soporte tan necesario.

Resumiendo, en nuestra especialidad el pertenecer a la cuarta edad no es una contraindicación quirúrgica aunque un conocimiento profundo del paciente y su entorno y una valoración cuidadosa del riesgo/beneficio es vital a la hora de indicar una intervención quirúrgica.

Tengo enfermedad renal crónica ¿Qué opciones tengo?

Izquierdo Bautista D., Fernández Lorente L., Carmona Lorusso O., Castaño Bilbao I., Manrique Escola J.
Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario de Navarra

Entre la funciones de los riñones se encuentran principalmente el filtrado y depuración de sustancias de la sangre. La enfermedad renal crónica es un proceso progresivo de pérdida de la función renal que evoluciona en el tiempo y que, dependiendo de la causa, puede derivar en una insuficiencia renal.

Además el riñón tiene otras funciones, es un órgano productor de hormonas como la Eritropoyetina ó EPO, regulador de la presión arterial, del calcio y del fósforo, regulador ácido-base y de las sales fundamentales y elimina agua (orina). Cuando el riñón falla se produce acumulación de urea (uremia), anemia (por déficit de EPO), hipertensión arterial, alteraciones del calcio y fósforo, tendencia al estatus ácido del organismo y alteraciones severas de la regulación de las sales (sodio, potasio y cloro) y del agua, que puede condicionar la vida.

El tratamiento está encaminado a enlentecer su progresión, tratando las causas que la producen como la Diabetes mellitus (causa más frecuente), la Hipertensión arterial, las enfermedades intrínsecas renales (Glomerulonefritis), las enfermedades genéticas (por ejemplo Poliquistosis) y algunas derivadas del uso de fármacos u otras drogas. Se recomiendan modificaciones en la dieta como, restringir la sal, el potasio, el fósforo y dieta baja en proteínas además de limitar la ingesta de líquidos y evitar la toma de tóxicos renales como los antiinflamatorios no esteroideos. El tratamiento farmacológico está encaminado a tratar las causas que provocan el daño renal (antihipertensivos, hipoglucemiantes, corticoides y otros inmunosupresores) y los problemas derivados de la enfermedad (quelantes del fósforo y del potasio, hierro, EPO, bicarbonato, vitamina D o análogos).

La diálisis y hemodiálisis

Sin embargo, en ocasiones, aunque el control de estas causas sea adecuado, la enfermedad renal crónica sigue avanzando y se llega a un punto en el que el tratamiento médico no es suficiente y requiere un tratamiento sustitutivo de la función de los riñones o diálisis.

La diálisis (del griego "disolución") es un proceso físico de intercambio de sustancias entre la sangre con exceso de urea, sodio, potasio, etc., y un líquido limpio de ellas. Aunque la primera diálisis en seres humanos se realizó en 1924 no fue hasta los años 60 cuando la hemodiálisis, que conocemos en la actualidad, se comenzó a desarrollar. Desde entonces se ha ido haciendo más eficaz, biocompatible y precisa, lo que ha permitido, a los miles de pacientes que se dializan hoy en día en todo el mundo, aumentar tanto la calidad como las expectativas de vida. Es un tratamiento que se puede aplicar a todos los pacientes con enfermedad renal crónica, siendo transitorio para aquellos pacientes que son candidatos a un trasplante renal (que les permitiría prescindir del tratamiento sustitutivo) o definitivo para aquellos que por diferentes motivos no se puede plantear esta opción.

La diálisis se puede dividir en dos tipos: De la sangre (hemodiálisis) y del abdomen (diálisis peritoneal). Ambas, persiguen un mismo objetivo (eliminar agua y sustancias tóxicas) pero de dos maneras diferentes.

