medicina salud
zonahospitalaria
navarra
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa

www.zonahospitalaria.com añoX julioagosto2016 nº60

10 AÑOS ANIVERSARIO

La portada de este número 60 de Zona Hospitalaria es para nuestros profesionales de la medicina, que han escrito durante 10 años más de 1.000 artículos recopilados en la página web www.zonahospitalaria.com

Ellos son los protagonistas en este 10º Aniversario, junto a las empresas que nos han ayudado con la financiación. A todos ellos, Gracias

SUMARIO

3 Implantes cigomáticos para dientes fijos cuando no hay hueso **4** Los peligros del sol en verano **6** Elimina dioptrías mientras duermes **7** La esclerosis con microespuma: el mejor tratamiento para las varices **8** Agua e hidratación **9** Clínica Bustillo: cirugía maxilofacial e implantes dentales **10** Cirugía craneal endoscópica, ¿ficción o realidad? **11** Fibrilación auricular y deporte **12** Llegó el verano..., alerta roja para las temidas cistitis **13** Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia y... **14** Tengo dolor cervical. ¿Uso el collarín cervical? **16** 3 pilares clave en el Cáncer de Piel: Prevención, diagnóstico y seguimiento **17** ¿A qué edad debo llevar a mi hijo al dentista? **18** Epistaxis-Hemorragia nasal **20** Estenosis uretral **22** Paternidad y pareja **24** Cálculos renales **25** ¿Qué se esconde detrás del flato? **26** ¿A qué se refieren con enfermedad autoinmune? **28** Vacunación de tosferina en el embarazo **30** Óptica Egüés: Ver bien es vivir mejor **31** ¿Qué es la eyaculación precoz?

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** (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.*

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

Implantes cigomáticos para dientes fijos cuando no hay hueso

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

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

La ausencia de un solo diente cuando es visible supone para muchas personas una alteración grave de la imagen cuanto más la ausencia de todos los dientes. Sin embargo, el mayor problema al que se enfrentan las personas edentulas (sin dientes) no es solo un tema de imagen sino la dificultad para conservar su calidad de vida ya que acciones tan cotidianas como hablar o comer se convierten en un auténtico reto diario.

La pérdida de los dientes conlleva la pérdida del hueso y las encías

La pérdida de todos los dientes supone un serio problema, pero no lo sería tanto, si el hueso y las encías permanecieran estables en el tiempo. Eso permitiría llevar una dentadura postiza sin grandes problemas y muchas personas no buscarían ninguna solución alternativa. Sin embargo, el hueso y las encías que sujetan los dientes, una vez que estos desaparecen, ya no tiene ninguna función y poco a poco, en un proceso lento pero imparable, comienza a desaparecer.

A los 10 años de perder los dientes, el hueso y las encías se reducen de forma muy importante y al cabo de 2 o 3 décadas puede desaparecer por completo. Es fácil entender que si no hay encías la dentadura postiza no se puede sujetar y las funciones más habituales como comer o hablar se convierten en un auténtico calvario.

Todo esto provoca que personas que han estado muy cómodas con su dentadura postiza acuden buscando ayuda al cabo de varios años de forma desesperada. Van perdiendo calidad de vida y comer o hablar con normalidad les resulta cada día más difícil con una dentadura que no se sujeta adecuadamente.

¿Se puede regenerar el hueso perdido?

Hoy en día, tenemos muchas técnicas que permiten recuperar el hueso perdido en casi cualquier caso. No obstante, cuando la pérdida es muy grande, la regeneración del hueso requiere operaciones complicadas con un periodo de recuperación largo y con la posibilidad de que aparezcan infecciones u otras complicaciones que hagan fracasar la regeneración. En estos casos, el cirujano prefiere buscar alguna solución alternativa con un postoperatorio más confortable y con menos posibilidades de que se produzcan complicaciones.

La solución: Implantes cigomáticos

La solución en los casos de pérdida casi total de hueso en el maxilar superior son los implantes cigomáticos. Estos implantes son ligeramente más largos que los implantes convencionales y se colocan en el hueso que hay debajo de los pómulos (hueso cigomático) normalmente bajo sedación o anestesia general.

Estos implantes son muy seguros, no tienen apenas complicaciones y su porcentaje de éxito está cercano al 100%.

Esta técnica, se realiza en un solo día y permite colocar dientes fijos de forma inmediata, pasando en pocas horas de la inseguridad de la dentadura postiza, que se sujeta con dificultad, a la tranquilidad de comer y sonreír sin preocuparse de los dientes.

Conclusión

Los implantes cigomáticos son la mejor alternativa para colocar dientes fijos en el maxilar superior cuando no existe hueso para colocar implantes convencionales.

Los peligros del sol en verano

Dra. Susana Clemos Matamoros
F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofia. Tudela

Para muchos lucir una piel dorada los hace sentir más atractivos, otros gustan de disfrutar sin límites de los días de sol, sin embargo, lograr un bronceado supone exponer la piel a otros efectos negativos: de manera inmediata pueden producirse quemaduras, alteraciones del sistema inmunitario e insolaciones. Más tardíamente por exposición prolongada, se producen los errores genéticos, las cataratas en los ojos, y el envejecimiento prematuro de la piel.

Las medidas de fotoprotección parecen ser la única solución a nuestro alcance. Si se desea adquirir un color bronceado con toda garantía y disfrutar del sol saludablemente debe conocerse la sensibilidad de la piel del individuo en particular para ser conscientes de la cantidad de exposición al sol que puede tolerar y luego no perder de vista las siguientes recomendaciones:

1.Lo primero es no exponerse al sol directamente, en torno al mediodía astronómico entre las 11 de la mañana y las 4 de la tarde, ni aún con un protector solar aplicado. Esta norma es de riguroso respeto para las personas con pieles sensibles y las que presentan enfermedades que se agravan con el sol.

Conviene mantenerse al abrigo del astro sol, en espacios interiores o a la sombra. No sirve caminar o estar dentro del agua, ni sentarse bajo una sombrilla, ya que la arena refleja de forma abundante los rayos solares, que de modo indirecto nos alcanzan.

Tampoco exponerse al sol a estas horas aún en días nublados pues, aunque el cielo esté cubierto, el 70-80% de los rayos ultra violeta (UV) siguen llegando a la piel.

2.El resto de las horas del día antes de las once de la mañana y después de las cuatro de la tarde, son las mejores para tomar el sol pero con ciertas precauciones.

Las primeras exposiciones al sol deben ser progresivas sin pasar de media hora y preferentemente en movimiento.

Conviene extremar el cuidado de las zonas más sensibles del cuerpo como la cara, los labios, los senos, las orejas y el dorso de los pies.

3.No se debe permanecer tumbado inmóvil durante más de un cuarto de hora seguido; ni dormir, bajo el sol. Conviene estar en movimiento realizando otras actividades, beber pequeñas cuantidades de agua, y aplicarse agua sobre el cuerpo o bañarse para refrescar la piel.

4.Si la exposición es inevitable en las horas impropias, con más razón hay que protegerse, lo mismo te encuentres de acampada o caminata, que en la playa o las piscinas, y mucho más en las montañas, con el uso de protectores solares y una vestimenta adecuada.

Fotoprotectores que absorben o reflejan

Los fotoprotectores son sustancias químicas que protegen de las radiaciones ya sea porque absorben o porque reflejan los rayos del sol. En el primer caso se aplican media hora antes de la exposición para dar tiempo a ser absorbidos mientras que los segundos pueden aplicarse en el momento y siempre dejan una capa visible en la piel.

Los filtros solares protegen sólo si se aplican correctamente. No son para exponerse indiscriminadamente al sol, transcurrido el tiempo previsto según su factor de protección, cesa su efecto protector. Por tal razón no deben usarse para aumentar el tiempo de exposición solar. Se aplican sobre la piel limpia y seca, sin haber usado previamente perfume o cosmético, cubriéndola lo más posible.

En caso de que conozcamos el factor de protección solar de estos filtros de rayos este nos indicará el tiempo que la piel puede estar expuesta sin que aparezca enrojecimiento o se produzca una quemadura. Así por ejemplo, un producto solar que ofrezca un factor de protección 15, significa que la piel puede estar expuesta a los rayos ultra violeta tipo B (UVB) 15 veces más tiempo que la misma piel sin protección. Para una persona que su piel se quema a los 10 minutos, cuando se aplica un fotoprotector 15, el tiempo que tarda en quemarse se trasforma en 150 minutos.

La mayoría de las sustancias protectoras tienen una vida corta, por lo que en general, deben aplicarse al menos cada 3 horas si la exposición continúa, y más frecuentemente si se presenta sudoración importante, si se realiza ejercicios o después de repetidas inmersiones en el agua. Pero tampoco hay que sobreestimar su papel si no están acompañados del resto de las medidas de fotoprotección.

La vestimenta es muy importante para protegerse del sol: las radiaciones ultravioletas se combaten con prendas de vestir y accesorios de forma mucho más eficaz que con los filtros solares.

Protegerse del sol

Se recomienda usar sombrilla, gorra o sombrero de ala amplia para proteger la cabeza y la cara. Un sombrero para ser un buen protector debe tener un ala de al menos nueve centímetros.

Las prendas más adecuadas son las de algodón, oscuras, poco porosas y secas pues las ropas mojadas suelen adherirse a la piel y con ello se elimina la capa de aire entre ambas, por lo que la capacidad para filtrar la radiación del sol disminuye o se pierde. Se han de proteger los ojos con gafas de sol que absorban la radiación ultravioleta lo que suele identificarse por las siglas UV en el borde del cristal.

Después de tomar el sol, la piel está deteriorada por el aire, la sequedad, el cloro o la sal, por ello conviene tomar una ducha con agua sin usar mucho jabón o perfumes y luego aplicar una sustancia hidratante (preferiblemente natural) que la nutra, la refresque y la hidrate.

Para compensar la pérdida de agua a través del sudor por la exposición solar, es conveniente beber abundante cantidad de líquidos.

Para prevenir el fotoenvejecimiento de la piel: utilizar los filtros solares adecuados y las sustancias hidratantes necesarias para reponer el agua perdida y contrarrestar el efecto nocivo de los radicales libres. En este sentido han comenzado a usarse sustancias antiradicales a modo de "filtros biológicos".

Para prevenir el envejecimiento cutáneo es recomendable además consumir una cantidad adecuada de frutas frescas, verduras y cereales con alto nivel de fibra y antioxidantes como el betacaroteno.

Falsos mitos respecto a la exposición solar

Y para terminar, no puedo resistirme a enumerar los falsos Mitos existentes en relación a la exposición solar:

- "El sol no es más peligroso ahora que en tiempos de nuestros abuelos". Falso: la capa de ozono estratosférico está disminuyendo como consecuencia de ciertas actividades humanas y, por tanto, está aumentando la cantidad de radiación UV que llega a la superficie terrestre.
- "El sol en invierno y primavera no es peligroso". Falso: hay que tomar precauciones en todas las estaciones del año, porque la cantidad de radiación UV recibida depende también de otros factores, como la latitud, la altitud, la reflexión desde el suelo (o el agua, o la nieve), etc.
- "Nunca te quemarás en un día cubierto". Falso: aunque las nubes atenúan la radiación UV, no la bloquean por completo, y la radiación difusa es suficientemente intensa como para quemarte, a no ser que las nubes estén muy bajas o sean muy gruesas.
- "Nunca te quemarás mientras estás en el agua". Falso: el agua atenúa la radiación UV, pero te puedes quemar incluso dentro de ella.
- "El bronceado te protege completamente de las quemaduras por el sol". Falso: el bronceado es una reacción de la piel a la exposición a la radiación UV, y sólo protege parcialmente.

Seguro **Multirriesgo de Hogar**

DESCUBRA NUESTRAS
COBERTURAS EXCLUSIVAS
PENSADAS PARA USTED Y SU HOGAR

Hasta un **25%*** dto
en su seguro de Hogar

A.M.A. agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com
902 30 30 10
Síganos en

A.M.A. ZARAGOZA
Jose María Lacarra de Miguel, 8; bajo
Tel. 976 22 37 38
zaragoza@amaseguros.com

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Elimina dioptrías mientras duermes

Beatriz Irigaray
Optometrista corportamental en Óptica Navarra

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

La ortoqueratología es una técnica que corrige la miopía mediante el uso de lentes de contacto especiales.

La córnea es un material viscoelástico, sólido, maleable y con memoria de forma por lo que el modelo ortok permite correguir la miopía a través de cambios en la curvatura corneal, mediante fuerzas hidrodinámicas, que se producen entre la lente de contacto y la lágrima.

Esta técnica se empezó a emplear en la década de los 60 y cuenta con numerosos estudios científicos, y es ahora cuando se están obteniendo los mejores resultados.

Ya en la antigua china se usaban saquitos de arena sobre los ojos durante la noche para aplanar la córnea.

En 1888 se usó la primera lente de contacto de cristal para aplanar la córnea.

Terapia nocturna

Las lentes que se emplean para llevar a cabo este proceso son semirrígidas y están fabricadas con materiales de última generación. Normalmente se realiza en terapia nocturna.

Por ello, resulta menos agresivo que las lentes de contacto convencionales, ya que durante la noche el ojo permanece cerrado, ajeno a influencias del medio exterior y el movimiento es prácticamente nulo.

Las lentes se extraen por la mañana al despertarse y durante todo el día se consigue una agudeza visual del 100% sin necesidad de ningún correctivo.

