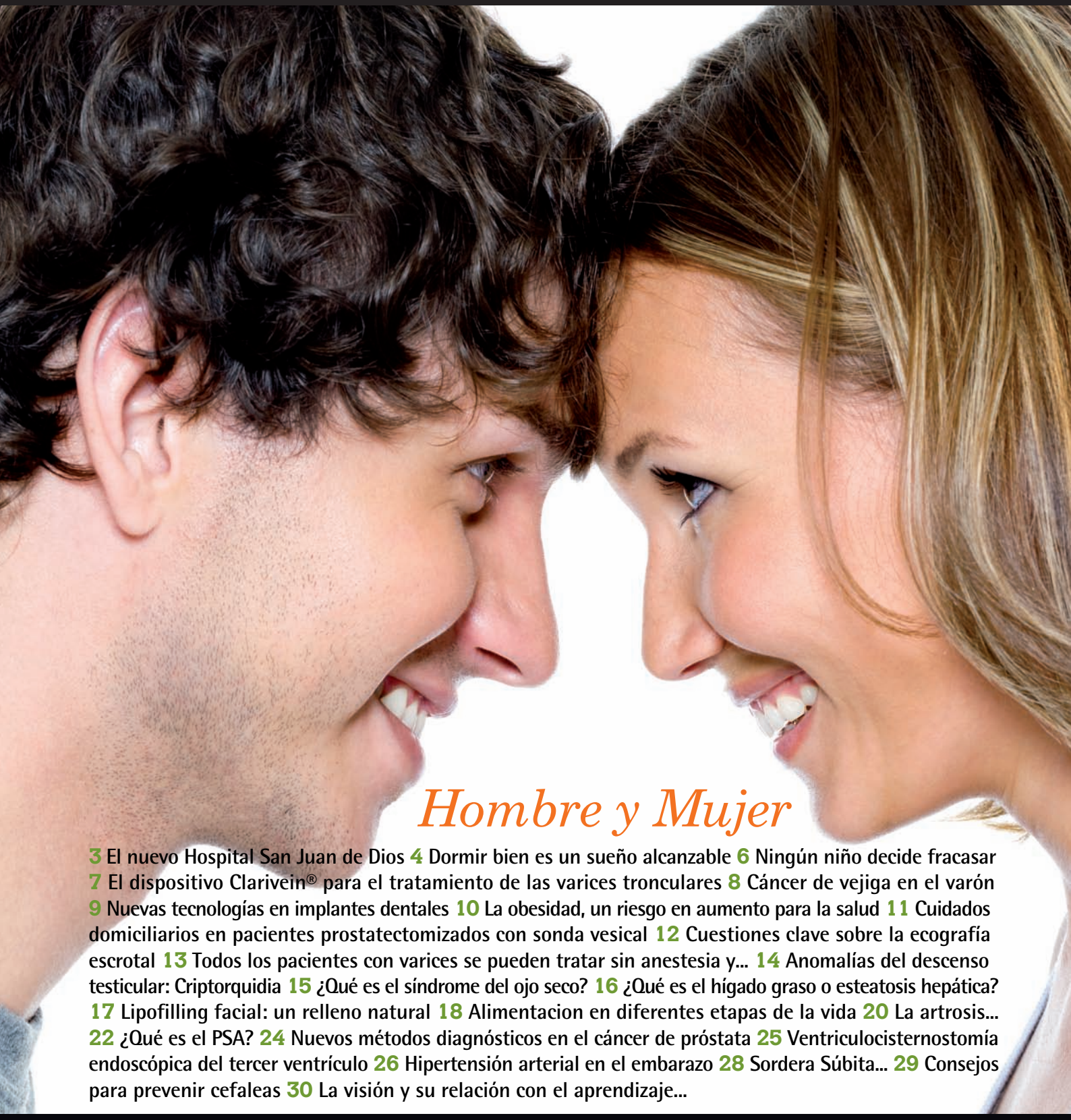
medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

www.zonahospitalaria.com añoX mayojunio2016 nº59



Hombre y Mujer

3 El nuevo Hospital San Juan de Dios 4 Dormir bien es un sueño alcanzable 6 Ningún niño decide fracasar 7 El dispositivo Clarivein® para el tratamiento de las varices tronculares 8 Cáncer de vejiga en el varón 9 Nuevas tecnologías en implantes dentales 10 La obesidad, un riesgo en aumento para la salud 11 Cuidados domiciliarios en pacientes prostatectomizados con sonda vesical 12 Cuestiones clave sobre la ecografía escrotal 13 Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia y... 14 Anomalías del descenso testicular: Criptorquidia 15 ¿Qué es el síndrome del ojo seco? 16 ¿Qué es el hígado graso o esteatosis hepática? 17 Lipofilling facial: un relleno natural 18 Alimentacion en diferentes etapas de la vida 20 La artrosis... 22 ¿Qué es el PSA? 24 Nuevos métodos diagnósticos en el cáncer de próstata 25 Ventriculocisternostomía endoscópica del tercer ventrículo 26 Hipertensión arterial en el embarazo 28 Sordera Súbita... 29 Consejos para prevenir cefaleas 30 La visión y su relación con el aprendizaje...

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. **Control** pyd (certifica nuestra tirada).

© **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.*

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

Principales novedades del nuevo Hospital San Juan de Dios

Después de 8 años inmersos en un gran Proyecto de Renovación de Estructuras, el Hospital San Juan de Dios de Pamplona inauguró el pasado mes de abril la reforma realizada en el antiguo edificio y la creación de un nuevo hospital adyacente.

Una obra en la que se invirtieron más de 41 millones de euros y que ha convertido este hospital en un centro moderno y funcional con grandes novedades asistenciales.

Un hospital tres veces más grande

Según el Superior de la Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios de Pamplona, "el Hospital necesitaba una transformación radical que era imposible de realizar en su hábitat por las dimensiones pequeñas y obsoletas de las plantas". Gracias al Proyecto de Renovación de Estructuras que el Hospital inició en el año 2008, el centro ha triplicado su tamaño pasando de 10.902 m² a 31.400². Una gran ampliación que ha facilitado la asistencia integral al paciente cumpliendo con la legislación sanitaria vigente y que ha abierto la puerta a la implantación de nuevos proyectos.

Mejores habitaciones

Antes de iniciar las reformas, el hospital contaba con 67 habitaciones, cifra que casi se ha duplicado pasando a tener 120 habitaciones, la mayoría de ellas individuales. Todas cuentan con todo tipo de comodidades y están completamente equipadas para hacer la estancia más cómoda tanto a pacientes como a familiares. Así mismo, el centro tiene capacidad para abrir otra nueva unidad con 24 habitaciones más en caso de ser necesario en el futuro.

Nuevo bloque quirúrgico

Prácticamente la totalidad de las intervenciones realizadas en este Hospital son del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Es por ello que adquiere una especial importancia la creación de un nuevo bloque quirúrgico. Éste cuenta con 8 nuevos quirófanos abiertos, 5 de los cuales son de Cirugía Mayor Ambulatoria y 3 de Cirugía Menor.

Dos unidades de Rehabilitación

El Hospital San Juan de Dios de Pamplona ha creado una nueva unidad de Rehabilitación para pacientes ingresados que cuenta con un amplio y luminoso espacio de más de 600 m² para la recuperación funcional de pacientes hospitalizados con alguna incapacidad física provocada por un proceso de enfermedad. Esto supone un importante paso en la Comunidad Foral ya que en la red pública actualmente no existen instalaciones dedicadas a la rehabilitación específica del paciente mayor o crónico.

Además, el Hospital ha reformado la antigua unidad de Rehabilitación para pacientes ambulatorios de 300 m² convirtiéndolo en un espacio completamente renovado.

Nuevo servicio de Radiología

Ubicado en la planta baja del antiguo edificio, se ha reformado el servicio de Radiología en el que se realizan diagnósticos por imagen a través de ecografías y Rayos X, incluyendo tras esta reforma, resonancias magnéticas nucleares (RMN) y tomografías axiales computerizadas (TAC) de última generación.

Nuevas Consultas Externas

La ampliación del Hospital ha permitido la creación de una nueva zona de consultas externas en la primera planta del antiguo edificio. En ella, pasan consulta numerosos profesionales de distintas especialidades.

Nuevos servicios

Actualmente, el Hospital cuenta con un nuevo laboratorio, una farmacia, una cafetería en la planta baja del edificio y un aparcamiento subterráneo con 167 plazas.

Planificación a largo plazo

Además de la estética moderna y luminosa de las instalaciones, éstas cuentan con avanzados sistemas de ahorro y eficiencia energética, también disponen de una amplia capacidad de crecimiento, ya que existen espacios disponibles para nuevas actividades o ampliación de las existentes. Se trata de un Hospital funcional, adaptado a las necesidades de la medicina moderna y con miras al futuro.

Ocho novedades que incorpora el Hospital San Juan de Dios de Pamplona y que suponen un importante cambio en el Sistema Sanitario Navarro, ya que contribuyen a la sostenibilidad y eficiencia de la Comunidad Foral de Navarra en materia de salud.

Dormir bien es un sueño alcanzable

David Navarro-González. *Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Parque de Bomberos Trinitarios*
Laura Sánchez-Íñigo. *Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Burlada*

El insomnio es la falta de sueño a la hora de dormir. Hay dos tipos, el Insomnio primario, cuando la causa no se identifica, o no está asociado a ninguna enfermedad y el Insomnio secundario, que aparece como consecuencia de diferentes causas: enfermedad, trastorno mental, consumo de sustancias, problemas ambientales o sociales.

Según la duración, podemos dividirlo en insomnio transitorio(menos de una semana), de corta duración(de una a cuatro semanas) y crónico(cuatro semanas o más).

El pasado 18 de marzo fue el día mundial del sueño. Este año su lema es: DORMIR BIEN ES UN SUEÑO ALCANZABLE. Sólo lo consigue un tercio de la población mundial. En España uno de cada cuatro no descansa como debería.
Tener un sueño reparador, es uno de los pilares fundamentales de nuestra vida, como bien indica la Sociedad Española del sueño: "La falta de sueño y la mala salud disminuyen la calidad de vida y se llevan la felicidad". Repercute en nuestra salud, disminuye la capacidad de concentración, de memoria, pero aumenta el nivel de estrés.
En qué nos debemos fijar para saber si estamos durmiendo bien:
1. Duración. Debería ser suficiente para estar descansado y alerta al día siguiente.
2. Continuidad. Los ciclos del sueño ciclos deben ser seguidos, sin interrupción.
3. Profundidad. El sueño debe ser lo suficientemente para ser refrescante y restaurador.

Diez mandamientos

Este año, la Asociación Mundial de la Medicina del Sueño, nos aconseja seguir estos 10 "mandamientos":
1. Establecer un horario regular para acostarse y para levantarse. Procurar acostarse y levantarse cada día la misma hora.
2. Las siestas no deben durar más de 30-45 minutos
3. Evita el consumo excesivo de alcohol y fumar sobre todo en las 4 horas previas a acostarse.
4. Evita la cafeína, teína y las bebidas con gas 6 horas antes de acostarte. Limitar el consumo de líquidos durante la tarde.
5. Evite comidas copiosas, fuertes, picantes o azucaradas 4 horas antes de acostarse.
6. Ejercicio de manera regular pero no previo a dormir. El ejercicio aeróbico regular como caminar, correr o nadar proporciona beneficios importantes: te quedas dormido más rápido, consigues que el sueño sea más profundo, reparador y te despiertes con menos frecuencia durante la noche. Además, es recomendable hacer alguna actividad relajante antes de irse a dormir como leer, escuchar música suave, tomar un baño de agua caliente o visualizar imágenes de recuerdos agradables.
7. Use ropa confortable y cómoda. El algodón o la seda son una buena opción, mientras que debemos evitar ropa que contenga fibra sintética
8. Ventila el cuarto, y mantén una temperatura adecuada.
9. Elimina todos los posibles ruidos, y quita toda la posible luz
10. Reserva la cama sólo para dormir. No trabajes ni veas la televisión, no uses dispositivos eléctricos ni el móvil en la cama. Levantarse de la cama si no logras conciliar el sueño. Evita consultar el reloj durante la noche. No estés en la cama más de 8 horas.

Los diez mandamientos del buen dormir infantil

Así mismo esta Asociación ha publicado los 10 mandamientos del buen dormir infantil, para intentar que adquieran hábitos saludables en este aspecto:
1. Asegúrate que tu niño duerma lo suficiente mediante el establecimiento de un horario de acostarse y de levantarse adecuado para su edad (se aconseja acostarse antes de las 21 horas). Entre los 3 y 12 meses, los niños deben dormir unas 15 horas, entre el año y los 3 años de edad, deben dormir entre 12 y 14 horas. Los niños entre 3 y 5 años, la duración recomendada de sueño es de 11 a 13 horas, y entre los 6 a 12 años, unas 10 horas. Entre los 12 y los 18 años, se debe dormir unas 9 horas
2. Mantén un horario regular de acostarse y levantarse, tanto en días laborables como fines de semana.
3. Establece una rutina constante antes de acostar al niño: ponerse el pijama, lavarse los dientes, leer o escuchar un cuento...Vístele con ropa cómoda, incluso pañales absorbentes para evitar que se despierte por estar mojado.
4. Anima a tu hijo a que se duerma de forma independiente.
5. Evita la luz brillante antes de acostarle y durante la noche, y aumenta la exposición a la luz por la mañana.
6. Mantén todos los aparatos electrónicos, como televisores, ordenadores y teléfonos

móviles apagados o fuera de la habitación y limita su uso antes de acostarse.
7. Mantén durante el día horarios regulares para todas las actividades, sobre todo los de las comidas principales.
8. Realizar siestas (hasta los cinco años de edad) en horarios regulares y de duración adecuada para la edad.
9. Asegúrate de que el niño realice ejercicio y pase un tiempo al aire libre durante el día.
10. Elimina alimentos y bebidas que contengan cafeína, como refrescos de cola, café y té.

Para terminar, ¿Qué alimentos nos ayudan a conciliar el sueño?

Se recomienda cenar entre una y dos horas antes de acostarse. Debe ser rica en triptófano, un aminoácido asociado a la producción de la melatonina, la hormona que induce al estado de relajamiento y somnolencia.
1. Hidratos de carbono: los productos integrales (panes, cereales, pasta y galletas, arroz) proporcionan hidratos de carbono complejos. Hay que evitar los hidratos de carbono simples que incluyen los productos de harinas refinadas y dulces como galletas, pasteles y pastas y otros alimentos azucarados (incluido el chocolate), ya que pueden producir picos de glucemia que después se convertirá en hipoglucemia, lo que tampoco ayuda a descansar. Estos alimentos tienden a reducir los niveles de serotonina y no promueven el sueño.
2. Proteínas: queso bajo en grasas, pavo, pollo y pescado contienen niveles altos de triptófano. Por otro lado, se recomienda evitar alimentos grasos, ya que tardan más en digerirse y pueden mantenernos despierto.
3. Grasas saludables: las grasas insaturadas (nueces, almendras, anacardos y pistachos) elevan los niveles de serotonina. Los alimentos con grasas saturadas y grasas trans, como las patatas fritas, tienden a reducir los niveles de serotonina.

4. Bebidas: Una buena bebida para tomar antes de ir a dormir es un vaso templado de leche o una infusión de hierbas como la manzanilla o el poleo. El alcohol, aunque inicialmente puede parecer que ayuda en la inducción del sueño, suele agravar el insomnio o producir un sueño no reparador. Además de despertares frecuentes, el alcohol empeora los ronquidos y otros problemas respiratorios asociados al sueño.
5. Las hierbas aromáticas frescas como la salvia y la albahaca reducen la tensión y promueven el sueño. Sin embargo, hay que evitar verduras como los pimientos rojos y la pimienta por la noche, ya que tienen un efecto estimulante.
6. Aperitivos que inducen el sueño:
- Plátano con yogur desnatado.
- Queso fresco bajo en grasas con crujientes de pan de pita integral.
- Galletas saladas 100% integrales untadas con mantequilla de cacahuete
- Una manzana con tiras de queso mozzarella.

En definitiva, si seguimos estas consejos y hacemos pequeñas modificaciones en nuestra dieta, veremos cómo dormir bien sin tomar pastillas es posible. En caso de que a pesar de poner en practica estas recomendaciones, no consigamos conciliar el sueño de manera correcta, deberíamos comentarlo con nuestro médico de cabecera.