La hemodiálisis es un tratamiento en un periodo corto de tiempo (habitualmente 4-5 horas dependiendo de la superficie corporal y de las alteraciones metabólicas) donde la sangre se filtra a través de un dializador (membrana artificial) utilizando un agua libre de contaminantes tratada en las plantas de las unidades de diálisis. Para poder realizar este tipo de diálisis se requiere de un acceso vascular, la fístula arteriovenosa, que se realiza quirúrgicamente con anestesia local uniendo una arteria a una vena del brazo y que permite un acceso óptimo a la sangre. Como alternativa está el catéter, indicado para los pacientes no candidatos a fístula, colocado en una vena de gran calibre (en el cuello habitualmente). Este tipo de técnica requiere infraestructura y personal médico y de enfermería cualificados. La mayoría de los pacientes se desplaza 3 veces por semana a un centro de diálisis para recibir su tratamiento. En algunos centros, se ha potenciado la hemodiálisis domiciliaria, que consiste en que los pacientes reciben formación y preparación para dializarse en su domicilio, siempre con el apoyo y el seguimiento del personal de Nefrología. Nuestro centro, el Complejo Hospitalario de Navarra, es uno de los pioneros en España en la formación y preparación de los pacientes para hemodiálisis domiciliaria, llegando a ser el 10% de los pacientes que se dializan en nuestra unidad.

La diálisis peritoneal utiliza un principio físico similar de intercambio de agua y sustancias a través de una membrana semipermeable que recubre los órganos en la cavidad abdominal, que en lugar de ser artificial, es natural, el peritoneo. Requiere de un catéter que se aloja en dicha cavidad y a través del cual se intro-

duce un líquido con una concentración determinada de electrolitos (sodio, potasio, cloro, glucosa, etc.) varias veces al día que permite la depuración de toxinas y agua. También puede realizarse de manera automatizada durante la noche a través de una máquina o cicladora y se realiza mientras el paciente duerme.

¿Cuándo empezar diálisis?

Cuando la enfermedad renal llega al momento de requerir el inicio de diálisis y no existe posibilidad de mejoría hay que tomar la decisión de forma meditada. Esta decisión debe ser preparada con suficiente antelación para evitar el deterioro clínico o la aparición de síntomas derivados de la propia uremia, desnutrición o enfermedades cardiovasculares. La preparación se hace en consulta médica con un trabajo conjunto con enfermería, se explican todas las técnicas disponibles (incluyendo el transplante renal en los posibles candidatos), la dieta, valoración psicosocial y se planifica el acceso adecuado que requiere el paciente en función de la decisión que se haya tomado sobre el tipo de diálisis que se va a realizar.

El objetivo de la diálisis va encaminado a aportar calidad de vida a los pacientes y les permite continuar con su vida cotidiana, en la medida de sus posibilidades, condicionadas por otras patologías previas.

¿Qué tipo de diálisis elegir?

Una vez explicadas las diferentes técnicas, el paciente decidirá qué tipo de diálisis se adapta mejor a sus posibilidades. Siempre se orienta y aconseja a los pacientes acerca de las mejores opciones en cada caso sin excluirse ninguna opción médicamente posible (hemodiálisis y peritoneal). La tercera opción es el trasplante renal, sobre todo la opción del trasplante de vivo que puede permitir evitar el paso por diálisis, algo que será objeto de comentario en el siguiente artículo de la serie.

Es importante subrayar que las técnicas domiciliarias (peritoneal y hemodiálisis) aportan beneficios sobre las hospitalarias, en algunos aspectos claves del cuidado de los pacientes renales, como la autonomía, tolerancia y control de la hipertensión arterial, del potasio, del fósforo y los líquidos y permiten una mejor reinserción laboral y social dada su mayor flexibilidad horaria. Si bien estas técnicas tienen sus ventajas, hay que tener en cuenta que existen algunas limitaciones a la hora de poder indicarlas dependiendo de las características del paciente.

En resumen, cuando los riñones no funcionan existen diferentes opciones de tratamiento sustitutivo que permiten a las personas conservar su calidad de vida y evitar el deterioro paralelo, la diálisis en cualquiera de sus modalidades y el trasplante renal.

ISS

barra · self service · menú · take away
raciones · pintxos · bocadillos · platos combinados · desayunos

En ISS nos gusta cuidar de ti

menú
del día
Cafeterías del Complejo Hospitalario de Navarra
Horario 7.00h a 23.00h.

