medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

www.zonahospitalaria.com añoX marzoabril2016 nº58

Madre e hijo, toda una vida

3 Cirugía oncoplástica. Reconstrucción de mama inmediata **4** Diabetes gestacional **6** Visión no es sinónima de vista **7** Alimentación y embarazo **8** La esclerosis con microespuma el mejor tratamiento para las varices **10** Inyección de vitamina k en el recién nacido **11** Contacto precoz piel con piel **12** Lactancia materna durante el embarazo y en tándem **13** Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia y... **14** Citologia, ¿qué es? y ¿para qué sirve? **15** Control de la miopía **16** Ecografías emocionales: Ecografía 4D **17** La odontología deportiva **18** Cuidados orl en el bebé: boca, oídos y nariz **20** Diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional **22** Cuidados del linfedema en la paciente que ha sufrido cáncer de mama **23** Cambios en el primer trimestre de embarazo **24** Ejercicios para la incontinencia urinaria **26** Doctor, tengo un bulto en el pecho, ¿qué hago? **28** Sequedad vaginal en la menopausia **29** Cuidados de salud durante la menopausia **30** La importancia del DHA en su visión **31** Lactancia materna: la alimentación del recién nacido.

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.*

Esta primavera, como prioridad:
Renovar el baño
(En abril y mayo financiación hasta 12 meses sin intereses)
OL
OCHOA·LACAR
ALGECOSA
EXPOSICIÓN Y TIENDA
Navas de Tolosa, 5 • 31002 PAMPLONA
T. 948 227 244 • F. 948 225 426
ALMACENES, ADMINISTRACIÓN Y TIENDA
Pol. Agustinos, C/ B/F • CP 31013 Pamplona
T. 948 303 032 • F. 948 302 430
EXPOSICIÓN DE BAÑOS
Ctra. Zaragoza Km. 98 • 31512 Fontellas - Navarra
T. 948 848 131 • F. 948 823 512
ALMACENES Y ADMINISTRACIÓN
Ctra. Zaragoza Km. 98 • 31512 Fontellas - Navarra
T. 948 823 300 • F. 948 823 512

Cirugía oncoplástica. Reconstrucción de mama inmediata

Dr. García Manero. *Servicio de Ginecología, Hospital García Orcoyen, Estella*
Dr. Ruiz de Erenchun Purroy. *Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Clínica Cross; Hospital Quirón* **Vizcaya**

CLÍNICA CROSS
cirugía avanzada

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

El cáncer de mama constituye la principal causa de muerte en las mujeres de entre 35-59 años en la Unión Europea y cada año se diagnostican 331.392 nuevos casos de esta enfermedad.

En España una de cada 10 mujeres va a desarrollar un cáncer de mama. Por ello resulta fundamental realizar diagnósticos precoces que nos permitan aumentar las posibilidades de curación a cifras superiores al 90 % y que, ante el primer síntoma, se acuda a Unidades especializadas en Patología Mamaria.

La mamografía sigue siendo la técnica más eficaz que puede aplicarse hoy en los programas de diagnóstico precoz de la patología mamaria. Delimitar la frecuencia de la exploración y la edad de la población sometida a estos programas de diagnóstico precoz es el punto básico para una mayor eficacia de los mismos.

Por lo que se refiere al tratamiento del cáncer de mama, se ha ido modificando en los últimos años como consecuencia del mejor conocimiento de la biología tumoral y de los progresos en la detección precoz. Todo ello ha ido condicionando la conducta terapéutica que cada vez es menos agresiva desde el punto de vista quirúrgico. Cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia son la base del tratamiento del cáncer de mama.

Actualmente, la cirugía conservadora de mama constituye el procedimiento quirúrgico de elección en el tratamiento de la mujer con cáncer de mama y en el mismo se incluyen tanto los carcinomas in situ como los invasivos hasta los 2-3 cm. Sin embargo, en algunas circunstancias pueden surgir dificultades en la consecución de unos márgenes de seguridad libres de enfermedad lo que conllevará una nueva extirpación de tejido, que en la mayoría de los casos, repercutirá negativamente sobre el resultado estético final.

Este conflicto de intereses entre lo oncológico y lo estético sitúa al cirujano ante una situación contradictoria: por un lado obtener unos márgenes libres de enfermedad y por otro no generar deformidades importantes en la mama.

Por otro lado, la paciente con cáncer de mama la cual ha acudido rutinariamente a los programas de detección precoz se preguntará: si me diagnostican el tumor en estadio precoz, ¿es estrictamente necesario realizar la "cirugía mutilante" que se realizaba décadas atrás?

La respuesta a estas dos cuestiones tanto del médico como de la paciente es la CIRUGIA ONCOPLÁSTICA, entendida como un conjunto de procedimientos quirúrgicos que mejoran el control oncológico del proceso y favorecen el resultado estético final.

Importancia de la cirugia plástica

La cirugía plástica es una especialidad esencial en el tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama puesto que pretende hacer olvidar a la mujer la secuela quirúrgica del cáncer mamario, devolviéndole el símbolo esencial de su feminidad, su mama. Reconstruir un pecho operado no es tarea fácil porque el objetivo del éxito es doble: por una parte recrear una mama de apariencia normal y similar a la anterior, y por otra, que sea lo más parecida a la mama contralateral, es decir, la simetría.

Las técnicas reconstructivas disponibles son múltiples y muy variadas utilizando expansores y prótesis de silicona en los casos más sencillos hasta la movilización de tejidos de la espalda, tripa o glúteo, lo que denominamos colgajos.

Pero las técnicas oncológicas conservadoras que se realizan en la actualidad permiten un tipo de reconstrucción mucho más sencilla, con una recuperación muy rápida y una reincorporación casi inmediata.

La selección de la técnica oncoplástica más adecuada para cada caso dependerá de la localización tumoral y de las características concretas de cada mama. Para ello, disponemos de de un grupo de alternativas que abarcan la casi totalidad de las localizaciones anatómicas y que pueden ajustarse a los diferentes volúmenes mamarios.

La posibilidad de la reconstrucción oncoplástica se basa en la utilización del propio tejido glandulo-graso de la mama de la paciente para rellenar el defecto creado tras la extirpación del tumor, a través de la misma cicatriz, o lo que todavía es mejor, a través de una cicatriz que estéticamente, es más discreta y disimulada. El resultado final es una mama de apariencia y tacto muy similar a la situación anterior y a la mama contralateral.

En resumen, nos encontramos ante una oportunidad de realizar un tratamiento quirúrgico individualizado a cada paciente, consiguiendo la extiparción de manera segura del tumor y evitando la presencia de deformaciones de la mama.

No debemos olvidar que los avances en el tratamiento del cáncer de mama han mejorado las tasas de supervivencia y que en la actualidad los pacientes no solo enfocan su deseo hacia la curación sino también hacia una óptima calidad de vida posterior.

Diabetes gestacional: Síntomas, tratamiento y causas

Dra. Susana Clemos Matamoros
Medicina Interna Complejo Hospitalario de Navarra

La diabetes es una enfermedad del metabolismo que se debe a la falta total o parcial de insulina. Su déficit produce la no absorción por parte de las células, de la glucosa, produciendo así una menor síntesis de depósitos energéticos en las células y la consiguiente elevación de la glucosa en la sangre.

La diabetes mellitas gestacional es una forma de diabetes inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina.
Se cree que son la esteroidogénesis (aumento de producción de estrógenos durante el embarazo) y el lactógeno placentario, los que hacen que una mujer pueda debutar con una diabetes durante el embarazo. Esto ocurre en el segundo trimestre que es cuando la placenta empieza a funcionar adecuadamente El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).
La incidencia de diabetes gestacional es de un 3-10% de las mujeres embarazadas.

Síntomas de la Diabetes Gestacional

Generalmente no hay síntomas o éstos son leves y no son potencialmente mortales para la mujer embarazada.
Los síntomas pueden abarcar: Visión borrosa; Fatiga; Infecciones frecuentes, incluyendo las de vejiga, vagina y piel; Aumento de sed; Incremento de la micción; Náuseas y vómitos; Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito.

Qué mujeres tienen más riesgo de padecer diabetes gestacional?

- Las mujeres mayores de 25 años son más propensas a desarrollar diabetes gestacional. Antecedentes familiares de diabetes.
- Diabetes gestacional en un embarazo anterior, o cuando los niveles de azúcar en sangre están ligeramente elevados antes de quedar embarazada.
- Exceso de peso (Índice de masa corporal > 30).
- Presencia de Hipertensión Arterial.
- Presencia de Síndrome de ovario poliquístico.

Complicaciones

La mayoría de las mujeres que tienen diabetes gestacional no sufren ninguna consecuencia relevante (tanto la madre como el bebé). Sin embargo, la diabetes gestacional que no está controlada puede causar problemas de salud para ambos, incluyendo la necesidad de una cesárea.
Existe riesgo de complicaciones que pueden afectar al bebé:

- Exceso de peso al nacer: El exceso de azúcar en sangre puede pasar la placenta y hacer que el bebe crezca demasiado. Los bebés con exceso de tamaño tienen mas probabilidades de tener problemas a la hora de pasar por el canal del parto, sufrir lesiones de nacimiento o necesitar una cesárea.
- También hay un mayor riesgo de parto prematuro y síndrome de dificultad respiratoria. En algunos casos, el médico puede recomendar un parto prematuro porque el bebé es demasiado grande.
- Bajos niveles de azúcar en sangre (hipoglucemia). Los bebés de madres con diabetes gestacional pueden desarrollar hipoglucemia poco después del nacimiento debido a que su propia producción de insulina es alta. Los episodios graves de hipoglucemia pueden causar convulsiones en el bebé.
- Tiene un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitas tipo 2 en el futuro.

La diabetes gestacional también puede causar algunas complicaciones en la mujer y estas tienen un mayor riesgo de:

- Tensión arterial alta y como consecuencia desarrollar una preclampsia: complicación grave que puede poner en peligro la vida de la madre y del bebé.
- Diabetes futura. Es más probable que tenga diabetes gestacional en un embarazo futuro y también hay más probabilidades de que desarrolle diabetes tipo 2.

Detección y diagnóstico de la diabetes mellitus gestacional (DMG)

▶ Pruebas para detección de la diabetes tipo 2 en la primera visita prenatal de las embarazadas con factores de riesgo, utilizando los criterios diagnósticos estándar.

- Cifra de hemogloblina glicosilada Hb A1C > 6,5 %.
- Glucemia en ayunas mayor de 126 mg/dl (al menos 8 horas sin realizar ingesta).
- Glucemia > 200 mg/dl 2 horas despues de haber realizado ingesta.
- Glucemia al azar > 200 mg/dl.

▶ Hacer la detección de la Diabetes en las embarazadas que no se saben diabéticas, en las semanas 24-28 de gestación.
▶La detección se puede lograr con cualquiera de las siguientes estrategias:

- **Un solo paso:** Prueba de tolerancia oral con 75 g de glucosa, midiendo glucosa en ayunas tras 1 y 2 h después de la misma. Se realiza en la mañana después de una noche de ayuno de al menos 8 horas.

Se considera DMG si excede los siguientes valores:
-Glucemia en ayunas >92 mg/dl (5.1 mmol/L)
-Glucemia 1h pos-carga >180 mg/dl (10 mmol/L)
-Glucemia 2 h pos-carga > 153 mg/dl (8.5 mmol/L).

- **Dos pasos:** Carga de glucosa de 50 g midiendo glucemia 1 hora después (primer paso). Si esta es mayor de 140 proceder al segundo paso, que es carga de 100 g de glucosa y medir a las 3 horas.

Si mayor de 140 se establece diagnóstico de diabetes gestacional.

Tratamiento de la Diabetes Gestacional

El tratamiento para la diabetes gestacional tiene como propósito mantener un nivel de glucosa en la sangre equivalente al de las embarazadas sin diabetes gestacional.

Los niveles objetivo establecidos para las embarazas con diabetes gestacional son:

- Antes de una comida (preprandial): 95 mg/dl o menos
- 1 hora después de una comida (postprandial): 140 mg/dl o menos
- 2 horas después de una comida (postprandial): 120 mg/dl o menos

El tratamiento siempre incluye dieta y actividad física.

Dieta: Se recomienda repartir el contenido calórico de la dieta de tal manera que el 40-50% deben ser hidratos de carbono, 30-40% grasas y 20% proteínas. También es recomendable una ingesta abundante de fibra vegetal en forma de fruta y vegetales frescos.

Actividad Física: Se aconseja la realización de ejercicio moderado durante al menos 30 minutos al día, como puede ser caminar deprisa. Si al final de la gestación existen limitaciones físicas para realizarlo, deberían practicarse al menos 10 minutos de ejercicios en sedestación (estando sentada) después de las 3 comidas.

Tratamiento Farmacológico: En aquellas mujeres que no consigan mantenerse dentro de los objetivos de buen control con el tratamiento dietético y la realización de ejercicio precisarán insulina. En aquellas embarazadas con fetos grandes para la edad gestacional, incluso en los casos en que están dentro de los objetivos de control, es recomendable también iniciar el tratamiento con insulina. Se comenzará con una dosis inicial de 0,1 UI/Kg/día, titulando la dosis en función de los controles de la glucemia.

En la actualidad existen varios estudios acerca de la eficacia y seguridad del tratamiento de la diabetes gestacional con antidiabéticos vía oral (metformina) con buenos resultados; sin embargo, debido a la gran experiencia de que dispone y a su excelente respuesta, la insulina sigue siendo el tratamiento de elección para todas las mujeres embarazadas con cualquier tipo de diabetes.

Resumiendo

La diabetes gestacional es un problema que si no se controla puede tener ciertas complicaciones graves en la madre y en el bebé.

Es esencial llevar unos hábitos de vida saludable antes, durante y después del embarazo. Esto ayudará a reducir el riesgo de diabetes en el futuro y mantendrá los niveles de azúcar en la sangre bajo control.