El uso de estas lentes es bastante fácil, sólo hay que ser muy riguroso con la limpieza de las lentes.

Durante el tratamiento hay que hacer una serie de visitas a la óptica hasta que se consigan los resultados óptimos y luego revisiones periódicas según cada caso.

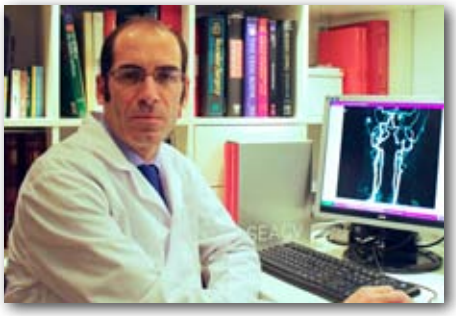
La ortok frena la miopía

Este tipo de tratamiento es muy válido para aquellos que quieren olvidarse de llevar gafas, deportistas, y, en definitiva todos los profesionales que por su actividad dependen de gafas o lentes de contacto convencionales para desarrollarlo y les puede crear incomodidad (policías, cocineros, etc) y, sobre todo, para controlar las miopías en el momento de su aparición principalmente en adolescentes, ya que en ese momento es donde más aumento de la miopía se produce.

En estudios recientes se ha demostrado que con la ortok se consigue frenar la miopía.

En **ÓPTICA NAVARRA** llevamos más de 12 años de experiencia con está técnica con muy buenos resultados.

La esclerosis con microespuma: el mejor tratamiento para las varices



Dr. José Manuel Jiménez
Cirujano vascular
Clínica San Juan de Dios de Pamplona
y Policlínica Navarra de Tudela

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

Es conocida la existencia de un factor hereditario, de modo que si un progenitor tiene varices los hijos tienen el doble de riesgo de padecerlas. Este hecho hace que, a pesar de los cuidados imprescindibles en toda paciente con varices (medias, vida activa, control del peso, etc.), si la genética está en contra la presencia de varices será casi segura.

Una vez que han aparecido las varices, no hay ninguna crema, spray, etc., que las elimine. Poco a poco van a ir progresando, van a aparecer más y de mayor calibre y, si damos el tiempo suficiente, van a presentar complicaciones: lesiones en la piel, flebitis, etc.

Por tanto, cuando hay varices y, sobre todo si está afectado algún tronco principal, hay que eliminarlas de algún modo. El sistema tradicional, la intervención quirúrgica, ofrece buenos resultados, pero a cambio de ser un tratamiento agresivo, que luego precisa una recuperación prolongada. Precisa además del uso de anestesia raquídea o general, y es imprescindible llevar a cabo incisiones para resecar los trayectos varicosos.

El catéter Clarivein®

La mejor opción para el tratamiento de las varices es la esclerosis con microespuma, que consigue eliminar por completo las varices sin necesidad de hacer incisiones, sin anestesia, sin ingreso y, lo más importante, sin recuperación. Los pacientes pueden hacer vida prácticamente normal desde el mismo momento de iniciar el tratamiento. Además ,es posible tratar las dos piernas a la vez.

Si se le puede buscar alguna pega, es el número indeterminado de sesiones. Esto se soluciona en su mayor parte con el uso del catéter Clarivein, que permite eliminar el tronco venoso del que dependen las varices (safena interna o externa), en una sola sesión, lo cual acorta considerablemente el tratamiento.

Por tanto, el mejor sistema para eliminar las varices sin tener que interrumpir nuestra vida habitual (trabajo, deporte, ocio, etc.), y sin precisar anestesia o ingreso es la esclerosis con microespuma y/o el catéter Clarivein.

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
CLARIVEIN ® MICROESPUMA
SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL
VARICES
MICROESPUMA
CIRUGIA VASCULAR
drjimenezarribas@gmail.com
Dr. José Manuel Jiménez Arribas:
PAMPLONA. Hospital San Juan De Dios. C/ Beloso Alto, 3
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3
CONSULTA MÉDICA
T 948 231 800
M 644 722 549

Agua e hidratación

María Garcés Pérez. *Dietista-Nutricionista de Corporessano NA/133*

El agua es el alma madre de la vida y la matriz, no hay vida sin agua (Albert Szent Gyorgyi).
El agua es un recurso natural esencial para la vida, es el principal componente de nuestro organismo, así como de la mayoría de los organismos vivos e influye en diversas funciones y reacciones orgánicas, contribuyendo a mantener el equilibrio vital.

Aunque es preciso beber agua durante todo el año, en verano, con el aumento de la temperatura, perdemos mayor cantidad de líquidos corporales, por lo que es necesario reponerlos bebiendo más agua, u otro tipo de líquidos o alimentos ricos en agua.

El agua interviene en el transporte de los nutrientes a las células y facilita la digestión, ayuda a regular la temperatura corporal, y contribuye a mantener la salud y el buen aspecto de la piel. Además, ayuda a diluir líquidos corporales, aumenta la capacidad de concentración, consigue que tus riñones funcionen bien evitando en un futuro cálculos renales, en definitiva aumenta la esperanza de vida.

Las personas necesitamos alrededor de 2,5l. de agua cada día entre agua de las bebidas y la de los alimentos para mantener hidratado el organismo y compensar la pérdida de líquidos que se produce al realizar las diversas funciones corporales: orina, respiración, sudoración y heces. En caso de practicar deporte o realizar algún otro esfuerzo físico, o si hace mucho calor o nos exponemos al sol, debemos aumentar la ingesta de líquidos. No debemos esperar a tener sed para acordarnos que tenemos que beber agua.

Consejos para una buena hidratación

- **Tomar al menos dos litros de agua al día,** esto ayuda a eliminar toxinas, a mantener los riñones en buen estado y a compensar la pérdida de agua diaria que se produce a través de la orina, las heces y la transpiración.
- **Beber entre comidas,** tomar agua antes, durante o después de las comidas no influye en el acopio calórico. No engorda ni adelgaza.
- Si vas a estar al **aire libre y expuesto al sol,** si piensas pasar toda la mañana haciendo deporte en la playa, tomando el sol, lo mejor es que lleves una pequeña nevera portátil con agua y refrescos.
- **Vigila que los niños tomen suficientes líquidos;** cuando están jugando, o en el agua, suelen olvidarse de todo.
- **Evita salir en las horas de máximo calor.** De 12 a 16h lo mejor es permanecer a la sombra, o en lugares frescos y ventilados; puedes aprovechar para dormir la siesta, costumbre muy saludable.
- **Si practicas algún deporte o realizas algún esfuerzo físico,** aumenta la ingesta de líquidos. Lo mismo si sudas más de lo habitual a causa del calor, la humedad...
- **Limita la ingesta de bebidas con contenido alcohólico** porque el alcohol tiene un efecto deshidratante. La cerveza puedes tomarla sin alcohol, y rebajar la sangría y el 'tinto de verano' añadiéndoles bastante hielo. En cualquier caso, no sustituyas el agua, los zumos y los refrescos por este tipo de bebidas aunque te atraiga más su sabor.

Alimentos y bebidas para estar hidratados

Todos los alimentos contienen agua, aunque en cantidades variables. Además de los alimentos esencialmente líquidos, las frutas frescas, verduras y hortalizas también presentan un significativo contenido en agua, alrededor de un 80 a 90% de su peso, lo que les confiere, en parte, el carácter regulador que desempeñan en la dieta.

- **Agua:** proporciona minerales esenciales como el calcio o el magnesio, con lo que es la primera opción para hidratarse. Puedes elegir entre potable, mineral con gas o sin gas y agua de manantial. También las hay con sabores a limón, fresa, manzana etc.
- **Infusiones:** esta bebida tradicional puede, según los hábitos, convertirse en un aporte destacable de agua pudiéndolas tomar frías o calientes. Contiene fitoquímicos importantes para nuestra salud.
- **Lácteos y bebidas de soja:** también aportan proteínas y calcio además de agua.
- **Zumos de fruta:** proporcionan muchos de los nutrientes de la fruta fresca. Resultan nutritivos y aportan energía en forma de fructosa.
- **Bebidas alcohólicas** no se recomiendan para hidratarse aunque contengan agua.
- **Bebidas carbonatadas o no,** se endulzan con azúcar o fructosa.

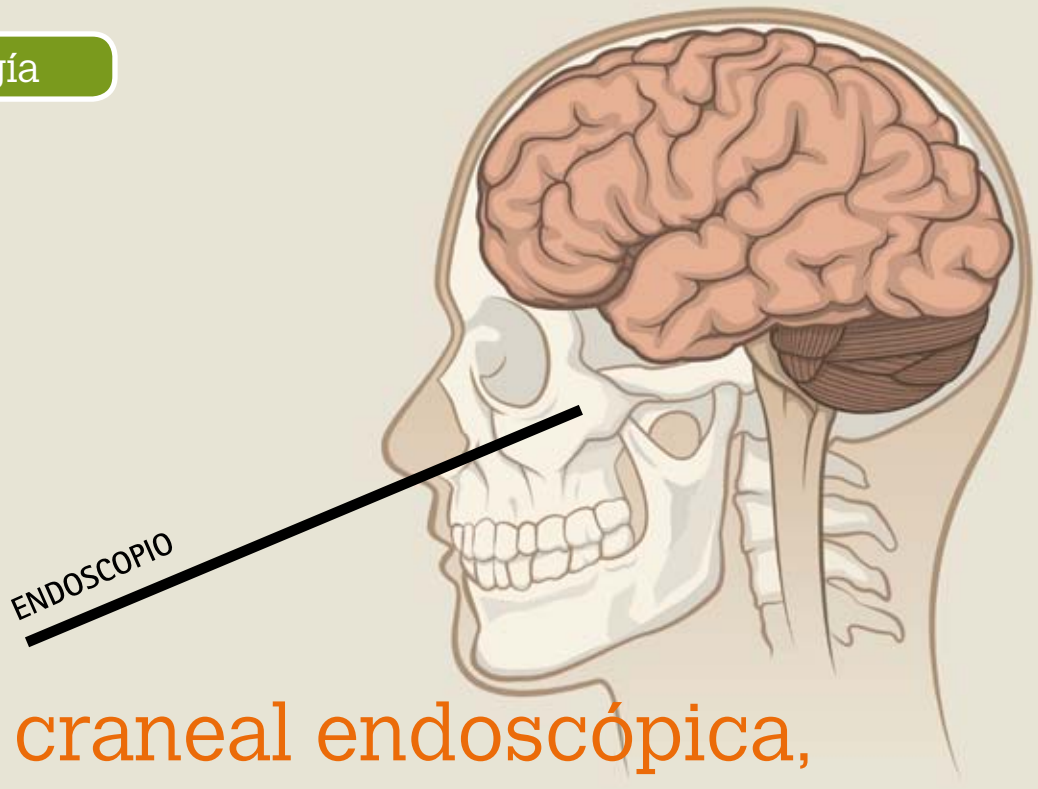
CPS C01625-1/08-NA • IMAGINARTE®

CLÍNICABUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES

BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS

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

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



Cirugía craneal endoscópica, ¿ficción o realidad?

Idoya Zazpe, Juan Carlos García, Coro Zubimendi, Onditz Arechaga, Gorka Zabalo, Daniel de Frutos, Alfonso Vázquez, Rodrigo Ortega, Ana Aransay, Eduardo Portillo.
Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Navarra

Al igual que ha sucedido con otras especialidades quirúrgicas (Traumatología, Cirugía General, Urología...), las técnicas endoscópicas y mínimamente invasivas se han ido imponiendo a las técnicas clásicas por sus mejores resultados. La Neurocirugía ha sido de las últimas especialidades en sumarse a estos avances.

El **abordaje endoscópico transnasal** es una técnica quirúrgica innovadora que ha revolucionado la neurocirugía base del cráneo y se utiliza para la resección de tumores y otras lesiones cerebrales a través de la nariz. Esta técnica se inició hace dos décadas y se encuentra avalada por múltiples publicaciones científicas. Permite acceder a muchos tumores difíciles de alcanzar, incluso los que antes se consideraban "inoperables".

Un endoscopio especialmente diseñado proporciona luz y una lente para observar y transmitir las imágenes internas. Se utilizan instrumentos de diseño específico junto con el endoscopio para la disección y extirpación de tumores. El tratamiento está diseñado para ofrecer el mejor resultado quirúrgico con menos efectos secundarios y la preservación máxima de la función. Entre las patologías susceptibles de estos abordajes se encuentran: colesteatomas /granulomas de colesterol, craneofaringiomas, cordomas, condrosarcomas, meningiomas, adenomas hipofisarios, invaginaciones basilares, fístulas de LCR, quistes congénitos, estesioneuroblastomas, sinusitis, mucoceles, compresiones del nervio óptico, procesos inflamatorios...

Tecnología puntera

La mayoría de los casos intervenidos corresponden a tumores benignos originados en la glándula hipofisaria, que se encuentra en el centro de la cavidad craneal. Estas cirugías se llevan a cabo bajo anestesia general y se realizan conjuntamente con el Servicio de ORL y con la colaboración de otros especialistas como los neurofisiólogos intraoperatorios. Además, contamos con tecnología puntera como un sistema de neuronavegación de última generación que nos permite conocer nuestra localización exacta en cada momento durante todo el procedimiento quirúrgico. Todo ello ha permitido obtener estos excelentes resultados con menor morbilidad y menores estancias hospitalarias.