7.50€
IVA incluido

Comienza el día con nosotros
¡Empieza el día con energía! Desayuna sano en nuestra cafetería. Tú eliges: Zumo de naranja, tostadas, fruta, bollería...

Comida Sana
Nuestro variado menú está elaborado con las mejores materias primas. Disfruta de nuestro buffet de ensaladas, nuestra plancha, platos y postres caseros. También tenemos comida vegetariana y productos para celíacos e intolerancias alimenticias.

Te acompañamos durante toda la jornada
Ven a cualquier hora del día a probar nuestros pintxos, raciones y bocadillos, acompañados de un excelente servicio y, por supuesto, nuestra mejor sonrisa.

A WORLD OF SERVICE ISS

Cuidados básicos de la tercera edad

Dra. Marien Navarro Elizondo. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Debemos cuidar de nuestros mayores como ellos en su día cuidaron de nosotros. Suele haber un cuidador principal, el que pasa más tiempo con la persona y se ocupa de su cuidado integral. Este cuidador es el encargado de cubrir todas las esferas del anciano, a nivel psíquico, físico y social.

Físico

- Le ayudaremos o realizaremos la higiene personal.
- Administraremos la medicación o llevaremos su control.
- Controlaremos su alimentación y su hidratación.
- Vigilaremos cualquier alteración en su piel, uñas, ojos, etc...
- Prestaremos ayuda en su movilidad, tanto en desplazamientos como en trasferencias o cambios posturales.
- Llevaremos a cabo todo esto, siempre teniendo en cuenta que hay que dar a la persona la mayor autonomía posible.

Psíquico

- Vigilaremos los cambios que pueda sufrir, en cuanto a su nivel de conciencia.
- Estaremos pendientes del estado de ánimo.
- Observaremos las alteraciones del sueño.

Social

- Le incentivaremos para que realice sus actividades diarias.
- Intentaremos que esté orientado en el tiempo, que sepa la fecha: día que es, estación del año y festividades.
- Haremos que ejercite su memoria, sobre todo la memoria reciente.

Prevención de riesgos

Dentro de la población de la tercera edad hay distintos riesgos de sufrir accidentes y dependerán, fundamentalmente, de la situación de cada persona tanto a nivel físico como psíquico. Lo que aparece con mayor frecuencia en esas edades son las caídas y éstas son las responsables, en muchos casos, de la pérdida de su autonomía.

Factores que influyen en las caídas

- La pérdida del control del equilibrio
- Dificultad en la movilidad
- Problemas en la visión
- Características de los domicilios.
- Calzado inapropiado.

Cómo intentar evitar las caídas

- Adaptando el cuarto de baño, colocando alfombrillas antideslizantes dentro y fuera de la ducha o bañera, colocando agarraderas para entrar y salir de la bañera y para sentarse y levantarse del inodoro.
- Mantener los suelos secos cuando se desplace por el domicilio para evitar resbalones, sobre todo en cocina y cuarto de baño.
- Que utilice un calzado adecuado, que sea cerrado para que le sujete el pie y con suela de goma o antideslizante.
- Cuando baje o suba escaleras, que vaya agarrado al pasamanos.
- Intentar dejarle los utensilios que necesite a mano para que no utilice taburetes o escaleras.
- Que el domicilio no tenga obstáculos con los que pueda tropezar.
- Durante la noche, dejar iluminación suficiente para que vea si tiene que ir al baño.

Cuidados de la piel

La piel también envejece con el paso del tiempo. Se hace más delgada, pierde grasa y se forman arrugas. Aparecen manchas y se forman apéndices cutáneos, que son excrecencias de piel que se elevan sobre el resto de la piel. También se forman hematomas con más facilidad y las heridas tardan más tiempo en curarse.

Pero el envejecimiento de la piel será más o menos evidente en función de si se ha tomado mucho el sol a lo largo de la vida, si no se bebe suficiente agua, si se fuma o si se padece algún tipo de enfermedad, como la diabetes o una patología renal. Todo ello facilita que la piel se seque, descame y se torne áspera al tacto, pudiendo causar picor y facilitar que al rascarse se formen heridas susceptibles de infectarse.