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

Visión no es sinónima de vista

Beatriz Irigaray
Optometrista corportamental en Óptica Navarra

¿Puede un niño tener problemas visuales aunque tenga buena vista? Normalmente en los exámenes visuales rutinarios se mira la agudeza visual de cada ojo y si está bien, se da por hecho que el niño no tiene problemas visuales; pero bien, visión no es sinónimo de vista, es un proceso más complejo, la agudeza visual no deja de ser una prueba más dentro de un complejo proceso que se llama visión.

¿Cómo detectamos si un niño tiene problemas visuales?

Para detectar problemas visuales debemos realizar un examen muy exhaustivo de este proceso que se llama visión. Por un lado se hace un examen optométrico , en el cual se analiza el control oculomotor, acomodación, vergencias, agudeza visual, etc, todas estas pruebas se hacen tanto en lejos como en cerca, analizamos la función binocular, es decir que ambos ojos trabajen bien juntos, con el objeto de determinar si el rendimiento visual se corresponde con la demanda.

También necesitamos hacer un **examen de percepción y procesamiento de la información visual así como de desarrollo motor**, muy importante para el desarrollo de la visión y el posterior aprendizaje, con ello podemos conocer los bloqueos e interferencias que ha habido para entender los problemas visuales. Estos examenes los realizamos los **optometristas comportamentales**.

¿Qué es la optometría comportamental?

La optometría comportamental analiza la visión desde un punto de vista más holístico. Analizamos como ha sido el desarrollo del niño para poder entender su visión.

¿En qué consiste la terapia visual?

La terapia visual estimula las habilidades que fallan, las corrige, las potencia, y las automatiza e integra con otros sistemas sensoriales y motores de nuestro cerebro. La terapia comportamental trabaja desde la parte del proceso donde empezó a fallar el desarrollo.

¿Qué podemos notar en un niño que tiene problemas visuales?

Dependiendo del tipo de problema podemos observar muchas señales, como por ejemplo:

- Atención sostenida con gran esfuerzo cognitivo.
- Dificultad o incapacidad de mantener la atención.
- Pérdidas de atención continuas.
- Se pierde cuando lee.
- Omite o salta palabras cuando lee.
- Trasposición de letras o palabras.
- Inventa palabras.
- Dificultad copiando de la pizarra.
- Uso de dedo como guía.
- Problemas de comprensión lectora.
- Realiza las actividades demasiado cerca
- Visión borrosa ocasional o mantenida en visión próxima o al realizar cambios rápidos de lejos a cerca o viceversa.
- Ojos enrojecidos o cansados después de realizar el trabajo.
- Dolores de cabeza cuando lee o escribe
- Parpadea excesivamente
- Fatiga visual y/o abandono de la tarea.
- Gira la cabeza.
- Cierra un ojo o se lo tapa.
- Se frota los ojos frecuentemente.
- Problemas para sostener la lectura, copia de información, deberes....
- Pobre comprensión lectora.

Alimentación y embarazo

Berta Magaña Soler. Dietista-Nutricionista NA-00120

El embarazo es un estado fisiológico o etapa de la vida en la que se debe cuidar especialmente la alimentación ya que esta constituye el único medio para suministrar todos los nutrientes necesarios a la madre y al bebé que está en camino.

No obstante, la alimentación debe ser adaptada a cada mujer embarazada en particular, dependiendo de sus preferencias alimentarias, sus horarios y su estilo de vida y cultura, priorizando además los productos locales y de temporada y en ninguno de los casos, deberían practicar ningún tipo de dieta restrictiva durante el embarazo, ni siquiera si se tiene sobrepeso, ya que una dieta hipocalórica puede generar cuerpos cetónicos, que atraviesan la barrera placentaria, afectando al sistema nervioso del bebé.

El reparto del aporte energético se debe hacer según los porcentajes habituales, 50-60% hidratos de carbono, 25-30% grasas y 10-15% proteínas, aumentando en unos 10 gr. /día la ingesta de proteínas de alto valor biológico.

Alimentos que no deben faltar

Alimentos que aportan hidratos de carbono complejos: pasta, arroz, legumbres, pan o patata. Éstos deben estar presentes en todas las comidas para evitar así una bajada de azúcar en sangre. Proporcionan la energía en forma de glucosa, necesaria para ser utilizada por el feto y los tejidos placentarios aumentados, sobre todo en el tercer trimestre. Se recomienda evitar los azúcares simples (dulces, bebidas carbonatadas tipo cola, chocolate, etc.) ya que aumentan las calorías de la dieta.

La fibra corrige el típico estreñimiento que causa la gestación en muchas embarazadas. La encontramos en frutas, verduras y hortalizas, legumbres, cereales integrales y sus derivados.

Elegir siempre las partes más magras frente a otras más grasas (ricas en grasas saturadas), ayudará a mantener una buena salud cardiovascular. Es importante además el aporte diario de ácidos grasos esenciales de las grasas vegetales (girasol, oliva, maíz, soja...), porque participan en el desarrollo de las membranas cerebrales del embrión y asegurar un aporte adecuado de ácidos grasos omega 3 comiendo 2 veces pescado azul a la semana y otros alimentos vegetales ricos en omega 3 como las nueces, las semillas de lino o la soja.

Alimentos de origen animal que nos aportarán proteínas de alto valor biológico. Las encontramos en carne, pescado, huevos, leche y derivados. Estas aportan los aminoácidos necesarios para el desarrollo del feto y la placenta y para el aumento del tamaño del útero y los pechos. No olvidemos el también aporte proteico de legumbres, cereales y frutos secos. Dentro de una dieta vegetariana, es necesario combinar vegetales y cereales o cereales y frutos secos para obtener proteínas de alto valor biológico.

En cuanto a vitaminas y minerales, durante la segunda mitad del embarazo es conveniente aumentar a 10 mcrg. /día la Vit.D o bien tomar el sol moderadamente, a 400 mcrg. el Ac.fólico mediante el consumo de hígado, levadura de cerveza, legumbre y frutos secos, a 1-1,2 gr. /día el calcio mediante el aumento del consumo de lácteos y vigilar el aporte de Hierro (hígado y carnes) en las mujeres con antecedentes de anemia o frecuentes embarazos y el de yodo en las zonas de bocio endémico.

Evitar náuseas y vómitos

Son habituales durante el primer trimestre del embarazo y suelen remitir después. Parecen ser debidas a la hipersensibilidad olfativa y gustativa.

Puede ayudar fraccionar la comida en pequeñas tomas cada 2-3 horas.

Los alimentos fríos son menos aromáticos que los calientes, al igual que los alimentos cocinados de forma sencilla (plancha, vapor u horno), sin excesos de grasas y poco condimentados lo son menos que los fritos o asados.

No tomar muchos líquidos en las comidas y si se toman no muy calientes.

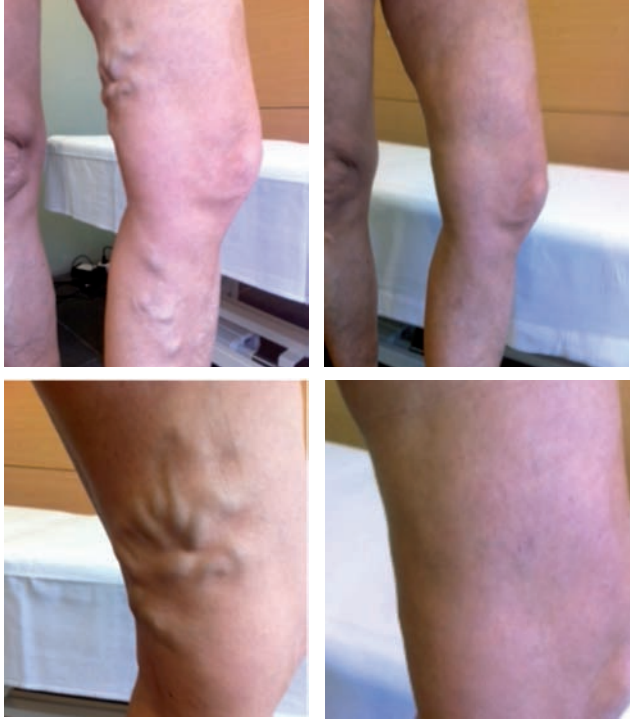
Fuera de las comidas tomar como mínimo 1,5-2 litros de líquidos al día (agua, zumos, leche, caldos...).

Antojos, ¿mito o realidad?

No hay evidencia científica capaz de dar respuesta a esta cuestión pero si esos antojos no son saludables, es aconsejado sustituirlos por otros alimentos más beneficiosos. Por ejemplo: un helado por un yogur helado.

La esclerosis con microespuma el mejor tratamiento para las varices

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



Antes y después del tratamiento

La insuficiencia venosa es la patología vascular más frecuente, y dentro de ella, las varices son la manifestación más frecuente. Si bien las varices afectan a ambos sexos, es mucho más frecuente su aparición en mujeres, probablemente debido a factores hormonales, la posibilidad de embarazo, etc.

La causa no hereditaria que más predispone a padecer varices es el **embarazo**. Durante el mismo se dan una serie de factores hemodinámicos (aumento del volumen circulante, presión de las venas ilíacas); y hormonales (factores relajantes que favorecen la dilatación y deformidad de las venas). Ello hace que durante el embarazo aparezcan varices o se produzca un empeoramiento de las ya existentes. Algunas varices mejoran en los meses siguientes al parto, pero un porcentaje muy importante persiste después del mismo.

El catéter Clarivein®

El tratamiento tradicional de las varices, el quirúrgico, da buen resultado, pero a costa de una agresividad importante. Requiere ingreso hospitalario, anestesia regional o general, y un período postoperatorio prolongado, que impide llevar a cabo una vida normal hasta pasadas habitualmente 6-8 semanas.

La esclerosis con microespuma es un tratamiento tan definitivo como la cirugía, con resultados equiparables pero mucho menos agresivo. Por ello, **la esclerosis con microespuma es el tratamiento de elección** de todo tipo de varices, y más aún cuando son varices recidivadas (reproducidas), en pacientes con factores de riesgo que contraindican la cirugía, en presencia de úlceras en las piernas, etc.

La administración de la microespuma mediante el catéter Clarivein soluciona una de las "pegas" de la microespuma, que es la duración imprevisible del tratamiento. Mediante la inserción del catéter Clarivein por un tronco venoso enfermo se consigue la esclerosis del mismo en una sesión en la mayoría de los casos (por no decir en todos), y eso sin precisar ingreso, únicamente usando anestesia local y pudiendo realizar una vida normal desde el mismo día que se hace. Si a ello le asociamos la resección de las colaterales varicosas mediante microincisiones (también con anestesia local), el resultado estético es insuperable.

Por tanto, siendo la esclerosis con microespuma el mejor tratamiento para todo tipo de varices, el uso del catéter Clarivein añade un "extra" en cuanto a rapidez y mejoría estética, por lo que hoy por hoy el uso del catéter Clarivein es la mejor opción existente.

VARICES MICROESPUMA
CIRUGIA VASCULAR
varicesmicroespuma@gmail.com

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
CLARIVEIN® - MICROESPUMA

SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez:
PAMPLONA. Clínica San Miguel. C/ Beloso Alto, 32
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3

Consulta médica
T 948 296 111 y 644 297 726

BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS

Dr. Ángel Fdez. Bustillo | Nº Col. 6.114-NA | Centro especializado en implantes dentales y estética facial. Técnicas regenerativas para prevenir el fracaso en implantes. Tecnología de vanguardia para el diseño de la sonrisa. Clínica de referencia en implantología y cirugía maxilofacial así como en formación avanzada para profesionales.

C/ San Fermín, 59 - 31003 Pamplona | **Teléfono 948 152 878** | consulta@clinicabustillo.com | **www.clinicabustillo.com**

Inyección de vitamina k en el recién nacido

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica

Estefanía Castillo Castro. *Matrona*
Sandra Abaurrea Asiain. *Matrona CHN-B*
Julieta Mansilla Cordero. *Matrona Hospital Reina Sofía*

El recién nacido está expuesto al riesgo de sufrir un cuadro hemorrágico, derivado del déficit de vitamina k durante los primeros seis meses de vida, si no son suplementados al nacer con vitamina k.

Tras el parto el recién nacido tiene una reserva muy baja de esta vitamina, que no atraviesa con facilidad la placenta. Además, la leche materna es una fuente muy pobre y el intestino del recién nacido es estéril y no posee bacterias capaces de sintetizarla. Aumentándose con ello el riesgo a sufrir algún proceso hemorrágico en el recién nacido ya que la vitamina k es un importante eslabón en el proceso de la coagulación de la sangre.
Hay dos tipos de vitamina K. La **vitamina K1 o filoquinona**, se encuentra en alimentos: hortalizas de hoja verde, verduras como coles, brócoli, coliflor y repollo, también en el pescado, el hígado, la carne de res, los huevos, cereales y productos lácteos.
La **vitamina K2 o menaquinona** es sintetizada por la flora intestinal, este tipo de vitamina en el recién nacido no se produce ya que la flora intestinal del recién nacido no está lo suficientemente desarrollada.

Prevención de la enfermedad hemorrágica

Recomendaciones según la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio emitida por el Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad en el año 2014:
Se recomienda que tras el nacimiento se administre a los bebés una dosis intramuscular de vitamina K de 1 mg para prevenir un episodio hemorrágico provocado por el déficit de esta vitamina.
Se sugiere que, cuando los padres no acepten la administración intramuscular de vitamina K, se administre una pauta oral de 2 mg al nacimiento, seguido, en los lactados al pecho total o parcialmente, de 1 mg semanal hasta la 12 semana de vida.
Se sugiere no separar al recién nacido únicamente con el propósito de administrarle la vitamina K o el colirio antibiótico, respetando el tiempo de contacto piel con piel con su madre para realizar este procedimiento.

Administracion oral, una alternativa

Se trata de una pauta de 2mg vía oral (presentación en modo líquido) al nacimiento que se continua con la pauta de 1mg vía oral durante las 12 primeras semanas de vida.