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

Ningún niño decide fracasar

Beatriz Irigaray
Optometrista corportamental en Óptica Navarra

Cuando un niño tiene problemas de rendimiento en el colegio, suelen tener problemas en diferentes áreas o sistemas sensoriales o en la integración de esos sistemas. Lo mismo ocurre con un niño con problemas de atención o hiperactividad.

Para solucionar su problema y hacerles más fácil su tarea escolar, debemos buscar la causa real que lo produce y trabajar sobre ella. La mayoría de las veces en todos estos casos, el problema se ha producido en el propio desarrollo del niño durante su primer año de vida. El desarrollo motor que hace el niño en su primer año de vida, es el aprendizaje más importante (aprendizaje de orden inferior) y el que va a ser la base del resto de aprendizajes (aprendizajes de orden superior) e intenta conseguir un equilibrio entre los aspectos físicos y emocionales de la persona para facilitar el desarrollo intelectual.

Problemas de desarrollo motor

En esta etapa es también cuando se desarrolla la visión. Muchas veces los problemas visuales están relacionados con problemas de desarrollo motor. Por ejemplo la no integración de los reflejos primitivos puede provocar muchos problemas motores y visuales.

Visión y aprendizaje están íntimamente relacionados, cuando hay una dificultad para aprender o un problema de comportamiento o una mala postura corporal en la mesa, primero habría que comprobar si la visión está funcionando bien para saber si el origen viene de éste área. A veces se diagnostican TDA, TDAH, Dislexias (cuando se trata de dificultad en la lectura), y quizás se trate de un problema en la visión, de una inmadurez en alguna de las habilidades visuales o perceptuales. En estos casos el tratamiento pasaría por utilizar unas gafas especiales que ayuden a su sistema visual a rendir mejor en una tarea de cerca, o terapia visual neurocognitiva para mejorar los problemas visuales y de percepción visual.

En el caso de la visión, muchos padres y profesores piensan que si el niño puede ver la pizarra o la televisión sin problemas, no tiene ningún problema visual, pero no es del todo cierto. Muchas veces donde está el problema es en cerca, o en el procesamiento de la información visual, y por ello la visión no es eficaz.

Visión eficaz

Para tener una visión eficaz debemos tener:

- Buena **agudeza visual de lejos**: ver claro algo lejano.
- Buena **agudeza visual de cerca**: ver claro un texto o algo cercano.
- Buenos **movimientos oculares**: bien integrados, permiten el movimiento rápido y preciso de los ojos a lo largo de un texto, de texto a pizarra y viceversa y unos buenos seguimientos para el deporte.

"Los movimiento oculares están íntimamente relacionados con la atención."

- Buen **enfoque** (acomodación): enfocar para ver claro un texto cercano sin que se emborrone y cambiar su enfoque a diferentes distancias de manera eficaz y precisa sin esfuerzo extra. Relacionado con la habilidad de sostener la atención visual.
- Buena **binocularidad**: tenemos 2 ojos que pueden comportarse como si fueran uno solo. Equipo eficiente entre ojos y cerebro. Las imágenes se tienen que juntar en el cerebro para crear una imagen tridimensional, que hace que calculemos bien las distancias, no golpearnos con las cosas,etc.
- Buena **coordinación ojo-mano**: la integración visuomotora es básica para la escritura eficiente y sin esfuerzo, copiar de la pizarra al texto, expresar ideas de forma escrita y rendimiento óptimo en deportes.
- Buena **percepción visual**: la habilidad para formar y retener imágenes visuales es esencial para la comprensión lectora eficiente, así como obtener la máxima información en el menor tiempo posible, permitiendo conseguir un rendimiento óptimo tanto a nivel académico como a nivel deportivo.

Por tanto, cuando los padres o los profesores observan cómo los niños se esfuerzan en exceso en el colegio, es el momento de hacerles una **EVALUACIÓN OPTOMÉTRICA COMPLETA** para comprobar todo esto.

Por ejemplo, si los movimientos oculares no son buenos, pueden tener problemas con la lectura, eso no se soluciona sólo leyendo. Sin embargo, si mejoramos esos movimientos con terapia visual, mejorará automáticamente la lectura. Un problema visual o de coordinación ojo-mano puede provocar problemas de atención porque les supone un esfuerzo hacer cualquier tarea que requiera una precisión o eficacia visual.

Con estrés no se puede aprender

Así, en situación de estrés no se puede aprender. Los niños con fracaso escolar o dificultades en el aprendizaje están sometidos a un estrés constante: porque no consiguen hacer lo mismo que sus compañeros. Su cerebro se bloquea, bloquea su cuerpo, y desconectan la visión. El niño no está receptivo para aprender.

Por ello debemos hacer un trabajo multidisciplinar .

No podemos llegar a alcanzar lo mental si no tenemos en cuenta lo emocional.

La sociedad dónde más énfasis pone es en el aprendizaje intelectual, pero todos se aprenden, el emocional, el físico, el social... el ser humano es curioso por naturaleza y es esta curiosidad la que activa las emociones que alimentan la atención y facilitan el aprendizaje.

En el aprendizaje no debemos olvidar la **MOTIVACIÓN**. Cuando un niño tiene problemas visuales, para leer, escribir hacer las tareas, la demanda visual (movimientos oculares, enfoque, convergencia..) para mantener la letra nítida, tiene que ser mucho más precisa, por ello muchas veces cuesta mantener la atención en dichas tareas, en cambio cuando las tareas no requieren tanto esfuerzo y además la motivación es mayor, como ver la televisión, jugar a la tablet, etc, la atención mejora.

Así que en los diagnósticos de TDA, deberíamos descartar antes otros factores. Por poner un ejemplo, si pensamos en algo que nos guste y en algo que no nos gusta y analizamos la calidad de la atención en cada una de las actividades, veremos que la actividad que más nos motiva nuestra atención y dedicación será mayor. Esto nos pasa a todos.

El dispositivo Clarivein® es la mejor opción para el tratamiento de las varices tronculares

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

Las varices son la principal enfermedad que afecta a las venas. Si bien afecta a ambos sexos, es mucho más frecuente su aparición en mujeres. Por lo contrario, los hombres, al ser menos sintomáticos por lo general, suelen acudir a la Consulta con varices de mayor calibre.

Las varices en ocasiones son asintomáticas, pero lo más habitual es que produzcan pesadez, cansancio, dolor, picor, calambres, etc. En cualquier caso, la hipertensión venosa que conllevan las varices implica un deterioro progresivo de la circulación de las piernas, lo cual conduce a la aparición de lesiones cutáneas irreversibles, cambios de coloración y, en último término, a la presencia de una úlcera. Por tanto, cuando aparecen varices, y más si dependen de un tronco principal (safena interna o externa), es recomendable su eliminación, tanto para mejorar la sintomatología como para prevenir futuras lesiones. Por otra parte, es evidente que con el tratamiento de las varices se persigue un objetivo estético.

La esclerosis con microespuma

El tratamiento tradicional de las varices, la cirugía, si bien ha demostrado buenos resultados, implica una resección muy agresiva de las mismas, lo cual obliga a un período de recuperación de entre 6 y 8 semanas; además es habitual la lesión del nervio safeno, de vasos linfáticos, etc. Es una intervención que requiere anestesia raquídea y, en ocasiones, general.

La mejor alternativa a la cirugía es la esclerosis con microespuma. En nuestra amplia experiencia, la administración de la misma mediante el dispositivo Clarivein, consigue la eliminación inmediata del tronco venoso principal del que dependen las varices en la práctica totalidad de los casos en una sola sesión. Las colaterales residuales se pueden tratar mediante esclerosis posteriormente, o se puede llevar a cabo en el mismo momento una microcirugía con anestesia local de modo que las ramas varicosas también sean eliminadas en una sola sesión en su mayor parte.

El tratamiento de las varices mediante el catéter Clarivein asociado a una flebectomía, o a esclerosis con microespuma, permite la eliminación definitiva de las varices sin requerir ingreso ni precisar período de recuperación. Todo el proceso se realiza con anestesia local y con una mínima molestia, por lo que el paciente puede reintegrarse a una vida prácticamente normal desde el mismo día del procedimiento, lo cual permite trabajar, hacer deporte, etc.

A día de hoy, la esclerosis con microespuma mediante el dispositivo Clarivein es la mejor opción para el tratamiento de las varices tronculares, en cuanto a resultados, inmediatez y reincorporación a una vida normal a todos los niveles.

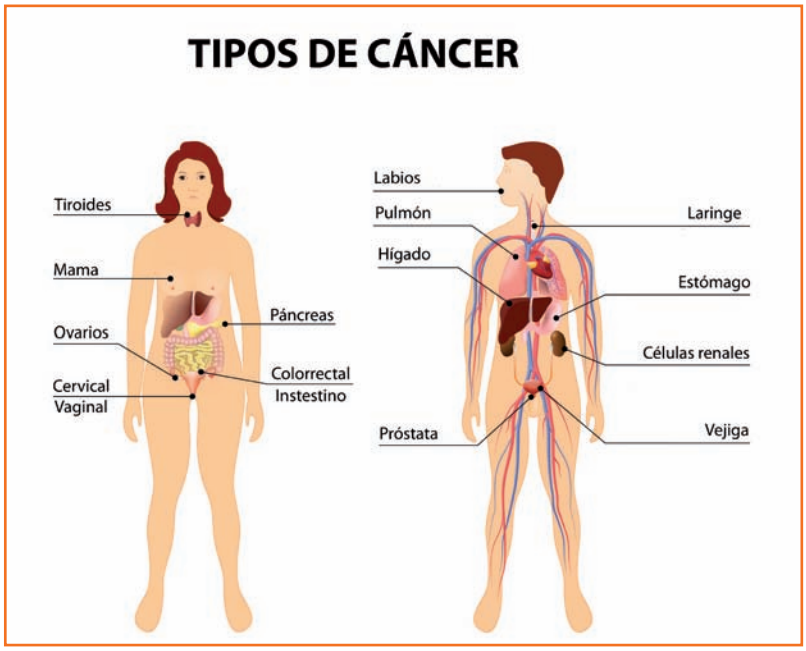
VARICES MICROESPUMA
CIRUGIA VASCULAR
varicesmicroespuma@gmail.com

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
Hospital San Juan De Dios. C/ Beloso Alto, 3
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3

Consulta médica
T 948 296 111 - 948 231 800
M 644 297 726



Cáncer de vejiga en el varón, nuevos desafíos diagnósticos

Dr. David Ibáñez Muñoz y Dra. Nerea Yanguas Barea. *Especialistas en Radiodiagnóstico, Hospital Reina Sofía de Tudela.*
Dra. Ruth Rubio Cavero. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP. Casetas*

El cáncer de vejiga es una de las neoplasias más frecuentes en varones siendo el séptimo cáncer a nivel mundial y el cuarto a nivel nacional según datos de Globalcan de 2012. Esta mayor incidencia en hombres tradicionalmente se ha achacado a su principal factor de riesgo, el consumo de tabaco, si bien debido al cambio en los hábitos tabáquicos de las mujeres está tendiendo a igualarse en ambos sexos dicha incidencia.

La mayoría de los tumores de vejiga se detectan en estadíos iniciales con un excelente pronóstico, si bien los controles repetidos para descartar recidivas pueden incomodar a los pacientes. La investigación de nuevas técnicas diagnósticas que alivien esta situación es un reto actual de las distintas sociedades científicas.

¿Cuándo debo plantearme si tengo o no un cáncer de vejiga?

El cambio de tonalidad de la orina hacia un color rojizo junto con un consumo prolongado de tabaco debe ponernos en alerta y acudir a nuestro Médico de Familia. Su principal actitud será realizar un análisis de orina en búsqueda de sangre provocada por la agresividad de la tumoración sobre la pared de la vejiga. También se puede sospechar ante sensación de micción repetitiva o imposibilidad para la misma en ausencia de infección de orina, pérdida de peso injustificada, o dolor abdominal.

¿Qué otras pruebas diagnósticas me pueden realizar?

Aunque se han investigado análisis avanzados en orina para detectar células tumorales, todavía están en fase experimental. Ante los síntomas referidos por el paciente, el Médico de Familia solicitará una ecografía urinaria (realizada con ultrasonidos, sin perjuicio alguno para el paciente) previa ingesta abundante de agua (con el objetivo de rellenar la vejiga) revisando riñones y vejiga para la detección de posibles tumoraciones. Otra opción es que el paciente sea derivado a las consultas de urología quienes procederán a iniciar el proceso diagnóstico.
Una vez sospechada la tumoración o por los síntomas o por los hallazgos de la ecografía, la prueba por excelencia en el diagnóstico del cáncer de vejiga es la uretrocistoscopia óptica. Dicha técnica, realizada por urología, consiste en visualizar, mediante una cámara introducida a través de la uretra, la pared vesical, incluso pudiendo tomar muestras de los distintos hallazgos detectados. Todo ello con la mínima molestia para el paciente.
Sin embargo nuevas técnicas para el beneficio del paciente están surgiendo. Una de ellas es la cistoscopia virtual por TAC. Consiste en una reconstrucción tridimensional del interior de la vejiga llena de aire (simulando el efecto de una cámara de visión óptica) al realizar al paciente un scanner, sólo requiriendo sondaje, con mínimos riesgos y molestias. Todavía en experimentación, podría rellenar aquellos huecos en los que la uretrocistoscopia óptica no es posible como por ejemplo con importantes sangrados provocados por el tumor. De igual modo la cistoscopia virtual por resonancia magnética acaba de ser objeto de revisión en un artículo reciente de 2015, si bien su utilidad está por determinar por el alto coste y baja disponibilidad de los equipos de resonancia.

¿Qué nos depara el futuro?

El objetivo final de todos estos nuevos procedimientos es la mejora en la supervivencia de nuestros pacientes y la disminución de recidivas tan frecuentes en el cáncer de vejiga. La investigación científica debe perdurar en pro de este objetivo y nuevas técnicas surgirán.

cirugía

Nuevas tecnologías en implantes dentales

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
SAN FERMÍN, 59 Bajo. T 948152878
BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS

Hablar en el año 2016 de nuevas tecnologías aplicadas al campo de la implantología oral nos debe recordar que lo que hoy disfrutamos como algo "actual" tiene una evolución de casi una década. Me alegra mirar hacia atrás y ver como muchas de la técnicas que hoy se presentan como novedosas, fueron introducidas en mi practica clínica hace muchos años, evolucionando y mejorando para evitar complicaciones y mejorar los resultados. En este breve articulo, repasaremos alguna de ellas, recordando las ventajas que científicamente reconocemos.

En primer lugar, me gustaría hablar de la **técnica de extracción sanguínea** para su centrifugado y extracción de factores de crecimiento plaquetario, más conocido como **"plasma"**. Está técnica ha sido introducida y desarrollada en España por el Dr. Anitua y su trabajo de investigación llevado a cabo por su empresa (BTI). En mi caso son más de 10 años de experiencia usando este tipo de técnica, con buenos resultados en aquellos casos de cicatrización comprometida y para la rápida incorporación de injertos óseos. En la actualidad detecto usos e indicaciones sin un soporte científico claro como son: terapias "anti aging", tratamiento de la calvicie o sustituto de injertos óseos. Es una técnica con indicaciones precisas, en la que se manejan productos hemoderivados con la categoría de fármaco y que deben de utilizarse mediante un circuito cerrado de material desechable.