Los pacientes ingresan en nuestro servicio 36h antes de la intervención para la realización de pruebas preoperatorias y un TAC con protocolo de navegación de cara a la planificación de la cirugía. La mayoría de los procedimientos duran unas 2 ó 3 horas. Tras la intervención el paciente permanece las primeras 24h del postoperatorio en la URPA (Unidad de Reanimación Postanestésica) y posteriormente pasa a la planta de Neurocirugía donde continúa ingresado aproximadamente unos 3 días (éste período puede variar en función de la patología de base y del trascurso del postoperatorio) antes de ser dado de alta hospitalaria.

Tras la intervención los pacientes deben llevar unos tapones nasales durante 72h y son retirados previamente al alta. Durante el primer mes tras la intervención se deben evitar los esfuerzos físicos, así como la realización de determinadas posturas y maniobras. Todos los pacientes son controlados periódicamente en consulta ambulatoria de Neurocirugía y de ORL, así como de aquéllos especialistas responsables de su patología de base, como por ejemplo los Endocrinólogos.

El Servicio de Neurocirugía del Complejo Hospitalario de Navarra es el servicio de referencia del Servicio Navarro de Salud para toda la Comunidad Foral, cubriendo una población de más de 600.000 habitantes. Cada año se realizan más de 600 intervenciones, de las cuales más de un 5% corresponden a procedimientos endoscópicos, habiéndose observado una clara tendencia al alza en los últimos años. Estos abordajes endoscópicos a la base del cráneo a través de la nariz llevan realizándose en el Complejo Hospitalario de Navarra desde hace más de 3 años. Desde 2013 se han intervenido más de 50 casos con resultados muy satisfactorios. Por todo ello, consideramos que esta técnica tiene una gran potencialidad y preveemos que continúe su expansión en el futuro.

Fibrilación auricular y deporte

M. Ángeles Pérez Gutiérrez. Medicina de Familia. Hospital Reina Sofía de Tudela
Arantxa Fajardo Gómara. Enfermera Hospital Reina Sofía de Tudela

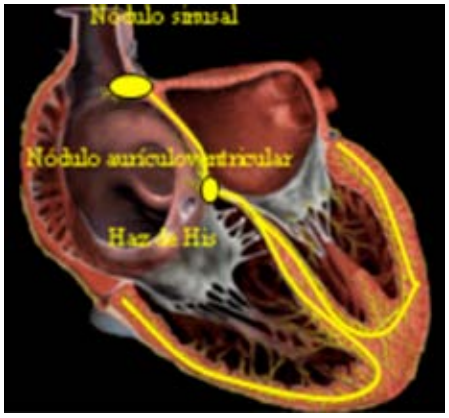


Figura 1

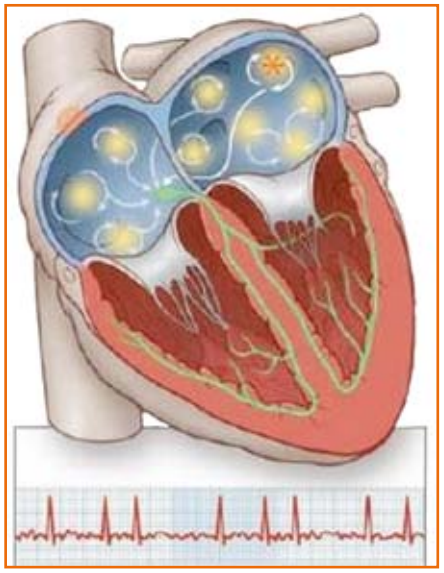


Figura 2

Todos conocemos los beneficios del deporte para todas las edades. Y es por esto que como sanitarios debemos recomendarlo a nuestros pacientes y como pacientes debemos practicarlo regularmente de acuerdo a nuestras posibilidades.

En el tema que hoy nos ocupa, el desarrollo de la fibrilación auricular asociada a deporte, no interfiere con el excelente consejo de practicar deporte y tener una vida activa.

En el Congreso de Medicina Deportiva en Barcelona en 2008, el cardiólogo Dr. Brugada expuso la relación entre práctica de deporte de elevada intensidad y la fibrosis que éste podía producir en la aurícula y desencadenar, con el tiempo, la fibrilación.

Últimamente, en algunos trabajos, se relaciona el ejercicio físico intenso y el desarrollo de la fibrilación auricular (corredores de larga distancia, ciclistas, esquiadores de fondo, etc...). Se han realizado trabajos de laboratorio al respecto.

Esquemáticamente en el corazón normal el estímulo inicial se produce en el nódulo sinusal y es trasmitido por el tejido de la aurícula hasta el nodo auriculo-ventricular y de ahí por el haz de Hiss a los ventrículo. (Ver Figura 1)

¿Que es la fibrilación auricular?

Se trata de una arritmia que afecta al 1-2% de la población general. Tiene mayor incidencia en personas de más edad, siendo la mitad de los diagnosticados de fibrilación mayores de 75 años.

Se trata de una actividad auricular desorganizada que podemos intuir con una auscultación cardiaca arritmica y confirmar mediante electrocardiograma. (Ver Figura 2)

El perfil típico del deportista con fibrilación auricular es una persona de unos 40 o 50 años, que hace ejercicio desde hace mucho tiempo, no sufre ningún síntoma durante la práctica del deporte y es, en cierta medida, "dependiente" de esta actividad física.

Por supuesto, no todas las personas que hacen ejercicio van a desarrollar esta arritmia. Según Mont L et al publicaron en Eur Heart en 2002:

- Deportista con 3 o más horas de actividad intensa por semana. Al cabo de 10 años suponen 1500 horas acumuladas de actividad intensa con aumento de riesgo de desarrollar una fibrilación auricular.

Una vez desarrollada la arritmia, el estudio cardiológico será el mismo que la fibrilación no originada por el deporte.

En cuanto a los tratamientos, se valorarán los mismos que en la fibrilación auricular de otra etiología (fármacos antiarritmicos para controlar ritmo o frecuencia. Considerar anticoagulación según riesgo trombótico o de sangrado. Ablación en raíz de venas pulmonares por radiofrecuencia...). Disminuir la intensidad del deporte para no incrementar la fibrosis.

Algunos deportes conllevan limitaciones terapéuticas: fármacos prohibidos en la práctica de deportes de precisión como betabloqueantes y en el caso de estar indicada la anticoagulación, habrá que sopesar pros y contras de los deportes de contacto.

Llegó el verano…, alerta roja para las temidas cistitis

Susana Clemos Matamoros. *Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela*

Con la llegada del verano hay infecciones que cobran especial protagonismo, es el caso de las temidas cistitis. Se trata de una infección que afecta a 4 de cada 10 mujeres a lo largo de su vida. Cuando se ha tenido ya un episodio de infección de orina la probabilidad de padecer un segundo aumenta un 20% y hasta un 30% en el tercero.

La bacteria Escherichia Coli es la causa de aproximadamente el 75% de las infecciones de orina. Esta bacteria es un habitante habitual del intestino, del cual sale a través de las heces y suele colonizar la zona perineal (la zona entre la vagina y el ano). Cuando dicho microorganismo alcanza el tracto urinario, se multiplica y se adhiere a las paredes de la vejiga, provocando lesiones y la liberación de toxinas. Todo ello desencadena una seria de molestos síntomas:

- Presión en la parte inferior de la pelvis
- Dolor o escozor al orinar
- Necesidad urgente de ir al baño
- Micciones escasas y frecuentes.

Es más frecuente durante la época estival debido a la humedad de los bañadores, los baños en agua fría, la cloración del agua de las piscinas, así como por el aumento de las relaciones sexuales.

Es 30 veces más frecuente en la mujer que en el varón, precisamente porque el recorrido que la bacteria tiene que recorrer de la uretra hasta la vejiga es mucho más corto que en los hombres.

Prevención

Para evitar que estas incómodas infecciones nos saboteen parte de nuestras vacaciones, existen sencillos consejos que ayudan a prevenirlas:

- No permanecer mucho tiempo con el bañador húmedo.
- Evitar prendas ajustadas y de materiales sintéticos.
- Ingerir un mínimo de 1.5 litros de agua al día para ayudar a eliminar las bacterias del aparato urinario.
- La actividad sexual incrementa hasta 40 veces el riesgo de infección, por ello es importante orinar una vez terminado el acto sexual.
- A la hora de lavarse y secarse, hacerlo de delante hacia atrás.
- Alimentación sana. Hay que lavar muy bien las verduras que se comen en crudo y se utilizan para ensaladas.

El arándano rojo es un alimento ideal para lograr evitar la cistitis, ya que contiene una sustancia que tiene una acción bactericida específica sobre la Escherichia coli en el intestino, evitando que ésta llegue hasta la vejiga.

- Regular la temperatura del aire acondicionado para que no sea excesivamente frío.

Si a pesar de llevar a la práctica estos sencillos consejos no se consigue evitar que se produzca la cistitis, la conducta adecuada es acudir a su centro de salud para valoración por equipo médico.

Es muy importante iniciar lo antes posible el tratamiento de una infección urinaria, cualquiera que ésta sea, para evitar que las bacterias continúen ascendiendo por el tracto urinario y afecten a otros órganos, en especial al riñón, llegando así a convertirse en una infección urinaria complicada.

Dado que se trata de una enfermedad de origen generalmente bacteriano, el tratamiento consistirá en tomar el antibiótico adecuado (siempre bajo prescripción médica).

La selección del antibiótico puede hacerse incluso sin tener resultados del cultivo pues el médico conoce las bacterias que con más frecuencia afectan al tracto urinario.

Si el resultado del examen sugiere un origen diferente, el antibiótico puede ser cambiado por uno más efectivo.

Como en cualquier otra infección, el antibiótico debe tomarse durante el tiempo prescrito y no suspenderse hasta que cedan los síntomas. Seguir esta recomendación evita que la infección reaparezca a corto plazo debido a que las bacterias no hayan sido eliminadas en su totalidad, y se evitarán las recaídas y posibles resistencias bacterianas posteriores.

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 los últimos años han ido apareciendo otras técnicas en el tratamiento de las varices (Láser, Radiofrecuencia, Clarivein, etc), con menores requerimientos anestésicos y una más pronta reincorporación de los pacientes a la vida normal. Sin embargo, de todas ellas, la **'ESCLEROSIS ECOGUIADA CON MICROESPUMA'** es, hasta la fecha, **la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y la única que permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal. Durante más de 13 años nosotros hemos tratado casi 3000 pacientes con varices utilizando esta técnica, consolidada ya, si se tiene experiencia suficiente, como una alternativa a la cirugía convencional para tratar todo tipo de varices.**

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

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.

El verano no es una buena época para iniciar un tratamiento con microespuma salvo en situaciones especiales, como la existencia de úlceras. Septiembre u Octubre, son meses más propicios para iniciar o continuar con el tratamiento.

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

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

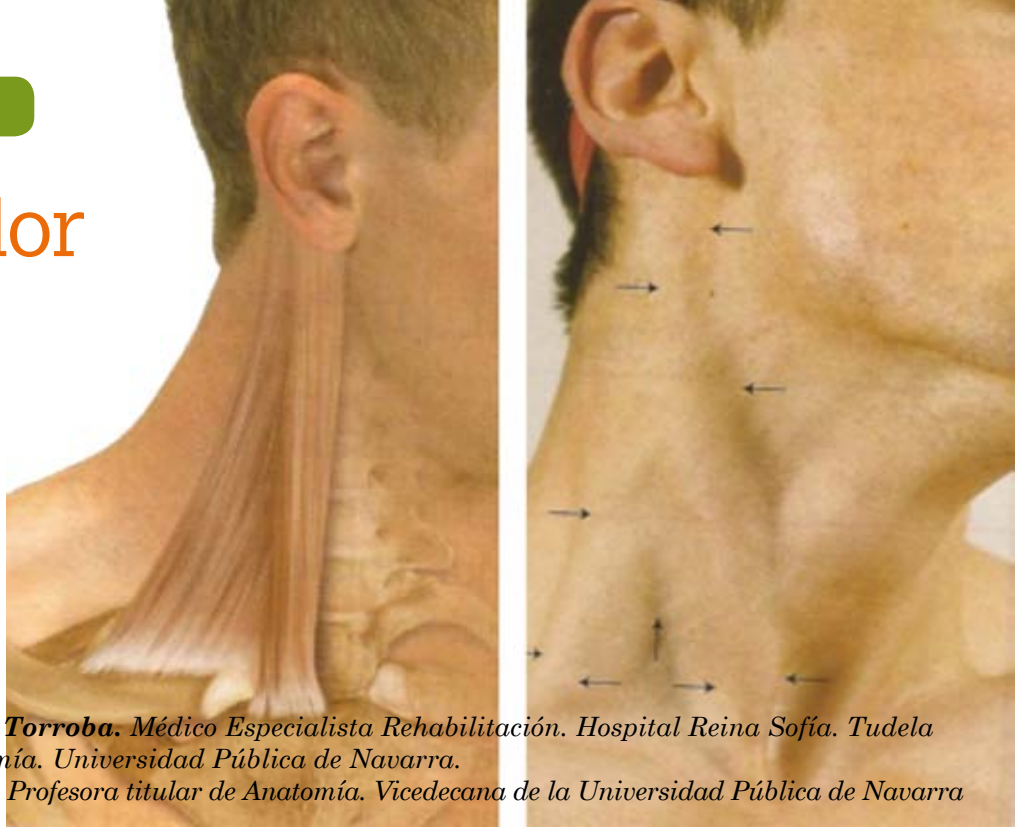
T 948 57 07 92
M 639 07 05 09
leopoldofa@gmail.com

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

CPS-C2261/1/14-NA

rehabilitación

Tengo dolor cervical. ¿Uso el collarín cervical?