La administración oral tiene la desventaja de ser un tratamiento largo, y en el que no se garantiza la toma de la vitamina k de forma correcta por el neonato, con riesgo de que el cumplimiento terapéutico no sea el correcto.
Si los padres se niegan a la profilaxis, se les ha de informar de las consecuencias y riesgos a los que se expone su bebé y deberán firmar la revocación de tratamiento, donde se recoge la información dada y donde los padres tras su firma se responsabilizan y asumen los riesgos de la ausencia de profilaxis.

Conclusiones

La administración de vitamina K en las primeras 6 horas de vida tras el parto, está relacionada con un descenso significativo de la incidencia de hemorragias neonatales.
Hay que informar a los padres y concienciar de la importancia que tiene la administración de vitamina k en sus hijos.

Se recomienda la administración IM de 1 mg de vitamina K como primera opción por sus mejores garantías de cumplimiento y de acción preventiva. Aún así, los padres están en el derecho de elegir la vía oral como otra forma de administración.

PREPARACIÓN MATERNAL EN EL AGUA

- Respiración – relajación.
- Ejercicio aeróbico, resistencia y elasticidad.
- Simulación de contracción.
- Conocimiento de tu pelvis y del proceso del parto.
- Asesoramiento por matronas

mamisalagua

IMPARTIDOS POR MATRONAS
Grupos reducidos

Contacto :
www. Hydra.es/medialuna
Perfil Facebook Mamisalagua Navarra
Teléfono : 948 234502

Contacto precoz piel con piel

Eva Mª Fernández Romero, Mª Pilar Morales Laplaza, Ainhoa Noain Churío
Matronas del Complejo Hospitalario de Navarra

Se denomina contacto precoz piel con piel al que se realiza inmediatamente tras el parto, del recién nacido con su madre. Tradicionalmente, esta práctica ha proporcionado calor y alimento al recién nacido y ha permitido poner en marcha el proceso de vinculación, además de ser sumamente grata para la madre y tranquilizadora para el bebé.

El recién nacido presenta, después del parto, un periodo especial en el que se encuentra en un estado de alerta tranquila, gracias al cual puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho e iniciar el amamantamiento de forma espontánea.

Hasta hace no mucho tiempo, la separación de la madre y su bebé formaba parte de los cuidados rutinarios ofrecidos en las maternidades hospitalarias. Sin embargo, fomentar el contacto piel con piel es una actividad contemplada en las recomendaciones, entre otras organizaciones, de la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y la Asociación Española de Pediatría, y este debe ser: INMEDIATO, SIN INTERRUPCIONES y MANTENIDO durante al menos una hora o hasta que se complete la primera toma.

Comportamiento del bebé durante el contacto precoz piel con piel

Tras el nacimiento, el bebé descansa sobre el cuerpo de su madre, adquiriendo una coloración sonrosada, abriendo los ojos y realizando pequeños movimientos durante los primeros minutos de vida. A continuación, pone en marcha los reflejos de arraigo (pataleo, reptación, cabeceo, lametadas, búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido amniótico materno), lo que le permite acercarse al pezón y realizar un agarre espontáneo.

Más del 70% se agarra al pecho en la primera hora de vida y si el contacto piel con piel se prolonga hasta las dos horas, lo consiguen más del 90%.

Beneficios para el recien nacido

- Consume menos energía (menor riesgo de hipoglucemias) y presenta menor riesgo de infección.
- Se encuentra en un estado de alerta tranquila que se caracteriza por menos episodios de llanto y una frecuencia cardiorrespiratoria más estable.
- Es estimulado por la madre lo que favorece el reconocimiento mutuo y el de vínculo afectivo, contribuyendo a una mejor y más pronta recuperación del estrés del parto.
- Manifiesta menos dolor y ansiedad cuando se le practican técnicas tales como punciones en la prestación de los cuidados neonatales.

Beneficios para la madre

- Favorece la contractibilidad e involución uterina y previene de la hemorragia postparto.
- Estimula la eyección de calostro y el incremento de la temperatura de la piel de las mamas, proporcionando alimento y calor al recién nacido.
- Reduce la ansiedad materna. Disminuye la incidencia de episodios de labilidad emocional y depresión postparto, incrementando el grado de satisfacción materna sobre la percepción del parto.
- Facilita la conducta de crianza y el apego.

Requisitos para realizar contacto precoz piel con piel

Puede realizarse sin restricciones si:

- Recién nacido a término o en el pretérmino tardío (35-37 semanas).
- Líquido amniótico claro.
- Respira o llora sin dificultad.
- Presenta buen tono muscular.

Además en los partos con mayor riesgo (p. ej. partos instrumentales), podrá realizarse, siempre que el pediatra presente lo considere indicado. En los casos en los que el bebé ha tenido que ser separado para su atención, tan pronto como el pediatra lo considere, se colocará en contacto piel con piel no realizándose ningún cuidado rutinario que pueda alargar la separación.

Los procedimientos y las medidas médicas no urgentes, no deberían realizarse inmediatamente tras el parto, no sólo porque implican separación, sino porque son maniobras estresantes que pueden interferir en la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina y contribuir a su desestabilización.

Lactancia materna durante el embarazo y en tándem

Ainhoa Noain Churio, Eva Fernández Romero y Carolina Sanchez-Cruzat Albertin
Matronas del Complejo Hospitalario de Navarra

El amamantamiento durante el embarazo sucede cuando una madre que está amamantando a su hijo se queda embarazada y sigue dándole pecho durante la gestación.

Lactancia en Tándem

Se considera cuando el nuevo bebé ha nacido y el hermano mayor continúa su alimentación con leche materna, por lo tanto amamanta a la vez o por separado a dos hijos.

Características de la lactancia durante el embarazo

- Sensibilidad de los pechos: Es uno de los primeros síntomas de embarazo y puede llegar a producir molestias cuando el niño se coge al pecho.
- Se sigue produciendo leche pero la mayoría de las madres sienten disminuir su producción entre el tercer y cuarto mes de embarazo.
- Muchos niños se destetan durante la gestación de forma más o menos voluntaria pero otros muchos continúan. Parece que no les importa que la cantidad de leche disminuya ni que supuestamente el sabor cambie. Algunos de los que se destetan vuelven a pedir el pecho cuando ven mamar a su hermano recién nacido.
- En los últimos meses de embarazo se puede observar un cambio en las deposiciones del hijo mayor (consistencia blanda y color mostaza, similares a las de un bebé lactante). Sólo es el efecto de los cambios que experimenta la leche durante la gestación y que días antes del parto evoluciona a calostro, no siendo perjudicial para el niño.
- Algunas de las madres que lactan refieren que suelen tener contracciones durante el amamantamiento pero no se han detectado diferencias en la duración de los embarazos entre gestantes con lactancia y sin lactancia. Estas contracciones se producen por una hormona llamada oxitocina que se segrega entre otras causas por la succión.
- Supone poco coste energético para la madre al disminuir de manera importante la producción. Además no hay diferencias significativas en la ganancia ponderal de éstas madres durante el embarazo.
- La transición de la leche a calostro parece ser que se produce unos pocos días antes del parto.
- Antes se pensaba que podría ser causa de aborto debido a la existencia de contracciones uterinas durante la succión. Sin embargo el útero sólo es sensible a la oxitocina al final del embarazo. Si las relaciones sexuales también producen oxitocina y no se contraindican, la lactancia tampoco.
- No hay descrito ningún caso de parto prematuro aunque teóricamente podría llegar a ocurrir en embarazos de riesgo.

Características de la lactancia en Tándem

- No se produce pérdida de peso del recién nacido ya que al haber mayor estimulación, la cantidad de leche producida es mayor. Al principio es razonable pensar que es mejor darle siempre primero al bebé, pero al cabo de unas semanas ya no tiene importancia.
- La subida de leche se produce igual pero con la ventaja de que el hijo mayor ayuda a descongestionar los pechos evitando las típicas ingurgitaciones.
- Al principio el hermano mayor suele mamar igual o más que el pequeño durante el primer mes, aun así los recién nacidos que comparten pecho con su hermano suelen tener más peso que lo que ganó su hermano en el mismo período.
- No perjudica la salud de la madre si ésta se alimenta de forma saludable. No se recomienda hacer dietas muy bajas en calorías o hacer demasiado énfasis en sólo un grupo de alimentos excluyendo otros. Además, es lícito pensar que más desgaste es estar embarazada de gemelos o trillizos.
- No favorece el contagio de enfermedades entre hermanos. Se cree que incluso el hecho de que la madre comparta la misma inmunidad con ambos hijos consiga que el recién nacido reciba defensas contra los virus o bacterias de los que el mayor es portador.
- Muchas mujeres consideran que mantener la lactancia ayuda a satisfacer las necesidades de su hijo mayor durante un periodo que puede ser estresante para él.

Sin embargo, las **razones médicas que pueden indicar el destete durante el embarazo** son:

▶ Antecedentes de abortos espontáneos.
▶ Dolor o sangrado uterino.
▶ Antecedentes de partos prematuros.
▶ Pérdida de peso de la madre durante el embarazo.

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

Todos los pacientes con varices 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 relativamente sencilla y con pocos riesgos, no deja de ser una intervención y requiere, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

En la últimos años han ido apareciendo otras técnicas en el tratamiento de las varices (Láser, Radiofrecuencia, Clarivein, etc), con menores requerimientos anestésicos y una más pronta reincorporación de los pacientes a la vida normal. Sin embargo, de todas ellas, la **'Esclerosis ecoguiada con microespuma'** es, hasta la fecha, la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y la única que permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal.

Durante más de 13 años nosotros hemos tratado casi 3000 pacientes con varices utilizando esta técnica, consolidada ya, si se tiene 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 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Sin anestesia, sin ingreso y sin reposo

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 finas 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 técnica se puede utilizar en todas las varices, desde las pequeñas telangiectasias (arañas vasculares), que tanta preocupación estética ocasionan en muchas mujeres, hasta las grandes dilataciones dependientes de la vena safena y que, habitualmente, se remiten para operar. En este tipo de varices grandes o "tronculares", en las que la safena está enferma, la esclerosis con microespuma 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.

Los pacientes ya operados que vuelven a tener varices son también muy buenos candidatos puesto que la técnica de la esclerosis con espuma permite tratar esas nuevas varices de un modo muy eficaz.

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

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

CPS-C2261/1/14-NA

Citologia, ¿qué es? y ¿para qué sirve?

Estefanía Castillo Castro. *Matrona*
Sandra Abaurrea Asiain. *Matrona CHN-B*
Julieta Mansilla Cordero. *Matrona Hospital Reina Sofía*

Hoy en día, la medicina apuesta por la prevención como método para la detención de miles de enfermedades a través de sencillas e inocuas pruebas que podrían salvar muchas vidas, como por ejemplo las mamografías.

En este artículo vamos a explicar qué son las citologías, porqué son necesarias y con qué frecuencia se han de hacer.

¿Qué es una citología?

La citología vaginal, también llamada test de Papanicolaou es el estudio microscópico de las células obtenidas mediante un raspado suave del cuello del útero. El cuello uterino es la parte más baja del útero (matriz) que desemboca en la parte superior de la vagina.
La principal indicación de la citología vaginal es la detección precoz de una enfermedad cancerosa o precancerosa del cuello del útero, lo que, en caso de existir, permitiría iniciar el tratamiento en un momento en el que las posibilidades de curación son muy importantes.
En casi todos los casos, el cáncer de cuello de cérvix se asocia a una infección causada por un virus llamado **Virus del Papiloma Humano (VPH)**, que se adquiere por vía sexual. Este virus origina cambios en la morfología y en las estructuras de las células del cuello del útero que hace que se puedan trasformar en células malignas. En el raspado que se hace durante la prueba se recogen estas células, las cuales pueden presentar cambios pre-malignos, indicativos de que están evolucionando hacia cáncer, o pueden ser ya células cancerosas.

Cuándo ha de hacerse una citologia cervical

Las recomendaciones para hacerse una citología cervical cambian en los diferentes países e incluso cambian entre las instituciones médicas dentro del mismo país. En general se recomienda comenzar a hacerlas a los tres años del inicio de las relaciones sexuales, a partir de los 21-25 años dependiendo de los países, y repetirlas al menos cada tres años.

- En términos generales, toda mujer deberá realizarse una citología vaginal cada dos años. A partir de los 30 años o si las tres últimas citologías han dado resultado negativo (no hay células malignas), siempre que así lo determine el médico, podría ser suficiente hacerlo cada tres años.
- En caso de que la mujer o su pareja sexual mantengan relaciones sexuales con otras personas ajenas a la pareja, la mujer deberá someterse a esta prueba cada dos años
- A partir de los 65-70 años, y siempre que las tres últimas citologías vaginales realizadas en los 10 años precedentes hayan dado resultado negativo, la mayoría de las mujeres podría dejar de realizarse esta prueba
- Pueden recomendarse controles más frecuentes si los resultados previos no son del todo normales o la mujer tiene algunos factores que puedan facilitar la aparición de tumores, como la infección por el VIH u otros trastornos inmunológicos.

Preparacion para una citologia cervical

La realización de una citología vaginal no requiere ninguna preparación especial por parte de la mujer, aunque sí se han de tener en cuenta las consideraciones siguientes:

- La mujer debe informar al médico o matrona de si en el momento de hacerse la citología está tomando medicamentos, especialmente anticonceptivos hormonales o quimioterápicos.
- También deberá advertir si sospecha que está embarazada.
- Durante las 24-48 horas previas a la realización de la citología la mujer debe evitar las duchas vaginales, mantener relaciones sexuales, tomar baños tumbada en la bañera y usar tampones. Igualmente deberá evitar usar óvulos, espermicidas y cremas vaginales en los 5 a 7 días previos a la prueba.
- Si el día programado para la realización de la citología la mujer está con la menstruación, deberá advertirlo para que le aplacen la prueba, pues la muestra de células obtenida en esas circunstancias no sería válida.