Los cuidados de la piel cuando se tiene una edad avanzada se centran fundamentalmente en dos aspectos:

1) Hidratarla. La correcta hidratación de la piel se logra con una serie de medidas:

- Beber al menos 2,5 litros de agua al día.
- Incrementar la ingesta de frutas y verduras en la dieta.
- Utilizar una crema hidratante después de la ducha o el baño.
- Usar jabones suaves para el aseo personal.
- Utilizar agua templada, mejor que muy caliente, para ducharse o bañarse.
- Evitar los espacios con ambientes muy secos. Se puede utilizar un humidificador en casa.
- No fumar.

2) Protegerla del sol. El efecto nocivo de la radiación ultravioleta procedente del sol es acumulativo, por lo que a más edad, mayor es el riesgo de que se pueda formar un melanoma o un cáncer de piel. Asimismo, la exposición al sol y el calor favorece la deshidratación, frente a la que las personas mayores presentan un mayor riesgo. En este sentido, se deben adoptar las siguientes precauciones:

- Limitar el tiempo que se pasa al sol.
- Utilizar filtros solares de alta protección.
- Caminar, en la medida de lo posible, por la sombra y si se hace al sol vestirse con ropa amplia, de algodón, de manga larga y de colores muy claros.
- Utilizar sombrero para caminar.

La sexualidad en el paciente anciano

Dra. C. Rocío Sierra Labarta. *Especialista en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra).*
Dra. Cristina Soler González. *Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).*

La sexualidad es un fenómeno sociocultural marcado por la calidad de las relaciones interpersonales, el contexto en que vivimos, y la influencia de las experiencias vividas.
En la sexualidad se contemplan 3 fines: la reproducción, la comunicación y el placer. Durante mucho tiempo la sexualidad se vinculó a la reproducción negándose el disfrute de la misma al anciano.

¿Cómo es la sexualidad en los ancianos?

Es importante evaluar el conocimiento que sobre sexualidad poseen los ancianos ya que su desconocimiento limita su capacidad de expresión y su libertad para comunicarse en este ámbito.
Muchas veces las manifestaciones sexuales de los ancianos son negadas, rechazadas o dificultadas por el resto de la sociedad, existiendo un gran desconocimiento sobre este tema y pensamos con frecuencia que los ancianos son sexualmente inactivos.
No existe una edad en la que el deseo y la necesidad sexual se acabe, pero en ocasiones los ancianos tienen culpabilidad o vergüenza por tener pensamientos sexuales.

¿Son frecuentes las relaciones sexuales en la vejez?

Las relaciones sexuales disminuyen con la edad tanto en hombres como en mujeres, siendo más marcada en las mujeres.
No obstante, pese a esta disminución de la frecuencia, los ancianos son capaces de disfrutar de sus relaciones y sentir placer al igual que otras personas de otras edades, ya que los sentimientos, los deseos y la actividad sexual, están presentes en todo nuestro ciclo vital.
El envejecimiento no lleva por sí mismo el cese de la actividad sexual, si no que esto ocurre por los problemas médicos, psicológicos o sociales que interfieren con su sexualidad.
Probablemente, cuando un anciano ha mantenido relaciones sexuales satisfactorias en su edad adulta, le afectarán menos los cambios asociados a su envejecimiento.

¿Qué cambios biológicos ocurren?

En el hombre la testosterona empieza a descender sobre los 50 años, presentando erecciones menos pronunciadas y más costosas. Se pierden las erecciones nocturnas involuntarias y la eyaculación se hace más retrasada y lenta.
En la mujer la vagina sufre cambios, se acorta, es menos elástica y la mucosa se vuelve más delgada y frágil, disminuyendo la capacidad de lubricación. Ello hace que las relaciones puedan ser más dolorosas, sangren, aumenten las infecciones vaginales, y sea más difícil llegar al orgasmo. Por otra parte para alunas mujeres la llegada de la menopausia puede ser vivida como una liberación en el sentido de la imposibilidad de un embarazo no deseado, lo que ha veces les hace vivir una sexualidad más intensa.