Dra. Amparo Santamaría Torroba. *Médico Especialista Rehabilitación. Hospital Reina Sofía. Tudela*
Profesora asociada de Anatomía. Universidad Pública de Navarra.
Dra. Ana Insausti Serrano. *Profesora titular de Anatomía. Vicedecana de la Universidad Pública de Navarra*

Contractura del esternocleidomastoideo derecho

La cervicalgia, que afecta a más del 10% de la población, es un trastorno de la columna cervical, una estructura cuya razón de ser es el movimiento. La más mínima alteración de esa capacidad para moverse provoca dolor y molestias, además de tener una repercusión funcional y profesional.

¿Qué es cervicalgia?

Es un síndrome que se define por la presencia de dolor en la región vertebral o paravertebral cervical causado con frecuencia por una contractura muscular y que se acompaña frecuentemente de dolor irradiado o referido.
Del 26 al 71 % de la población adulta ha experimentado al menos un episodio de rigidez o de dolor cervical en su vida. La mayor parte mejora parcial o totalmente en un mes.
La mayoría de los episodios son benignos, no incapacitantes y autolimitados, sin embargo un pequeño porcentaje se cronifican.

¿Cuál es la causa del dolor cervical?

La cervicalgia no es un diagnóstico ni una enfermedad sino que se trata de un síntoma, puede ser debida a múltiples enfermedades de diferente gravedad y repercusión.
Los accidentes de tráfico, la elevación o arrastre de objetos pesados, posiciones incómodas para dormir, posiciones estáticas prolongadas como es la flexión de la cabeza durante largo tiempo en la lectura o la extensión forzada prolongada como para alcanzar algo que está sobreelevado puede producir dolor cervical.

¿Cómo son los síntomas?

A veces el dolor cervical es agudo como ocurre en la tortícolis por contractura de un músculo, generalmente el esternocleidomastoideo, con bloqueo doloroso del cuello, aunque lo más frecuente es que sea un dolor cervical crónico que puede irradiarse en sentido ascendente hacia el occipucio, lateralmente hacia el hombro y por abajo hacia la región entre las escápulas.
Los dolores tienen un ritmo mecánico, quiere decir que el dolor empeora con la movilización del cuello y disminuye con el descanso.

¿Cómo se diagnostica cervicalgia?

La exploración de la columna cervical por el médico revela una limitación más o menos acentuada, crujidos durante la movilización del cuello, puntos dolorosos en la palpación y una contractura muscular moderada.
Son frecuentes los dolores, en la maniobra de «pellizcar-enrollar» y la movilidad del cuello puede estar limitada.
La indicación de pruebas de imagen como radiología y RNM cervical dependerán de la sintomatología y de la exploración minuciosa.

¿Cuál es el tratamiento del dolor cervical crónico?

La terapia farmacológica (antiinflamatorios, relajantes musculares) es importante junto con la actividad física controlada y la inmovilización.
En el dolor cervical crónico hay fases de más dolor cervical que son las fases de "hiperalgesia" en las que el sujeto precisará reposo en cama y el uso de un collarín cervical blando.
El collarín cervical no se lo pondrá de forma continua, lo utilizara únicamente por la tarde y no superará más de 5 días.
Después de que el dolor agudo comience a disminuir, el sujeto deberá incrementar progresivamente la actividad. Deberá comenzar a realizar ejercicios de cuello a diario, suaves, sin giros de cuello y cabeza; evitará posturas prolongadas tanto en flexión de cuello (lectura, coser...) como en extensión (alcanzar objetos que están en alto). Evitará posiciones incomodas para dormir e intentara dormir en decúbito supino "boca arriba".

¿Qué es cervicobraquialgia?

Dolor cervical que baja por el brazo intenso, a veces provocado por los movimientos extremos del cuello, puede agravarse con las inclinaciones laterales y la extensión del cuello.
El dolor no suele ceder completamente con el reposo y a menudo aumenta por la noche.
La causa más frecuente es por sufrimiento de una raíz nerviosa generalmente debido a hernia discal cervical generalmente después de hacer un esfuerzo.
Si a pesar del tratamiento médico persisten los síntomas de dolor y empeoramiento neurológico, se debe valorar remitir a especialista médico, para plantearse cirugía, teniendo en cuenta que solo 1% de las hernias discales con síntomas deficitarios sensitivos y/o motores requieren de intervención quirúrgica.

¿Qué es la Tortícolis?

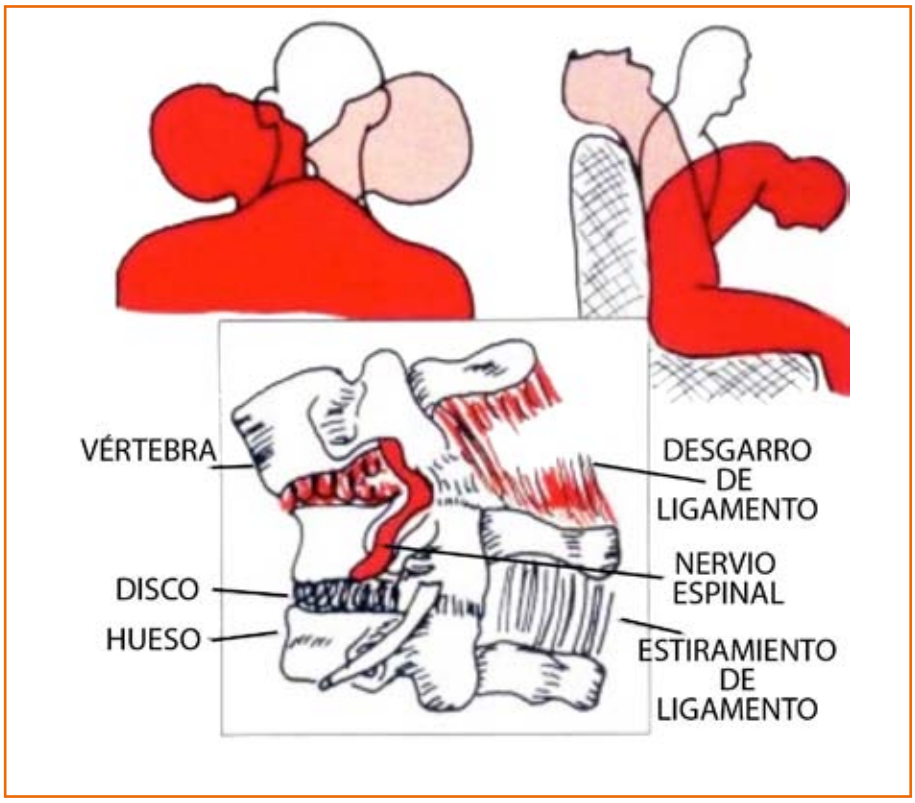
El mecanismo es muscular, es una contractura del musculo esternocleidomastoideo, esto quiere decir, que el dolor se localiza en la zona lateral del cuello, con limitación en la movilidad cervical de ese lado.
La utilización de collarín cervical durante algunos días y la prescripción por parte del médico de relajantes musculares son suficientes.
Cuando las crisis tienen tendencia a repetirse únicamente la reeducación de la musculatura cervical mediante los ejercicios cervicales permite prevenir las recidivas.

¿Qué es latigazo cervical?

Es una de las causas de dolor cervical que se define por el mecanismo que lo ha producido, generalmente tras un accidente de tráfico, esto es, una extensión brusca del cuello (cuello hacia atrás bruscamente) con rebote en el reposacabezas y posterior flexión brusca de la columna cervical (cuello hacia delante), generando una hiperpresión en las vértebras y una fuerte tracción en los elementos posteriores, músculos y ligamentos.

¿Cuáles son los síntomas del latigazo cervical?

Dolor cervical puede localizarse en la región occipital, entre las escápulas o en la parte superior de los hombros y limitación en la movilidad del cuello. Es excepcional que aparezcan síntomas neurológicos.



Mecanismo de latigazo cervical

¿Cómo se diagnostica?

Por la sintomatología clínica y la exploración física que debe ser minuciosa. La Radiografía no permite valorar el síndrome de latigazo cervical en sus grados más leves, ya que es una lesión de partes blandas, pero sí permite valorar signos indirectos de lesión de partes blandas como la inversión de la lordosis cervical fisiológica (la columna vertebral cervical está formada por 7 vertebras que generan una curvatura llamada lordosis cervical) y eliminar diagnósticos de afectación de estructuras óseas como una fractura. Si los síntomas persisten el médico valorara la realización de otras pruebas complementarias de imagen.

¿Cuál es el tratamiento del Síndrome de latigazo cervical?

Antiinflamatorios, relajante muscular, calor local y collarín cervical blando durante 72 horas de forma continuada. A partir del 10 día debe recomendarse aumentar la actividad y que actúe como antes del accidente. La mayoría de los sujetos mejoran a las pocas semanas

3 pilares clave en el Cáncer de Piel: Prevención, diagnóstico y seguimiento

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
Castillo de Maya 41. 31003 Pamplona. NAVARRA
Tel. 948 15 21 21
www.centromedicis.com

En los últimos años en repetidas ocasiones hemos visto, oído y leído acerca de la importancia de la prevención y la detección precoz del cáncer de piel.

Desde Médicis nos unimos a la causa e insistimos siempre en la importancia de hacerse **revisiones dermatológicas** de forma periódica y acudir al **dermatólogo** ante la mínima duda para descartar la malignidad de cualquier lesión y, en caso de ser así, poder detectarla y tratarla a tiempo.

Según datos de la AEDV (Academia Española de Dermatología y Venerología), la incidencia de **melanoma** en España es de 9,7 por cada 100.000 personas al año (lo que supone alrededor de 4.000 nuevos casos). Respecto al cáncer cutáneo **no melanoma**, esta es de 160 casos por 100.000 habitantes al año.

Aunque el **cáncer de piel** es más frecuente en mayores de 50 años, cada vez se diagnostican más casos en personas jóvenes por los hábitos poco saludables de exposición solar intensa en cortos periodos.

¿Pero qué hacer si nos han diagnosticado cáncer de piel? Esa es la gran pregunta que muchas veces no sabemos cómo responder.

Los estudios por imágenes se llevan a cabo para crear imágenes del interior del cuerpo. Se usan para determinar la propagación del melanoma, pero no se requieren para personas con melanomas en etapa inicial, los cuales no son propensos a haberse propagado. Estos estudios también se pueden hacer para ayudar a descubrir cuán bien funciona el tratamiento o para identificar signos de que el cáncer ha regresado después del tratamiento.

Desde el Centro Médicis trabajamos en el apoyo de dichos diagnósticos a través de distintas pruebas:

TC (tomografía computarizada): Este estudio puede ayudar a mostrar si cualquier ganglio linfático está agrandado o si órganos, tal como los pulmones o el hígado tienen manchas que podrían deberse a la propagación del melanoma.

Imágenes por resonancia magnética: Mediante un imán y ondas de radio se crean imágenes de partes internas del cuerpo. El gadolinio es una sustancia de contraste que hace que las células malignas sean más visibles.

Por último destacar que dos de cada diez pacientes diagnosticados de cáncer de piel no melanoma se vieron afectados por un segundo cáncer y, de éstos, el 44% fueron detectados en los dos años posteriores al primer diagnóstico.

El seguimiento del cáncer de piel permite detectar recaídas en casi el 80% de los casos.

¿A qué edad debo llevar a mi hijo al dentista?

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

Dr. Alberto Gómez
Nº 310000559

Esta es una pregunta muy frecuente en los gabinetes dentales que los padres nos hacen llegar a los odontopediatras o a los dentistas generales.

Si bien no hay una edad exacta en la que los pequeños deban acudir a sus primeras visitas, desde el departamento de odontopediatría de la clínica Sannas aconsejamos que cuanto antes se establezcan esas visitas periódicas, mejor.

Por lo que hemos podido observar, nuestro consejo desde la Clínica Sannas es que la relación paciente odontopediátrico – dentista, debe iniciarse con la aparición de las primeras piezas dentarias pero enfocando esta relación desde el punto de vista de la prevención. El objetivo principal debe centrarse en aconsejar sobre los cuidados de los dientes deciduos (de leche), hábitos alimenticios, uso del chupete, succión del pulgar, alimentación con lactancia, higiene dental, la administración adecuada del flúor, detección precoz de los deglución atípica, respiradores bucales, etc.

Muchas madres y padres esperan a la llegada del talón que emite el servicio Navarro de Salud, conocido como el programa de ayuda dental infantil (PADI). Dicho talón no llega hasta que el niño o la niña cumple los 6 años, y se reenvía anualmente hasta los 15 años. Durante ese periodo comprendido entre los 6 y los 15 años todas las visitas a nuestro odontólogo de confianza así como tratamientos en dentición definitiva y más aspectos tienen una cobertura gratuita.