En la actualidad, son usados como reclamos publicitarios, las técnicas digitales para el diagnostico y planificación de los tratamientos, vemos como los términos "diseño digital de la sonrisa" "colocación de implantes 3D-4D" "estética dental digital"...etc...etc. Es importante recordar que las técnicas digitales para la planificación de implantes nacieron simultáneamente a las técnicas de planificación facial 3D a finales de los años noventa, fue una empresa Belga llamada Materialise con el software facial Simplant® y su sistema Safe® la que inicialmente permitía relacionar estética facial y dental. En este campo debemos reconocer los avances de la multinacional Nobel Biocare® con su software inicial Nobel Guide® para la colocación de "dientes en el día". Clínica Bustillo ha estado presente desde el nacimiento de estas técnicas, desarrollando e implementando los diferentes programas que permitían relacionar la estética facial con la dental, utilizando un escáner de haz cónico 3D, para poder planificar la colocación de los implantes dentales con un resultado optimo. Los conocimientos y experiencia en este campo, han sido plasmados en dos libros de texto sobre la materia en los que hemos participado como autor colaborador. En la actualidad se ha incorporado a esta línea de investigación los escáneres intraorales 3D para facilitar el diseño de prótesis. Nosotros disponemos de un escáner de estas características marca 3Shape®, para planificar de forma más óptima la colocación de los implantes, pero todavía es una tecnología en desarrollo que franquicias dentales como Vitaldent® no dudan en utilizar como "gancho" para la captación de pacientes aunque su protocolo de trabajo y resultados precisen más desarrollo clínico.

Biomateriales óseos y nuevos diseños de implantes

En segundo lugar, el abandono de técnicas agresivas de reconstrucción ante la falta de hueso, como los injertos de cadera o de calota humana, y su sustitución por técnicas más sofisticadas como el uso de biomateriales óseos y nuevos diseños de implantes, fueron incorporadas a mi práctica clínica diaria desde el año 2004, han sido varios los cursos sobre estas técnicas, a lo largo de estos años(regeneración ósea guiada, elevación de seno, aloinjertos en bloque...) , así como la aportación personal de una técnica denominada "nasal lift" y la organización de un consenso nacional sobre la técnica de elevación de seno maxilar en Oviedo 2008. Hoy estas técnicas están científicamente protocolizadas, conociendo que para colocar implantes en un correcto eje estético y biomecánico, es imprescindible su uso.

Evitar injertos cuando son necesarios, puede hacer fracasar de forma temprana un tratamiento de implantes. Es posible evitar los injertos, cambiando el tipo de tratamiento, por ejemplo colocando implantes cigomáticos o modificando el tipo de prótesis. Este tipo de implante, aunque hoy son utilizados en muchos centros como la "alternativa mágica" a los injertos, nacen en los años ochenta y son una alternativa válida a otras técnicas, pero la forma y dimensión de los dientes finales deben ser conocidos por el paciente antes de decidir que técnica emplear.

Finalmente los conceptos biológicos y biomecánicos que afectan al diseño y colocación de los implantes y por lo tanto a su éxito a largo plazo, son desconocidos por los pacientes ya que, por desgracia, no son conceptos explotados "comercialmente", sin embargo el uso de material quirúrgico de primera calidad, así como de sus componentes protésicos, permiten un sellado biológico de la conexión implante-prótesis permitiendo la conservación del hueso a más largo plazo. También y recordando al profesor Thomas Beldgrum, ya en 1991 en un artículo científico muy conocido determinó que el éxito a largo plazo de un tratamiento de implantes, estaba determinado por una serie de factores dependientes de la formación y experiencia del profesional que los coloca.

Por último, decir que la parte más importante de un tratamiento de implantes, es su mantenimiento. Todo el diseño del tratamiento debe permitir un correcto mantenimiento de la higiene, evitando inflamaciones del tejido blando y sangrado, signos que avisan de la aparición de una enfermedad periimplantaria que puede terminar con el hueso que rodea a los implantes, obligando a un tratamiento nuevo. Hoy conocemos que los implantes pueden durar muchos años, pero eso si, correctamente panificados, ejecutados y mantenidos.

El precio de un tratamiento de implantes es uno de los factores más importantes que condicionan su aceptación, éticamente debemos de adaptar los tratamientos a las necesidades y demandas estéticas de nuestros pacientes en el entorno de un precio justo. Sabemos que el paciente hace un esfuerzo grande por rehabilitar su estética y función facial, debemos proporcionar mantenimiento y prevención para preservarlo en el tiempo.

La obesidad, un riesgo en aumento para la salud

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

La obesidad se debe a una ingesta alimenticia con aporte calórico superior al requerido para las necesidades energéticas de cada individuo. Se trata de una enfermedad metabólica crónica de gran trascendencia sociosanitaria y económica que constituye un problema de salud pública. Además de un problema estético, altera la calidad de vida de quien la padece y aumenta la morbimortalidad de tal forma que, tanto el sobrepeso como la obesidad se consideran tan importantes como otros factores de riesgo clásico relacionados con la enfermedad coronaria.

Algunas personas tienen tendencia genética a ganar peso con más facilidad que otras porque queman calorías más lentamente, pero aunque los genes influyen sobre el tipo y el tamaño corporal, el ambiente también desempeña un papel fundamental.
En los últimos años ha habido un aumento en la incidencia de la obesidad, debido a los cambios en el estilo de vida con un aumento del sedentarismo y de la ingesta de alimentos hipercalóricos ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes.

¿Cómo realizamos el diagnóstico?

El diagnóstico se basa en la estimación del índice de masa corporal (IMC) que resulta del cociente entre el peso (kg) y la altura (m2). Es por lo tanto, variable a lo largo del tiempo y también con el sexo.
El valor obtenido en este índice se ajusta según unos intervalos que facilitó la organización mundial de la salud (OMS) para evaluar el estado nutricional de los individuos.
Si el IMC es igual o superior a 25 se considera sobrepeso, y si es igual o mayor a 30 estaríamos hablando de obesidad.

¿Qué tipo de obesidad es la más perjudicial desde el punto de vista cardiovascular?

Atendiendo a la distribución grasa, podemos clasificar la obesidad en abdominal o androide (acumulación de grasa en abdomen, tórax y cara); periférica o ginoide (acumulación de grasa en muslos y caderas) y obesidad homogénea (no predominancia de exceso de grasa en una zona localizada).
La obesidad que se relaciona con un aumento de riesgo cardiovascular es la abdominal, ya que el acumulo de tejido adiposo se da alrededor de algunos de los principales órganos, lo que puede provocar todo tipo de efectos, como alteraciones del colesterol total, aumento de triglicéridos, resistencia a insulina, incremento del riesgo de diabetes tipo 2, hipertensión, ciertas neoplasias y fenómenos proinflamatorios y protrombóticos. Por todo ello, el riesgo cardiovascular se multiplica.

¿Cuál es el principal mecanismo de daño?

El tejido adiposo además de actuar como almacén de moléculas grasas, sintetiza y libera a sangre hormonas relacionadas con el metabolismo de principios inmediatos perjudiciales para la salud y la regulación de la ingesta.

¿Cómo podemos reducir este riesgo cardiovascular?

Los pilares básicos del tratamiento de la obesidad siguen siendo las dietas hipocalóricas controladas y la práctica de ejercicio físico aeróbico regular durante unos 40 minutos al día, como caminar, bailar, natación, gimnasia de mantenimiento,...
El deporte consigue una reducción de la cantidad de grasa del cuerpo, sin influir tanto en el peso corporal como tal. Esto a priori puede parecer insuficiente, sin embargo el parámetro que interesa reducir es la masa grasa, de forma que evitamos la progresión de la placa de aterosclerosis y los eventos coronarios agudos en los sujetos obesos.
No hay que obsesionarse con perder peso rápidamente, hay que evitar dietas estrictas o deporte excesivo.

¿Quién debería fomentar estilos de vida saludables?

Es necesaria la participación activa de muchos colectivos como el gobierno, los profesionales de la salud, la industria alimenticia, los medios de comunicación y los propios consumidores. Es claramente necesario poner un mayor énfasis en los beneficios de la actividad física.

Cuidados domiciliarios en pacientes prostatectomizados con sonda vesical

Arantxa Fajardo Gómara . *D.U. Enfermería. Urgencias: Hospital Reina Sofía de Tudela*
Patricia Castillejo Preciado. *D.U. Enfermería. Hospital Reina Sofía de Tudela*

El cáncer de próstata es el segundo más común en los hombres. Este cáncer se da con mayor frecuencia en varones adultos, ya que la próstata sigue creciendo durante la mayor parte de la vida.

El tratamiento debe ser individualizado aunque una de las terapias más utilizadas es la cirugía, prostatectomia radical. Otras terapias son la resección transuretral, la radioterapia y los tratamientos hormonales.
Los pacientes prostetectomizados son portadores en domicilio durante un periodo más o menos variable de sonda vesical, que es una sonda que se coloca dentro de la vejiga para facilitar la salida de la orina hacia una bolsa colectora, para evitar retenciones urinarias.

Cuidados sonda vesical

- Nunca se debe elevar la bolsa colectora por encima de la cintura pues eso dificultará la salida de la orina facilitando las infecciones.
- Para evitar tirones, la sonda hay que fijarla con esparadrapo hipoalergénico a la zona púbica. Colocar debajo de la ropa sujeta a la pierna a la altura del gemelo.
- Hay que prestar especial atención para no producir acodamientos, tirones y desconexiones o arrancamientos accidentales.
- Evite el uso de tapones si el médico no se lo ha indicado expresamente. En caso de que el médico lo indique, mantenga la sonda cerrada con el mismo y vacíe la vejiga cada vez que tenga ganas de orinar. Antes de volver a poner el tapón acuérdese de lavarlo con agua y jabón.
- La higiene es muy importante. Lávese las manos con agua y jabón antes y después de manipular la bolsa o la sonda. Dúchese a diario y mantenga limpia la zona genital, que se realizará retirando el prepucio, limpiando a fondo el glande y secándolo. Al terminar devolver el prepucio a su posición normal para evitar parafimosis.
- Algunas veces, puede haber un escape de orina alrededor de la sonda. Esto puede ser causado por:

-Una sonda que está obstruida o retorcida (acodada).
-Una sonda que es demasiado pequeña.
-Espasmos vesicales.
-Estreñimiento.
-Tamaño inadecuado del globo.
-Infecciones urinarias.

Cuidados de la herida quirúrguica

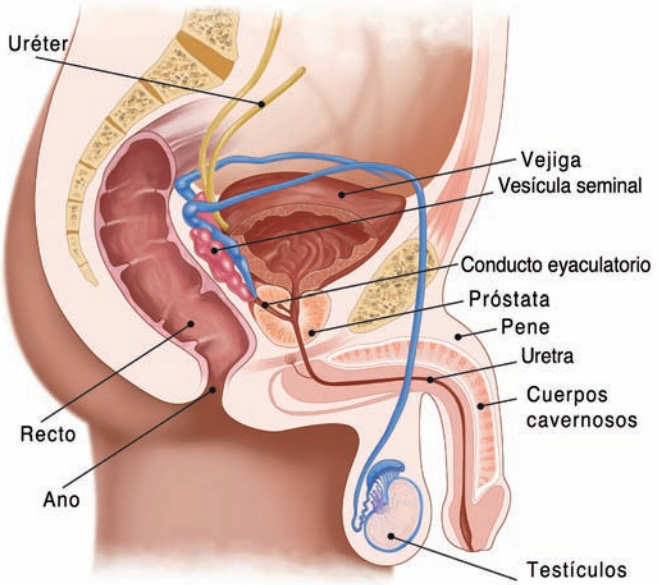
- Lavar con agua y jabón, secar bien.
- Curar diariamente con solución antiséptica.
- Retirada de puntos cuando lo indique su médico.

Otros cuidados

- Limitar las actividades físicas durante dos semanas tras la intervención.
- No levantar objetos pesados.
- No conducir.
- No realice ejercicios pesados como subir escaleras.
- Beber entre dos y tres litros de líquidos al día (sobre todo agua).
- Lleve una dieta regular, rica en fibra, incluyendo frutas y verduras, suplementos de fibra, si fuera necesario, como por ejemplo salvado, pan integral.... Esto facilita la evacuación intestinal y evita esfuerzos.
- Use un laxante ligero si fuese necesario consultándolo con su médico.
- Debe bañarse y/o ducharse de manera regular.

Junto con los cuidados citados anteriormente, es muy importante que el paciente sepa identificar cuáles son los problemas más comunes que se le pueden presentar durante su postoperatorio, y consultar con su médico, éstos son:

- Dolor abdominal.
- Aparición de orina turbia.
- Sangrado fuerte o aparición de coágulos.
- Fiebre.
- Disuria.
- Dificultad o imposibilidad de orinar tras retirada de sonda vesical.



Cuestiones clave sobre la ecografía escrotal

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

La ecografía escrotal es una técnica ampliamente utilizada en el estudio de las enfermedades de los testículos y de los tejidos circundantes, como el epidídimo y el escroto. Como todas las ecografías utiliza los ultrasonidos, es decir, ondas sonoras, para producir imágenes de las áreas que se exploran. Por tanto, es un método que no utiliza radiación, no es invasivo, no es doloroso y resulta seguro para el paciente. Debido a que las imágenes por ultrasonido se llevan a cabo en tiempo real, pueden mostrar la estructura y el movimiento de los órganos, así como la sangre que fluye por los vasos sanguíneos.

¿Cómo se lleva a cabo y quien la realiza?

La ecografía se realiza con el paciente tumbado en una camilla, desnudo de cintura para abajo, y se le solicita que coloque el pene hacia arriba sobre su pubis, sujetándolo con una gasa. Posteriormente se le aplica un gel transparente previamente a colocar la sonda ecográfica (transductor) en la zona a evaluar. Dicho gel se retira una vez finalizada la exploración, y no deja marcas.

El radiólogo es el especialista que realiza la ecografía, ya que es el médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones mediante el uso de técnicas de imagen médicas. No obstante, es imprescindible que el paciente haya sido previamente evaluado por su médico de Atención Primaria o por el urólogo, que, según la sospecha clínica, indicarán la necesidad de llevar a cabo la prueba.

Los exámenes por ultrasonido no son dolorosos, y son rápidos y fácilmente tolerables por la mayoría de los pacientes. Por lo general la exploración dura unos 20-30 minutos y a continuación el paciente puede retomar su actividad normal inmediatamente.

¿Qué precauciones hay que tener antes de llevar a cabo la exploración?

No es preciso realizar ninguna preparación previa, ni siquiera es necesario acudir en ayunas, al contrario que ocurre en otro tipo de ecografías. Es recomendable acudir tranquilo y relajado, y confiar en el buen hacer del profesional que le va a atender, ya que está ahí para ayudarle.

¿Y para qué me han pedido esta prueba?

La ecografía escrotal es el principal método de diagnóstico por imagen para la evaluación de múltiples afecciones de los testículos, el epidídimo (una estructura que se encuentra adyacente al testículo y que recoge los espermatozoides producidos por el mismo) y el escroto. Resulta muy útil para:

- Determinar si un bulto escrotal percibido por el paciente o el médico es quístico (líquido) o sólido y su ubicación.
- Diagnosticar los efectos de un traumatismo en el área escrotal.
- Diagnosticar las causas de dolor o inflamación testicular, como infecciones o torsión.
- Evaluar algunas causas de infertilidad, como el varicocele.
- Localizar la ubicación de los testículos no descendidos, es decir, aquellos que no están localizados en el escroto.

¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes del testículo?

La causa más frecuente de dolor repentino en el escroto es la epididimitis, una inflamación del epidídimo, que puede tratarse con antibióticos ya que, de no hacerlo, puede derivarse en un absceso o en la pérdida de flujo sanguíneo hacia los testículos.

La torsión testicular consiste en la torcedura del cordón espermático, que contiene los vasos que llevan la sangre al testículo, por tejidos anormalmente laxos locales. Generalmente aparece en la adolescencia y con menor frecuencia en el período neonatal, y es muy dolorosa. Resulta especialmente importante diagnosticarla de manera precoz puesto que requiere de una intervención quirúrgica inmediata para evitar el daño permanente a los testículos.

La criptorquidia consiste en la ausencia de al menos uno de los testículos en el escroto y se calcula que afecta aproximadamente al 3% de los niños nacidos a término y hasta el 30% de los niños prematuros. Los testículos parten del abdomen hacia el escroto por el llamado conducto inguinal a lo largo del desarrollo del feto, y es posible que en algún momento se detengan en su camino, sin llegar a finalizarlo, ocasionando la criptorquidia. En general es localizado mediante la exploración ecográfica, y caso de no ser así, podría ser necesario alguna otra técnica de imagen para determinar su ubicación. Es importante conocer su emplazamiento porque si persistiera en el abdomen podría malignizar y habría que extirparlo.

