medicina salud

zonahospitalaria

medikuntza eta osasuna

ospitaleko gunea nafarroa

navarra

www.zonahospitalaria.com añoXI noviembrediciembre2016 nº62

SUMARIO

3 Cómo disfrutar de unas navidades saludables 4 Conozcamos nuestro cuerpo: Los intestinos 6 La importancia de hacer una revisión optométrica exhaustiva 7 Esclerosis con microespuma para eliminar las varices 8 Neumonía adquirida en la comunidad y nuevos biomarcadores 9 Nuestro mejor deseo para esta Navidad. Nuevo centro CLÍNICABUSTILLO 10 Incurvación peneana: enfermedad de La Peyronie 12 Alimentación y diabetes 13 Esclerosis con espuma... 14 Dopaje... 15 Procesamiento visual-dislexia 16 Una sonrisa bonita en un rostro bonito 18 El ruido: algo más que una molestia 20 Factores de crecimiento 21 Probióticos... 22 Vacunación de la tosferina durante el embarazo 23 Estreptococo betahemolítico (SGB)... 24 No sufras en soledad. Te acompañamos 25 Beneficios del aporte de canela... 26 Fascitis plantar 27 ¿... circuncisiones en nuestro país? 28 Cómo practicar deporte sin riesgos 30 Ojo vago...

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

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

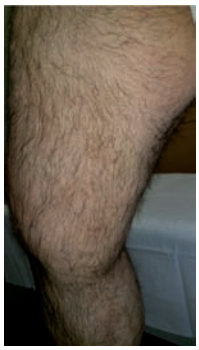
DOCTOR
GONZALO VILLA
TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

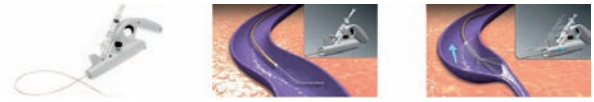
TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

| SIN ANESTESIA | SIN BAJA LABORAL | SIN HERIDAS NI CICATRICES |
| VIDA TOTALMENTE NORMAL AL FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO |

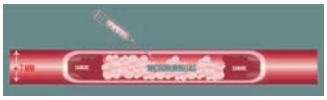
Pretratamiento con microespuma y catéter CLARIVEIN

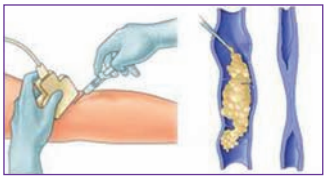


Tras el tratamiento



Catéter Clarivein®





TRATAMIENTO CON MICROESPUMA: 1, 2 y 3

Es un tratamiento ambulatorio. No precisa de anestesia y apenas produce molestias. Sin necesidad de reposo ni de baja laboral. Al finalizar la sesión el paciente se va caminando y puede regresar a su domicilio y seguir realizando una vida normal.

Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona
948 296 111 | 644 297 726
doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es

Cómo disfrutar de unas navidades saludables

María Marqués Feliu. Dietista-Nutricionista Col. NA00105

Estas fiestas son días de reuniones familiares y de amigos, alrededor de una buena mesa, pero comer y beber en exceso puede pasar factura, por lo que es importante conocer cómo disfrutar de estos días sin que el estómago y el peso sufran demasiado.

Según algunos estudios realizados, la ganancia de peso durante las fiestas navideñas, no suele sobrepasar los 2kg de media. Pero si ese aumento se mantiene durante el año, y esto se repite habitualmente en los periodos vacacionales, a la larga, se acumularán muchos quilos de más, que sí pueden tener consecuencias para la salud.

Mantener el peso

Un objetivo clave es mantener el peso y, para ello, hay que establecer una estrategia.

▶Crea un plan antes de la celebración.

- Elabora un planning para incorporar ejercicio y buena nutrición a tu rutina diaria. Con 30 minutos diarios conseguirás mantener el peso, mejorar el estrés y tu estado de salud.
- Señala en un calendario los días de celebración y planifica lo que vas a comer y en qué cantidades. Con una buena organización, no tienes porqué rechazar los alimentos especiales de estas fechas.
- Es importante que planifiques el menú de la semana completa, teniendo en cuenta los días señalados en los que las comidas son especiales y no siguen un patrón determinado, pero no olvides incluir en tu alimentación los siguientes grupos de alimentos:

A DIARIO: Ensaladas y/o verduras, fruta (3 piezas), cereales y pan integrales y lácteos desnatados

Durante la SEMANA: dar preferencia al pescado, alternando con carnes magras, legumbres y huevos.

▶Durante los días festivos, asegúrate de comer regularmente.