El problema viene cuando nuestro paciente pediátrico acude a la clínica con unos malos hábitos de higiene y/o de alimentación. Aquí entra la labor del odontólogo y su auxiliar, los cuales van a explicar al paciente cuál es la mejor técnica de cepillado para cada edad, así como qué tipo de dentífrico debe utilizar. Todo ello se complementa desde el Centro de Prevención Oral (CPO) donde la clínica Sannas, contando con una amplia sala de formación, imparte talleres de prevención en caries. El objetivo principal de estos talleres es concienciar tanto a padres como niños de tener unos buenos hábitos higiénicos y alimentarios. Y es aquí donde se vuelve a reforzar una buena técnica de cepillado y hábitos de vida saludables.

Si conseguimos que los niños desde bien pequeños adquieran unos buenos hábitos, estaremos reduciendo la incidencia de la caries a edades tempranas. La caries junto con los traumatismos es uno de los principales motivos de consulta en niños de 0 a 6 años. Una caries no tratada en dentición temporal (o dientes de leche) puede acarrear consecuencias negativas para el paciente. El proceso se inicia con una caries asintomática, pudiendo afectar al nervio del diente si no se trata a tiempo y esta avanza, creando incluso infección. Y en casos de caries muy avanzadas siendo imposible la reconstrucción del diente dañado. Lo que conlleva la perdida de un diente mucho antes del periodo natural de recambio, acarreando problemas en la masticación, en la fonética, en la estética y en la correcta erupción de los dientes definitivos.

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-236/25-11-NA

Epistaxis-Hemorragia nasal

Dr. Ignacio Arruti González. Jefe de Sección ORL del Complejo Hospitalario de Navarra
María Valencia Leoz. DUE en ORL del Complejo Hospitalario de Navarra

Se denomina epistaxis a toda hemorragia nasal. La palabra epistaxis proviene del griego y significa "fluir gota a gota".
¿Quién no ha sangrado alguna vez por la nariz? La epistaxis es un evento muy común, se considera que representa entre el 10 y el 12% de las urgencias otorrinolaringológicas y existen dos picos de máxima incidencia: uno entre los 15 y 25 años y otro entre los 45 y 65.

La nariz contiene gran cantidad de vasos que sangran fácilmente. El aire que se mueve a través de la nariz puede secar e irritar la mucosa. La hemorragia nasal es más frecuente durante el invierno por el aumento de virus catarrales y por el aire más seco.
Generalmente la hemorragia responde a una causa (es un síntoma), sin embargo, hay ocasiones en las que no se encuentra causa que lo justifique y en esos casos hablaríamos de una "epistaxis esencial". Lo más frecuente es que solo sangre una fosa nasal, un sangrado bilateral nos haría pensar en causas generales y no locales.
La mayor parte de los sangrados de nariz tienen su origen en la parte anterior del tabique nasal (90%), donde se encuentra el plexo de Kiesselbach (área K) que se compone de muchos vasos pequeños. Estas hemorragias suelen ser fáciles de controlar con medidas básicas. Pero también pueden darse sangrados en la parte posterior de la nariz (10%), y estos pueden ser más complicados.

Causas

Dejando a un lado la "epistaxis esencial" en la que no se halla ninguna causa, esta puede producirse por:

- **Traumatismos:** el más frecuente se produce por rascado. También cualquier golpe sobre la nariz puede producir sangrados y los traumatismos craneales hemorragias más complejas.
- **Inflamación/irritación:** ante la congestión de la mucosa en los procesos de rinitis y la irritación que se da por sequedad de las mucosas también es frecuente que se den hemorragias nasales. Suele haber inflamación de las mucosas en los procesos catarrales de nariz o rinitis alérgicas y la irritación puede darse por diferentes causas: sequedad del ambiente, corticoides tópicos, productos químicos etc.
- **Otras causas locales:** desviaciones de tabique, cuerpos extraños y tumores.
- **Causas sistémicas:** ciertas enfermedades como son las coagulopatías por defecto o algunas vasculares (hipertensión, malformaciones vasculares etc.) pueden producir epistaxis. Y también algunos medicamentos como los anticoagulantes, antiagregantes, antiinflamatorios...

Atención de la epistaxis en el domicilio

Generalmente una epistaxis es un proceso banal y se produce de forma puntual, pudiendo resolverse en el propio domicilio sin necesidad de atención sanitaria. Por esto, es importante conocer las medidas a tomar ante una hemorragia nasal y la forma de prevenirla.

Consejos para prevenir la epistaxis

- Evitar el rascado y sonarse fuerte.
- Evitar los irritantes: tabaco, aerosoles químicos (amoniaco), vasoconstrictores tópicos, corticoides tópicos utilizados largo tiempo etc.
- Mantener un ambiente húmedo en el hogar.
- Mantener las uñas de los niños bien cortadas.
- Abrir la boca al estornudar.
- Hidratar la mucosa nasal con pomadas específicas intranasales antes de ir a dormir.

Control de la hemorragia nasal

- **Taponar la nariz.** Se debe inclinar ligeramente la cabeza hacia delante, para evitar tragar sangre, hay que apretar utilizando un pañuelo o una gasa, con los dedos pulgar e índice de una mano, ambas alas nasales contra el tabique blando durante al menos 5 minutos. Durante este tiempo hay que respirar por la boca.
También podemos introducir un poco de algodón con agua oxigenada en la fosa nasal sangrante y apretar como hemos explicado.
Si la hemorragia no cesara sí habría que buscar atención sanitaria.
- **Vigilar las características de la hemorragia.** Es importante saber en qué momento se ha producido la epistaxis, por cuál de las fosas nasales, la frecuencia con la que aparece el sangrado y la facilidad con la que para el sangrado, ya que si no ceden fácilmente o son muy frecuentes habrá que acudir al médico y es importante describir cómo ha sido todo para detectar las posibles causas y solucionarlas.

¿Cuándo acudir a su médico?

- Si el sangrado dura más de 20 minutos.
- Cuando la hemorragia es consecuencia de algún accidente o de un cuerpo extraño.
- Si existe problema respiratorio.
- Si los sangrados se repiten frecuentemente.
- Cuando se acompañan de signos locales o generales (obstrucción nasal, fiebre, dolor de cabeza, palidez cutánea, sangrado de encías etc.).

Atención médica de una epistaxis

- En primer lugar, es necesario establecer un interrogatorio exhaustivo con el objeto de determinar los factores desencadenantes (locales o sistémicos).
- Brindar apoyo psicológico al paciente y los familiares.
- Control de constantes vitales para valorar el estado hemodinámico.
- Limpieza de la sangre de las fosas nasales mediante aspiración o sonado.
- Con el paciente sentado, examen de las fosas nasales (rinoscopia anterior) y de la orofaringe para determinar el punto de sangrado.
- Colocación de un tapón de algodón empapado en anestésico local y epinefrina (si no existe contraindicación) en la fosa nasal que se va a tratar.
- Cauterización química con nitrato de plata o ácido tricloroacético sobre el punto sangrante o coagulación eléctrica con una pinza monopolar o bipolar. Aunque haya sangrado en ambas fosas nasales no se pueden cauterizar las dos al mismo tiempo porque hay riesgo de perforar el tabique nasal. Habrá que decidirse por una y posponer el tratamiento de la siguiente.
- En sangrados difusos será necesario realizar un taponamiento anterior con una gasa de borde impregnada con pomada antibiótica. Una alternativa puede ser la colocación de una sonda neumática (Rapid Rhino).
- En sangrados posteriores (la sangre cae directamente a la faringe) será necesario realizar un taponamiento posterior clásico, con gasa introducida a través de la boca. Como alternativas, y mejor toleradas, se puede colocar una sonda de Foley en la parte posterior de la nariz y completar el proceso con un taponamiento anterior; o utilizar una sonda de doble balón (Reuter).

Todo taponamiento posterior precisa ingreso hospitalario.

Si con las medidas anteriores no se consigue detener la hemorragia será necesario realizar una ligadura arterial en el quirófano. Hay que tener en cuenta que este es el último paso ya que los pacientes frecuentemente tienen riesgo anestésico por la pérdida de sangre y las patologías asociadas.

Una vez cortada la hemorragia y en las 24-48 horas siguientes, hay que evitar hacer esfuerzos, no tomar fármacos con efectos anticoagulantes y no sonarse la nariz con fuerza.

Conclusiones

- Por lo general la epistaxis constituye un proceso banal de fácil resolución, pero en ocasiones el sangrado es de gran intensidad, lo que requiere atención urgente especializada porque puede llegar a comprometer la vida del paciente.
- Nunca se debe tomar el tratamiento de una epistaxis a la ligera.
- El control del volumen sanguíneo es una medida inicial fundamental y de la que puede depender la vida del paciente.
- El tratamiento debe ir desde el más simple al más complejo. No por evitar incomodidades se deben asumir más riesgos.

Estenosis uretral

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

La uretra es un conducto virtual que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el meato uretral externo. Participa en 3 funciones básicas: la micción, la continencia y la eyaculación.

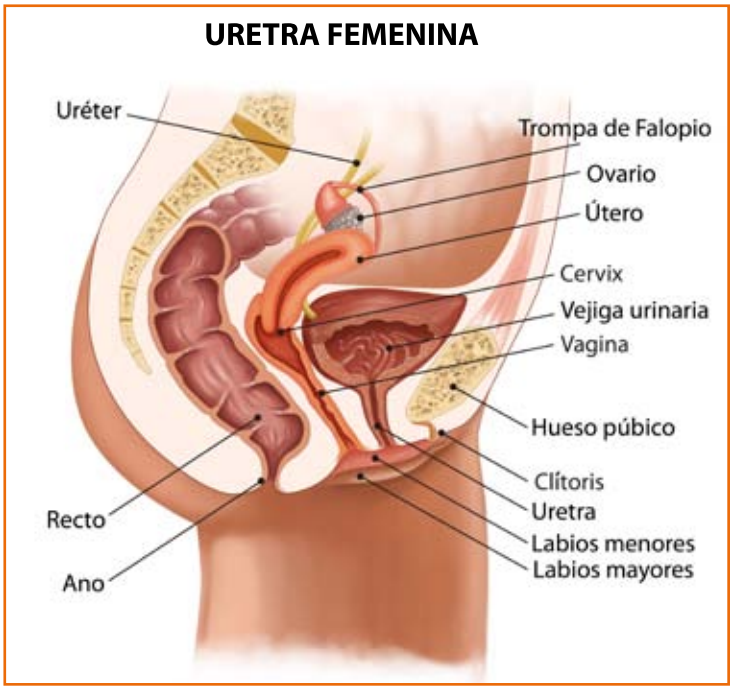
La uretra masculina se divide en 4 partes: la uretra peneana o péndula (la más distal que se extiende desde el meato uretral hasta la inserción de la musculatura isquiocavernosa), la uretra bulbar, la uretra membranosa (rodeada por el esfínter uretral externo) y la uretra prostática (zona más proximal, rodeada por el tejido glandular prostático).
La uretra femenina es más corta, con una longitud aproximada de 4 cm que se extiende por el tercio distal de la pared anterior de la vagina desde el cuello vesical hasta el meato.

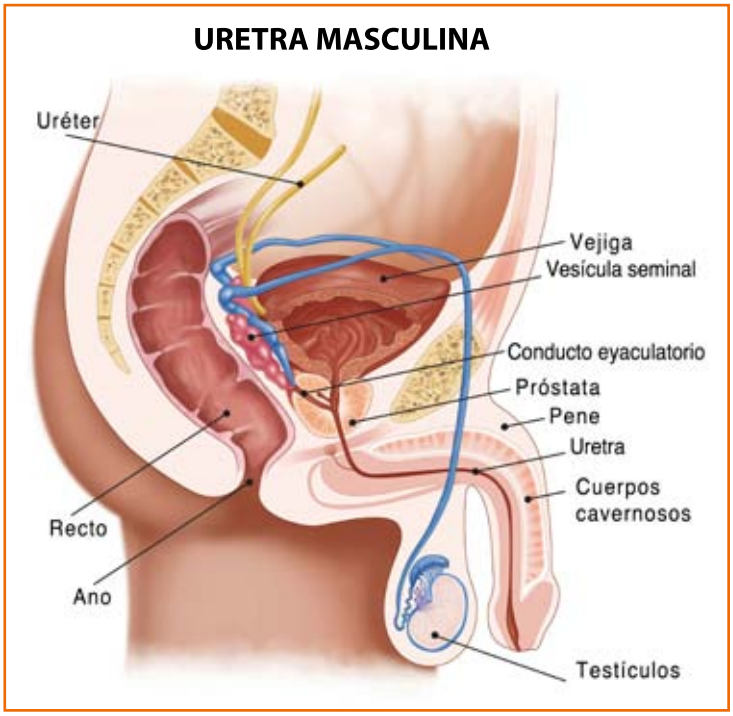
¿Qué es la estenosis uretral? ¿Es muy frecuente?

La estenosis uretral es una reducción de la luz del conducto uretral secundaria a la formación de cicatrices (zonas de fibrosis) en la uretra o en el tejido que rodea a la misma (cuerpo esponjoso y cavernoso) que aparecen secundariamente a una infección, traumatismo o inflamación del tejido. Esta reducción del calibre de la uretra conlleva una obstrucción de la salida de los líquidos por la misma. Es más frecuente en el hombre que en la mujer debido a la longitud de la uretra en el hombre, lo que la hace más susceptible a sufrir lesiones.
La estenosis puede aparecer en cualquier punto de la uretra siendo más habitual a nivel de la uretra bulbar. Dentro de las causas de su formación están las causas congénitas y las adquiridas, donde destacan los traumatismos uretrales (secundarios a sondajes, instrumentaciones endoscópicas de la uretra, cirugías de la próstata, caídas a horcajadas, roturas de pelvis, y otros traumatismos directos), las infecciones (gonorrea), las enfermedades dermatológicas (liquen escleroso o balanitis xerótica obliterans), tumores uretrales

¿Qué síntomas produce?