¿Qué enfermedades pueden afectar a su sexualidad?

Las enfermedades cardiovasculares, neurológicas, respiratorias, urológicas, metabólicas, osteoarticulares y psiquiátricas, así como determinados fármacos pueden afectar en mayor o en menor medida a su sexualidad.
Por otra parte, las enfermedades de transmisión sexual en cuanto a sus mecanismos de transmisión y prevención, siguen el mismo curso que a cualquier otra edad.

¿He de disfrutar mi sexualidad si soy anciano?

La sexualidad en la vejez debe vivirse igual que a cualquier otra edad, con comprensión y aceptación, integrando los cambios que ocurren en nuestro cuerpo a la actividad sexual de una forma positiva.
Así mismo la sociedad debe eliminar tabúes y debe dejar de pensar en los ancianos, como esos mayores que van a ver las obras, hacen punto, o cuentan batallitas de antaño, y empezar a verles como personas con interés sexual que tienen deseos y sufren al igual que los demás.
A esta edad la calidad de la relación está por encima de la frecuencia, siendo importante intentar una relación sexual coital satisfactoria, para lo que los médicos debemos ayudarles con sus tratamientos, generando una confianza que les permita hablar libremente de su sexualidad sin ser juzgados.

Caidas en el anciano, consideraciones generales y prevención

Dra. Susana Clemos Matamoros
Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra

Los trastornos de la marcha tienen gran impacto en el adulto mayor, y han aumentado en frecuencia como consecuencia del envejecimiento poblacional. Varias patologías pueden debutar con alteraciones en la marcha o al menos, en muchos casos es el hallazgo clínico más llamativo para sospechar una enfermedad.

El origen del trastorno de la marcha habitualmente es multicausal, aunque las causas neurológicas y las musculo-esqueléticas están presentes en la mayoría de los casos.
Se calcula que a partir de los 65 años presentan alteraciones de la marcha más del 15% de las personas, alcanzando hasta el 35% a partir de los 75 años.
Hasta los 65 años las caídas son más frecuentes entre la población femenina, igualándose en frecuencia para ambos sexos a partir de los 75.
Cada año se caen el 20-30% de los ancianos que viven independientemente, consecuencia de lo cual pasan a ser personas dependientes.

Consecuencias de las caídas

- **Físicas:** La fractura es la consecuencia más seria de las caídas. La tasa de mortalidad entre los enfermos que han sufrido una fractura de cadera de es de 10-20% más alta que entre aquellos de igual sexo y edad que no la han sufrido

La mayor parte de estos fallecimientos ocurren en los 4 meses siguientes. Además es la causa de incapacidad física posterior, ya que la mitad de los pacientes que sobreviven tras ella no recuperan nunca el nivel funcional que tenían antes.

Además de las fracturas, asociadas a las caídas pueden sobrevenir consecuencias inherentes al propio ingreso prolongado como son las infecciones, ulceraciones y embolismos vasculares

- **Psíquicas:** Generan en el paciente miedo a caer otra vez; en ocasiones les lleva a un estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social, y restricción de las actividades de la vida diaria que previo a la caída realizaban de forma rutinaria
- **Sociales:** Los familiares ante una caída, con frecuencia reaccionan con ansiedad y se convierten en sobreprotectores, limitando todavía en mayor cuantía la relativa autonomía del anciano.