El hidrocele consiste en un acúmulo de líquido en la bolsa escrotal, fuera del testículo y es fácilmente diagnosticable con la ecografía. Por su parte el varicocele consiste en una dilatación de las venas que drenan la sangre de los testículos y, por múltiples mecanismos, afecta a la fertilidad del varón. El diagnóstico es importante porque es una causa de infertilidad corregible de manera quirúrgica sencilla.

Los tumores no son frecuentes, pero deben ser estudiados para determinar su benignidad o malignidad y el tipo de actitud a seguir.

Conclusiones

La ecografía es una técnica accesible, indolora y muy útil en el diagnóstico de las enfermedades del escroto.

Ante un dolor intenso o mantenido en el escroto, así como en el caso de la aparición de bultos en el testículo, debe consultar con su médico con el fin de estudiar su causa.

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 (Laser, 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.

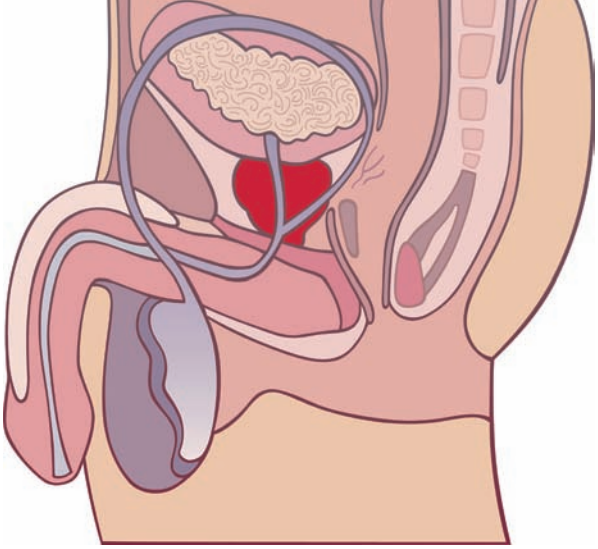
c/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu)
31006 PAMPLONA

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

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

Anomalías del descenso testicular: Criptorquidia



Dra. C. Rocío Sierra Labarta y Dr. Jorge Aranda Lozano
Especialistas en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela

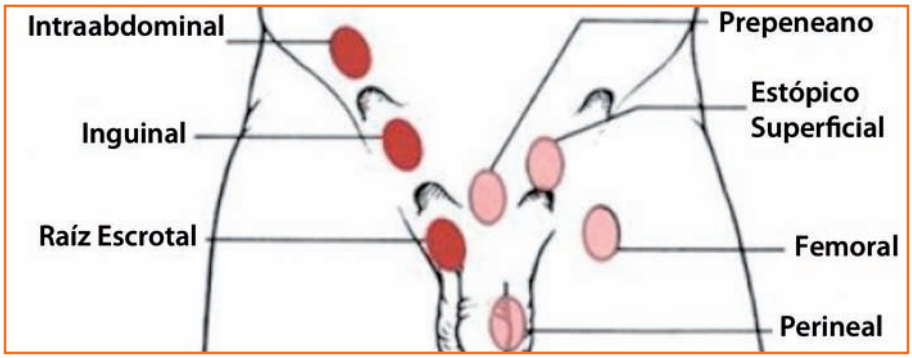


Figura 1. *Diferentes ubicaciones del testículo en su descenso desde el abdomen a la bolsa escrotal.*

La criptorquidia se considera al descenso anómalo del testículo a la bolsa escrotal, tanto uni como bilateralmente. Su incidencia al nacimiento es del 3%, siendo una de las anomalías congénitas más frecuentemente observadas en el aparato genital masculino. Durante los 3 primeros meses de vida la mayor parte de los testículos descienden a la bolsa escrotal disminuyendo la incidencia de criptorquidia al 1% al año de edad.

Es más habitual en los recién nacidos con bajo peso al nacer o neonatos pequeños para la edad gestacional (principal determinante), en los niños prematuros, en los que se presentan de nalgas, en los embarazos gemelares, en lo embarazos de mujeres con edad avanzada, que presentan obesidad o diabetes gestacional, así como en aquellas familias con antecedentes familiares de criptorquidia.

¿Por qué se produce?

Su origen depende de múltiples factores anatómicos y hormonales, siendo los más influyentes los del eje hipotalámico-hipofisario-testicular (implicados en la producción de testosterona).

El testículo que no desciende puede ubicarse en cualquier lugar entre la cavidad abdominal y el orificio inguinal externo en el recorrido del descenso normal hacia la bolsa escrotal, siendo sus localizaciones posibles la intraabdominal, la intrainguinal, la extrainguinal (suprapúbica o infrapúbica) y la ectópica (fuera de la ruta de descenso normal del testículo). (Ver Figura 1)

¿Si no se trata, que puede ocurrir?

La criptorquidia se relaciona con una mayor frecuencia de hernia inguinal e hidrocele debido a la persistencia de un proceso vaginal permeable.

Los criptorquidia conlleva un deterioro de la maduración de las células germinales, y en consecuencia de infertilidad, aunque el compromiso de la fertilidad en la edad adulta en los niños con criptorquidia sólo se compromete significativamente en los que presentaron criptorquidia bilateral, no así en la unilateral.

También se relaciona con el tumor de testículo, especialmente con el seminoma, aumentando el riesgo relativo de padecerlo a lo largo de la vida.

¿Cómo se diagnostica?

Mediante la exploración física de la bolsa escrotal fundamentalmente, ya que es el único método eficaz para diferenciar un testículo palpable del no palpable. Se pueden realizar también pruebas de imagen como la ecografía, la Tomografía Axial Computarizada y la Resonancia Nuclear Magnética, aunque no aportan un beneficio adicional a la exploración.

Si en la exploración no se palpa ninguno de los dos testículos, así como en los casos en los que se sospechen alteraciones de la diferenciación sexual, se realiza un estudio endocrino de las hormonas hipofisarias (hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH)) y de la testosterona, y también un estudio genético.

¿Cómo se trata?

El tratamiento debe realizarse antes del año de edad para evitar problemas de fertilidad futura.

Puede emplearse un tratamiento hormonal sustitutivo en aquellos pacientes que no presentan patologías asociadas como la hernia o el hidrocele, siendo el objetivo actuar sobre los niveles de testosterona en sangre mediante su estimulación a diferentes niveles del eje hipotálamo-hipofisario-testicular, aunque la eficacia de este tratamiento es menor del 20%, por lo que el mejor tratamiento del testículo criptorquídico es la cirugía.

A veces, la mera anestesia previa a la cirugía, puede permitir la palpación de un testículo no palpable previamente con su posterior orquidopexia, que consiste en la fijación por diversas técnicas quirúrgicas del testículo dentro de la bolsa escrotal, pudiéndose realizar en uno o dos tiempos (según está ubicado el testículo cerca del escroto (a nivel inguinal) o lejos (a nivel abdominal).

En los niños mayores de 10 años, con criptorquidia unilateral y el otro testículo normal, suele recomendarse la extirpación del testículo mal ubicado, por el riesgo de tumor testicular futuro. Sin embargo, si la criptorquidia es bilateral, se recomienda la fijación testicular.

Actualmente la tendencia es la realización de una biopsia testicular del testículo criptorquídico, y si esta confirma un testículo normal, sin indicios de tumor, se conserva el testículo, ya que éste sigue produciendo testosterona y además puede mejorar la producción futura de espermatozoides.

¿Qué es el síndrome del ojo seco?

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

El síndrome de ojo seco es una alteración que se produce en la superficie corneal y la conjuntiva por falta de lágrima o porque ésta no es de buena calidad, provocando molestias oculares, como sensación de arenilla, a veces disminución de la agudeza visual y lesiones en la conjuntiva y córnea.

Las principales funciones de la película lagrimal son: lubricar el ojo, facilitar el parpadeo, la llegada de oxígeno a la córnea por la lágrima y una función bactericida para defendernos de infecciones.

¿Por qué se produce?

Las principales causas pueden deberse a una falta de secreción acuosa o una mala calidad de la lágrima.

- Pérdida de secreción asociada a la edad. A los 50 años existe una pérdida de secreción del 50%, llegando al 75% a los 80 años.
- Factores ambientales que provocan evaporación de la lágrima como calefacción, el aire acondicionado, la contaminación, el viento...
- Desequilibrios hormonales: menopausia, embarazo...
- Muchos cosméticos y algunas soluciones de mantenimiento de lentes de contacto incrementan el problema de la sequedad ocular, por ejemplo , las que contienen cloruro de benzalconio que desestabiliza la capa lipídica.
- El uso de algunas lentes de contacto.
- Algunas enfermedades sistémicas como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso...
- Déficit de vitamina A, omega 3, omega 6.
- Asociado al Síndrome de Sjögren (condición autoinmune).
- Obstrucción del conducto de la glándula lagrimal.
- Algunas operaciones quirúrgicas.

¿Qué síntomas da el ojo seco?

El ojo seco provoca irritación, escozor, sensación de arenilla, fatiga o pesadez de párpados. Según el grado de ojo seco se pueden producir distintas lesiones oculares :inyección conjuntival, erosiones oculares, queratitis, úlceras corneales e incluso lesiones irreversibles que disminuyan la agudeza visual del paciente.

¿Como se puede prevenir?

Para prevenir o disminuir la sequedad ocular se recomienda:

- No estar en ambientes contaminados, evitar la sequedad ambiental con humificadores.
- Limpiar las glándulas lagrimales con toallitas apropiadas.
- Utilizar cosméticos y líquidos de limpieza de lentes de contacto que no alteren la lágrima.
- Adaptación correcta de lentes de contacto: radio, diámetro, espesor y material adecuado.
- Ingerir agua, controlar que no haya déficit de vitamina A, omega 3, omega 6.
- Utilizar lágrimas artificiales o pomadas adecuadas según el tipo de ojo seco ayudan a controlar la sequedad e irritación.

El síndrome de ojo seco afecta aproximadamente al 20% de la población y llega hasta un 75% en las personas mayores de 45 años.
Es importante realizar una anamnesis exhaustiva para investigar las causas de ojo seco: uso de fármacos, cosméticos, enfermedades sistémicas, lentes de contacto, disfunción de las glándulas lagrimales..para poder aconsejar el tratamiento adecuado.

óptica unyvisión
AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • T 948 178 188
AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN

¿Qué es el hígado graso o esteatosis hepática?

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

La enfermedad de hígado graso no alcohólico se ha vuelto tan común que ahora casi uno de cada cinco adultos sufre de la condición- y muchos de ellos ni siquiera saben que existe esa enfermedad, por no hablar de las consecuencias nefastas que puede acarrear. La enfermedad también es más común en los hombres que en las mujeres.

La **Ecografía Hepatobiliar** es la prueba diagnóstica más resolutiva para valorar **esteatosis hepática**, o comúnmente se conoce como el hígado graso. El alcohol o la ingesta de grasas suele cambiar la ecoestructura y el funcionamiento hepático, además de generar más cálculos vesicales. Suele ser reversible. Normalmente se indica tras salir una analítica alterada a nivel hepático, siendo la causa más frecuente el acúmulo de grasa en el hígado aunque puede deberse a otras patologías más serias. Al realizarse la ecografía se puede descartar o confirmar ese u otro diagnóstico siendo una prueba muy fiable.

En alguno caso un área de preservación grasa (no tan grasa como el resto del parénquima hepático) o una esteatosis focal pueden confundirse con un nódulo hepático, en estos casos se debe completar con TAC o la resonancia.

La ecografía es una prueba diagnóstica que utiliza **ultrasonidos (US) para formar una imagen**. Los US se llevan utilizando más de 50 años sin que se hayan descrito efectos secundarios de su uso, salvo un ligero aumento de la temperatura local. Son inaudibles e indoloros. El gran **aliado de los US** es el agua presente en el cuerpo (70 al 75% del cuerpo es agua). Para romper la barrera de la piel se utiliza gel ecográfico, en la piel encontramos poros que contienen aire y dificultan la transmisión. Además del aire otros **enemigos** en la transmisión de los US son:

- **El pelo** en algunos casos necesitan rasurar ciertas zonas.
- **El calcio** no se valoran los huesos con US pero si se visualizan calcificaciones en otras estructuras, viéndose como una falta de señal en su parte posterior creando un efecto sombra.
- **Obesidad**, cuanto más alejada esté la estructura de la sonda mayor dificultad para su visualización. Normalmente los ecógrafos tienen una penetración de unos 25 cm.
- **Aire intestinal** dificulta la exploración de estructuras adyacentes y no es la técnica adecuada para el estudio de estructuras que contengan aire. Se aconseja antes de realizar la prueba no fumar ni masticar chicle que aumentan la cantidad de aire intraintestinal.

¿Precisa de petición médica?

Sí. Necesita una autorización médica donde se indica el médico remitente y la razón de la exploración ecográfica. Así sabremos a qué médico enviar los resultados. Normalmente los médicos peticionarios de ecografía hepatobiliar son: los de Medicina Interna, Médicos de familia, Digestivo y Médicos Cirujanos.

¿Cómo debe prepararse el paciente?

En ecografía hepatobiliar se indica un ayuno de 6 horas antes de la exploración. Se recomienda ducharse antes de acudir a cualquier visita y no usar desodorante (algunos poseen partículas metálicas que dificultan la exploración), no masticar chicle ni fumar al menos 4 h antes.

¿En qué consiste la exploración hepatobiliar?

Se realiza estirado sobre una camilla boca arriba, se despejan la ropa de la zona a explorar y se coloca una sábana en la zona pélvica para no manchar la ropa del paciente, el radiólogo le irá dando instrucciones de cómo debe respirar o si se debe girar para facilitar la exploración ecográfica. En la hepatobiliar se estudia realizando un barrido de las estructuras: El páncreas, hígado, vesícula biliar, vías biliares.

Material que se entrega: Tras la exploración se entregan fotos y un informe del radiólogo sobre lo que ha visto en la ecografía. Depende a que médico va dirigido, el informe va directamente a él o se entrega al paciente.

En comparación con otras técnicas, tiene gran utilidad diagnóstica en manos expertas tanto para pacientes programados, como urgentes o ingresados. Su menor tamaño y movilidad hace que sea idóneo para pacientes.

ESTEATOSIS O HÍGADO GRASO

ESTEATOSIS PARCHEADA

Lipofilling facial: un relleno natural

sannas
DENTOFACIAL
C/ Madres de la Plaza de Mayo, 16
31013 Nuevo Artica
948 38 44 22 / 948 38 44 33
www.gruposannas.com

Dra. Ana de la Concepción
Cirugía Plástica
Nº Coleg. 0904877

El rostro es nuestra "carta de presentación". Un rostro cuidado traduce salud, vitalidad... es por ello que debemos cuidarlo. El periodo estival es una época en la que nuestro rostro va a estar expuesto con mayor intensidad a las radiaciones solares, por lo que es recomendable prepararlo.

El envejecimiento facial es un proceso que implica no sólo un aumento de la laxitud de los tejidos con pérdida de elasticidad de la piel y la relajación de los músculos responsables de la mímica facial, también una atrofia o pérdida de volumen de la grasa facial y la alteración de estructuras óseas como consecuencia de la desmineralización, dando como resultado una pérdida de proyección de las mejillas. Todo ello tiene como consecuencia la pérdida de las "curvas" que confieren juventud y vitalidad al rostro.

En muchas ocasiones, el rejuvenecimiento facial implica diversos procedimientos, como el estiramiento facial o lifting, la liposucción de la papada o los injertos de grasa autóloga o lipofilling.

El tejido graso se comporta como un relleno excelente, y un regenerador de tejidos, brindando un aspecto más juvenil y dando tersura, brillo y hidratación a la piel de las áreas donde se ha lipoinfiltrado.

Los injertos de grasa autóloga consisten en un procedimiento quirúrgico que permite aumentar el volumen de una parte del cuerpo utilizando la grasa del propio paciente, obtenida mediante una liposucción. Por lo tanto, se trata de un relleno natural que se puede infiltrar en la cara para restaurar el óvalo facial típico de una cara joven y obtener un rejuvenecimiento facial de una forma más perdurable que usando ácido hialurónico. Las zonas que más habitualmente se tratan son los pómulos y los surcos nasogenianos.

La grasa es el tejido del organismo más rico en factores de crecimiento. Los factores de crecimiento mejoran la hidratación y elasticidad de la piel. Así, tras un lipofilling se consigue la reposición de los volúmenes faciales y una mejora espectacular de la calidad de la piel, consiguiendo una piel luminosa y jugosa.