Lo más habitual en los pacientes con estenosis uretral es la presencia de sintomatología de tracto urinario inferior de carácter obstructivo lo que puede producir una dificultad para el vaciado de la vejiga, teniendo estas personas dificultad para iniciar la micción, una sensación de vaciado incompleto de la vejiga, una disminución del calibre y de la fuerza del chorro miccional, con intermitencia o goteo postmiccional, un aumento de la frecuencia de las micciones, así como infecciones urinarias de repetición (cistitis, prostatitis o epididimitis), e incluso la retención aguda de orina. En ocasiones puede producirse una hematuria inicial (expulsión de sangre con la orina en la primera parte de la micción), y secundariamente a la mala evacuación de la orina de la vejiga, la formación de litiasis vesicales.





¿Cómo se diagnostica?

Es muy importante para un posterior tratamiento conocer donde se encuentra localizada y qué longitud presenta la estenosis de uretra. Para llegar a su diagnóstico se pueden realizar varias pruebas:

- **Flujometría:** es una prueba en la que se estudia el flujo urinario pero ofrece dificultades diagnósticas con otras patologías como la hiperplasia benigna de próstata, la hipocontractibilidad del detrusor ya que nos informa de que existe una obstrucción al flujo urinario, pero no identifica la causa de la misma.
- **Uretrografía retrógrada más cistouretrografía miccional seriada:** es la técnica de imagen de referencia para el diagnóstico de la estenosis uretral, y consiste en la realización de radiografías de la región pélvica mientras se introduce contraste en la uretra o este se orina.

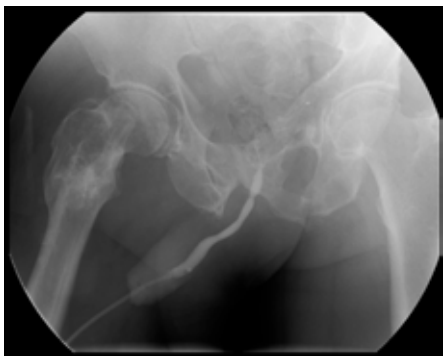


Imagen 1: Estenosis uretral diagnosticada por uretrografía retrógrada.

Imagen 2: Estenosis uretral en su visión endoscópica mediante la técnica de uretrocistoscopia.

- **Ecouretrografía:** Consiste en la realización de una ecografía sobre la parte ventral del pene a nivel de la uretra péndula hasta el límite con la uretra bulbar mientras se introduce suero por el meato uretral. Permite identificar las zonas de espongiofibrosis, aunque su realización no es necesaria en la mayor parte de las ocasiones.
- **Resonancia nuclear magnética:** Identifica estenosis anteriores y posteriores y diagnosticar patologías asociadas, pero debido a su coste y el tiempo que conlleva su realización, es una prueba que no se suele realizar para diagnosticar esta patología.
- **Uretrocistoscopia:** Consiste en la visualización directa de la uretra por medio de la introducción de una pequeña cámara en su

¿Cómo se trata?

Existen diversas formas de tratar la estenosis uretral, unas más conservadoras y sencillas y otras más complejas. Dentro de las diferentes técnicas nos encontramos:

- Dilataciones uretrales periódicas: Tratamiento conservador que mediante el paso uretral de una sonda u otros dispositivos dilatadores, se consigue aumentar el calibre de la luz de la zona estenótica. Se realiza de forma periódica según el tiempo en que el paciente tarde en perder fuerza miccional.
- Colocación de endoprótesis intrauretrales: Colocación de un pequeño stent intrauretralmente con el fin de mantener una apertura de la luz uretral que permita el paso de los fluidos. Pueden colocarse temporalmente o de forma permanente. Actualmente en desuso.
- Uretrotomía interna: Consiste en la realización de un corte con una pequeña cuchilla a nivel de la cicatriz de la estenosis con instrumental endoscópico que se introduce en el interior de la uretra.
- Cirugía reconstructiva uretral (uretroplastias): Reparación quirúrgica abierta con disección de la estenosis y reconstrucción de la luz uretral posteriormente.

¿Puede volver a ocurrir una vez tratada?

El tratamiento conservador de la estenosis, menos agresivo, tiene una tasa más alta de recurrencia, precisando en algunos casos dilataciones repetidas en el tiempo para conseguir un calibre miccional adecuado. No obstante, son de elección en aquellos pacientes que por otros motivos se ha descartado otras técnicas más invasivas o tienen un alto riesgo quirúrgico. El tratamiento quirúrgico mediante uretrotomía interna tiene una tasa de éxito más alta (entorno al 70-80%), pero va perdiendo eficacia en las estenosis recidivantes. La reparación quirúrgica abierta mediante uretroplastia es la que menos recurrencias genera, pero su mayor complejidad y tiempo de ingreso hace que se reserve para los casos de estenosis complejas, extensas o muy recidivantes.

Paternidad y pareja

Raquel Gómez Ruiz, Virginia Ezquerro Cordón, Beatriz Bonet Pérez y Lydia Salcedo Clemos
Matronas. Hospital Reina Sofía de Tudela

Aunque el embarazo, parto y lactancia son procesos esencialmente femeninos, el papel del padre es muy importante como figura de apoyo y protección y constituye una figura esencial en el apego con el bebé. El padre puede y debe implicarse en los procesos de embarazo, parto y lactancia que suponen importantes cambios físicos y emocionales para la mujer, brindándoles apoyo y respeto en sus decisiones y protección frente a las agresiones e interferencias del entorno. Para ello es importante instruir a los niños desde pequeños para que cuando sean mayores puedan apoyar a su pareja en estos importantes momentos.

Frente a un modelo idealizado de "mitificación de la maternidad", de idealización de la maternidad y de los lazos entre la madre y los hijos surge, actualmente, un modelo alternativo en torno a la parentalidad que prescribe una mayor presencia de los padres y su participación equilibrada en el cuidado de los hijos. Se trata de dar una nueva dimensión a la paternidad, incorporando al padre a las tareas de crianza y educación que habitualmente sólo realizaba la madre.

La corresponsabilidad real y efectiva entre todas las partes permitirá avanzar hacia un modelo de vida más igualitario en el que se garantice el desarrollo personal, familiar y social de todos y todas. La maternidad y paternidad compartida representa un avance importante, proporciona la oportunidad de unas relaciones más igualitarias y nuevos modelos de socialización en la educación de los hijos e hijas.

Situación actual

El concepto de padre a través de la historia ha ido evolucionando paralelamente al de familia constituyendo un concepto de maternidad y de paternidad dinámico diferente en función de la época y sociedad que observemos.

De este modo, antes del padre existía el cabeza o jefe, fundador de una tribu o un clan. Después vendrá el hombre que pueda tener hijos con una mujer. Nace el concepto de padre y de aquí el de familia.

Desde el punto de vista de la paternidad, la relación o vínculo de apego con el padre, figura importante para el normal desarrollo evolutivo de todo hijo, no se ha conceptualizado en términos de importancia tanto como lo ha sido para el caso de la relación madre-hijo.

El hombre actual está construyendo el concepto de "nuevo padre" en parte por voluntad propia y en parte por las presiones socioculturales que le rodean; así se esperaría de un padre:

- Que se aleje lo más posible de la imagen de un padre autoritario.
- Que no tenga una actitud directriz, ni directamente dominante (siendo el niño el que muchas veces «dirija» el desarrollo).
- Que a veces anteponga los «derechos» del niño a sus propios deseos (para evitarle sufrimientos o traumas en su desarrollo).
- Que sea «amigo» de su hijo, borrando las diferencias generacionales.
- Que delegue precozmente en otros técnicos parte de la educación del niño (y no en las experiencias de sus mayores, abuelos, ni de sí mismos como padres).

La mujer, por otra parte, tiene sus propias expectativas sobre sí misma y sobre su pareja en el papel de padre, que normalmente no coinciden del todo.

Ya durante el mismo proceso de acceder a la maternidad o la paternidad las diferencias entre ambos sexos se ponen de manifiesto en todos los niveles de esta transición evolutiva, de forma que, tanto en el plano individual como en el relacional, varones y mujeres caminan a ritmos distintos y experimentan procesos de cambio y continuidad significativamente diferentes.

La participación de los hombres en el seguimiento del embarazo, parto y puerperio es algo opcional. Los varones suelen ser menos críticos con la relación marital, la vida doméstica, la satisfacción de la pareja o la crianza de los hijos. En general las mujeres suelen asumir estos aspectos por lo que ellos tienden a adaptarse a ellas aportando pocos problemas a estas cuestiones.

El interés por alcanzar la igualdad y equidad entre hombres y mujeres ha dado lugar a un desequilibrio origen de conflictos psicológicos individuales y en la pareja.

Aunque generalmente los hombres manifiestan menos ansiedad que las mujeres, si ahondásemos un poco descubriríamos que el papel de padres les lleva a un nivel de angustia y ansiedad muchas veces oculto.

La lactancia materna al recién nacido y es que, la lactancia natural, algo tan exclusivamente maternal, se puede ver influenciada por el rol de padre. Se ve perjudicada por padres que opinan que estropea los senos femeninos y que interfiere con el sexo. También el apoyo de los padres a asumir las tereas domésticas contribuye significativamente a su mantenimiento, ya que los altos niveles de responsabilidad en el trabajo del hogar y cuidado infantil son importantes indicios del cese de la lactancia.

En las sociedades occidentales actuales un buen padre será aquel que se implique activamente en la crianza de su hijo asumiendo una función afectiva y normativa, favoreciendo su proceso de autonomía y ayudándole en la adquisición de una identidad discriminada.

Conclusiones

La paternidad ha dejado de ser algo prescrito y ha tomado el difícil, pero seguro camino, de pensarse y vivirse por encima de modelos ideales, por encima de esquemas o ideas.

Existe hoy una mayor conciencia de la trascendencia de la paternidad y por eso pasa a ser una responsabilidad en la que se pone todo el destino personal. Una nueva conciencia de las funciones del padre, una nueva conciencia de la masculinidad, crea nuevas necesidades, imprime metas, motivaciones, alimenta vivencias y pone los destinos de los hijos y de los mismos padres bajo contextos más liberadores.

Una vinculación precoz beneficia al futuro hijo antes del nacimiento y tras éste le ayudará a desarrollar su personalidad, autoestima e identidad sexual.

El padre debe acompañar a la madre durante todo el embarazo, proporcionándole tranquilidad y amor. Compartir activamente con su pareja la entrada al mundo de su hijo, si se está preparado para ello, y ser capaz de buscar la autonomía y máximo desarrollo de ese niño, creando un clima de armonía, seguridad, amor en la triada madre-hijo-padre.

La figura del padre es muy importante, por eso se debe de implicar tempranamente en el embarazo ya que esto enriquece su relación de pareja favoreciendo el intercambio de inquietudes, dudas y la búsqueda de soluciones. Un futuro padre equilibrado, informado y bien asesorado sobre los cambios que se van a producir en su vida y en la de su pareja, puede socorrer adecuadamente a la madre con mayor vulnerabilidad emocional en el período perinatal.

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

Cálculos renales

Dra. Marta Cuberes Izquierdo, Dr. Ángel Gamen Pardo y Dr. Eduardo Parra Moncasi.
Especialistas en Nefrología. Hospital Reina Sofía de Tudela

Las litiasis renales, también llamadas cálculos renales o piedras en el riñón, representan la formación de un material sólido a partir de sustancias que están en la orina. La piedra puede quedarse en el riñón o ir bajando por el sistema urinario: uréteres, vejiga o uretra.

Importancia del tratamiento preventivo

Los cálculos renales son un problema frecuente que afecta hasta a un 10 % de la población española con una proporción hombre/mujer de 2:1. Se presenta con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años.

La litiasis renal reaparece hasta en un 50% de los casos a los 5 años tras el primer episodio y es responsable de un 2% de las causas de insuficiencia renal terminal. Por todos estos motivos es fundamental el tratamiento preventivo.

Causas y diagnóstico

Las causas de la aparición de los cálculos son varias: alteraciones metabólico-endocrinas (hipertiroidismo, hiperparatiroidismo primario, hiperoxaluria, hiperuricemia, obesidad, diabetes mellitus...), predisposición genética (cistinuria), malformaciones anatómicas de las vías urinarias (enfermedad de Cacchi Ricci, riñón en herradura...), presencia de determinadas infecciones urinarias (gérmenes con actividad ureásica)... Sin embargo, los errores en la dieta son hasta en un 50% de los casos el único factor encontrado.

Los cálculos renales pueden estar en la vía urinaria sin dar manifestaciones clínicas francas o bien pueden dar lugar a un cólico renal con dolor lumbar intenso, inquietud, molestias al orinar, 'arenillas' en la orina e incluso sangre en la orina.

La historia clínica así como las pruebas de laboratorio y de imagen son la base del diagnóstico. Es recomendable el análisis del cálculo siempre que sea posible.

En los casos de cálculos repetición el Nefrólogo o Urólogo realiza un estudio más completo.