Conclusiones

Un resultado normal significa que no hay células anormales presentes. La prueba de Papanicolaou no es 100% precisa. El cáncer de cuello uterino, segundo en frecuencia en mujeres en el mundo tras el de mama y quinto de todos los cánceres, se puede pasar por alto en una pequeña cantidad de casos.

La mayoría de las veces, el cáncer de cuello uterino se desarrolla de manera muy lenta y las citologías de control deben encontrar cualquier cambio a tiempo para el tratamiento.

| cirugía plástica y estética | implantología dental | dentistas | fisioterapeutas | residencias geriátricas | clínicas psiquiátricas | material médico y quirúrgico | material y mobiliario | ópticos optometristas | formación médico-sanitaria | psicología | centros auditivos | seguros | ortopedia | nutrición...

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

puedes anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** revista y web
solicita tarifas redaccion@zonahospitalaria.com T 948 276 445

Control de la miopía

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

La miopía es un error refractivo que provoca que las personas que la tienen vean mal de lejos.

Se distinguen las siguientes formas:

- **Miopía axial:** un ojo demasiado largo, con un poder de refracción normal.

- **Miopía refringente:** demasiado poder de refracción en un ojo de longitud normal.

La miopía se inicia aproximadamente a los 9 años, llegando a valores del 45% en los universitarios.

En Europa aproximadamente el 25% de las personas muestran algún grado de miopía.

Los síntomas más comunes son acercarse a las tareas de cerca más de lo normal y guiñar los ojos para ver de lejos.

Existen diferentes métodos para controlar la miopía, para frenar su avance y conseguir que la progresión sea menor.

Los tratamientos que se utilizan son los siguientes:

- Cristales con diferente graduación en visión lejana y visión próxima para mejorar el rendimiento visual: bifocales y progresivos.
- Terapia visual: para mejorar las habilidades visuales de enfoque, fusión binocular, visión periférica... para que los niños adquieran mayor efectividad en el aprendizaje.
- Lentes de contacto: La disminución de la imagen retiniana es menor que en la corrección con gafas, y también se reducen las aberraciones, en las miopías mayores de 3.00D estas ventajas son más relevantes.

Lentes de contacto de ortoqueratología y multifocales que inducen un menor crecimiento del ojo y por lo tanto del aumento de la miopía.

- **Ortoqueralología:** Con estas lentes hay una modificación programada de la córnea.

Se realiza con lentillas especiales que se usan mientras se duerme y permiten una visión nítida sin gafas ni lentillas durante el día.

Funciona bien en pacientes con miopías bajas y moderadas, ayudan a controlar la evolución de la miopía, siendo un procedimiento reversible.

Los pacientes miopes, sobre todo a partir de 6.00 D tienen un riesgo mayor de sufrir enfermedades oculares como cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina, maculopatías...

Por estos motivos es importante prevenir la progresión de la miopía en los niños.

Ecografías emocionales: Ecografía 4D

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

El diagnóstico prenatal ha experimentado un importante avance en los últimos años, en gran medida gracias a la ecografía.

Hasta hace poco sólo conocíamos la ecografía convencional en 2D o bidimensional, es decir la que nos devuelve la imagen del bebé dentro del útero obtenida gracias a ondas de ultrasonido que se reflejan en sus tejidos. Sin embargo, últimamente oímos hablar mucho de las ecografías en 4D, imágenes tridimensionales en tiempo real.

¿Cómo se hacen las ecografías 4D?

La ecografía 4D es una ecografía 3D con movimiento a tiempo real del bebé.

Esta ecografía en cuatro dimensiones nos permite ver la cara del bebé, acompañada de gestos, e incluso podemos ver sus bostezos y sus risas.

En Médicis lo hacen sin prisas, con una sesión de 45 minutos, aproximadamente, entre la ecografía y la elección de imágenes, a la que se recomienda acudir acompañada con familiares o con aquellas personas con las que se desee compartir ese maravilloso momento. Además, utilizan una tecnología muy avanzada que garantiza la correcta visualización del bebé en las ecografías 4D.

¿Por qué hacerse una ecografía 4D?

Actualmente, la ecografía 4D es la más desarrollada, lo que permite ver al bebé con una calidad increíble. Hacerse una ecografía 4D es un momento muy especial y emotivo para los padres, ya que tienen la oportunidad de ver la carita de su bebé y sus rasgos antes de nacer.

La ecografía 4D permite abrir una ventanita en el interior de la madre y disfrutar de una experiencia única. **El poder observar qué está haciendo el bebé en ese momento, si se chupa el dedo, si duerme, bosteza o sonríe cuando le hablas, es algo maravilloso que los futuros papás nunca olvidaran.**

En Médicis los futuros papás se llevan de recuerdo imágenes de los momentos tan maravillosos vividos con su bebé durante la ecografía así como el primer vídeo que recordarán del pequeño.

A tener en cuenta

En estas ecografías la única recomendación es acudir relajada, sin prisas, sin tensión, y sobre todo con ilusión y con un poco de paciencia, porque en ocasiones los bebés no se encuentran en la posición deseada para poder enfocarles bien. Por eso, si es necesario, se recomienda tomar algo dulce y así el bebé se estimula y puede cambiar su posición, además de verle comer, algo que impresiona y emociona a los padres. Otra recomendación que se da es la de no usar cremas hidratantes dos días antes de la exploración, porque la crema crea una película que no deja pasar los ultrasonidos y el resultado de esto es una imagen menos nítida.

¿Qué significa 'ecografía emocional'?

Con las últimas tecnologías, tenemos la capacidad de ver con una calidad increíble lo que ocurre en el interior de cada embarazada. Con las imágenes 4D vemos a tiempo real cómo interacciona el bebé con diversos estímulos, como la voz de la madre, la del padre, música... En definitiva, una ecografía emocional lo que pretende es que los padres se acerquen más a su bebé, y que además de ponerle cara le vean sonreír, enfadarse... **Se trata de vivir una experiencia única. ¡Un recuerdo para siempre!**

El primer recuerdo de tú bebé que nunca olvidarás

La odontología deportiva

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

Dra. Idoya Orradre
Prostodoncia, ATM y APNEA
Nº Coleg. 31000473

La odontología deportiva se encarga de las influencias que tiene la salud bucodental en el rendimiento físico de los atletas y viceversa. También se estudia cómo algunas prácticas deportivas influyen en la salud oral. Tiene por tanto dos funciones muy diferenciadas: la prevención de los daños y el tratamiento de las lesiones provocadas. La medicina de hoy apunta a la prevención y la odontología también.

La incorporación del deporte en la vida cotidiana de muchas personas ha despertado gran interés, pero esta práctica deportiva tiene una estrecha relación con la salud bucodental ya que el estado de salud oral puede afectar al desarrollo de la práctica deportiva y el deporte a su vez puede influir de manera negativa en la boca sino se adoptan una serie de recomendaciones y precauciones.

La boca suele ser una de las partes del cuerpo que menos cuidamos. Sin darnos cuenta podemos padecer algún tipo de enfermedad oral y que desemboque en problemas de mayor índole en el resto del organismo, afectando directamente órganos como el corazón, estómago, hígado y todo el sistema músculo esquelético.

Un ejemplo lo encontramos en una investigación llevada a cabo en 2003 a un conocido equipo de futbol, que demostró que una mala salud bucodental puede además provocar problemas de equilibrio, lesiones, calambres musculares o dolores de cabeza.

Cuando el estado bucal pone en riesgo la eficacia deportiva

Las infecciones de origen bucal ocasionadas por enfermedades en las encías o por caries, que generan productos inflamatorios, pueden diseminarse por vía sanguínea afectando músculos, tendones y articulaciones. La presencia de focos infecciosos favorece la aparición de fatiga muscular, desgarros o roturas de fibras, inflamación o dolor articular e impiden que la recuperación muscular sea rápida.

Por otra parte la falta de piezas dentarias dificulta la buena trituración de los alimentos, tan importante para la adecuada asimilación de los nutrientes Además, la mala posición o la mala oclusión de los dientes, puede favorecer la retención excesiva de placa bacteriana y /o el riesgo de padecer traumatismos. Finalmente la respiración bucal puede alterar el rendimiento deportivo debido a un fallo en la buena oxigenación.

Cuando el deporte influye en la salud bucal

Debemos tener en cuenta que hay ciertos deportes en los que hay mayor "contacto" y por lo tanto mayor posibilidad de que se produzcan traumatismos dentales, periorales o de la articulación temporomandibular.

Es muy común el ingerir ciertos alimentos como las barritas nutritivas, los geles o los batidos que pueden favorecer la aparición de placa bacteriana. Así mismo las bebidas deportivas consumidas en grandes cantidades pueden producir erosiones dentales debido a la acidez de su composición.

Otros factores como la sequedad bucal, pueden aumentar el riesgo de sufrir caries o enfermedades periodontales. El estrés al que se ven sometidos algunos deportistas puede desencadenar bruxismo o apretamiento lo que puede desembocar en contracturas en el cuello, la espalda o la aparición de dolores de cabeza o en la columna.

Finalmente la práctica tan habitual de masticar chicle, obliga a la mandíbula a realizar un trabajo extra, desencadenando sobrecargas musculares, dolores de cabeza y hasta contracturas en la zona cervical.

Si lo desea, puede ver el **decálogo para cuidar la salud bucodental de los deportistas**, en nuestra página web www.gruposannnas.com

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

Cuidados orl en el bebé: boca, oídos y nariz

Dra. Paloma Rodríguez García. *FEA ORL Infantil del CHN*
Dr. Ignacio Arruti González. *Jefe de Sección ORL Infantil del CHN*
Dra. Almudena Rodríguez de la Fuente. *MIR ORL del CHN*

De todos es conocida la alta incidencia de procesos de la esfera ORL en la infancia. Para minimizar los mismos interesa adquirir unos buenos hábitos desde el comienzo de la vida.

Boca

El cuidado de la boca no comienza con la aparición de los primeros dientes como se cree, sino que se inicia desde el nacimiento cuidando las encías y previniendo la aparición de infecciones. El recién nacido se alimenta usando sus encías superior e inferior por lo que estas zonas deben ser limpiadas después de cada toma de leche utilizando una gasa mojada con agua.

A veces, se observa en el labio superior un pequeño callo que se desprende de vez en cuando. Es normal en los bebés amamantados y desaparece más adelante.

La aparición del primer diente se suele dar hace los seis meses, estos deben ser aseados con cepillo de cerdas suaves y agua. Se trata de conseguir que no queden adheridos restos de leche y/o comida. No es necesario utilizar crema dental. También es importante asegurar un correcto aporte de flúor, en nuestro medio el agua aporta una cantidad adecuada no siendo necesarios aportes adicionales.

Muguet. Es una infección de la boca del bebé producida por un hongo llamado cándida albicans. Éste es un problema bastante habitual.

- Prevención: los biberones y los chupetes hay que hervirlos frecuentemente.
- Síntomas: la primera señal suele ser el malestar del bebé durante la toma. Se ven unas manchas blanquecinas en el interior de la boca de aspecto algodonoso que se pueden confundir con restos de leche.
- Causas: transmisión de la madre durante el parto. Tratamientos antibióticos prolongados. A través de tetinas, chupetes, juguetes...
- Complicaciones: dermatitis del pañal por la aparición de hongos en las heces. Contagio del pecho de la madre.
- Tratamiento: hay que limpiar el interior de la boca y la lengua del bebé con una gasa empapada en agua esterilizada y bicarbonato (una cucharada de bicarbonato en una taza de agua). Repetir 4 ó 5 veces al día. Si no se obtiene un efecto satisfactorio se acudirá al pediatra quien administrará una solución de nistatina.

Oído

La limpieza de los oídos debe limitarse a su parte externa, basta con un paño humedecido que recorra el pabellón auricular. El cerumen ejerce un efecto protector y no debe ser eliminado. Sólo cuando produzca una obstrucción completa deberá ser extraído por parte del ORL y/o pediatra.

Si el bebé se causa erosiones con sus uñas, hasta que el pediatra permita cortar las uñas, será necesario usar unas manoplas.

Jamás utilice gotas, aceite, leche...en el interior del oído; salvo prescripción de su médico.

Nariz

Que un niño sea mocoso parece una regla inmutable. El moco es una barrera defensiva de la vía respiratoria y aumenta en función del grado de irritación de la misma. Muchas madres se sienten inseguras y nos plantean en la consulta de ORL infantil sus dudas en relación a este tema. Si es un mecanismo de defensa, ¿mejor no hacer nada?

¿Por qué es importante el lavado nasal?

Los bebés respiran el 90% del tiempo por la nariz y si la tienen obstruida por moco, les impide respirar y comer sin fatigarse. Además como su organismo es más vulnerable a las bacterias y virus, se acumula en las vías respiratorias, provocando infecciones con mayor facilidad. Los lavados nasales tienen efectos beneficiosos dado que disminuyen la inflamación de la mucosa nasal y arrastran las secreciones lo que hace que los medicamentos tópicos sean más efectivos.

¿Cuándo realizamos el lavado nasal?

No hay que obsesionarse con quitarle continuamente los mocos al niño, en realidad se recomienda hacerlo tantas veces como sea necesario para que él esté cómodo y respire mejor teniendo en mente que el lavado les molesta. Si sólo les queda un poco de moco que no les impide respirar ni comer lo mejor es no insistir y volver hacer lavados cuando sea preciso. Salvo que esté resfriado (pueden hacerse varios lavados al día) basta con quitarlos antes de dormir, para que descanse mejor y antes de comer, ya que al tener la boca llena tendrá que respirar por la nariz.

No hay un momento predefinido como hemos dicho, sin embargo sí que hay momentos en los que el moco sale un poco más fácil, como después del baño cuando el vapor de agua fluidifica un poco el moco.

¿Cómo se hace?