La cirugía

La operación se lleva a cabo en un quirófano. Dependiendo de la cantidad de grasa que se necesite, se realiza con anestesia local o bien combinada con sedación.

La grasa necesaria se obtiene mediante una liposucción a través de una o varias pequeñas incisiones de unos 3 mm. Normalmente se extrae del abdomen o las caderas. La grasa aspirada se procesa mediante centrifugación, filtrado o lavado. Como resultado de todo este procedimiento se obtiene una grasa pura y líquida, lista para su inyección en la zona deseada.

A través de unas incisiones mínimas próximas a las zonas a tratar, se inyectan pequeñas cantidades de la grasa purificada.

Los días posteriores al tratamiento es normal la inflamación de las zonas tratadas, y es probable que aparezcan moratones. Es recomendable aplicar compresas frías para minimizar la inflamación.

La duración del procedimiento es de aproximadamente 1 hora, dependiendo de la extensión de las zonas a tratar.

Los resultados

Hay que tener en cuenta que parte de la grasa reinjertada será absorbida por el cuerpo con el tiempo, por lo que se inyecta un exceso de grasa para que al término del postoperatorio los resultados sean los deseados.

Pasado el periodo inflamatorio inicial de unas dos semanas, el resultado estético suele ser excelente. No obstante, deberemos esperar unos seis meses para evaluar cuál va a ser el resultado final. En cualquier caso, transcurrido el primer año el resultado será definitivo.

Antes *Después*

Expectativas reales

Aquellas que tienen en cuenta la edad, los hábitos de vida y las condiciones físicas individuales de cada paciente.

Los pacientes deben ser conscientes de que, dependiendo de su condición física, no todo el mundo puede esperar los mismos resultados de los mismos procedimientos. Otros factoras como el tabaquismo o la exposición al sol, que influyen en la calidad de la piel y los demás tejidos, son factores que debemos tener en cuenta.

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

Alimentacion en diferentes etapas de la vida

Berta Magaña Soler. *Dietista-Nutricionista. Nº colegiada: NA00120*

Conocer las características nutricionales de las personas y su grado de actividad (para unos más intensa y para otros basada simplemente en la suma de diversas actividades de la rutina diaria), constituye la base teórica sobre la que es preciso apoyarse para establecer la alimentación más idónea en cualquier periodo de sus vidas ya que toda nuestra vida está determinada por diferentes periodos de tiempo que tienen características y necesidades especiales.

Primera infancia

El niño cuando nace requiere de muchas calorías, es por eso que la leche materna es el alimento principal durante los primeros meses de vida.

Durante el primer año, se produce un cambio constante en el número de ingestas de alimentos y en la cantidad y composición de la misma; el número se reduce paulatinamente y la cantidad por ingesta aumenta progresivamente. Asimismo la composición de la dieta varía por la progresiva y constante incorporación de nuevos alimentos, carne, pescado, huevos, cereales, frutas, verduras y lácteos a medida que el organismo va requiriendo de más nutrientes y va teniendo capacidad de digerirlos y asimilarlos.

En los primeros años de vida la alimentación tiene especial importancia por ser el periodo en el que el niño aprende a comer bien y consolida unos hábitos alimentarios saludables.

Edad escolar

Es una etapa de importante desarrollo intelectual y físico en el niño, por lo que necesitará una buena planificación en su alimentación para obtener todos los nutrientes necesarios para estudiar y realizar todas las actividades físicas que le depara su día a día.

El niño deberá comer 5 veces al día dando especial importancia al desayuno que estará compuesto por un lácteo, cereal y fruta. Se deben incluir alimentos como las verduras, arroz, pastas, legumbre, carne, pescado, huevos y frutas asegurándonos de que frutas, verduras y alimentos ricos en fibra están presentes a diario. Es conveniente evitar el consumo excesivo de azúcares e hidratos de carbono porque pueden acarrear problemas de obesidad y dentales.

Es recomendable no hacer comparaciones entre niños, ni sobre la cantidad de alimentos que consumen ni sobre el ritmo del crecimiento. Es más importante la calidad de lo que comen que la cantidad y de ello dependerá su salud futura.

Adolescencia

En la adolescencia aumentan los requerimientos energéticos y las necesidades de nutrientes ya que en esta etapa acontecen una serie de cambios importantes a nivel físico, hormonal, psicológico y sexual. Además de ser el momento en el que se alcanza el pico de densidad ósea.

Un aumento en el consumo de lácteos y derivados, carne y pescado y alimentos ricos en vitaminas y minerales especialmente de calcio y fósforo serán las recomendaciones para superar la adolescencia con éxito.

No debemos olvidar que esta etapa se caracteriza por el desorden de las comidas y el deseo sobre todo femenino por bajar de peso, lo cual puede dar lugar a enfermedades que produzcan trastornos alimentarios como anorexia nerviosa o bulimia. Será importante por ello una persona adulta que observe al adolescente durante este tiempo.

Adultos

Es el periodo más largo de nuestras vidas en el cual un correcto estado nutricional viene dado por lo que se conoce como "dieta equilibrada" que junto con una actividad física continuada será la clave para conseguir mantener la calidad de vida durante toda nuestra existencia y prevenir enfermedades tales como la obesidad, diabetes, hipertensión, colesterol elevado o incluso la osteoporosis.

Las necesidades nutricionales en este periodo dependerán de numerosos factores como son el gusto personal, los hábitos gastronómicos y culinarios, la educación e información nutricional, las costumbres culturales, étnicas o religiosas, las circunstancias económicas, sociales y agrícolas, la disponibilidad de los alimentos, la geografía y el clima (a mayor temperatura menor consumo de energía), la condiciones higiénicas y organolépticas y, por supuesto, la edad, el sexo, el peso, las necesidades fisiológicas especiales (embarazo, lactancia, menopausia...), la actividad física (trabajos pesados, ligeros, moderados), la regulación de la temperatura corporal, las situaciones psíquicas (el estrés y otras) y la tasa o índice de metabolismo basal. Muchas de estas condiciones se modifican a lo largo de la vida e influyen directamente en las necesidades de energía de cada individuo.

El mantenimiento del peso se consigue cuando

la cantidad exacta de las kilocalorías que necesita el organismo es aportada por la dieta y hay un equilibrio entre la energía que se ingiere y la que se consume. Ni una caloría más, ni una menos. En el adulto medio hay unos requerimientos nutricionales cuantitativos que aunque son orientativos están más o menos generalizados: Para un hombre de 1,75 cm de talla, 67,400 kg de peso, que realice una actividad moderada el aporte calórico debe ser de aproximadamente de 3000 kilocalorías y para la mujer tipo de 1,65 cm, 56 kg de peso y actividad moderada el aporte calórico recomendado será de unas 2250 kcal. Los hidratos de carbono aportarán entre el 55-60% de la energía total de la dieta de los cuales el 10% como máximo serán de azúcares simples, los lípidos o grasas el 25-30% siendo la relación aconsejada de: el 10% de grasa saturada, del 5 al 10% de grasa poliinsaturada y del 10 al 12% de grasa monoinsaturada y las proteínas el 10-15% del total, de las cuales se aconseja que casi la mitad provengan de proteínas de origen animal por su mayor valor biológico pero también es importante combinar con proteínas vegetales (legumbres, cereales...), que aunque tiene un valor biológico menor, se complementan y aseguran el aporte necesario.

Las vitaminas, minerales y el agua deben guardar un equilibrio pero hay que asegurar su consumo con los alimentos que los contiene en mayor proporción. La ingestión de agua sola o en los alimentos o en otras bebidas debe asegurarse en una cantidad aproximada de litro y medio diario.

Madurez

En este grupo además de una serie de factores asociados propios de la edad, dificultad de masticación, disminución de secreciones digestivas e hipotonía del aparato digestivo, el problema a fundamental con el que se tropieza al organizar la dieta de los mayores es que sus hábitos alimentarios están muy arraigados y muchas veces son erróneos.

Las necesidades nutricionales y energéticas se establecen de forma muy genérica ya que cada persona tiene un ritmo de envejecimiento y situaciones personales diferentes (grado de apetito, ciertas enfermedades, gustos...). No obstante, generalmente lo que se produce es una disminución del gasto energético por lo que las calorías totales que se ingieren también deben disminuir sin por ello descuidar su aporte nutritivo.

El uso de productos dietéticos especiales para los ancianos, puede ser adecuado en ocasiones en las que la alimentación no es completa.

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

Ante la artrosis, ¿cómo puedo cuidar mis articulaciones?

Amparo Santamaria Torroba. *Especialista en Rehabilitación. Hospital Reina Sofia de Tudela*
Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA*

La artrosis es una enfermedad crónica del aparato locomotor que se caracteriza por la degeneración y pérdida del cartílago articular. Las causas son múltiples. La prevalencia de la artrosis en todas las articulaciones se correlaciona con la edad, siendo más frecuente en adultos a partir de 40 años y extremadamente frecuente a partir de los 60 años. Afecta más a mujeres que a hombres a partir de los 50 años. De momento no existe cura para ella, por lo que prevenirla puede resultar de relevante importancia.

Entre los factores de riesgo de padecerla encontramos:

- Obesidad, está muy asociada a la artrosis de rodilla.
- Edad (es el más importante de los factores de riesgo, encontrándose cambios en las radiologías en un 70% de las personas mayores de 60 años).
- El daño articular previo debido a lesiones en los meniscos o los ligamentos o por el efecto de micro-traumatismos repetitivos (como por ejemplo, la práctica de ciertas actividades laborales o deportivas).

¿Se puede prevenir?

El tratamiento preventivo es de capital importancia para la evolución posterior de la artrosis.

Debe plantearse individualmente para cada paciente un programa que conste de medidas para: Tratamiento del dolor, Tratamiento de la inflamación, Mantener la función de la articulación y Prevenir las deformidades.

El **tratamiento actual de la artrosis** está lejos de ser curativo, pero cada vez es más evidente que la intervención temprana y los tratamientos preventivos son de capital importancia para la evolución posterior de la enfermedad. El tratamiento debe plantearse individualmente para cada paciente. El tratamiento no farmacológico consiste en perder peso y tratamiento rehabilitador. El tratamiento farmacológico consiste en analgésicos por vía oral y tópicos, antiinflamatorios e incluso infiltración intraarticular .

El tratamiento del dolor/inflamación se realizará por parte del médico siguiendo indicaciones para cada fármaco y según seguridad de estos o enfermedades asociadas de los pacientes. NO SE AUTOMEDIQUE SIN CONSULTAR.

Consejos generales

Estos son algunos consejos prácticos que podemos aplicar cada día, para proteger las articulaciones:

1. Facilitar las tareas domésticas con pequeños gestos como coger las ollas o las tazas por las asas y repartir el peso entre las dos manos.
2. Evitar el aumento de peso y reducirlo en la medida de lo posible si existe sobrepeso. Reducirá la carga articular en las piernas.
3. Utilizar elementos que faciliten los movimientos y reduzcan el riesgo de caídas, como son las barandillas o los agarradores para entrar en la ducha, por ejemplo.
4. No se automedique. Si cree necesario modificar su tratamiento, consulte a su médico para evitar problemas.
5. Adaptar dispositivos de uso cotidiano para reducir el esfuerzo de nuestras articulaciones. Por ejemplo utilizar el monomando en lugar del grifo para evitar el movimiento de giro y sustituirlo por un movimiento de palanca.
6. Evitar el sedentarismo que repercute en una disminución del tono muscular y mayor inestabilidad articular.
7. Evitar caminar sobre superficies irregulares o con calzado inadecuado. Los adoquines o los tacones suponen un sobreesfuerzo para las articulaciones.
8. Realizar actividad física en función de la tolerancia. Escoger ejercicios adecuados que eviten la sobrecarga articular, como puede ser la natación.
9. Buscar posturas cómodas tanto durante la actividad como durante el descanso. Algunos ejemplos son la colocación de un cojín en la región lumbar cuando nos sentamos a ver la televisión, o utilizar un taburete al planchar.
10. Disponer de los objetos a una altura adecuada reduce la necesidad de flexionar las rodillas en nuestra actividad cotidiana.
11. Evitar trasladar peso, utilizar elementos que nos faciliten las tareas que lo requieran. Utilizar carritos de la compra, o elementos con ruedas en lugar de cargar pesos.

Para mantener la función de las articulaciones y prevenir deformidades podríamos seguir los siguientes pasos:

◆Principios generales de protección articular

Es importante que se cuiden las articulaciones y aplicar los principios de protección articular como medida preventiva, con el fin de evitar un mayor deterioro de sus articulaciones afectadas.

Los principios de protección articular son los siguientes:

- Mantener la movilidad articular y la fuerza muscular.
- Evitar posiciones que puedan deformarlas así como presiones sobre las articulación ya dañada.
- Utilizar las articulaciones más fuertes y menos deterioradas para desarrollar las actividades.
- Evitar utilizar las articulaciones durante periodos muy prolongados
- Respetar el dolor.

◆Consejos prácticos para proteger las diferentes articulaciones

Debe evitarse aquellos movimientos que provoquen dolor y mayor estrés articular.

A. Solitario: encajar los palos en los agujeros del solitario para realizar pinza de 1 dedo con el resto de los dedos.
B. Velcros: pegar tacos de madera con velcros en otra madera mayor para practicar levantar cada dedo hacia arriba (extensión) de cada dedo.
C. **Cepillo de carpintero:** mediante presa movilizar el mango de un cepillo, según como sujete el mango podemos realizar movimientos hacia arriba y hacia abajo (flexoextensión) de muñeca.
D. Juego de aros: introducir los aros en una columna vertical, según la forma en que lo hagamos conseguiremos mover hombro-codo-muñeca de manera diferente.
E. Segueta de pedal: mediante pedaleo, conseguir "serrar una madera", para mejorar la movilidad articular de cadera, rodillas y tobillos.