Tipos de cálculos

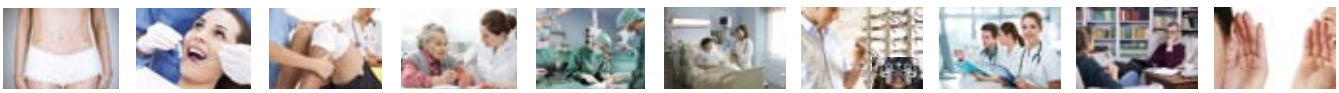
Los cálculos renales pueden ser de varios tipos:

- **Cálculos de calcio:** En más del 80% de las litiasis tiene naturaleza calcárea. Principalmente oxalato cálcico. El exceso de calcio se elimina por los riñones uniéndose a otras sustancias en la orina y formando piedras.
- **Cálculos de ácido úrico:** Se producen cuando hay un exceso de ácido úrico en la orina generalmente por niveles elevados en sangre. Se dan más frecuentemente en varones.
- **Cálculos de cistina:** Poco frecuentes y asociados a enfermedades hereditarias. Cuando se diagnostican es importante la derivación a las Consultas de Nefrología.
- **Cálculos de estruvita:** Pueden formarse tras una infección del sistema urinario por bacterias productoras de ureasa como Proteus. Suele afectar a mujeres.
- **Otros cálculos menos frecuentes:** xantinas, secundarios a toma de determinados fármacos...

Recomendaciones dietéticas generales

- Ingesta hídrica: beber aproximadamente 2.5-3 litros de agua repartidos a lo largo del todo el día para conseguir una cantidad de orina de al menos 2 litros. De esta manera la orina se encuentra más diluida.
- Aumentar la ingesta de frutas y verduras.
- Mantener los aportes de calcio en torno a 1g/día. Tanto el exceso como el déficit de calcio en la dieta favorece la aparición de litiasis.
- Reducir la ingesta de sal a menos de 6g/día. El exceso de sal aumenta el calcio en la orina y por tanto el riesgo de formación de cálculos.
- Evitar el abuso de proteínas sobre todo las de origen animal. Se recomienda una ingesta de 1g/kg de peso/día.
- Evitar alimentos ricos en oxalatos como chocolate, espinacas, ruibarbo...

Si se realiza un tratamiento médico adecuado se puede esperar que la litiasis se reduzca o desaparezca hasta en un 75% de los casos recidivantes.



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

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

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

¿Qué se esconde detrás del flato?

Ignacio Gómez Ochoa
Médico Rehabilitador del Hospital Reina Sofía de Tudela
Leyre García Martín
Enfermera del Hospital Reina Sofía de Tudela
José Antonio Cebamanos Marín
Médico de Familia y Urgencias. Fundación de Calahorra de La Rioja

El ETAP (Exercise-Related Transient Abdominal Pain) comúnmente conocido como flato, es un dolor que se define como "punzada" o "puñalada", con diferentes localizaciones y que se produce durante la realización de actividades con movimientos repetitivos y/o rotacionales del torso.

Características del flato

Se describe como un dolor de aparición súbita, tipo puñalada, y que en el 80% de las veces, su localización es vaga y difusa. Las principales localizaciones son:

- Flanco derecho 55%
- Flanco izquierdo 37%
- Periumbilical 20%
- Hipocondrio derecho 12%
- Epigastrio 11%

Factores influyentes

En los estudios existentes en la bibliografía, se objetiva que a menor edad, mayor probabilidad de sufrir flato. No hay una relación clara con el género ni con el índice de masa muscular. Se aprecia un aumento de la aparición del flato en las actividades que involucren movimientos repetitivos del torso, tanto longitudinales como rotacionales. Esto ocurre en el running, ciclismo, hípica y la natación.

La intensidad del ejercicio no es un claro factor predisponente para la aparición del flato. Un inadecuado calentamiento previo al ejercicio junto con condiciones de frío y/o humedad también aumenta la incidencia de desarrollar flato durante el ejercicio.

Otro de los factores influyentes es la ingesta sólida y líquida previa al ejercicio. Una importante ingesta sólida cercana al desarrollo de la actividad provocará más fácilmente el desarrollo del flato; de ahí la importancia de que hayan pasado al menos 2 horas, desde la última ingesta calórica. La ingesta de líquido debe de ser también controlada, así como durante la realización del ejercicio. Estados de deshidratación o hiperhidratación también favorecen el desarrollo de flato.

Etiología

Numerosas teorías se han postulado para intentar explicar que hay detrás del desarrollo del ETAP. Ninguna prevalece sobre las demás. Un posible origen pudiera deberse a una isquemia transitoria del diafragma, que al estar inervado por el nervio frénico podría provocar incluso, dolor en el hombro, pero no explicaría la localización, a veces, infraabdominal del ETAP.

La teoría, más aceptada históricamente, es que el ETAP podría producirse por el Estrés mecánico de los ligamentos que soportan las vísceras, que se produce durante el ejercicio. Esta teoría explicaría porque aumenta el flato, en los ejercicios con movimientos repetitivos del torso y en estados postpandriales. Quizás la teoría más actual, es que el ETAP se pudiera provocar por una irritación del peritoneo abdominal y visceral, que explicaría las diferentes localizaciones del flato.

Prevención y tratamiento

Muchas técnicas y estrategias han sido propuestas para prevenir el desarrollo del flato. Las principales son las siguientes:

- Evitar la ingesta de grandes volúmenes de comida y líquido por lo menos, 2 horas antes de la realización del ejercicio.
- Durante la realización del ejercicio deberán ingerirse pequeñas cantidades de líquido y se evitarán las bebidas hipertónicas.
- Cuando el flato se ha establecido, se puede mitigar realizando respiraciones profundas, presionando sobre el área afecta, realizando flexión anterior del tronco, o incluso, parar momentáneamente de realizar el ejercicio.

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**

¿A qué se refieren con enfermedad autoinmune?

Marina Soledad Moreno García. *Adjunta de Reumatología Hospital Reina Sofía de Tudela*
Pilar del Río Martínez. *Adjunta de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza*
Pablo Baltanas Rubio. *Adjunto de Anestesia y Reanimación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

El sistema inmunológico es un sofisticado complejo de células y señales moleculares que nos defienden y protegen de enfermedades e infecciones. Sin embargo, este sistema no es perfecto y en algunos individuos "el sistema inmunológico puede confundirse de enemigo y atacar a la propia persona". La palabra "auto" proviene del griego cuyo significado es "uno mismo". Por tanto, en el término "enfermedad autoinmune" se engloban a aquellas patologías originadas por errores en el reconocimiento del agente perjudicial. Es decir, nuestro sistema inmunológico identifica erróneamente a nuestras propias células como patógenos externos infecciosos y las ataca.

Existen más de 80 enfermedades autoinmunes, que se expresan de diferentes maneras, aunque algunas tienen síntomas similares. Algunas de estas enfermedades son muy comunes, como determinadas enfermedades inflamatorias del tiroides (tioriditis), la diabetes mellitus tipo 1, la enfermedad de Crohn, o la esclerosis múltiple.

Enfermedades sistémicas autoimnunes

Hay otras donde la agresión al organismo es mucho más extensa afectando a distintos órganos y sistemas como piel, sistema nervioso, pulmón, aparato digestivo, aparato circulatorio. En éste grupo se incluyen enfermedades como lupus eritematoso, esclerodermia, dermatomiositis o vasculitis, a ellas les llamamos enfermedades sistémicas autoimnunes.

Éstas enfermedades son crónicas, si bien pueden haber fases de reagudización, en las que los síntomas empeoran y fases de remisión, en las que los síntomas mejoran o desaparecen.

Órgano específicas

SISTEMA ENDOCRINO:
- Tiroiditis autoinmunes.
- Menopausia autoinmune.
- Enfermedad de Addison.
- Diabetes Mellitus 1.
- Enfermedad de Graves.
- Orquitis autoinmunes.

SISTEMA HEMATOPOYÉTICO:
- Anemia perniciosa.
- Purpura trombocitopénica (autoinmunes).
- Neutropenia idiopática.
- Anemia hemolítica (autoinmunes).

SISTEMA NEUROMUSCULAR:
- Miastenia gravis.
- Esclerosis múltiple.

PIEL:
- Penfigoide.
- Penfigo vulgar.
- Psoriasis.

CARDIOPULMONAR:
- Goodpasture.

OJO:
- Uveitis (autoinmunes).

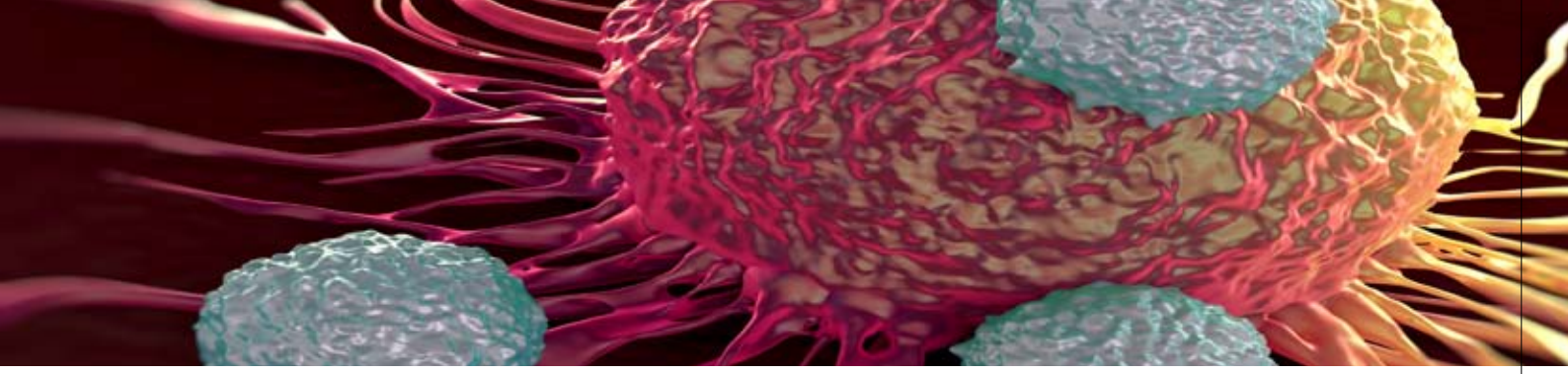
HIGADO:
- Cirrosis biliar primaria.
- Hepatitis autoinmune.

Enfermedades no órganos –específicas:

SISTÉMICAS:
- Lupus eritematoso sistémico.
- Dermato/Polimiositis.
- Esclerosis sistémica.
- Vasculitis necrosates sistémicas.
- Enfermedad mixta del tejido conectivo.
- Síndorme de Sjogren.
- Artritis reumatoide.
- Artritis psoriásica.
- Espondilitis anquilosante.

¿Qué clínica presentan?

La sintomatología de la enfermedad autoinmune es muy variada, y la misma enfermedad puede afectar a diferentes tejidos en cada paciente. Es complicado hacer una lista completa y exhaustiva de los síntomas asociados con estas enfermedades. Cada enfermedad autoinmune tiene una serie de peculiaridades y se manifiesta con unos síntomas específicos. Sin embargo, sí es posible nombrar, a título indicativo, algunos síntomas comunes a las enfermedades autoinmunes, tales como mareos, malestar general, irritabilidad, fatiga y fiebre.
La reacción del sistema inmune puede dirigir su respuesta hacia las células de la sangre, pero también a la piel, los músculos, las articulaciones o los tejidos que recubren y conforman los órganos.
Entre las patologías más conocidas se incluyen la enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, diabetes tipo 1, esclerosis múltiple, lupus eritematosos sistémico, esclerodermia, hipotiroidismo...
Son enfermedades generalmente crónicas y, por tanto, pueden requerir tratamiento durante toda la vida. El desarrollo de éstas puede estar influenciado por los genes que hereda



una persona así como por la forma en que el sistema inmune de la persona responde a determinados desencadenantes o influencias ambientales.

Se sabe que algunas enfermedades autoinmunes aparecen o empeoran por determinados desencadenantes como una infección vírica; la luz del sol no solo actúa como desencadenantes del lupus sino que empeora el curso de la enfermedad.

¿Cómo se diagnostica una enfermedad autoinmune?

El diagnóstico de las enfermedades autoinmunes, sobre todo en fases tempranas, es complicado debido a que inicialmente comparten sintomatología (dolores musculares, fatiga, fiebres bajas, malestar general) con otras enfermedades mucho más frecuentes en la población.

Gracias al desarrollo de pruebas diagnósticas de inmunodetección, podemos identificar mediante análisis de sangre, anticuerpos específicos contra tejidos que se ven atacados de forma errónea, lo que permite diagnosticar la mayoría de las enfermedades autoinmunes.

¿Cuál es su tratamiento?

El objetivo fundamental del tratamiento es "modular la actividad del sistema inmunitario". Sin embargo, se ha de conseguir un equilibrio entre el control de la enfermedad y la capacidad para defenderse de posibles patógenos externos (bacterias, virus, etc.).

Los tratamientos aplicados son muy efectivos y consiguen, en la mayoría de los casos, hacer desaparecer la sintomatología de la enfermedad. Sin embargo, esto no significa que se haya curado la enfermedad, el paciente y su familia deben concienciarse de la necesidad de mantener el tratamiento de forma crónica.