La postura idónea también plantea frecuentes dudas entre los padres. En los bebés que no se mantienen sentados hay que hacerles el lavado nasal tumbado, pero nunca boca arriba porque vamos agobiar al niño y no facilitamos la salida del suero. Lo mejor es colocarlo de lado y hacer el lavado por el orificio más alto para que salga por el otro lado. Lo más probable es que el niño no quiera cooperar y haya que sujetarlo con firmeza.

En cuanto el niño aprende a sonar la mejor manera es de pie, sobre el lavabo, para luego expulsar el aire por la nariz y arrastrar de esta manera el moco al exterior.

En caso de utilizar un aerosol, lo que hay que hacer es apoyar el aplicador en el orificio de la nariz lo mínimo para hacer entrar el contenido en ella. La presión está limitada y adecuada a cada edad, por lo que es difícil hacer daño con ella. Un exceso de presión podría hacer que los microbios de la nariz vayan hacia los oídos.

Las jeringas son menos recomendables porque es difícil controlar la presión de la administración.

En caso de utilizar botellita de suero individual lo ideal es hacer entrar el suero en la nariz como si de lágrimas se tratara gotita a gotita. Un truco es calentar primero a temperatura similar a la del cuerpo ya que así el niño no se da cuenta hasta que le llega a la garganta. En ese caso si puede hacerse con el bebé boca

arriba aunque lo ideal es que tras unas cuantas gotas le pongamos de lado.

¿Con qué lo hacemos?

1 ▶ Suero fisiológico: se trata de agua a la que se ha añadido sal para que esté en una proporción fisiológica, es decir, para que se asemeje a los fluidos de nuestro organismo. Se puede comprar en diferentes formatos:
envases grandes para su extracción con jeringa
frasquito cuentagotas
spray (poco frecuente)
ampollas monodosis: el más usado por su " tamaño bolsillo"

2 ▶ Agua de mar: solución estéril de cloruro sódico que se obtiene directamente del mar mediante una filtración. Conserva todos los minerales del mar beneficiosos para la mucosa nasal. En este caso la presentación más popular es en forma de spray. Existen diferentes fuerzas en función de la edad y dos tipos de agua de mar en función de la concentración salina:

- Agua de mar isotónica: la concentración de cloruro sódico es igual a la del suero fisiológico. Son las más adecuadas para la higiene diaria, obstrucción nasal, sequedad...
- Agua de mar hipertónica: su concentración de cloruro sódico es superior. Ello hace que aumente su capacidad descongestiva por un proceso natural disminuyendo la inflamación y el edema. Se recomienda en caso de resfriado y como complemento de los tratamientos de los problemas de la esfera otorrinolaringológica. Es una buena opción durante el embarazo y así como la isotónica puede emplearse desde el primer día de vida la hipertónica se recomienda a partir del primer mes de vida.

3 ▶ Existen otros dispositivos comerciales para lavados nasales como Lota, "net-pots "... que se han convertido en tratamientos populares para la congestión de la nariz.
La FDA advierte del riesgo de infección asociado por el uso inapropiado de aquellos que incluyen bombillas, botellas exprimibles y dispositivos de agua a presión que funcionen con baterías. Es importante además saber de dónde proviene el agua usada en ellos dado que el agua del grifo no tratada o procesada de una manera específica no es segura para su uso en lavados nasales; podría contener microorganismos tales como bacterias y protozoos que podrían causar infecciones. En caso de utilizar agua del grifo se debería hervir entre tres y cinco minutos y dejarla enfriar hasta que esté tibia en un envase limpio y cerrado para usarlo en las primeras 24 horas.

¿Puedo producir una otitis por abusar de los lavados nasales?

Se pueden hacer lavados varias veces al día lo que prueba su inocuidad.
El riesgo de producir una otitis se produce cuando introducimos el suero a una cierta presión positiva (jeringazo) debido a lo corta que es la trompa de Eustaquio en los niños y a que a edades más pequeñas está más horizontalizada que en los adultos. El líquido administrado a presión puede arrastrar moco y secreciones al interior del oído y provocar una otitis media.

¿Conviene usar un aspirador nasal?

En ocasiones los lavados nasales no son suficientes y puede ser útil retirar el exceso de moco.
Hay dos tipos:

- La pera: ejerce una presión muy variable en función de la forma e intensidad con que lo utilicemos. Con una presión negativa elevada se puede favorecer la otalgia.
- Aspiradores nasales anatómicos: el padre aspira a través de un tubito y la mucosidad queda retenida en un depósito. Conviene administrar antes suero para humedecer la zona. Es decir, un buen aspirador usado con cuidado por parte de los padres, no sólo no es perjudicial sino recomendable para prevenir infecciones en aquellos casos en los que es imposible retirar el moco de otro modo.

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

Diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional

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

Durante el año 1992 se desarrolló por parte de la Asociación Americana de Pediatría (AAP) una campaña de divulgación conocida como "Back to sleep" para intentar disminuir el número de casos de "muerte súbita del lactante". En esta campaña se recomendaba que los niños fueran colocados boca arriba para dormir. Como resultado, algunas estadísticas destacan que se consiguió disminuir la mortalidad hasta en un 40%, por lo que actualmente no parece aconsejable cambiar una estrategia que ha tenido tanto éxito. Sin embargo y ya por la misma época, se comenzaron a publicar en USA los primeros datos del alarmante aumento de las deformaciones craneales conocidas como "plagiocefalias posicionales posteriores u occipitales" y que sin duda está en relación con esta campaña y, por consiguiente, con el hábito ya bien establecido de que los lactantes duerman sobre sus espaldas.

La incidencia de estas deformaciones craneales seguramente ha aumentado en la actualidad, al estar la población más alertada sobre el problema de la muerte súbita, pero sin la contrapartida de tener suficiente información para prevenir el desarrollo de la plagiocefalia. Actualmente, la plagiocefalia posicional es sin duda la causa más frecuente de asistencia en una consulta de neurocirugía pediátrica en nuestro medio. Es además previsible un incremento de esta demanda en el futuro. Si bien no hay evidencia científica actualmente que demuestre que la plagiocefalia posicional produzca otras alteraciones que no sean las de la deformación craneal y/o facial, estas deformidades pueden ser tan aparatosas que es comprensible la grave preocupación que ocasiona en muchas familias.

Sin duda la mayor dificultad ha sido el diagnóstico diferencial de la plagiocefalia posicional "no craneosinostótica" con los casos de "auténtica craneosinostosis occipital".

Atendiendo a la etiología de la deformación, la plagiocefalia posicional es de "carácter externo" porque está producida por fuerzas mecánicas externas que actúan sobre la sutura lambdoidea o la región posterior del cráneo, bien sea durante la vida intrauterina o posteriormente, a diferencia de la plagiocefalia craneosinostótica, que como todas las craneosinostosis es debida a factores intrínsecos que afectan a las propias suturas craneales (suturas lambdoideas). Diversos factores pueden actuar sobre la cabeza fetal produciendo un fenómeno de moldeamiento craneal: posiciones fetales prolongadas, embarazos múltiples, anomalías uterinas (útero bicorne), macrocefalia, grandes fetos, partos con fórceps o ventosas, etc. Después del nacimiento son también muy numerosas las causas que pueden ocasionar esta deformación por moldeamiento: una posición elegida por el lactante sin una razón clara, el apoyo sistemático de la cabeza en la región occipital de un lado o bilateralmente, durante el sueño o en períodos de despertar, la utilización constante de los modernos "carritos" portadores de los lactantes con el niño apoyando siempre la cabeza de la misma forma, la presencia de tortícolis debido a muy diversas etiologías, lesiones en los nervios oculomotores como el IV par o de la musculatura ocular y por último numerosas lesiones, incluso cerebrales, que favorecen la aparición de una plagiocefalia al disminuir la motilidad espontánea del niño.

Un mecanismo frecuente en la clínica es de carácter mixto: niños que ya nacen con asimetría craneal producida por moldeamiento intrauterino o durante el parto y que durante las primeras semanas de vida empeoran por asociarse cualquiera de los factores previamente citados, especialmente porque la cabeza siempre tiende a apoyarse permanentemente sobre el lado previamente aplanado, agravándose la situación todavía más cuando existe tortícolis.

La plagiocefalia posicional puede ser unilateral o también bilateral (paquicefalia) en un 20% de los casos. La historia natural de esta deformidad es difícil de establecer claramente, pero puede suponerse que en la adolescencia o la edad adulta un número indeterminado de estos niños pueden presentar alguna deformidad craneal o facial, generalmente en grados menores.

Diagnóstico clínico

Los datos clínicos más característicos son debidos al aplanamiento de la región parieto-occipital que hace que el peñasco se desplace anteriormente y hacia abajo y al mismo tiempo la región frontal homolateral se adelanta por crecimiento compensatorio. Así pues se producirá:

- Aplanamiento y también alopecia de la región occipital e incluso parietal.
- Abombamiento de la región occipital contralateral. Es posible también abombamiento parietal.
- Pabellón auricular ipsilateral adelantado y descendido.
- Frontal homolateral abombado.

Normal

Plagiocefalia

Braquicefalia

Escafocefalia

- Raíz nasal centrada.
- Región maxilar homolateral puede estar también abombada.

La forma del cráneo es la de un paralelogramo.

La plagiocefalia posicional puede acompañarse también de muchas otras lesiones. Sin duda, el tortícolis es la más frecuente. Esta contractura muscular de algunos músculos del cuello puede ser provocada por fibrosis de los esternocleidomastoideos producida como resultado de traumatismos en el parto, también por tumores de los propios músculos, pero actualmente se ha demostrado que la asimetría de los cóndilos occipitales es muy frecuente en las plagiocefalias, siendo, probablemente, ésta la razón más importante y frecuente para el desarrollo de tortícolis, así como de algunas alteraciones de los músculos oculares. La plagiocefalia puede también acompañarse de muy variadas lesiones del sistema nervioso central tal como se ha comentado anteriormente (macrocefalia, acúmulos de LCR extraaxiales, hidrocefalia, hemorragia perinatal, infecciones, espina bífida, e incluso retrasos en el aprendizaje o psicomotores.

Cuando la plagiocefalia posicional es bilateral, la cabeza adopta un aspecto braquicefálico y es conocida también con el nombre de paquicefalia. El aplanamiento afecta a ambas regiones occipitales, existiendo además una disminución del diámetro antero-posterior craneal. La morfología facial no se afecta, pero vista de perfil la cabeza en los casos más graves puede parecer que la región occipital ha sido "cortada por un hacha".

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, por lo que en la mayoría de los casos no son necesarios los estudios radiológicos. En los casos graves que no hayan mejorado con el tratamiento posicional se realizará preferentemente una TAC craneal y reconstrucción tridimensional para asegurar el diagnóstico diferencial con las craneosinostosis.

Tratamiento

El tratamiento de la plagiocefalia posicional consiste en una serie de medidas que en opinión de muchos autores deben ser escalonadas: rehabilitación, técnicas de ortesis craneal y la reconstrucción quirúrgica en último lugar. Durante todo el proceso, la información a las familias proporcionada por el pediatra y/o el rehabilitador debe ser lo más clara posible, educándoles especialmente en las medidas encaminadas a lograr una correcta rehabilitación posicional del niño. Así, por ejemplo, los cambios de posición lateral de la cabeza mientras el niño duerme, con ayuda de la inclinación del colchón, el aprovechamiento del tiempo en que el niño esté despierto para que practique movimientos de la cabeza y ejercicios en superficies duras y por supuesto el tratamiento del tortícolis con adecuados movimientos del cuello son todas ellas medidas fundamentales con las que los niños se curan en la gran mayoría de los casos durante los primeros meses de vida. Son los propios padres quienes deben realizar estos ejercicios al niño, para lo que deben ser instruídos adecuadamente por el pediatra o rehabilitador.

El tratamiento con ortesis craneal parece adecuado utilizarlo en determinados casos, especialmente en los casos refractarios a anteriores tratamientos, según una opinión generalizada que resulta mayoritaria. Como orientación general solamente se indicará un tratamiento con ortesis craneal en los casos de grado grave en los que la plagiocefalia se acompañe de clara deformación craneofacial, habiéndose ya agotado la posibilidad de tratamiento postural. Parece que la respuesta más idónea a este tipo de tratamiento puede ser obtenida a partir de los 4 meses de edad y hasta un límite de 12 meses, más allá de los cuales el cráneo deja de ser susceptible a moldeamientos externos. En todo caso y dado que este tratamiento genera unos costes evidentes, bien para las familias o en el caso de que exista financiación pública para la Administración, conviene sistematizar lo mejor posible su empleo.

Finalmente el tratamiento quirúrgico hay que reservarlo para los casos de craneosinostosis o bien para aquellos raros pacientes en los que los tratamientos anteriores no hayan tenido el efecto deseado.

Información para padres y familiares

Durante las primeras seis semanas de vida, los niños pueden tener una forma anormal de la cabeza debido a su paso por el canal del parto. Pasado este tiempo la cabeza suele recuperar un aspecto normal.

En los niños las deformidades de la cabeza más frecuentes son las llamadas posturales. En estas deformidades, las suturas (los huesos que forman el cráneo están unidos por un tejido que forma las suturas y que les permite estar flotando para dejar al cerebro crecer durante los primeros meses de vida) están abiertas permitiendo que el cerebro crezca sin que la deformación le produzca ningún daño. Las causas de estos cambios en la forma de la cabeza del niño son debidas a presiones ejercidas sobre los hueso del cráneo durante el embarazo y en otras ocasiones a partos difíciles, tortícolis o en la mayoría de las veces a dormir siempre sobre el mismo lado. Es en estas ocasiones cuando frecuentemente la parte posterior de la cabeza del niño (región occipital) comienza a aplanarse bien en un lado o en los dos. Esta deformación puede también acompañarse de un adelantamiento del pabellón auricular del mismo lado, así como también de la frente e incluso de la mejilla.

¿Qué hacer para evitarlas? Cambios posturales en la cuna.