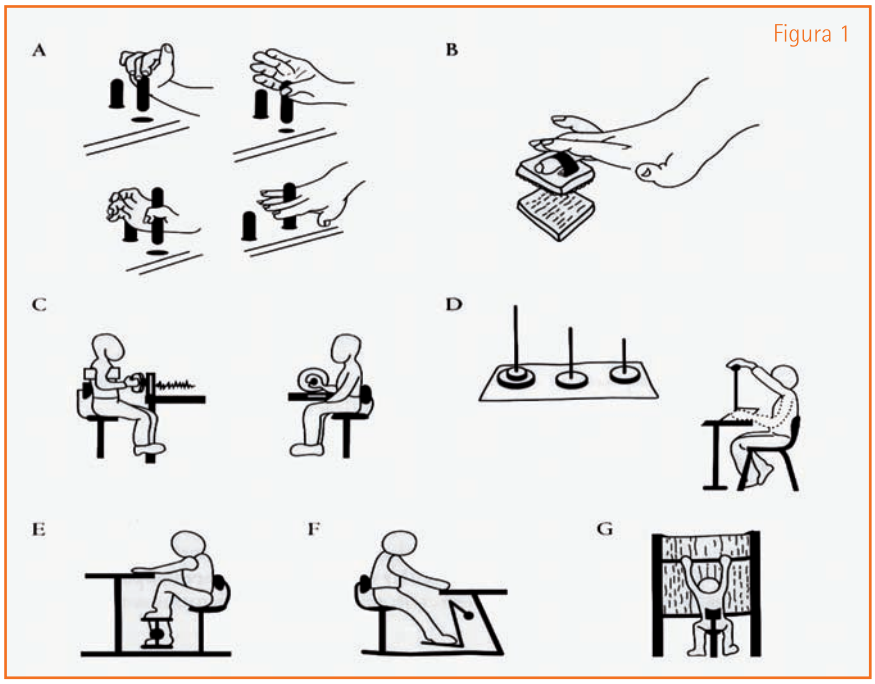
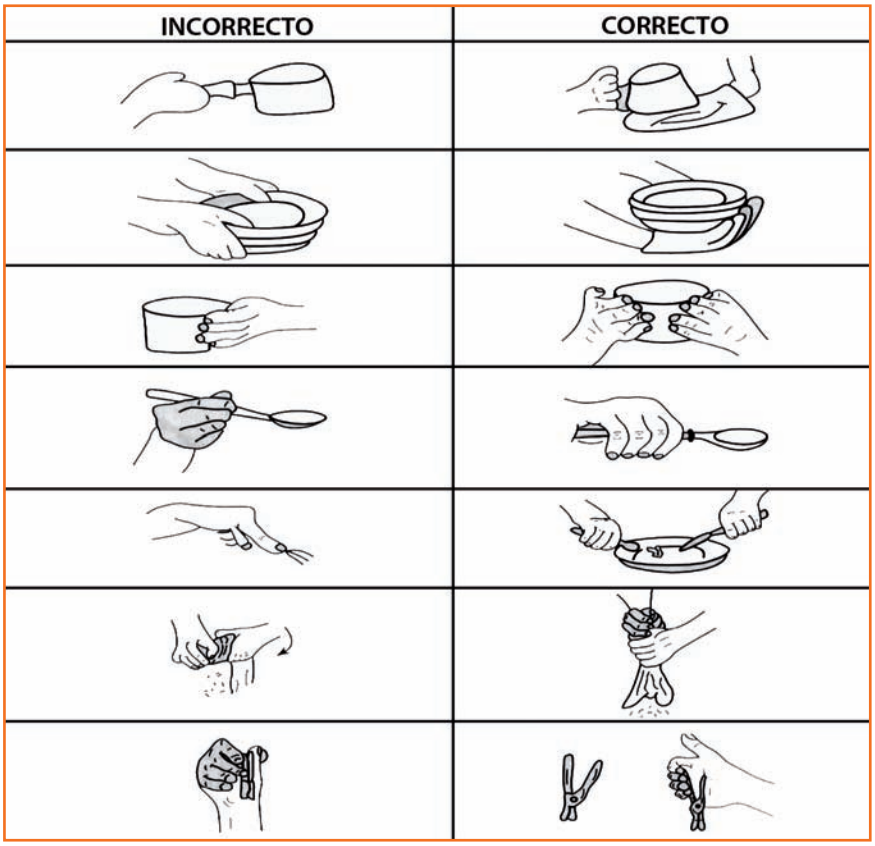


Figura 2. Principios de protección articular



F. Máquina de coser: mediante movimientos de pedal se persigue movilidad de tobillos y rodillas.

G. Telar de mesa: tejer en un telar de mesa u hacer el mismo movimiento con objetos similares. (Ver Figura 1)

Aún durante la realización de estas pequeñas, pero sencillas actividades rehabilitadoras en casa y en nuestra vida diaria debemos tener en cuenta otros consejos generales.

◆Consejos sobre protección articular

- Evitar hacer presa fuerte, que provoca una mayor deformidad de las articulaciones.
- Para abrir un frasco debe usar un abre-frascos o simplemente colocarlo sobre una superficie que no resbale y hacer presión hacia abajo antes de girar.
- No retorcer con demasiada fuerza la ropa mojada para extraer el agua, solo escurrirla.
- Sostener el cuchillo con la hoja sobresaliendo hacia el borde externo (el borde del dedo meñique se la mano).
- Llevar el bolso sobre el antebrazo.

(Ver Figura2)

Los principios de la protección de las articulaciones son:

- Pedir ayuda cuando sea necesario.
- Equilibrar el reposo con la actividad.
- Ser más consciente de las posiciones del cuerpo.
- No permanecer en una sola posición durante mucho tiempo.
- Escuchar a su cuerpo: si aumenta el dolor durante una actividad o ejercicio, entonces significa que está sobrecargando sus articulaciones.
- Simplificar el trabajo para ahorrar energía.
- Use las articulaciones y los músculos más grandes/más fuertes.
- Distribuir el peso en múltiples articulaciones.

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**

¿Qué es el PSA?

Diagnóstico del cáncer prostático

Dr. Jorge Aranda Lozano y Dra. Rocío Sierra Labarta.
Facultativos Especialista de Área en Urología del Hospital Reina Sofía de Tudela
Dr. Daniel Sánchez Zalabardo. *Jefe del Servicio de Urología del Hospital Reina Sofía de Tudela*

El cáncer de próstata es el segundo más frecuente en el mundo entre los varones, con aproximadamente 680.000 nuevos casos al año suponiendo 11,7% de todos los tumores masculinos. En Europa, el cáncer de próstata es ya la neoplasia sólida más frecuente superando al cáncer de pulmón y de recto.

Factores de riesgo

- La edad es uno de los principales factores de riesgo asociados al cáncer de próstata. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 60 y los 80 años, con pico máximo entre los 70 y los 75, aunque hay un número significativo de casos desde los 50 años. Se considera un tumor propio de edades avanzadas.
- La herencia genética. Cuando un familiar de primer grado (padre, hermano o hijo) padece un cáncer de próstata, como mínimo se duplica el riesgo. Cuando dos o más familiares de primer grado se encuentran afectados, el riesgo aumenta entre 5 y 11 veces.
- El cáncer prostático es más frecuente en la raza negra.

Herramientas diagnósticas en el cáncer prostático

Las principales herramientas que disponemos para el diagnóstico del cáncer prostático son el tacto rectal y la determinación en sangre del marcador PSA. Para alcanzar un diagnóstico definitivo es preciso la realización de una biopsia prostática que se indicará ante una alteración de los niveles de PSA en sangre o bien, si el urólogo al realizar un tacto rectal palpa una zona indurada sugestiva de cáncer.

¿Qué es el PSA?

El PSA o "Prostate Specific Antigen" es una sustancia producida exclusivamente por las células epiteliales de la próstata. Se trata de un marcador órgano específico, ya que solo lo produce la próstata pero no es un marcador cáncer específico, por lo que las concentraciones en sangre del PSA pueden aumentar también en presencia de hipertrofia benigna de próstata (HBP), prostatitis y otras situaciones que más adelante veremos. El PSA se puede encontrar en sangre unido a otras proteínas o libre. En la práctica clínica nos referimos al PSA total como la suma de ambas formas de PSA y se acepta como punto de corte el valor de 4 ng/dl.

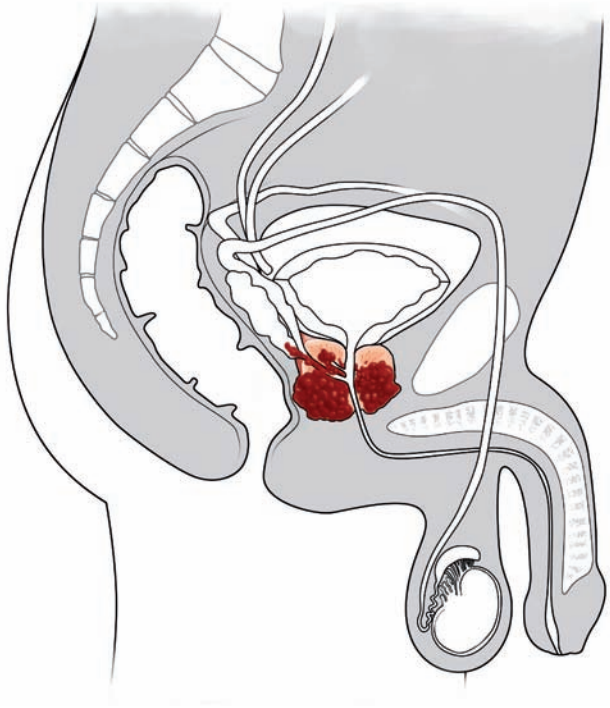
En las últimas décadas, gracias a la determinación de niveles de PSA en sangre, ha aumentado la incidencia del tumor, pero también la supervivencia, ya que se diagnostican y tratan tumores muy pequeños, con un excelente pronóstico.

¿Qué situaciones pueden hacer elevar mis niveles de PSA?

- La hipertrofia benigna de próstata o HBP, esto es, el agrandamiento fisiológico (no tumoral) de la glándula prostática. Es quizás el motivo más habitual de elevación del PSA.
- La edad. De forma fisiológica la próstata va aumentado de tamaño con el paso de los años. En consecuencia, al haber más tejido prostático se produce más liberación de PSA.
- Las infecciones urinarias o prostatitis aumentan los niveles de PSA. Es recomendable la realización de un cultivo de orina simultáneamente a la determinación de PSA que permita descartar una infección urinaria.
- La eyaculación puede causar un aumento en el nivel de PSA por un periodo de tiempo breve. Por esta razón, algunos médicos sugieren a los hombres que se abstengan de eyacular o de mantener relaciones durante 2-3 días antes de la prueba.
- Montar en bicicleta. Algunos estudios han sugerido que montar en bicicleta puede aumentar los niveles de PSA por la estimulación directa que ejerce el asiento sobre la próstata. Existen también numeroso estudios que lo desmienten.
- Ciertos procedimientos urológicos como el propio tacto rectal o una cistoscopia pueden causar niveles más elevados de PSA por un corto periodo de tiempo. Es por ello que se recomienda no realizar la extracción sanguínea para determinar el PSA si se ha realizado un tacto rectal o cistosopia recientemente.
- Fármacos que induzcan la liberación de hormonas masculinas o tratamientos sustitutivos de testosterona.

¿Qué fármacos puedan disminuir mis niveles de PSA?

- Fármacos utilizados para el tratamiento de la calvicie y para el tratamiento de la hipertrofia benigna prostática como son la Finasteride o Duasteride. Estos fármacos reducen el volumen de la glándula prostática y en consecuencia pueden llegar a producir una reducción de hasta el 50% de los valores basales de PSA.
- Obesidad: los hombres obesos suelen tener niveles de PSA más bajos. Se ha visto que los varones obesos producen menor cantidad de testosterona.



- Aspirina: recientes investigaciones han sugerido que los hombres que toman aspirina regularmente pueden presentar niveles de PSA más bajos. Se necesitan más investigaciones para confirmar estos resultados.
- Estatinas: los medicamentos utilizados para reducir los niveles de colesterol, están vinculados a niveles más bajos de PSA si se toman durante años. Sin embargo, se ha visto que en pacientes que combinan la toma de estatinas con antihipertensivos calcio antagonistas, este efecto de reducción no se produce.

¿Cuándo y con qué periocidad debería hacerme una revisión?

Es motivo de controversia entre las diferentes sociedades urológicas la edad de comienzo de las revisiones o cribados prostáticos. La Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda:

- Al cumplir 50 años para los hombres con riesgo normal, es decir, sin antecedentes familiares ni factores de riesgo de cáncer de próstata
- A la edad de 45 años en los hombres que tienen alto riesgo de cáncer de próstata. Entre estos hombres se encuentran los de raza negra y aquéllos que tienen parientes de primer grado (padre, hermano, o hijo) y que recibieron un diagnóstico de cáncer de próstata a una edad temprana (menores de 65 años).
- A los 40 años de edad para hombres con un riesgo muy elevado, aquellos que tienen más de un pariente de primer grado que ha tenido cáncer de próstata a una edad temprana.

Si el tacto rectal es normal, los niveles de PSA se encuentra dentro del rango de la normalidad (< a 4ng/dl) y no existen factores de riesgo elevado se acepta que:

-Si el PSA es inferior a 2.5 ng/mL la revisión puede llevarse a cabo cada 2 años.

-Si los niveles de PSA son mayores de 2.5 ng/mL o más lo más aceptado es cada año.

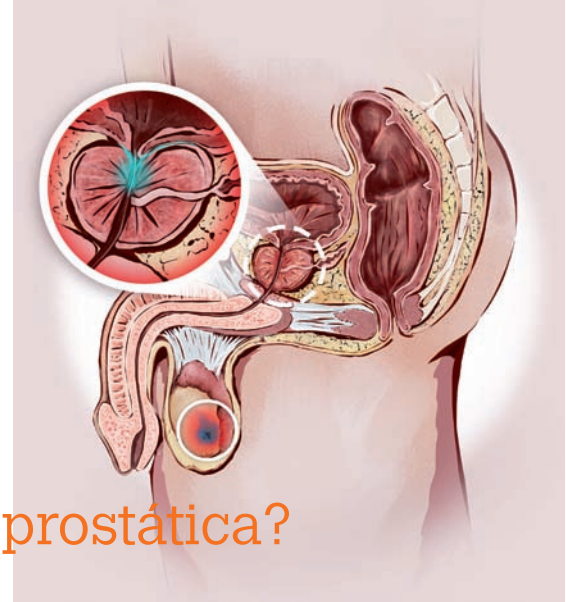
¿Hasta cuándo debo continuar haciéndome la revisiones?

Ya que la mayoría de los tumores prostáticos evolucionan muy lentamente, no debería ofertarse un cribado prostático a partir de los 75 años o cuando la expectativa de vida sea inferior a 10 años.

Tengo el PSA elevado. ¿Cómo sé si tengo un cáncer prostático?

Para llegar a un diagnóstico definitivo es preciso la realización de una biopsia prostática que nos permita obtener tejido de la glándula prostática y confirmar o descartar la presencia de células tumorales en la muestras. Si el tacto rectal es sospecho o bien si existe una alteración persistente en los valores de PSA nuestro urólogo debería ofrecernos la realización de una biopsia prostática.

Nuevos métodos diagnósticos en el cáncer de próstata



¿Existe alternativa a la biopsia prostática?

Dr. Jorge Aranda Lozano y Dra. Rocío Sierra Labarta
Facultativos Especialista de Área en Urología del Hospital Reina Sofía de Tudela

El cáncer de próstata es el tumor más frecuente en varón y supone la tercera causa de mortalidad por cáncer en el hombre. El cáncer prostático, es un tipo de neoplasia que crece lentamente, siendo más frecuente en edades avanzadas. Actualmente la biopsia prostática es la única prueba que nos permite la confirmación del diagnóstico cáncer prostático mediante la obtención de tejido prostático y su análisis anatomo-patológico confirmando o descartando la existencia de un foco tumoral en la próstata.

A la hora de indicar una biopsia, generalmente, el urólogo se basa en una serie de criterios como son el PSA elevado, tacto rectal sospecho o ambos. La rentabilidad diagnóstica de la biopsia prostática oscila entre el 25 y 40%, es decir, de cada 100 pacientes biopsiados, se detectará un foco de cáncer en 25-40 pacientes (varía en función del estudio). Además, la biopsia prostática es un procedimiento que no está exento de complicaciones, si bien su incidencia es baja.

Las principales complicaciones son la hematuria, la retención urinaria, la hemospermia y la infección urinaria (prostatitis, cistitis, orquiepididimitis).

La alta tasa de resultados negativos, las potenciales complicaciones y el deterioro de la calidad de vida que puede conllevar la realización de una biopsia, ha ocasionado el desarrollo de pruebas alternativas diagnósticas no invasivas, que permiten seleccionar a los pacientes de manera óptima y evitar la realización de biopsias innecesarias. Estas pruebas son: el PCA3, la Resonancia Magnética Nuclear y el 4K Score Test.

El PCA3

Consiste en un análisis de orina que detecta células tumorales de la próstata. Las principales ventajas del PCA3 es que es más sensible y específico que el PSA en sangre. La concentración de PCA3 no se ve afectada por el volumen prostático ni por infecciones urinarias, algo que si ocurre con el PSA. Existen diferentes estudios que relacionan los valores de PCA3 con la agresividad del tumor. Para la determinación de este marcador tumoral en orina, es necesario previamente la realización de un masaje rectal sobre la glándula prostática, que llevará a cabo el urólogo; posterior al masaje, el paciente debe recoger la primera orina y ésta es enviada al laboratorio para su análisis genético. La principal indicación para el uso de este marcador sería en pacientes con elevación persistente de PSA y que han sido sometidos a varias biopsias prostáticas con resultado negativo. También, en pacientes con antecedentes familiares de primer grado estaría indicado su uso, para un diagnóstico precoz. Si bien la determinación de PCA3 como marcador tumoral en el cáncer de próstata es relativamente novedoso y más costoso que el PSA, permite optimizar la selección de pacientes candidatos a biopsia.