Las opciones de tratamiento disponibles se basan en la administración de fármacos, que, lógicamente, varían en función de la enfermedad autoinmune a tratar. Un objetivo, sin embargo, común a todas las opciones terapéuticas, es luchar contra la reacción anormal del sistema inmunológico, pero sin que ello afecte a su capacidad de reacción frente a las amenazas reales, como la agresión por agentes patógenos externos como virus y bacterias. Los fármacos utilizados son corticosteroides e inmunosupresores.

Resumen

En resumen diremos que el diagnóstico de una enfermedad autoinmune se basa en los síntomas del individuo, los hallazgos de la exploración física y los resultados de las pruebas de laboratorio. Los síntomas comunes de muchas de ellas, como la fatiga, son inespecíficos y por tanto pueden ser difíciles de diagnosticar, especialmente al principio de la evolución de la enfermedad. Los resultados de las pruebas de laboratorio pueden ayudar pero con frecuencia no sirven para confirmar el diagnóstico. Y resaltar que la mayoría de personas con enfermedades autoinmunes pueden desarrollar una vida completamente normal mientras cumpla con el tratamiento.

Vacunación de tosferina en el embarazo

Virginia Ezquerro Cordón,
Raquel Gómez Ruiz,
Beatriz Bonet Pérez y Lydia Salcedo Clemos.
Matronas. Hospital Reina Sofía. Tudela

La tosferina es una enfermedad respiratoria muy contagiosa producida por la bacteria "Bordetella Pertussis". Afecta al aparato respiratorio superior, provocando daño celular mediante la liberación de su toxina. Debuta con síntomas respiratorios menores seguidos de tos, y en su transcurso pueden aparecer complicaciones como neumonía, hipoxia, pérdida de peso, convulsiones, encefalopatía y muerte.

Está ampliamente distribuida en la población. Aunque puede afectar a cualquier edad, es más grave los primeros meses de vida, siendo responsable de una elevada morbilidad y mortalidad en lactantes pequeños. Cerca de la mitad de los bebés menores de 1 año que contraen tosferina necesitan recibir atención médica en un hospital, y 1 de cada 100 bebés que reciben tratamiento en el hospital muere.
A pesar de las altas coberturas de vacunación, se ha observado un incremento de la tosferina desde al año 2010, más marcado en los menores de 1 año de edad y con especial relevancia en los menores de 3 meses.
En respuesta a la situación de aumento de carga de enfermedad de tosferina en España, las sociedades científicas involucradas con las vacunaciones y la atención a mujeres gestantes (AEP, SEMPSPH, AEV, SEGO, SEQ), plantearon, en 2013, la introducción de la estrategia de vacunación en embarazadas, y, en junio de 2015, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) recomendó que las comunidades autónomas (CC. AA.) pusieran en marcha la vacunación de las gestante que se ha ido implantando en todas las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla.

Protección al recién nacido

La estrategia de vacunación aprobaba por el Consejo Interterritorial y publicada en la web del Ministerio de Sanidad está dirigida a la protección del recién nacido.
El objetivo es proteger al recién nacido y al lactante en su etapa más vulnerable, los 2 ó 3 primeros meses de vida, cuando aún no ha podido iniciar la pauta propia de vacunación. Según evidencias recientes, la vacunación en embarazadas es la estrategia más efectiva para la prevención de la tosferina en los niños menores de 3 meses. Para ello, se recomienda vacunar a las embarazadas entre las semanas 27 y 36 de gestación (idealmente entre las 28 y 32 semanas de gestación), indicando la revacunación en cada embarazo, independientemente del tiempo transcurrido entre la última dosis de vacuna del tétanos-difteria(dT) o de dTpa, y de si la mujer ha sido vacunada en embarazo anterior.
La vacunación contra la tosferina durante la última etapa del embarazo aumenta

los niveles de anticuerpos maternos que se transfieren al feto a través de la placenta protegiendo de forma pasiva al recién nacido hasta que reciba la primera dosis de vacunación frente a la tosferina a los 2 meses de vida. Esta estrategia de vacunación pretende una doble protección. En primer lugar, evitar que la mujer adquiera la tos ferina y contagie al neonato, y en segundo lugar, la transmisión pasiva transplacentaria de anticuerpos al feto, que lo protegerán hasta que inicie la primovacunación . Se trata de una forma de inmunización que ofrece una doble protección, a la madre y al recién nacido.

En el tercer trimestre de embarazo la vacuna presenta el mejor balance coste-efectividad, con criterios de factibilidad, seguridad y aceptabilidad. Preferentemente entre las semanas 27 y 36 de embarazo. Se puede vacunar con posterioridad, pero no es el momento óptimo ya que los niveles de anticuerpos en adultos alcanzan su punto máximo dos semanas después de la dosis y no da tiempo a que lleguen al feto adecuadamente.

En el caso de que la embarazada nunca se haya vacunado de la tosferina, habrá que valorar completar su calendario de vacunación, coincidiendo una de las vacunas entre las semanas 27 y 36 de embarazo.

Al no estar comercializada una vacuna que sólo incluya los antígenos de la tosferina, la vacuna que se utiliza en embarazadas es la combinada y contiene los antígenos de tétanos, difteria de carga reducida y antígenos pertúsicos de carga reducida (DTPa).

Hay dos vacunas disponibles en España: Boostrix® (GlaxoSmithKline) y Triaxis® (Sanofi Pasteur MSD). Ambos son vacunas dTpa y están indicados para la inmunización activa frente al tétanos, la difteria y la tosferina.

La vacuna no proporciona inmunidad comunitaria

Las personas que padecen la enfermedad no adquieren protección permanente por lo que pueden enfermar varias veces a lo largo de su vida. El haber pasado la tosferina, no excluye a una embarazada la administración de la vacuna. Tampoco haber recibido la vacuna antes de la semana 27.

La vacuna no proporciona inmunidad comunitaria, lo que se conoce como 'efecto rebaño', aunque sean muy altas las coberturas de vacunación. Sólo ofrece protección individual a la mujer vacunada.

Se recomienda indicar la vacunación en cada embarazo para transmitir los títulos de anticuerpos más elevados posibles al recién nacido.

Independientemente de que la madre durante el embarazo haya recibido o no la vacuna, el lactante debe recibir en cualquier caso, su primera vacuna del calendario a los 2 meses de edad.

La vacuna de la tosferina en las embarazadas sólo está contraindicada en caso de presentar alergia grave o antecedentes de reacción anafiláctica a una dosis previa de la vacuna, aunque estas situaciones se producen excepcionalmente.

Los efectos secundarios suelen ser leves y poco frecuentes: enrojecimiento e inflamación en el lugar de la inyección, dolor y fiebre ocasional.

La vacuna es segura durante el embarazo. Al ser una vacuna inactivada no puede producir la enfermedad y también protege a la madre frente a la difteria y el tétanos. Es la alternativa más eficaz de protección, pero también se recomienda tener buenos hábitos de higiene en los contactos del recién nacido para prevenir la propagación de enfermedades respiratorias.

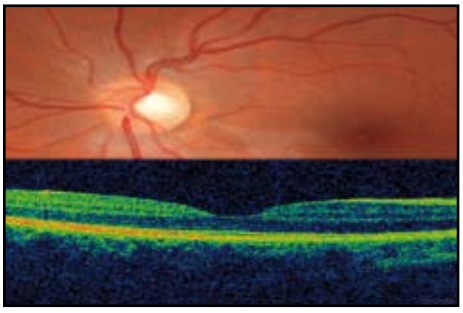
Estar al día con las vacunas recomendadas contra la tosferina es la mejor manera de protegerse frente a esta enfermedad.

Egüés
óptica
Centro Auditivo

Mayor, 31 | 31600 Burlada
948 127 805
info@opticaeques.es
opticaegues.es

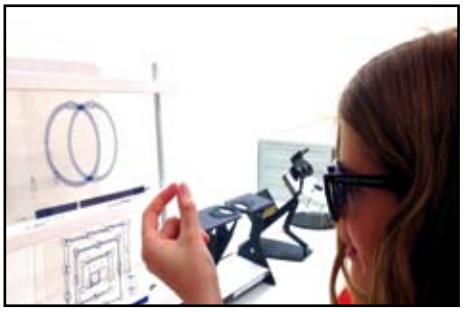
Ver bien es vivir mejor

Servicios diferenciados



TELEOFTALMOLOGÍA

¡Es muy importante revisar tu retina! Detección precoz de patologías como diabetes, degeneración macular, glaucoma, hipertensión...
Prevención mediante una fotografía de la retina y un escáner OCT del fondo de ojo con posterior informe médico en 48 horas. En el caso de que se presente alguna alteración, deberá acudir a su médico especialista.



TERAPIA VISUAL

¿Sabes si tu hijo/a tiene unas buenas habilidades visuales para afrontar su aprendizaje?
Realizamos exámenes visuales completos a niños y adultos y terapia visual para ojo vago, estrabismo, problemas de enfoque, problemas de aprendizaje relacionados con la visión.

ORTOQUERATOLOGÍA

Corrección de la miopía mientras duermes. ¡Olvídate de las gafas y las lentillas!
La orto-K es una técnica de moldeo de la córnea mediante el uso nocturno de unas lentes de contacto especiales. A veces nos ayuda a frenar el aumento de miopía en niños. Muy recomendable para oposiciones de bomberos, policías, pilotos...

¿Qué es la eyaculación precoz?

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

La eyaculación precoz es una disfunción sexual muy frecuente que ocurre en un 20-30% de los varones y que es definida de diferentes maneras.

Las más aceptadas:

- Aquella eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee.
- Disfunción sexual masculina caracterizada por una eyaculación que se produce siempre o casi siempre antes o aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal, por la incapacidad para retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales y con consecuencias personales negativas, como angustia, malestar, frustración y evitación de las relaciones íntimas.

La eyaculación precoz puede ser "de toda la vida" (primaria), que es aquella que se presenta desde la primera relación sexual y que se ha mantenido así a lo largo de toda la vida, o "adquirida" (secundaria), que se suele presentar de manera gradual o brusca en aquellos hombres que previamente han tenido relaciones sexuales con eyaculaciones normales.

¿Siempre que se eyacula precozmente es eyaculación precoz?

La respuesta es no, ya que existen otros síndromes que presentan una disminución del tiempo hasta la eyaculación. Estos son:

- La eyaculación precoz variable natural: que se caracteriza por eyaculaciones precoces esporádicas e irregulares, siendo simplemente una variación normal del rendimiento sexual.
- La disfunción eyaculatoria pseudoprecoz: en la que el varón tiene una percepción subjetiva de una eyaculación rápida de manera constante o inconstante durante las relaciones sexuales, pero objetivamente el tiempo que tarda hasta la eyaculación se encuentra dentro de los límites normales o incluso por encima de ellos. Por tanto no debe considerarse una enfermedad real.

¿Por qué se produce?

Se desconoce su etiología pudiendo deberse a múltiples causas como la herencia genética, la hipersensibilidad del glande, inflamaciones e infecciones de las vías eyaculatorias, la obesidad, los trastornos tiroideos o causas psicológicas como la ansiedad y el estrés entre otras.

La eyaculación precoz no se relaciona con la edad, ni con la situación de pareja o el nivel socioeconómico de los varones, aunque es más frecuente en la raza negra, y en los varones de origen hispano e islámico.

Dado este origen multifactorial de la eyaculación precoz, inicialmente sólo se precisa una anamnesis breve del sistema vascular, endocrino y neurológico, no recomendándose de forma sistemática otro tipo de pruebas diagnósticas más cruentas.

¿Cómo afecta la eyaculación precoz a la calidad de vida?

La eyaculación precoz altera la satisfacción sexual presentando los varones que la padecen, dificultades para la relajación durante el coito, lo que conlleva a que presenten relaciones con menos frecuencia. Así mismo, afecta negativamente a la confianza en uno mismo y a la relación de pareja, pudiendo generar angustia mental, ansiedad, vergüenza y depresión.

Sin embargo, el deseo sexual y el interés en general por el sexo no se ve afectado.

¿Qué tratamiento tiene?

Antes de comenzar el tratamiento es fundamental explorar las expectativas de los pacientes y si hay otro tipo de alteraciones sexuales acompañantes como disfunción eréctil o infecciones, las cuales deben tratarse primero o conjuntamente con la eyaculación precoz.

En los pacientes que prefieren evitar el tratamiento farmacológico se puede realizar un asesoramiento psicosexual o la aplicación de técnicas conductistas, las cuales requieren tiempo y el apoyo de la pareja lo que hace que a veces sean difíciles de aplicar. En los casos en los que estas técnicas no consiguen la mejoría del paciente o en los que se prefiere el tratamiento farmacológico, el tratamiento de elección son inhibidores de la captación de serotonina (dapoxetina).

Otros tratamientos que se pueden ofrecer son la aplicación de cremas anestésicas en el glande (lidocaína-prilocaína, SS-crema...) un tiempo antes del coito con el fin de disminuir su sensibilidad. En algunos casos también se puede recomendar a los pacientes la realización de la circuncisión, cuyo objetivo sería disminuir la sensibilidad del glande secundariamente a la hipertrofia del mismo.

Otros fármacos que se pueden recomendar son la toma de inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, que al mejorar las erecciones puede contribuir a disminuir la ansiedad relacionada con el rendimiento sexual, y debido a que disminuyen el umbral eréctil a un nivel más bajo de excitación se precisaría una mayor excitación para alcanzar la eyaculación.

Nuestro servicio hacia el cliente nos hace diferentes

Comercial
Médica y de Laboratorio

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

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