¿Y para mejorarlas? Se deben de realizar una serie de sencillas medidas que en la gran mayoría de los casos van a curar al niño:

- Poner juguetes en el lado contrario al "plano" para que gire la cabeza.
- Colocar la cuna de tal forma que al niño se le estimule y hable desde el lado contrario al aplanado.
- Levantar el colchón poniendo una toalla o sábana hecha un rollo entre el propio colchón y el somier para inclinarlo.
- Permitir que el niño juegue sobre su "barriguita" durante los 3-4 meses primeros, siempre en presencia de los padres para fortalecer los músculos cervicales.
- En casos de dudas, consulte siempre con su pediatra.

Cuidados del linfedema en la paciente que ha sufrido cáncer de mama

Ignacio Gómez Ochoa. *Médico Rehabilitador del Hospital Reina Sofía de Tudela*
Leyre García Martín. *Enfermera del Hospital Reina Sofía de Tudela*
Teresa Cisneros Lanuza. *Médico Rehabilitador del Hospital Reina Sofía de Tudela*

El linfedema es el acúmulo anormal de líquido (linfa) provocado por una alteración en el sistema linfático y que conlleva a un aumento del volumen en el tejido afecto.

Según el factor productor del mismo se pueden clasificar en primarios (congénitos, infantiles, precoces y tardíos) y secundarios (inflamatorios-infecciosos, que predominan en los países subdesarrollados y, los neoplásicos, que predominan en nuestro medio).
Según la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), en España se diagnostican unos 26000 casos de cáncer de mama al año, lo que representa casi un 30% de todos los tumores que se presentan en las mujeres. Menos del 1% de cánceres de mama, afectan a la población masculina. El linfedema se presenta en mayor o menor medida tras la resección de los vasos linfáticos en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.

Complicaciones del linfedema

La complicación más frecuente es la infección debida al déficit inmunitario. Se puede manifestar como linfangitis, eritema lineal sobre el trayecto del vaso linfático o, como erisipela, infección cutánea propagada por el sistema linfático. La erisipela suele ir acompañada de afectación sistémica y su tratamiento específico es con Penicilina o con eritromicina en los alérgicos.

Tratamiento

El linfedema es un trastorno crónico cuyo

tratamiento es sintomático, conservador, de por vida y basado en la terapia física compleja. La cirugía de resección o reconstrucción se emplea en 1/1000 pacientes, con resultados controvertidos.
Los objetivos de la terapia física compleja son: **a)** reducción del volumen del edema; **b)** mantener o restablecer la función y aspecto de la extremidad afecta; y **c)** prevenir las complicaciones.
Esta terapia física compleja comprende las siguientes medidas coadyuvantes:
1.- Medidas de prevención, higiene y cuidado de la piel: la piel deberá estar bien hidratada, mediante el uso frecuente de cremas. Se deberán evitar traumatismos sobre la extremidad así como el uso de prendas ajustadas, relojes o anillos. No se deberán usar cosméticos irritantes y se deberá mantener la extremidad alejada de fuentes de calor (Sol, freidoras, braseros,...). Se evitará la carga excesiva de pesos y se tendrá especial cuidado en el corte de las uñas.
2.- Cinesiterapia y tratamiento postural: el tipo de cinesiterapia consistirá en movilizaciones activas de tipo aerobio, combinadas con fases de relajación. Los ejercicios isométricos no están contraindicados, pero un exceso en la frecuencia de su realización producirá un aumento en el flujo sanguíneo, provocando un aumento del edema. Los ejercicios respiratorios deben realizarse para favorecer el drenaje linfático al conducto torácico.
En el enlace http://mastectomia.sermef.es/ de la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación, se muestra, mediante diferentes vídeos, la manera de realizar los ejercicios.
3.- Drenaje linfático manual, vendas y prendas de contención: la técnica del drenaje linfático manual se basa en el uso de las vías de derivación consideradas secundarias (vías colaterales, anastomosis linfovenosas) y el estímulo contráctil de los linfangiones de los vasos linfáticos en la zona afecta por el linfedema. Es una técnica especializada, que comprende dos maniobras (evacuación y resorción) y debe ser realizada por fisioterapeutas preparados y conocedores de la técnica. Esta técnica no debe aplicarse de manera aislada, sino que se complementará con el uso de vendajes de baja elasticidad que mantendrá la mejora experimentada tras la sesión de drenaje. Tras la estabilización del edema, se usarán manguitos de contención hechos a medida.
4.- Presoterapia: Mediante aparatos de compresión neumática secuencial multicompartimental (PNSM), que generan un gradiente de presión en sentido distal a proximal. No debe usarse únicamente como una terapia aislada, sino que tiene que ir acompañado del drenaje linfático manual.

Cambios en el primer trimestre de embarazo

Dra. Marien Navarro Elizondo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

A medida que transcurre el embarazo se van produciendo cambios importantes en el cuerpo de la madre, algunos muy visibles, otros menos. Estas transformaciones anatómicas, químicas y fisiológicas sirven para proporcionar al futuro hijo los elementos indispensables para su desarrollo.

Además de aumentar de peso, las modificaciones más espectaculares que experimenta el cuerpo de la futura madre son el cambio del tamaño del útero y de los senos. Sin embargo, también se registran algunos cambios más discretos en los sistemas circulatorio, respiratorio, urinario y digestivo.

Cambios en el utero

Los cambios en el útero y los pechos de la embarazada son sin duda la transformación más visible que sufre el cuerpo de la mujer durante el embarazo.

El útero empieza a crecer desde el principio mismo del embarazo. Su tamaño tiene que aumentar de 6,5 cm a 32-33 cm, su peso pasar de unos 50 o 60 gr a más de 1 kg; , y su capacidad, de 2 ó 3 mililitros a 4 ó 5 litros. Desde fuera, sólo se notan los cambios a partir del cuarto o quinto mes del embarazo, pero con sólo un mes o mes y medio, el médico ya podrá, mediante la palpación, apreciar la transformación del útero: de la inicial forma triangular ha pasado a ser redondo, se ha flexibilizado y ya ha alcanzado el tamaño de una naranja.

Esta evolución proseguirá a lo largo de los meses. Los órganos como el estómago, los intestinos y la vesícula se irán adaptando, mientras que la pared del vientre, elástica, se distenderá poco a poco. La figura también cambiará y puede que el tronco se arquee, tirando hacia atrás los hombros para compensar el peso del abdomen.

Cambios en el pecho

Uno de los cambios que se producen en el cuerpo de la mujer durante el embarazo son en los pechos ya que empiezan a hincharse y a aumentar de peso desde los primeros meses. Este desarrollo se acompaña a veces de picores y punzadas. Al cabo de pocas semanas, la areola se oscurece, se abomba y aparecen pequeños bultos (los llamados tubérculos de Montgomery).

Las venas de los pechos, que suelen estar muy irrigados durante el embarazo, se hacen más visibles. En algunas ocasiones, a partir del cuarto mes, rezuma de los pezones un líquido amarillento y viscoso: se trata del calostro.

Cambios hormonales

El embarazo va acompañado de complejos procesos hormonales que permiten al organismo de la embarazada adaptarse a sus nuevas necesidades. Dos hormonas son las principales causantes de estos cambios: la progesterona y los estrógenos.

El equilibrio entre estas hormonas permite la implantación del huevo en el útero; también son estas hormonas las que garantizan la supervivencia del feto gracias a su acción sobre los músculos lisos, como el útero, que impide las contracciones uterinas durante el embarazo. La única hormona que sólo se segrega a lo largo del embarazo es la hormona gonadotropina coriónica, que interviene en el mantenimiento del cuerpo amarillo al principio del mismo. A lo largo de la gestación, entrarán en juego otras hormonas, como la prolactina, que activa la modificación de los pechos con vistas a la lactancia, y la oxitocina, bajo cuya influencia se desencadenará el parto.

Cambios digestivos

En el caso del sistema digestivo, es el efecto de las hormonas lo que más perturba su funcionamiento y el que normalmente provoca ciertas molestias.

La secreción de saliva aumenta repentinamente al principio del embarazo. Las encías se vuelven más sensibles y sangran durante el cepillado. Los complementos de calcio, fósforo o flúor, que recomiendan algunos médicos de forma preventiva durante el embarazo, no protegen contra las caries dentales, que son, al parecer más frecuentes durante este periodo.

Bajo la influencia de una hormona especialmente activa durante el embarazo, la progesterona, el estómago se vuelve más perezoso, menos tónico, y esto provoca a veces las náuseas que suelen tener algunas mujeres embarazadas. Los intestinos también se distienden por efecto de la progesterona. El tránsito digestivo se ralentiza y puede generar una tendencia al estreñimiento.

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

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

Ejercicios para la incontinencia urinaria

Cómo realizar el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico

Amparo Santamaría Torroba. *Médico Rehabilitador. Profesora Asociada fisioterapia UPNA. Tudela.*
Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN. NAVARRA.*

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de manera objetiva y que puede llegar a constituir un problema social o higiénico.

Hagamos un repaso de los músculos que conforman todo el periné:

Músculos del periné

Plano profundo: M Elevador del ano y coccigeo.

Plano medio o urogenital: Transverso profundo del periné y esfínter de la uretra.

Plano superficial: Esfínter externo del ano, Transverso superficial, Isquiocavernoso y Bulboesponjoso. (Ver Figura 1)

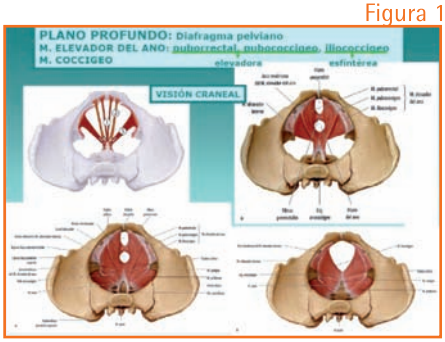
Entrenamiento muscular del suelo pélvico : Ejercicios de los músculos pélvicos

Se basa en los principios de entrenamiento de la fuerza. Son programa de contracciones musculares voluntarias y repetidas del suelo pélvico enseñado y supervisado por un profesional de la asistencia sanitaria.

Los objetivos son:

- Mejorar el apoyo de los órganos que se encuentran en la pelvis
- Aumentar la presión dentro de la uretra (conducto que lleva la orina desde la vejiga al exterior) durante el esfuerzo
- Requiere motivación y una instrucción cuidadosa

Figura 1



1.-Entrenamiento muscular del suelo pélvico EJERCICIOS DE KEGEL. Arnold Kegel desarrolló estos ejercicios para sus pacientes en la década de 1940 como método para control de la incontinencia urinaria. Su artículo fue publicado en 1948 .

Ejercicios de Kegel:

- Requiere que se sepa hacer contracciones de los músculos correctamente.
- Ejercicios de resistencia progresiva (ir aumentando lo que aguantamos poco a poco).
- Mejoran la continencia entre la 6-12 semana.
- Beneficio continuado hasta los 6 meses.

Para localizar los músculos del suelo pélvico, se indica hacer como si aguantara el chorro de orina, sin contraer los músculos del abdomen, cadera.

Solamente debe hacerse para identificar los músculos y no como ejercicio cuando se ha comenzado a orinar ("stop pipi o cortar chorro") porque se podría producir alteración en el reflejo normal de la micción.

●**Ejercicios de Kegel** (el lento, el rápido, el ascensor, la onda). Los nombres nos ayudarán a facilitar su aprendizaje:

1."El lento". Contrae los músculos de la pelvis como si quisieras detener la orina.

Aguantas la contracción durante 5 seg y relájalos otros 5 seg. Repite la serie 10 veces.

2."El rápido". Contraer y relajar el músculo pubococcígeo (su contracción se percibe al sentir presión sobre un dedo introducido en la vagina) tan rápido como puedas hasta que te canses o hasta que transcurran 2 ó 3 minutos. Haz 3 repeticiones, 4 veces al día y aumentando hasta llegar a 50 repeticiones diarias.

3."El ascensor". Más complicado. Requiere entrenamiento y concentración. La vagina es un tubo muscular compuesto de anillos uno sobre otro, el ejercicio consiste en contraer 1 anillo a la vez e ir subiendo hasta alcanzar el último anillo (no más de 5).

De regreso, también baja del quinto anillo hacia el primero deteniéndote 1 segundo en cada uno.

Cuando bajes al último haz un pequeño empujoncito hacia afuera (como cuando el parto) y finalmente relaja toda la musculatura durante unos segundos.

No olvides respirar correctamente y de no hacer el ejercicio con los músculos abdominales

4."La onda". El último de los ejercicios Kegel requiere un poco más de concentración. Debes saber que algunos músculos del suelo pélvico tienen la forma de un 8, pero con 3 anillos: uno a la par de la uretra, otro alrededor de la vagina y otro alrededor del ano.

Para este ejercicio debes contraer estos músculos de adelante hacia atrás y luego relajarlos de adelante hacia atrás (Ver Figura 2)

Existen estudios en los que realizando tres series de 8-12 contracciones a velocidad lenta, mantenida 6-8 segundos , realizadas 3-4 veces por semana continuando al menos 15-20 semanas aparecen mejoría en al menos 1 episodio de incontinencia menos por día

●**Entrenamiento muscular del suelo pélvico: GIMNASIA HIPOPRESIVA, CAUFRIEZ, 1980**

Conjunto de técnicas posturales creadas por el Dr Marcel Craufiez que hacen que disminuya la presión dentro del abdomen, se activen de forma refleja los músculos del suelo pélvico y de la faja abdominal, se reduzca el riesgo de IU y de descensos viscerales al mismo tiempo que reequilibramos la estática de la columna vertebral.

Duración: 20 minutos/día

No esta indicado en pacientes hipertensos no controlados y en el embarazo.