La Resonancia Magnética (RM)

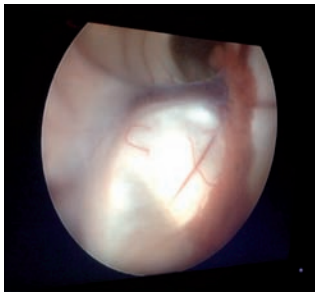
Los avances radiológicos y tecnológicos de la resonancia magnética (RM) en la última década hacen que se considere hoy en día una técnica muy útil tanto en el diagnóstico inicial como en el seguimiento de pacientes con cáncer de próstata ya diagnosticados. La RM permite combinar información morfológica y funcional al mismo tiempo mediante la aplicación de secuencias como la espectroscopia, difusión y secuencias dinámicas con contraste endovenoso en el mismo estudio. La RM permite no solo focalizar el estudio en la glándula sino valorar también la extensión regional a toda la pelvis o a todo el cuerpo dependiendo de la indicación clínica, en menos de 1 hora de exploración. La principal indicación de la RM sigue siendo en pacientes que han sido sometidos a una o varias biopsias de próstata y el PSA continúa elevado o en ascensión, valorando la existencia de zonas sugestivas de tumor en la próstata, lo cual nos permitirá dirigir la biopsia hacia esas zonas más sospechosas. Si no existen zonas sugestivas, no se recomienda la realización de biopsia.

La RM también tiene especial interés en el paciente que ha sido diagnosticado de un cáncer de próstata, permitiéndonos valorar la extensión local, regional o distancia del tumor, así como monitorizar la respuesta al tratamiento pautado. La RM está contraindicada en pacientes que padecen claustrofobia.

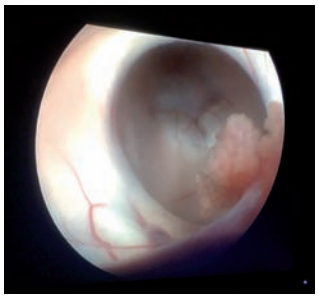
El 4K score Test

Es un método novedoso que nos permite estimar la probabilidad y riesgo de padecer cáncer de próstata mediante un análisis sanguíneo. Este método establece una relación de diferentes parámetros clínicos (edad, tacto rectal, historia previa) y biomarcadores (como son el PSA, Calcicreinas y otras proteínas) generándose un algoritmo que establece el riesgo de padecer un cáncer de alto grado. Se ha visto en diferentes estudios, que el 4K test Score, permitiría evitar más de un 40% de las biopsias innecesarias. Este método, no estaría indicado en pacientes que han sido sometidos a una cirugía prostática reciente o se encuentren tomando fármacos como dutasteride o finasteride (medicación que se pauta en el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata y en el tratamiento de la calvicie). El 4K score Test nos va indicar la probabilidad de que un paciente presente un cáncer de próstata de alto grado. Es muy importante determinar la agresividad del cáncer (bajo, intermedio o alto grado), ya que son los tumores de alto grado, los de comportamiento más agresivo pudiendo causar la muerte del paciente. Si el 4K score Test determina una alta probabilidad de presentar un cáncer prostático de alto grado, es recomendable la realización de una biopsia de próstata para confirmar la sospecha.

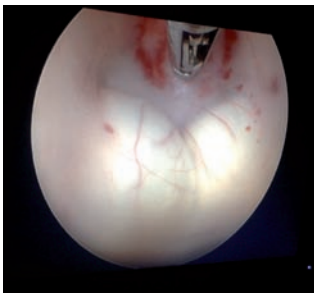
Cualquiera de las 3 pruebas descritas, nos permitirá optimizar la indicación de la biopsia prostática, pero la biopsia prostática, sigue siendo hoy día, la única prueba capaz de confirmar o descartar una neoplasia en la próstata a través del análisis anatomo-patológico del tejido extraído.



Foramen de Monro



Suelo del III ventrículo visualizado a través del Foramen de Monro



Fenestración del suelo del III ventrículo

Estoma en el suelo del III ventrículo

Ventriculocisternostomía endoscópica del tercer ventrículo

Juan Carlos García Romero, Gorka Zabalo San Juan, Jorge Díaz Molina, Daniel De Frutos Marcos, Rodrigo Ortega, Idoya Zazpe Cenoz, Alfonso Vázquez Míguez, Eduardo Portillo Bringas.
Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Navarra

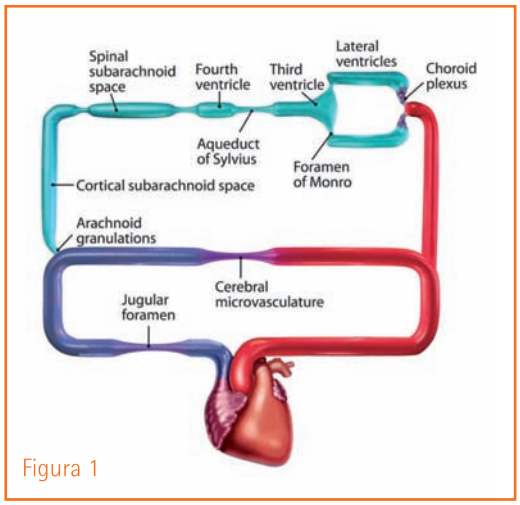


Figura 1

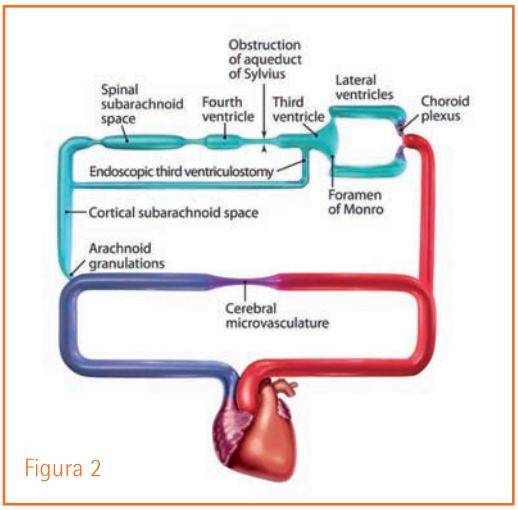


Figura 2

El cerebro, como ya hemos explicado en anteriores artículos, es un órgano con diversas cavidades interconectadas entre sí por las que circula el líquido cefalorraquídeo. Dicho líquido se origina en su mayoría en los plexos coroideos localizados dentro del sistema ventricular, sale al espacio subaracnoideo que recubre el sistema nervioso central a través de los agujeros de Luschka y Maegendie localizados en el IV ventrículo. Una vez recorre el espacio subaracnoideo bañando todo el sistema nervioso central se reabsorbe principalmente en las granulaciones de Paccioni localizadas a nivel del seno sagital superior a través de un sistema dependiente de gradiente de presión.

La obstrucción de cualquier etiología (tumoral, malformativa, infecciosa, hemorrágica, etc.) o la circulación del LCR en cualquier punto del circuito descrito antes provoca que este se acumule en los compartimentos proximales originando una patología de la circulación del LCR que denominamos hidrocefalia. Tradicionalmente dicha patología se ha solucionado mediante la colocación de dispositivos de derivación de LCR (drenajes ventriculares externos, válvula de LCR en sus diferentes versiones) que extraían el LCR de la cavidad ventricular o del espacio subaracnoideo lumbar y lo llevaban a otras cavidades del cuerpo con capacidad de reabsorción (cavidad, abdominal, aurícula, cavidad pleural,...). (Ver Figura 1)

Sin embargo, cuando la obstrucción se produce en el espacio existente entre el III ventrículo y el espacio subaracnoideo los problemas de circulación del LCR son susceptibles de tratamiento mediante la realización de técnicas que consisten en la realización de un bypass salvando dicho obstáculo. Sus fundamentos, aunque descritos en los inicios de la Neurocirugía (paradójicamente la introducción de las válvulas de derivación de flujo supuso en su momento un avance con respecto a estas técnicas) han cobrado nuevo auge en los últimos años tras la introducción de la endoscopia en nuestra especialidad. (Ver Figura 2)

La modalidad más conocida es la ventriculocisternostomía endoscópica del III ventrículo. Consiste en navegar las cavidades ventriculares con técnicas endoscópicas hasta llegar al suelo del III ventrículo dónde se realiza un pequeño orificio en el área premamilar que permite salvar la obstrucción más distal. En manos experimentadas y en casos bien seleccionados la efectividad del procedimiento es alta, permitiendo evitar la colocación de un sistema de derivación y las posibles complicaciones (síndromes de sobredrenaje, obstrucciones, infecciones, necesidad de revisiones periódicas, etc).

Hipertensión arterial en el embarazo

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

La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematuridad, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como en desarrollo. Su incidencia estadística oscila entre el 0,1 al 35%.

Si bien la hipertensión durante el embarazo pone en riesgo la salud de la madre y el feto, un buen control médico asegura en la mayoría de los casos embarazos exitosos.
En las mujeres embarazadas que padecen hipertensión arterial (HTA) ya sea que conocieran previamente o que se enteraran durante su embarazo, es necesario establecer una estrecha vigilancia. En general, estas pacientes se atienden en las llamadas "Unidades de embarazo de Alto Riesgo". Tienen un régimen de consultas más frecuentes, deben contralarse la tensión arterial (TA) en sus propias casas, y se las instruye acerca de la importancia de cumplir con las indicaciones del médico y los signos de alarma que justifican un motivo de consulta urgente.

¿Cuáles son las cifras que marcan la Hipertensión?

La TA es la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias para llevar el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo. La TA se mide en números y los valores se expresan en milímetros de mercurio (mmHg). Las cifras normales en adultos son de 120 mmHg para la "máxima" y 80 mmHg para la "mínima". Se dice que existe Hipertensión cuando estas cifras exceden 140 mmHg o 90 mmHg respectivamente.
La HTA es una condición que perjudica la salud de todas las personas, jóvenes y adultos, varones y mujeres. Sin embargo, las embarazadas constituyen un grupo especial de riesgo ya que la hipertensión, en esta etapa, pone en riesgo la vida de la mamá y la del bebé.

Hipertensión Arterial Crónica

Si se trata de mujeres con historia de hipertensión previa al embarazo es fundamental la consulta previa a la concepción.
Cuando la HTA se descubre en la primera mitad del embarazo (hasta la semana 20 gestacional) se considera como previa al mismo, o sea HTA crónica. Como la TA usualmente disminuye durante ésta etapa, a muchas mujeres que ya eran hipertensas antes del embarazo se les normaliza espontáneamente las cifras de TA, y el médico puede llegar a suspenderles transitoriamente la medicación que venía recibiendo.
En mujeres con HTA crónica, la TA debería estar controlada antes de concebir un embarazo. En caso contrario es preferible postergar el embarazo hasta lograr un aceptable control de la HTA.

Hipertensión Gestacional

Es la que se presenta después de la semana 20 de gestación, en una embarazada que no era hipertensa previamente. Si las cifras de TA igualaran o superaran 160/100 mm Hg se considera que el cuadro es grave y se trata como la preeclampsia, que se explica a continuación.
En estas pacientes no está indicada la interrupción del embarazo excepto que el cuadro clínico empeore o se presente alguna complicación que lo justifique.

Preeclampsia-eclampsia

La preeclampsia se presenta en la segunda mitad del embarazo y se define por la presencia de HTA asociada a la aparición de proteínas en el análisis de orina, lo cual indica compromiso (deterioro) de la función del riñón.
Esta complicación representa un riesgo para la madre y el niño, en quien puede producir retraso de crecimiento por alteraciones en la placenta y sufrimiento fetal.

Síntomas de la preeclampsia

- Hinchazón de manos, cara, tobillos y pies.
- Ganancia de peso exagerada.
- Dolor de cabeza fuerte y persistente.
- Trastornos visuales como visión de luces de colores (fotopsias).
- Dolor en el centro del abdomen o en el lado derecho.

Cuando la mujer embarazada padece de una eclampsia, generalmente suele presentar síntomas como convulsiones (síntoma que define la eclampsia), agitación intensa, pérdidas de conciencia, además de posibles dolores músculo esqueléticos y alteraciones en la retina, ocasionados por la hipertensión.

¿Qué pacientes están en mayor riesgo de desarrollar preeclampsia?

Se encuentran en esta situación mujeres con:
- TA alta crónica (prolongada).
- Antecedentes familiares de preeclampsia.
- Antecedentes personales de enfermedad renal.
- Antecedentes personales de diabetes.

- Ciertas condiciones autoinmunes, incluidos el síndrome antifosfolípido o lupus eritematoso sistémico.
- Primer embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Menos de 20 años de edad o más de 35.
- Peso superior al normal.
- Antecedentes personales de preeclampsia antes de las 32 semanas de gestación.

Actuación médica en caso de preeclampsia

Dado que la "cura" de la preeclampsia es el parto, si el feto es maduro la mejor opción es la inducción del nacimiento. Si por el contrario el feto aún no está maduro para nacer se hará una valoración del estado general de la madre y el feto que se repetirá seriadamente cada dos días hasta que el feto esté lo suficientemente maduro y pueda inducirse el parto.

Si la preeclampsia es leve se indica reposo en cama, control de la TA con fármacos específicos. Si el caso es más grave y ha superado las 32-34 semanas gestacionales, se puede inducir el parto ya que en esta etapa los bebés prematuros suelen recuperarse bien.

Sin embargo, antes de la inducción, el obstetra probablemente indique un tratamiento con corticoides que ayudan a acelerar la maduración de los pulmones fetales para deducir el riesgo de los problemas respiratorios de los bebés prematuros.

En algunas ocasiones, la TA continúa aumentando a pesar del tratamiento, o el estado de salud se agrava poniendo en riesgo la vida de la futura mamá y la del bebé. Entonces es necesario inducir el nacimiento aunque se trate de un nacimiento prematuro.

No obstante, el médico le explicará detalladamente cuáles son los riesgos y los beneficios y la realidad es que, en casos graves, a los bebés les conviene más estar en una sala de cuidados intensivos que permanecer en el útero materno.

¿Se puede prevenir la preeclampsia?

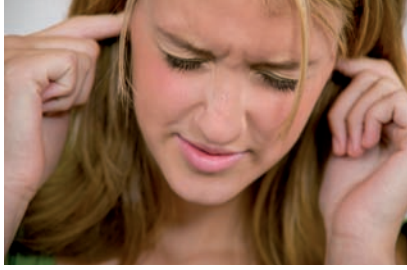
En la actualidad no hay manera de prevenirla. Sin embargo, un buen control de la TA disminuye mucho el riesgo.

Evolución Tras el Parto

La mayoría de las mujeres mejoran en uno o dos días posteriores al nacimiento, y la TA vuelve a reestablecerse como antes del embarazo en las siguientes 6 a 12 semanas.

Sin embargo, algunas veces, la hipertensión arterial empeora en los primeros días posteriores al parto y se puede desencadenar la llamada eclampsia del puerperio (aunque estos casos son más extraños que durante el embarazo).

En definitiva, recuerda que hacer el seguimiento ginecológico y recibir atención médica durante todo el embarazo es importante para prevenir complicaciones y detectar a tiempo problemas como la preeclampsia, que precede al caso más grave de hipertensión en el embarazo que es la eclampsia, peligrosa para la madre y el bebé.



Sordera Súbita: Una urgencia ORL

Dra. Manuela Del Carmen Zapata. *MIR ORL del Complejo Hospitalario de Navarra*
Dr. Ignacio Arruti González. *Jefe de Sección ORL Infantil del Complejo Hospitalario de Navarra*

Despertarse en la mañana sin oír nada... ¿Puede pasar? ¿Qué debemos hacer?

La capacidad auditiva es uno de los sentidos mas importantes para el ser humano, esta capacidad se puede perder de manera brusca muchas veces por causas banales (tapones de cerumen, catarros de vías altas, exposición a ruidos...) pero en otras ocasiones se trata de una sordera súbita que requiere un tratamiento precoz para mejorar su pronostico.

¿Qué es la sordera súbita?

Estamos hablando de una entidad poco frecuente y por lo tanto poco conocida por los médicos de atención primaria y por la población en general, es la llamada Sordera Súbita, que es la pérdida de la audición de forma brusca, y que no se relaciona con una causa aparente, tales como tapones de cera o procesos catarrales.

La sordera súbita es una emergencia médica. Cualquier persona que tiene una pérdida súbita de la audición debe ir de inmediato al médico, ya que la posibilidad de recuperación es mayor si la pérdida de audición se trata a tiempo.

A veces, las personas con sordera súbita no acuden al médico enseguida porque creen que su pérdida de audición se debe a alergias, sinusitis, cera que está tapando el conducto auditivo, u otras causas comunes. Sin embargo, retrasar el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita puede disminuir la eficacia del tratamiento.