Factores que influyen en las caídas del Anciano

- **Enfermedades crónicas:** Enfermedad de Parkinson, demencias, Enfermedades cerebrovasculares.
- **Alteraciones visuales:** Cataratas, retinopatía, glaucoma etc.
- **Sistema vestibular** (afecciones auditivas/oído): La pérdida de equilibrio relacionada con la edad, puede ocurrir como resultado de osteoporosis con acúmulo de calcio en el órgano de Corti; además puede ocurrir por traumatismos, infecciones del oído y por consumo de fármacos como furosemida, aspirina... (fármacos habituales en el tratamiento crónico de los pacientes de edad avanzada)
- **Sistema locomotor:** Alteraciones osteomusculares asociados directa o indirectamente con la edad, así como los problemas de los pies (hallux valgus, callos y otras deformidades) pueden ser una causa más de trastorno del equilibrio y de la marcha, y con ello traer como consecuencia mayor propensión a las caídas.
- **Sistema neurológico:** Cambios estructurales en la corteza cerebral, bien de causa vascular o degenerativa, trastornos de la vía piramidal, extrapiramidal o cerebelosos, son causas importantes de inestabilidad de la marcha.
- **Enfermedades agudas:** enfermedades infecciosas en muchas ocasiones, y la exacerbación de algunas enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca congestiva, puede precipitar caídas. De hecho, la caída puede ser un signo indirecto del inicio de una enfermedad en pacientes mayores y no es extraño una caída como primera manifestación de una neumonía.
- **Polifarmacia:** El 81 % de los ancianos toman medicación y de ellos los 2/3 partes ingieren más de un fármaco habitualmente. Esta cifra aumenta con la edad, y así hasta el 30 % de los mayores de 75 años toman más de 3 fármacos

No es infrecuente en la población anciana el mal cumplimiento en la frecuencia de las dosis, la confusión entre distintos fármacos o la automedicación.

Todo esto junto con la presencia de pluripatología, supone que las reacciones adversas sean más frecuentes entre los ancianos, y por tanto aumenta el riesgo de caídas.

Dentro de los fármacos más relacionados a la incidencia de caídas, por orden de implicación

- Benzodiacepinas por su efecto sedante.
- Antihipertensivos (incluidos los diuréticos), se consideran en segundo lugar después de los sedantes, por producir hipotensión postural o disminuir el flujo sanguíneo cerebral.
- Antidepresivos tricíclicos: Aumenta la propensión a las caídas sobre todo cuando se asocian a otras drogas que provocan hipotensión postural. Además este grupo provoca trastornos del ritmo cardíaco y efecto anticolinérgicos que pueden intervenir a mayor inestabilidad asociada.
- Antinflamatorios no esteroideos (AINEs): existen estudios que abogan que el 20% de los pacientes que los toman desarrollan inestabilidad y confusión.

Teniendo en cuenta todo esto, debemos ser cautelosos a la hora de instaurar tratamiento donde se combinen estos fármacos, debido al peligro potencial de caídas que esto conlleva.

Los factores extrínsecos son la causa del 77 % de caídas como los derivados del entorno (existencia de alfombras, excesos de espejos, pijamas de pantalón largo, pisos muy pulidos, animales, escaleras, sillas y mesas bajas, etcétera).

Grupos de Riesgo

Los factores que aumentan el riesgo de caída son: la edad, historia de caídas previas, las alteraciones de la estabilidad y/o la marcha y el número de fármacos usados; por lo que se deben dividir en 3 grupos.

- **Alto riesgo:** Aquellas que reúnan varios de los factores anteriores, más de 75 años y que posean patologías crónicas o que se encuentren institucionalizados.
- **Riesgo intermedio:** Ancianos entre 70 y 80 años que se valen por sí solos, pero con un factor de riesgo específico.
- **Bajo riesgo:** Menor de 75 años, buena movilidad, no enfermos, pero que han podido tener alguna caída en relación a tropiezo accidental.

Prevención

Lo fundamental en este tema, es su prevención, pues de hecho, al evitar una caída se están evitando sus consecuencias. El trabajo del equipo de Atención Primaria, y también de cualquier especialista como parte del abordaje de todo paciente de edad avanzada, deberá estar encaminado a prevenir las caídas accidentales, ya que constituyen el mayor porcentaje; o detectar las causas orgánicas de las mismas con el consiguiente tratamiento, o interconsulta de los casos que lo ameriten.

Otro elemento importante es la corrección, es decir, el ajuste de las actividades del paciente para compensar sus incapacidades, tales como: el uso de apoyo para la deambulación prolongada con ayuda de bastón o andador.