Está indicada:

- Mujeres con debilidad en la musculatura abdominal
- Mujeres que practican deportes de impacto,

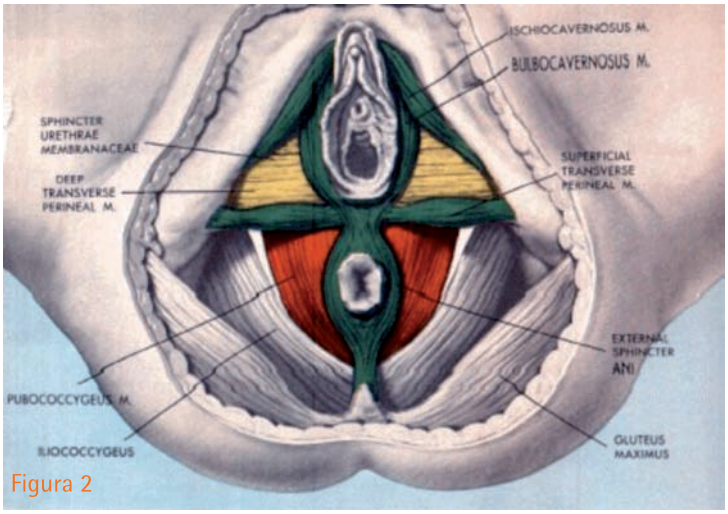


Figura 2

como el tenis, la equitación, aeróbic, saltos, etc.

- Antecedente de parto vaginal, cirugía abdominal o ginecológica
- Problema de incontinencia de orina

Los ejercicios hipopresivos deben ser instruidos por un profesional. Son los siguientes:

Posición de pie.

- Rodillas ligeramente flexionadas
- Brazos en jarra con las manos sobre las caderas, pero sin apoyarse en ellas
- Inclinarse ligeramente hacia delante con el tronco
- Meter el mentón sin flexionar la cabeza

En esta posición coger el aire por la nariz echarlo por la boca. Hacer dos o tres respiraciones tranquilamente. En la última cuando acabamos de echar el aire, bloqueamos la respiración haciendo como que cogemos aire empezamos a meter la tripa hacia dentro como "subirla entre las costillas" al mismo tiempo que intentamos "sacar los brazos del hombro" y "crecer" metiendo el mentón hacia dentro.

Mantenemos esta posición todo el tiempo que podamos estar sin respirar

Se repite el ejercicio variando la posición de las manos:

- Colocándolas por delante de las caderas, con las puntas de los dedos rozándose
- Colocándolas por delante de las caderas y subiendo los brazos como las bailarinas al hacer ejercicio.

Posición sentada

En posición sentada tipo indio con las piernas cruzadas y la espalda recta se realiza el ejercicio de la misma forma que lo hemos hecho de pie.

Posición tumbada: con las rodillas flexionadas al igual que los brazos que están en semiflexion a la altura del pecho y se realiza el ejercicio de la misma forma que hemos hecho de pie.

Hay diferentes posturas que puedes hacer de pie, de rodillas, sentada y tumbada. Se debe elegir 3 ó 4. Lo ideal es hacerlos por la mañana, tras haber ido al baño y bebido agua. Mejor que no se hagan tras las comidas o antes de acostarse.

Recomendaciones

Hacer un calendario miccional (apuntará durante 7 días el número de veces que va al baño durante el día y durante la noche).

Aconsejar a la mujer que cuando vaya a orinar no haga fuerza con la musculatura abdominal, es decir, no apriete con la tripa para desencadenar la micción.

No aguantar las ganas de orinar, esto conlleva a grandes vejigas con dificultad de contracción y posibilidad de residuos de orina y por tanto de infección.

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

Doctor, tengo un bulto en el pecho, ¿qué hago?

Dra. Nerea Yanguas Barea y Dr. David Ibáñez Muñoz
Especialistas en Radiodiagnóstico. Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra)

El hecho de encontrar un bulto en el pecho al palpar la mama puede ser motivo de preocupación de cualquier mujer, y lo más probable es que lo primero que nos venga a la cabeza sea la posibilidad de que se trate de un tumor maligno. Sin embargo, lo más habitual es que esa no sea la causa.

Normalmente se trata de otras patologías benignas o incluso de la propia morfología del tejido que forma la glándula mamaria, que además va variando a lo largo de la vida de la mujer, en función de sus fluctuaciones hormonales. Entre los 18 y los 40 años, la mayor parte son debidos a patología benigna, mientras que la patología maligna es más habitual en mujeres en torno a la menopausia o tras la misma.

A pesar de la edad de la mujer, cuando aparezca un nódulo o bulto en el pecho, debemos consultar a un experto, para intentar averiguar su naturaleza, especialmente si es una lesión que aparece por primera vez, si persiste más de dos-tres semanas y si no desaparace tras la menstruación.

Lo más recomendable es consultar con el médico de Atención Primaria, que, en función de la exploración y de la sospecha, puede remitir al ginecólogo como especialista de referencia, o podría solicitar alguna exploración complementaria. Para la consulta con el médico es importante intentar facilitar el diagnóstico y para ello es conveniente poder responder a determinadas preguntas como: ¿En qué fase del ciclo menstrual me encuentro? ¿El bulto apareció antes de la regla o después? ¿Ya me lo había notado en otras ocasiones?

Además de estas preguntas, el facultativo realizará una historia clínica completa, teniendo en cuenta los antecedentes personales y familiares, datos acerca de la menstruación, tratamientos hormonales, etc. También efectuará una exploración de las mamas y de las axilas y es probable que solicite alguna otra prueba para ayudar al diagnóstico preciso.

Las exploraciones que se suelen realizar en este tipo de casos son la mamografía y la ecografía. Se trata de técnicas diferentes, que resultan complementarias en muchas ocasiones, de ahí que muchas veces se hagan ambas. La elección de una u otra técnica de entrada variará en función de la edad de la paciente y de la sospecha diagnóstica.

En función de los hallazgos encontrados en estas exploraciones, es posible que se proponga a la paciente realizar una punción para obtener una pequeña cantidad de muestra que se envíe a analizar y precisar así el diagnóstico. Existen varios tipos de agujas con las que se puede realizar la punción, si bien la mayor diferencia entre ellas es el calibre: algunas son de calibre fino y permiten obtener una pequeña cantidad de muestra, y otras son de calibre más grueso, que permiten conseguir mayor cantidad de tejido mamario. Aún así, en muchas ocasiones no será necesario recurrir al análisis del tejido sino que será suficiente seguir un control periódico.

¿Cuáles son las patologías más habituales?

Debido al desarrollo de las glándulas mamarias a lo largo de la vida, el tipo de patología benigna varía a lo largo de ella. La primera etapa corresponde a la del desarrollo (hasta los 18-20 años) y en esta época los lóbulos de la mama aumentan de tamaño y pueden dar lugar a los fibroadenomas. En la segunda etapa, la de la actividad hormonal cíclica regular o época reproductiva (hasta los 40 años aproximadamente), es frecuente la mastopatía fibroquística, con dolor y abultamiento coincidiendo con los ciclos menstruales. En esta etapa también pueden aparecer episodios de mastitis o inflamaciones de la glándula mamaria, durante la lactancia. La tercera etapa es la fase de involución, que comienza a partir de los 40 años aproximadamente y en la cual el envejecimiento de los lóbulos mamarios puede ocasionar quistes.

¿Cómo reconocerlas y cómo se tratan?

Los fibroadenomas son nódulos redondeados, muy móviles, indoloros y con crecimiento muy lento. Frecuentemente disminuyen su tamaño o desaparecen, por lo que lo recomendable es llevar un control periódico. En casos de aumento rápido de tamaño, deformidad del pecho o dolor, podrían extirparse.

La mastopatía fibroquística se manifiesta como zonas irregulares o densas en el pecho, con dolor y pesadez los días previos a la menstruación, que pueden mejorar con antiinflamatorios. No se considera en sí misma una enfermedad sino una alteración frecuente en muchas mujeres.

Los quistes son nódulos lisos y móviles, que pueden ser imperceptibles o resultar dolorosos e incómodos en función de su tamaño. Pueden ser controlados o puncionados para alivio de los síntomas o para determinar el tipo de quiste.

¿Y los que no son benignos?

En España se diagnostican unos 26000 nuevos casos de cáncer de mama según la Asociación Española contra el cáncer. A pesar de que supone el tumor más frecuente en mujeres en nuestro país, la tasa de curación es muy elevada, sobre todo cuando se detecta en fases iniciales. Aunque algunos estudios recientes indican que el riesgo de padecer cáncer de mama se puede reducir realizando ejercicio físico de forma regular (al menos 4 horas a la semana), evitando el sobrepeso y la obesidad tras la menopausia asi como el consumo regular de alcohol, no existe ningún método claro de prevención de estos tumores. Por ello es importante detectarlo cuanto antes y para ello es fundamental la autoexploración.

¿Cómo autoexplorarse la mama?

Debemos realizar la autoexploración del pecho todos los meses para poder conocer la estructura normal de nuestras glándulas y hay que llevarla a cabo los días posteriores a la regla ya que los pechos están más laxos. Lo primero es colocarnos ante el espejo con los brazos colgando y después levantarlos por encima de la caveza observando si hay cambios en la forma, el tamaño, tirantez en la piel, inflamación y secreción o sangre en los pezones. A continuación palparemos la mama con los dedos juntos y usando no sólo la punta sino las falanges, presionando suavemente y en pequeños movimientos circulares, recorriendo toda la glándula como siguiendo las agujas del reloj. Para la zona cercana al esternón resulta más recomendable hacer la exploración tumbada en la cama, con el brazo flexionado y la mano bajo la cabeza.

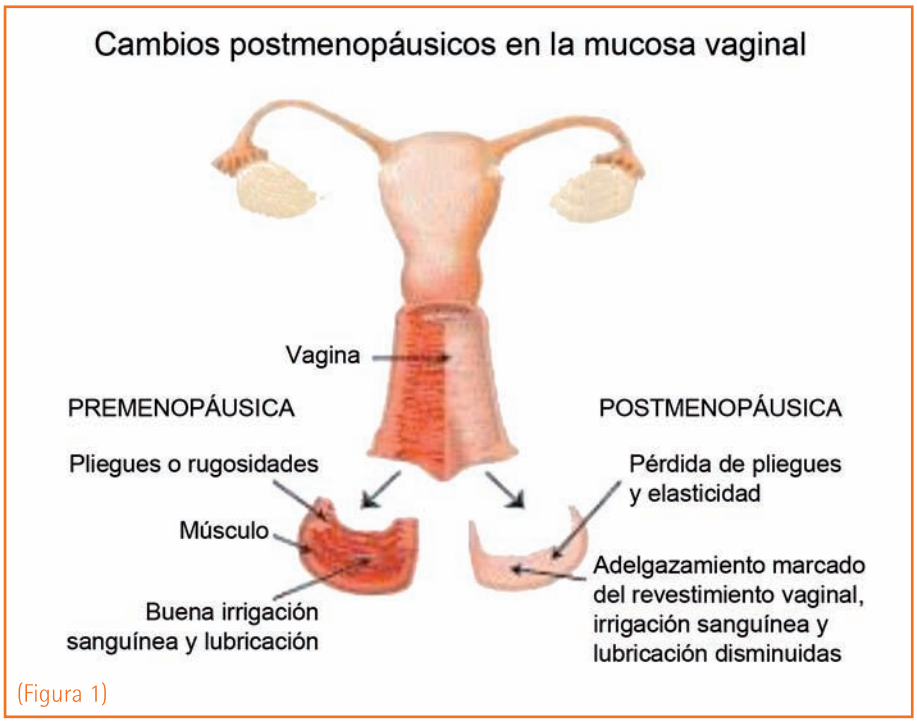
Si tras la autoexploración encontramos alguna variación respecto a los meses previos, es el momento de consultar con nuestro médico de familia para evaluar los hallazgos y actuar en consecuencia.

Sequedad vaginal en la menopausia y uso de estrógenos locales

Olga Cañizares El Busto y Ana Espelosín Betelu
DUE CAM Ensanche

Según la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), la menopausia es un momento de la vida de la mujer caracterizado por el cese de la menstruación, y que inicia una etapa de la vida que se conoce como climaterio. Esta etapa representa la transición entre el período fértil y la vejez. A pesar de no ser una enfermedad, provoca, en la mayoría de las mujeres, síntomas molestos que afectan a su calidad de vida.

La edad media oscila entre los 48 y 54 años. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la función ovárica, y en consecuencia la baja producción de hormonas femeninas: estrógenos y progesterona. (Ver Figura 1)



(Figura 1)

Signos y síntomas de menopausia

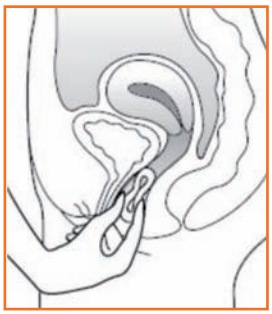
- Amenorrea: es la falta de regla. Se suele hablar de una menopausia establecida, cuando ha pasado un año de la última menstruación.
- Sofocos y/o insomnio
- Cambios en la vida sexual: disminución de la líbido ó apetencia sexual, sequedad vaginal que produce dolor en las relaciones...
- Cambios en la figura: la grasa se distribuye de forma diferente, se acumula más en la zona de abdomen/cintura
- Osteoporosis: se sabe que la disminución de masa ósea aumenta el riesgo de fracturas óseas
- Alteraciones del ánimo: disminución de la energía, cansancio, abatimiento, falta de concentración, ansiedad, irritabilidad, agresividad...
- Alteraciones cardiovasculares: los estrógenos ejercen un papel protector sobre el corazón y vasos sanguíneos. Al disminuir en la menopausia, puede aumentar el colesterol, los triglicéridos, la tensión arterial...