La característica principal de esta patología es la pérdida brusca de la audición de uno o ambos oídos (normalmente es unilateral en 9 de cada 10 casos), suele ser asintomática pero a veces puede acompañarse de otros síntomas como pitidos (tinnitus) en los oídos, de mareos o de vértigos. Es más frecuente sobre todo en adultos mayores de 40 años, pero puede presentarse a cualquier edad. Existen diversos factores de riesgo, hay una fuerte asociación con los factores de riesgo cardiovasculares: tabaquismo, colesterol alto, obesidad, diabetes, hipertensión arterial entre otros, pero existen numerosas patologías que pueden provocarlo.

¿Qué causa la sordera súbita?

Determinar cuál es la causa es difícil. Sólo en un 10 al 15 por ciento de las personas diagnosticadas con sordera súbita se puede identificar una causa.

Las causas más comunes son:

- Enfermedades infecciosas fundamentalmente víricas.
- Enfermedades autoinmunes.
- Alteraciones vasculares.
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Medicamentos ototóxicos (medicamentos que dañan las células sensoriales del oído interno).
- Tumor en el nervio que conecta el oído al cerebro (Schwannoma coclear).
- Enfermedades y trastornos neurológicos, como la esclerosis múltiple.
- Trastornos del oído interno, como la enfermedad de Menière.

¿Cómo se diagnostica la sordera súbita?

La primera fase siempre debe ser un examen clínico completo, será fundamental la realización de una otoscopia que nos permitirá descartar problemas de menor entidad.

Posteriormente se realizará un estudio auditivo completo que incluya una audiometría tonal liminar. Si la prueba muestra una pérdida neurosensorial de al menos 30 decibelios en tres frecuencias correlativas, la pérdida de audición se diagnostica como sordera súbita. También se realizarán estudios analíticos y radiológicos.

¿Cómo se trata la sordera súbita?

Como norma general el paciente deberá guardar reposo en cama, evitará situaciones de estrés y el consumo de alcohol y tabaco.

El tratamiento más común, especialmente cuando no se sabe la causa, son los corticoides. Su función es reducir la inflamación, se recetan generalmente en forma de pastillas.

En los últimos años, ha crecido la popularidad de inyectar esteroides directamente detrás de la membrana del tímpano en el oído medio. Esto se conoce como terapia intratimpánica con corticoides. En 2011, se realizó un ensayo clínico financiado por el Instituto Nacional de la Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación (NIDCD) mostró que los esteroides intratimpánicos eran tan eficaces como los esteroides orales.

Es importante señalar que este tratamiento es mucho más efectivo si se administra antes de las 48 horas desde el inicio de la pérdida de la audición.

Igualmente y dependiendo de la causa pueden ser necesarios tratamientos con antivirales, antibióticos, ansiolíticos, vasodilatadores....

Pronóstico

Un tercio de los pacientes obtienen una recuperación completa de la audición, otro tercio presentan una recuperación parcial y el tercio restante no logran recuperación alguna.

Se consideran factores de mal pronóstico:

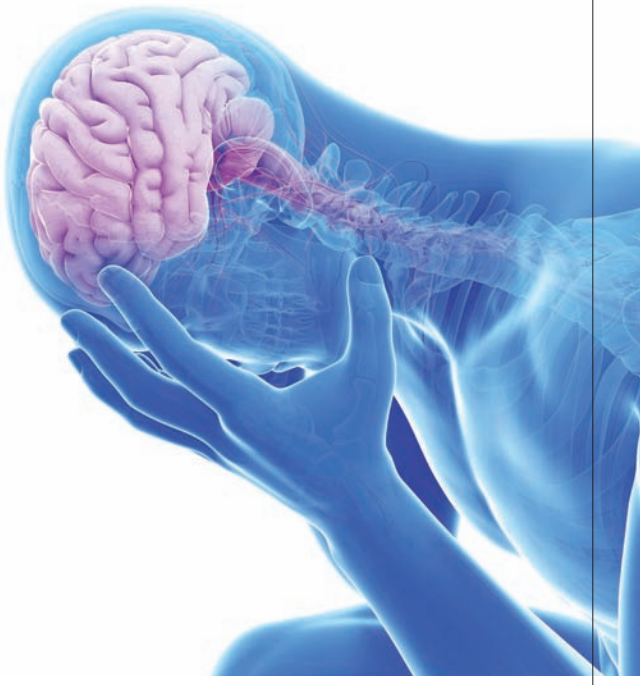
- Asociación del cuadro con vértigo.
- Periodo de tiempo superior a 72 horas desde el comienzo de los síntomas hasta iniciar el tratamiento.
- Edad superior 60 años o inferior a 15.
- Factores cardiovasculares de riesgo.
- Pérdidas de audición mayores de 90 dbs.

Conclusión

Ante una persona que presente este síntoma, no podemos pasarlo por alto. Lo primero que debe hacer es acudir a su médico, quien deberá descartar causas que produzcan una obstrucción mecánica del oído como un tapón de cerumen en el conducto auditivo externo, cabe destacar que esta es la causa más frecuente de pérdida brusca de la audición; una vez descartada una posible obstrucción, es importante que se derive a Urgencias para valoración por parte de Otorrinolaringología lo más pronto posible.

La importancia de una derivación rápida recae en la necesidad de un diagnóstico precoz, que estará a cargo de ORL lo que nos permitirá proponer un tratamiento, que en una buena parte de los pacientes podría ayudar a la recuperación parcial o total de la audición.

Es necesario sensibilizar a la población y a los médicos sobre este tema; a la población para que en caso de presentar esta pérdida acudan a su médico de familia lo más pronto posible para que sean examinados y a los médicos de familia para que ante un paciente con pérdida brusca de la audición y que en la otoscopia no presenta ninguna posible causa de esta pérdida, estos sean derivados a Urgencias para valoración por el otorrinolaringólogo.



Consejos para prevenir cefaleas

Guta, Olena. *MIR de Medicina de Familia.*
Hospital Reina Sofía de Tudela. Socio SEMERGEN Navarra

Cefalea, el término médico usado para definir el dolor de cabeza, es uno de los síntomas que con más frecuencia padece el ser humano. También representa uno de los principales motivos de consulta tanto al médico de familia como al especialista. Representa la principal causa de automedicación y por tanto de iatrogenia, es decir, de problemas de salud provocados por el uso incorrecto de medicamentos.

Se estima que en España cerca de 4 millones de personas padecen cefalea de forma habitual. Es el más frecuente de los dolores que padece el ser humano provocando en nuestro país la pérdida cada año de 13 millones de jornadas Laborales. Se calcula que alrededor del 95% de la población ha presentado alguna vez dolor de cabeza.

Según la causa que produce la cefalea se reconocen 4 grandes tipos de cefaleas:

- **Vasculares:** el dolor de cabeza se debe a un trastorno de los vasos sanguíneos que riegan el cerebro (se contraen para luego dilatarse). La más famosa de este grupo es la jaqueca o migraña. Son cefaleas que duran poco (habitualmente unas horas), afectando a un solo lado de la cabeza con el inicio brusco y de predominio matutino. Muy frecuente la cefalea se acompaña de otros síntomas como: náuseas, vómitos, sensibilidad a la luz y a los ruidos, etc...
- **Tensiónales:** estas son las más frecuentes de todas. Se producen cuando presentamos trastornos emocionales, estrés, ansiedad, etc. Estos estados provocan contractura de los músculos cervicales que se manifiestan como dolor de cabeza de predominio en la nuca o difuso. La cefalea tensional es la más característica de este grupo, suele durar varios días y se suele suelen localizarse preferentemente en la parte posterior de la cabeza (occipital) y con la aparición gradualmente al largo del día. Se acompaña de visión borrosa, falta de concentración, mal humor, etc..
- **Orgánicas:** son secundarias a enfermedades localizadas en el interior del cráneo, tales como inflamación de las meninges, tumores, hemorragias, etc. Son extremadamente graves y constituyen por tanto urgencias médicas.
- **Otras:** éstas son consecuencia de patologías diversas no relacionadas con el cráneo, como la gripe, trastornos de la visión, fiebre, etc.

Es de gran importancia evitar la automedicación para prevenir la aparición de cefalea crónica diaria, que se desencadena por abuso de medicación analgésico.

¿Cuándo hay que acudir al Médico de Familia?

Debería acudir lo antes posible a su médico en aquellos casos que:

- El dolor de cabeza sea muy intenso, sea la primera vez que lo ha tenido sobre todo si usted tiene una edad superior a los 50 años.
- El dolor empeora progresivamente y no mejora con los analgésicos.
- Si se encuentra somnoliento.
- Si la cefalea se acompaña de fiebre.
- El dolor de cabeza ha cambiado de características, es distinto a los anteriores.
- Si el dolor es posterior a un traumatismo craneal o facial.

Consejos para prevenir las cefaleas

Evite los desencadenantes del dolor controlando los siguientes factores:

1. **Alimentación.** Es muy importante llevar una dieta equilibrada, tal como el ayuno prolongado puede provocar el dolor. También hay algunas personas con sensibilidad alimenticia. Cada paciente debe conocer aquellos alimentos que favorecen la aparición de las migrañas, por ejemplo, chocolate, quesos añosos, carnes, perritos calientes, hamburguesas, bacón, comida china, comida grasa, naranjadas, maíz, huevos, leche, cebollas, cacahuetes, piña, soja, tomates, alimentos con levadura, aditivos para la comida.
2. **El estrés:** evitar la fatiga, la sobrecarga laboral, el estrés emocional, durmiendo con un horario regular. Fundamentalmente andar al menos una hora al día.
3. **Ejercicio físico:** practicando ejercicio regularmente de forma moderada y regular.
4. **Sueño:** evitar el exceso o defecto de sueño nocturno (ataque del domingo por la mañana), siesta. Dormir un número suficiente de horas al día, al menos 7 horas. Intentar dormir siempre a la misma hora evitando cenas copiosas y próximas a la hora acostarse.
5. **Alcohol**, se recomienda evitar el uso de bebidas alcohólicas por la cefalea post consumo.
6. **Café** intentar no abusar del consumo de café, tampoco suprimir de forma brusca el consumo de café.
7. **Evite la automedicación**. Su médico decidirá cuál es el fármaco más adecuado para cada tipo de cefalea. El consumo indiscriminado de fármacos puede cronificar el dolor de cabeza y convertirlo en diario.
8. **Intente evitar las luces intermitentes:** conducir de noche, discotecas, ver la televisión sin la luz adecuada.

En la aparición de la cefalea también puede influir los cambios climáticos, como cambio de temperatura ambiente, depresión atmosférica o de altitud, tormentas. Parece que los fumadores son más predispuestos en padecer cefaleas, por lo cual se aconseja el abandono

Es muy útil preparar la conversación con su médico e informarle de los síntomas que presenta, tratamientos recibidos y la repercusión del dolor sobre su vida familiar y social. Para ello, se aconseja la utilización del denominado "diario de cefaleas" ...

La elección del tratamiento sintomático y preventivo debe realizarse y controlarse por un médico, que decidirá qué fármaco es más adecuado para cada enfermo dependiendo, fundamentalmente, de las características de cada paciente (enfermedades concomitantes), del tipo de dolor de cabeza, la frecuencia del mismo y sus características (forma de instauración, duración y síntomas acompañantes).

La visión y su relación con el aprendizaje

Terapia Visual

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

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

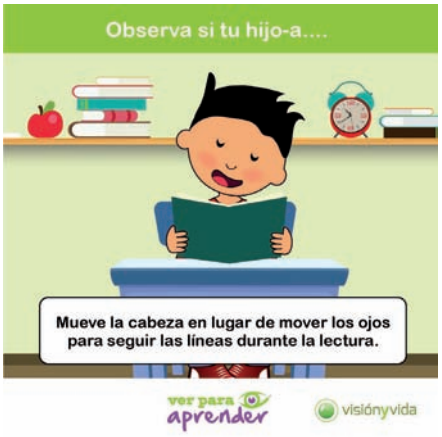
VISIÓN Y APRENDIZAJE

Las dificultades visuales de los niños se traducen muchas veces en bajo rendimiento en el colegio. Las cifras lo indican, 1 de cada 3 casos de fracaso escolar se debe a una mala visión.

Solo 3 de cada 10 niños europeos menores de 7 años se han sometido a sus revisiones visuales anuales. El 50 % de los niños con problemas visuales no lleva equipamientos ópticos por desconocimiento de sus padres. Estos datos podrían cambiar si se visita anualmente a un Optometrista. **Óptica Egüés** ha participado en la campaña "Ver para aprender" propuesta por la asociación Visión y Vida del 18 al 31 de mayo en la que por medio de un screening visual gratuito se tratado de detectar la existencia de problemas visuales. Si era necesario se proponía un examen visual más completo. Esta campaña ha tratado de concienciar a la población y a las autoridades de que el cuidado de la salud visual del menor es clave para su desarrollo.

La visión, un sentido muy interesante y desconocido. Visión no es sinónimo de vista. La visión se podría definir como la capacidad para comprender lo que vemos. Es un proceso dinámico, de organización, interpretación y compresión. Los ojos son los órganos de recepción de estímulos visuales, pero solamente comprendemos y aprendemos a través de la visión recreada en el cerebro. El optometrista comportamental es el encargado de evaluar la visión de las personas viendo a la persona como un conjunto, en su totalidad y no sólo evaluando sus ojos.

Para anticiparnos a posibles problemas de visión los optometristas recomiendan revisiones visuales anuales y por supuesto, antes de comenzar el proceso de la lectoescritura.



EXAMEN VISUAL COMPLETO

En un examen visual completo se examinan los movimientos oculares, la acomodación, la agudeza visual de lejos y de cerca y la graduación o error refractivo (miopía, hipermetropía, astigmatismo) de la persona, la coordinación de los dos ojos, la coordinación ojo-mano etc. Además de evaluar la eficacia del sistema visual es posible evaluar cómo se procesa la información visual mediante unos test perceptuales y comprobar si existen dificultades en la discriminación visual, memoria visual etc.

SÍNTOMAS

A continuación, una lista de signos o síntomas ante los que sospechar de un posible problema visual:

- Se acerca mucho al papel.
- Se frota los ojos a menudo.
- Ve doble o borroso al leer.
- Se queja de dolores de cabeza al final del día o tras leer.
- Mueve la cabeza cuando lee o sigue la línea de la lectura con el dedo.
- Se pierde frecuentemente o se salta de línea
- Problemas para concentrarse o cortos periodos de atención.
- Confunde letras o palabras similares o invierte letras.
- No le gusta leer ni escribir y comete muchas faltas de ortografía.
- Guiña o tuerce un ojo.

Ante estos signos y síntomas considere un examen visual completo en **Óptica Egüés**.

TERAPIA VISUAL

Cuando hay habilidades visuales afectando en el desarrollo académico y en la calidad de vida uno de los nuevos tratamientos que ofrecemos es la terapia visual. Consiste en un programa individualizado diseñado para mejorar la función visual de la persona. Recuerde que se puede aprender a ver y potenciar el sistema visual. Está indicado para:

- Estrabismo.
- Disfunción de la ineficacia de sistema binocular o uso coordinado de los dos ojos.
- Ambliopía / ojo vago.
- Disfunción de los movimientos oculares.
- Desórdenes del sistema acomodativo o problemas de enfoque.
- Desórdenes en el procesamiento de la información visual.
- Rehabilitación visual después de un traumatismo craneal.

Este verano, como prioridad:
Renovar el baño
(En junio y julio 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

Vive en la naturaleza
y olvídate del mundo

VIVIENDAS PAREADAS
3 DORMITORIOS
desde 165.000 €

Viviendas con un diseño actual, cálido, luminoso y óptimamente distribuido, con todo lo que necesitas para disfrutar

VEN A YESA NATURALEZA Y DIVERSIÓN EN UN ENTORNO ÚNICO

AMPLIAS PARCELAS
EXCELENTE ORIENTACIÓN Y VISTAS

INFORMACIÓN Y VENTA:
948 811 554 | 679 986 221

Construcciones Hermanos Garbayo Chivite, S.L.
C/ Ágreda, 7 31592 Cintruénigo
www.garbayochivite.com

GCH Garbayo Chivite
CONSTRUCCIONES