Recomendar rehabilitación con ejercicios que mejoren el tono muscular en el caso de objetivar disminución del mismo.

Facilitar la flexibilidad y la agilidad del anciano sobre todo después del encamamiento al igual que la rehabilitación psicológica para intentar devolver la confianza en sí mismo tras una caída.

Se deben controlar las enfermedades crónicas que presente el paciente y brindar educación sanitaria sobre la correcta utilización de los medicamentos, así como conocer las principales formas de prevención y tratamiento de las caídas, al menos todas aquellas que en la medida de lo posible, sean evitables...

Haz desaparecer tu miopía mientras duermes

Mª José Aznárez Anaut y Begoña Pérez Armendáriz
Ópticos – optometristas en Óptica Egüés, en Burlada

Egüés óptica Centro Auditivo
Mayor, 31 | 31600 Burlada | 948 127 805
info@opticaeques.es | opticaegues.es

MIOPÍA Y ORTOQUERATOLOGÍA

Es un hecho que en los últimos años la miopía, además de ser el problema visual con mayor prevalencia, está aumentando debido, según los últimos estudios, a factores ambientales y educacionales de la sociedad actual.

La miopía suele aparecer en la infancia y evoluciona hasta los 20 años aproximadamente, cuando tiende a estabilizarse. El control de su progresión es difícil, pero dentro de la Optometría y la Contactología, existen diferentes métodos para controlar la miopía o hacer que su progresión sea más lenta. Además, los miopes se pueden beneficiar de la ortoqueratología para prescindir de gafas y lentillas durante el día.

¿Qué es la ortoqueratología?

Esta técnica también llamada **orto-k** es un procedimiento clínico realizado por los ópticos-optometristas basado en la adaptación programada de unas lentes de contacto rígidas de diseño especial que producen un moldeo en la córnea mientras se duerme, y permite una visión nítida durante el día sin necesidad de llevar las habituales gafas o lentillas. Es un **tratamiento no invasivo**, rápido y reversible en el que se produce una redistribución del tejido de la córnea, que es flexible y moldeable dando gran efectividad en el grado de control y corrección de la miopía. Generalmente se notan resultados satisfactorios tras 4 o 7 noches de aplicación, y en miopías bajas en cuestión de horas.

¿Para quién está indicada la orto-k?

- Personas con miopía y astigmatismo.
- Niños y adolescentes con miopía en ascenso.
- Personas con actividades o deportes incompatibles con el uso de gafas o lentes de contacto convencionales.
- Personas que por motivos profesionales a los que se les exige una buena agudeza visual sin corrección óptica.

No todas las personas son candidatas al tratamiento, por lo que es necesario un **estudio personalizado** para descartar cualquier contraindicación ocular. En **ÓPTICA EGÜÉS** disponemos de los equipos y conocimientos necesarios para la realización de este tratamiento que puede aplicarse a personas con miopía y astigmatismo y que actualmente está en desarrollo también para la hipermetropía. Además, en algunas ocasiones el inicio de la miopía o cambios en la misma se producen por un deficiente control de la acomodación y suele coincidir con épocas de más demanda en visión próxima como exámenes o estrés visual o general. La borrosidad en lejos se produce tras un largo periodo de acomodación en cerca durante la lectura y una deficiente relajación de esa acomodación cuando hay que volver a mirar a lo lejos.

Por ello, también en **ÓPTICA EGÜÉS** recomendamos la **terapia visual y gafas bifocales** en los casos en los que la miopía sea funcional, esté producida por problemas de enfoque o acomodación y queramos controlar su progresión. Los ejercicios irán encaminados a solucionar los problemas de los miopes, que no suelen saber "mirar" de cerca y de lejos correctamente controlando su acomodación correctamente y dando más eficacia al sistema visual. Los niños y jóvenes con inicio de miopía o en progresión suelen tener una distancia de trabajo muy corta acercándose mucho al libro, malas posturas escribiendo tirados sobre la mesa o guiñan los ojos para ver la pizarra...