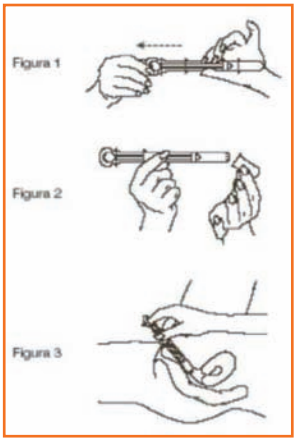
Durante la menopausia, la reducción de los niveles de estrógenos hace que muchas mujeres experimenten sequedad vaginal y pérdida de elasticidad, lo que puede provocar que muchas mujeres tengan relaciones sexuales dolorosas. También se produce un adelgazamiento de la mucosa y alteraciones de la flora vaginal, lo que también la hace más sensible a las infecciones.

El tratamiento con bajas dosis de estrógenos vaginales puede ayudar a mejorar estos síntomas. Se pueden administrar en óvulos, crema o mediante la inserción de un anillo vaginal, que permanece en la vagina durante tres meses y va liberando estrógenos lentamente.

Estos fármacos de estrógenos locales, tienen un efecto vasodilatador y por eso aumentan la irrigación sanguínea en la vagina.

Cabe destacar que su paso al resto del organismo es muy limitado, pero, a pesar de ello, no suelen recomendarse a mujeres que tengan ó hayan tenido cáncer de mama.


Anillo vaginal con estrógenos



Aplicación de estrógenos en forma de óvulos ó crema vaginal

Cuidados de salud durante la menopausia

Arantxa Fajardo Gómara. *D.U.Enfermería. Urgencias Hospital Reina Sofía de Tudela*

Durante el climaterio se producen importantes cambios en la vida de la mujer, tanto desde el punto de vista físico, psicológico y social. La educación sanitaria durante este periodo se convierte en un elemento clave en la promoción de la salud.

La educación sanitaria va encaminada a que la mujer en esta etapa pueda poner en práctica unos autocuidados para mantener la salud y el bienestar, centrándonos en procurar una dieta adecuada, evitar tóxicos y mantenerse activa, tanto a nivel físico como mentalmente.

Alimentación

Una adecuada alimentación durante toda la vida ayuda a conseguir un buen estado de salud al llegar a la menopausia, y durante ésta es importante ayudar a la prevención de la osteoporosis, problemas digestivos y aumento de peso a través de una dieta con adecuado aporte de calcio, fibra y contenido calórico.

Dentro de la alimentación es muy importante el aporte de calcio debido a que durante la menopausia es donde se produce mayor pérdida de masa ósea, debido a la disminución de estrógenos, por lo que se recomienda aumentar su ingesta a 1200- 1500 mg de calcio, siendo la principal fuente los productos lácteos, como leche, yogures y queso que son de los alimentos de donde mejor se absorbe, aunque también se encuentra en otros productos como vegetales, carne, pescados y huevos, siendo este calcio peor asimilado por nuestro organismo.

No nos podemos olvidar de un adecuado aporte de vitamina D que permite la absorción del calcio.

La fibra contenida en la alimentación es de gran importancia porque ayuda a absorber, digerir los alimentos y facilita el tránsito intestinal, previniendo el estreñimiento junto con una ingesta adecuada de agua unos 1500- 2000 ml.

La mayoría de las mujeres experimentan un aumento de peso durante esta época, por lo que es necesario llevar una dieta equilibrada, sin exceso de ciertos alimentos como las grasas y los dulces, aumentando el consumo de frutas y verduras.

Por otro lado, se recomienda el consumo de alimentos ricos en ácidos grasos omega 3, que contribuyen a combatir el aumento de colesterol y triglicéridos, como el pescado azul. Productos como el aceite de onagra, borraja... son ricos en omega 6, esenciales para esta etapa de la vida pues aportan equilibrio hormonal y ayudan a hidratar la piel. Además, es muy aconsejable el consumo de alimentos ricos en isoflavonas como es la soja.

Entre los alimentos y sustancias tóxicas que se deben evitar está el café, tabaco y alcohol en exceso, ya que pueden contribuir a :

- Menopausia más precoz.
- Climaterio más sintomático.
- Envejecimiento acelerado.
- Mayor osteoporosis en mujeres fumadoras.
- El consumo aumentado de café favorece la eliminación de calcio.

Mantenerse activa

El ejercicio físico siempre es bueno para la salud y durante el climaterio es especialmente recomendable.

El ejercicio físico influye de forma relevante a disminuir la osteoporosis y al bienestar psicológico, incrementa la agilidad física y mental, ayuda a bajar el estrés y la rigidez muscular y equilibra nuestro estado de ánimo así como el sistema hormonal.

Entre los deportes a practicar destacan:

- **Andar:** Es uno de los ejercicios mas recomendables. Además de quemar calorías, evita el anquilosamiento de las articulaciones y previene la osteoporosis.
- **Gimnasia:** Importante que sea individualizada y dirigida por un experto. Recomendables ejercicios que favorezcan la extensión muscular tipo estiramientos y están contraindicados los ejercicios con saltos y torsiones en casos de osteoporosis.
- **Natación:** Mejora la capacidad cardiorrespiratoria y favorece la prevención de problemas de la espalda.
- **Baile o danza:** Es una actividad muy completa y divertida que puede practicarse en pareja.

Mantenerse ocupado mentalmente

Normalmente cuando se pasa por este periodo, nuestros hijos ya tienen la edad suficiente como para independizarse, y así lo hacen. La casa comienza a quedar vacía, pero no hay que quedarse en eso, sino buscar distintas actividades y hobbies. Es el comienzo de un nuevo periodo, en el que tenemos que disfrutar, pues es una fase realmente enriquecedora.

En general puede aconsejarse:

- Descubrir y potenciar al máximo las cualidades personales, para poder sentirse útil.
- Mantener la autoestima personal.
- Cultivar las relaciones sociales.
- Ocupar el tiempo de ocio y no dejarse abatir por el aburrimiento.

Entre las diversas actividades que se pueden realizar están los viajes, la pintura, los estudios, relacionarse con los amigos y gente de la misma generación...

La importancia del DHA en su visión

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

NUTRICIÓN Y VISIÓN

La influencia que el estilo de vida tiene sobre nuestro estado de salud es un hecho bien conocido. Una óptima función visual requiere que nuestro sistema visual absorba un aporte adecuado de nutrientes a través de la dieta. El DHA (ácido docosahexanoico) es un nutriente clave para la salud cerebral y visual de toda la familia.

En la tabla inferior se pueden observar algunos de los nutrientes más relevantes para el sistema visual y los alimentos que los contienen. En esta ocasión, se quiere dar importancia al DHA, ácido graso omega-3 de origen marino clave para la salud visual y que es un nutriente esencial para nuestro cerebro.

La retina, después del cerebro, es el segundo tejido corporal que más DHA demanda. A pesar de su importancia para nuestro organismo, somos incapaces de fabricar DHA, dependiendo enteramente de un aporte externo a través de la alimentación o suplementación.

DHA EN PEDIATRÍA Y EMBARAZO

Los niños prematuros, niños de embarazos gemelares, hijos de madres vegetarianas o niños de embarazos con una nutrición y hábitos no muy saludables, corren el riesgo de presentar carencias de DHA.

Durante y después del embarazo hay una alta demanda de DHA. Una deficiencia de éste en la gestación e infancia puede contribuir a desórdenes de aprendizaje y comportamiento como por ejemplo niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, dislexia, autismo, problemas de psicomotricidad e incluso problemas visuales. El DHA favorece a un mejor neurodesarrollo.

DHA Y SALUD VISUAL

El DHA es esencial para la correcta función de los fotorreceptores de la retina, además de promover la integridad del epitelio pigmentario retiniano. Es el ácido graso mayoritario en la región de la mácula, siendo por tanto un nutriente esencial para la función, preservación y regeneración de la retina. El DHA puede mejorar la agudeza visual, además de ser un nutriente que ofrece gran protección frente alteraciones de la retina (glaucoma, degeneración macular, retinopatías etc.), cataratas y de la superficie ocular (ojo seco, úlceras corneales etc.)

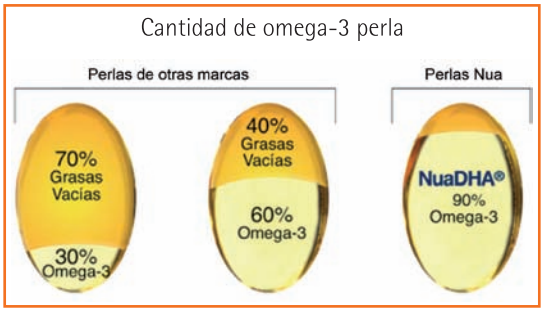
Desafortunadamente, el DHA es un nutriente deficitario en un porcentaje elevado de la población, a pesar de consumir pescado.

En **ÓPTICA EGÜÉS** es posible adquirir el producto NUA DHA, un complemento alimenticio a base de omega-3 con máxima pureza y concentración de los que existen en el mercado, sin metales pesados, sin lactosa ni gluten. A diferencia de otros preparados comerciales de omega-3, en éste sí es posible encontrar omega-3 en la totalidad de la perla y no con grasas vacías o sobrantes que no aportan nada. Una perla de NuaDHA 1000 contiene aproximadamente el 90% de omega-3, de los cuales más de un 85% son DHA. (Ver imagen)

En **ÓPTICA EGÜÉS** los especialistas en Baja Visión y Optometría pediátrica podrán estudiar su caso y le recomendarán las dosis de suplementación según la afectación visual o dificultad. ¡Visítenos!

Nota: Información obtenida de NUA Biological S.L www.nua-dha.com Suplemento alimenticio registrado en la U.E con nº Registro NUT2104/7.

Vitaminas	
Vitamina C	Naranja, kiwi, limón, fresas, pimientos …
Vitamina E	Almendras, avellanas, germen de trigo…
Vitamina A	Zanahoria, espinacas, brócoli, mango, pasas…
Minerales	
Zinc	Semillas de calabaza o sésamo, anacardos, chocolate negro…
Magnesio	Judías verdes, alcachofas, guisantes, plátano, frutos secos…
Selenio	Nueces, cebollas, setas, pescado y carne…
Otros	
Betacaroteno	Espinacas, zanahoria, calabaza, lechuga, espárragos verdes…
Luteína	Perejil, pistachos, yema de huevo,
DHA	Pescado azul (atún, salmón…)
Intente evitar lo siguiente: mantequilla, margarina, fritos, rebozados, quesos curados /semicurados, pan blanco, pasta blanca, patata frita, arroz blanco, azúcar, bebidas gaseosas y/o azucaradas, café y alcohol destilado.	



Lactancia materna: la alimentación del recién nacido

Helena Vicente García. *Dietista-Nutricionista. Colegiada NA00005*

Durante los primeros seis meses de vida, el mejor alimento que podemos ofrecer a nuestro bebé es la leche materna. Esta es la recomendación que dan entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría y asociaciones de peso en temas de lactancia, expresando que la lactancia materna es la manera normal y natural de alimentación y debe ser el método de elección para alimentar a todos los bebés de manera exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

A pesar de que la leche materna es el único alimento que toma el niño en esta etapa, cubre todas la necesidades de energía y nutrientes que necesita el bebé para un óptimo crecimiento y desarrollo, adaptándose a éste en cada momento. Para que así sea, la lactancia materna debe ser exclusiva y a demanda.

Composición de la leche materna

La leche materna se comporta como un fluido vivo y cambiante según los requerimientos del niño, modificándose así, tanto en composición como en volumen en función de las necesidades. Esta regulación la lleva a cabo sobre todo la demanda del niño y la succión que éste efectúe sobre las glándulas mamarias. Una mayor succión aumenta los niveles de prolactina y la secreción láctea de la madre, es decir, a mayor succión mayor producción de leche.

De aquí, que sea un alimento superior frente a los sucedáneos de la leche materna pues varia su composición a lo largo de la lactancia, a lo largo del día e incluso varia a lo largo de la toma.

Podemos encontrar diferentes tipos de leche producidas por la glándula mamaria:

- **Calostro:** fluido amarillento y espeso, rico en proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K) y minerales como zinc, hierro, selenio, manganeso y azufre. También tiene un elevado contenido en inmunoglobulinas (IgA) entre otros factores defensivos que protegen al bebé. Su producción dura unos 4 días tras el parto.
- **Leche de transición:** es la que se produce entre los días 4 y 15 tras el parto. Su volumen y composición irá cambiando hasta alcanzar la composición de la leche madura.
- **Leche madura:** es un alimento completo ya que contiene agua (88%); proteínas en cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño, con una fuente importante de aminoácidos esenciales; hidratos de carbono, con la lactosa como principal azúcar; grasas, en una proporción elevada (40-50%) ya que será la principal fuente de energía del bebé. También contiene todos los minerales y vitaminas que el niño necesita.

En cuanto a la relación entre la alimentación de la madre y la composición de la leche, existe una correlación en las cantidades de vitaminas, que variarán en función de la ingesta de la madre y en la calidad de los ácidos grasos, sobre todo por la ingesta de ácidos grasos esenciales. También puede verse afectada la cantidad de yodo y flúor en la leche dependiendo de la ingesta materna.

El resto de nutrientes mantienen unos niveles constantes en la leche materna independientemente de la ingesta de la madre.

La cantidad de líquidos ingeridos por la madre no influye en el volumen de la leche, aunque las mujeres suelen sentir más sed durante la lactancia.

Beneficios de la lactancia materna

Los beneficios tanto para el bebé como para la madre que amamanta son:

- Alimento inocuo, asequible y fácil de conseguir.
- Se adapta a las necesidades de cada momento.
- Contiene componentes inmunológicos.
- Es de fácil digestión.
- Presenta una baja carga de solutos.
- Reduce el riesgo de presentar síndrome de muerte súbita.
- Propicia una buena salud durante toda la vida a los niños.
- Mejores resultados en pruebas de inteligencia en adolescentes y adultos que fueron amamantados.
- Ayuda a reducir la hemorragia postparto.
- Favorece la involución del útero de la madre.
- Ayuda a la madre a recuperar más rápido su peso normal.
- Reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario en el futuro.
- Crea un vínculo afectivo madre e hijo.

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