IDEA S. L. atención personalizada en zonas rurales de Navarra

Innovación y Desarrollo asistencial (IDEA) gestiona en Navarra 3 centros residenciales de ámbito rural, la residencia Santa Zita en San Martin de Unx, la residencia José Ramón Zalduendo de Caparroso y la Casa de Misericordia del Baztan "Fco. Joaquín Iriarte". En ellas se desarrolla un enfoque profesional personalizado con cada una de las personas residentes, denominado ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (ACP).

En este enfoque de trabajo, el eje central de la intervención son las propias personas mayores residentes, primando sobre la organización del servicio. Las actuaciones profesionales, tienen como premisa las necesidades y preferencias personales por encima de la gestión organizacional. Podemos decir que estas residencias son similares a las **"UNIDADES DE CONVIVENCIA"**, gracias a las cuales, un pequeño número de usuarios conviven de forma directa en la propia residencia con mayor intimidad. Este sistema nos permite gestionar al personal de tal manera que cada una de las personas mayores tiene un trabajador de referencia y por tanto, la confianza, la seguridad y el trato personalizado se convierte en una de las características centrales de la atención individualizada en estos centros.

Este enfoque busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores que precisan o no cuidados, dando por tanto la máxima importancia a la promoción de la autonomía personal, el bienestar subjetivo del residente por medio de la focalización en la atención de las necesidades individuales y el seguimiento en el deterioro cognitivo y físico asociado al envejecimiento, gracias a la **PERSONA DE REFERENCIA**, que teniendo especial conocimiento sobre la persona usuaria, es capaz de detectar de forma más precisa las necesidades individuales. Consideramos por tanto a la persona mayor en nuestros centros, con todas sus potencialidades, valores y derechos, independientemente de su estado de salud o su nivel de dependencia, nuestra razón de ser. Este novedoso enfoque se venía aplicando ya en otros centros que IDEA gestiona en Barcelona y Salamanca, con un incremento de la calidad asistencial que desarrollan los centros y el aumento de la satisfacción de residentes y familias. IDEA apuesta por la implantación de sistemas de calidad asistencial en todos sus servicios, los centros que gestiona están certificados en la **NORMA ISO 9001-2008** y en la innovación permanente de nuevos programas y técnicas asistenciales que mejoren la calidad de vida de las personas atendidas.

Los tres centros que Idea gestiona en Navarra, participan en un proyecto de ECONOMÍA COLABORATIVA denominado "E+P: LA ENERGÍA DE LAS PERSONAS". Este proyecto, pionero en Navarra, es una cooperativa que permite la compra de energía eléctrica de forma conjunta y por tanto todos aquellos cooperativistas particulares y entidades públicas y privadas, disfrutarán de una disminución de los costes de los recibos de la luz, y una parte de los beneficios se destinarán también a proyectos sociales. A dicha cooperativa pueden asociarse personas individuales y cualquier tipo de entidad.
Más información: jso@emasp.org

CENTROS GESTIONADOS POR IDEA EN NAVARRA

Residencia Fco. Joaquín Iriarte de Elizondo.
Contacto: Maria Jesús Beunza.
T 660 46 44 19 – 948 58 05 92
Residencia Santa Zita de San Martín de Unx.
Contacto: Rafa Cortijo. T 616 95 52 37
Residencia José Ramón Zalduendo de Caparroso.
Contacto: Rafa Cortijo. T 616 95 52 37
Más Información:
info@ideainnovacion.com
www.ideainnovacion.com

Nuestro servicio hacia el cliente nos hace diferentes

Comercial
Médica y de Laboratorio

MATERIAL PARA LABORATORIOS
CLÍNICOS, QUÍMICOS E INDUSTRIALES
PRODUCTOS PARA ANÁLISIS
QUÍMICOS Y CLÍNICOS

Ronda Landaben, 3 • 31012 Pamplona
Apartado de Correos 125 • 31080 Pamplona
T. 948 22 05 85 / 948 14 23 96 • F. 948 22 05 85
info@comercialmedica.es • www.comercialmedica.es