- Si la celebración es al **mediodía**, desayuna como sueles hacer habitualmente, y mantén un control durante la comida, en las cantidades, sin tener que renunciar a los alimentos más especiales. Por la noche, es importante que hagas una cena sencilla, a base de alimentos digestivos y nutritivos como ensaladas, sopas o caldos, fruta o yogures desnatados.
- Si la celebración es por la **noche**, toma el desayuno y la comida, e incluye algún tentempié sencillo a media mañana y a media tarde (fruta o lácteo). Esto hará que no llegues a la cena con hambre voraz y seas capaz de disfrutar de la comida, siempre con moderación y controlando las cantidades.

Si puedes decidir los platos que se van a servir, opta por empezar con un aperitivo ligero y saludable, que incluya vegetales (en rollitos, braseados, en ensalada...), frutas (brochetas, licuados, sopas frías, combinadas con salado...), entre otros.

De segundo, prepara carnes magras (pollo y pavo o capón sin piel, solomillo, lomo...), o pescados (rape, rodaballo, dorada, lubina...), y acompáñalos de patatas asadas o vegetales.

De postre, puedes degustar un poco de los dulces tradicionales, y siempre se pueden acompañar de alguna fruta (macedonia, bolitas de melón o dados de piña).

Para las salsas, sustituye la leche entera o la nata, por leche desnatada evaporada, ya que conseguirás la misma cremosidad, pero con menos grasa.

Come despacio, disfrutando de cada bocado y masticando bien, para asegurar una buena digestión y evitar atracones.

Modera el consumo de bebidas alcohólicas.

Las bebidas alcohólicas son fuente de calorías vacías, que provienen del alcohol y del contenido en azúcar, y se suman a las de los alimentos consumidos. Por lo tanto, si consumes este tipo de bebidas, elígelas con inteligencia, dando preferencia a los vinos o cerveza, en lugar de bebidas de mayor graduación, que son más calóricas.

En resumen, es saludable disfrutar de una celebración en compañía, alrededor de una buena comida, sin olvidar que la clave está en la medida. Si sigues una dieta saludable de forma habitual, y te mantienes activo, la Navidad no va a ser un freno para tu salud.

Conozcamos nuestro cuerpo: Los intestinos

Dra. Daime Pérez Feito.
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA

El Aparato Digestivo es el conjunto de órganos encargados del proceso de la digestión, es decir, la transformación de los alimentos para que puedan ser absorbidos y utilizados por las células del organismo. Se forma por el tubo digestivo y las glándulas anexas (glándulas salivales, hígado y páncreas).

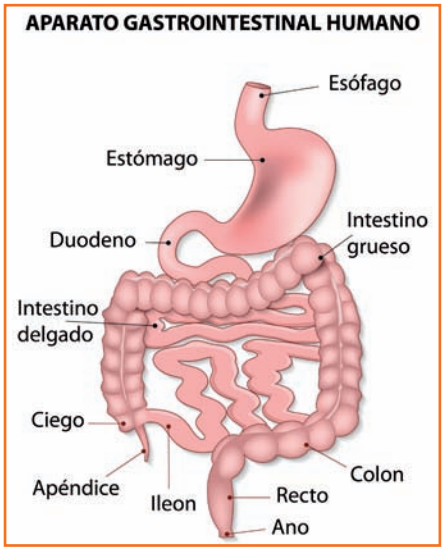
El intestino es la parte visceral y tubular de este sistema que se extiende desde el estómago hasta el ano, se localiza en la cavidad abdominal y se divide en dos segmentos: Intestino delgado e Intestino grueso.
La función de los intestinos es la de transporte de los alimentos, la absorción de los nutrientes y la eliminación de desechos mediante la defecación.

Intestino delgado

Se inicia a la salida del estómago, de unos 6 metros de largo y se subdivide en tres porciones: duodeno (0,26 m), yeyuno (2,5 m) e íleon (3,5 m).
En su primera porción (Duodeno) recibe las secreciones de las glándulas intestinales, la bilis y los jugos del páncreas. Todas ellas contienen una gran cantidad de enzimas que degradan los alimentos y los transforman en sustancias solubles simples, como aminoácidos, para ser absorbidas.
El tramo siguiente (Yeyuno) realiza la absorción de las sustancias del "quilo alimenticio" (fluido corporal lechoso formado por bilis, jugo pancreático y grasas emulsionadas)
Se continúa el tránsito hacia el Ileon que cumple con funciones de secreción, absorción y motilidad, que completan el procesado de los nutrientes. En él se absorbe la vitamina B12 y la mayor parte de las sales biliares.
El Intestino Delgado está repleto de vellosidades que amplían la superficie de absorción. La unión entre ambos se localiza en la zona del abdomen inferior derecho a través de la válvula ileocecal.

Intestino grueso

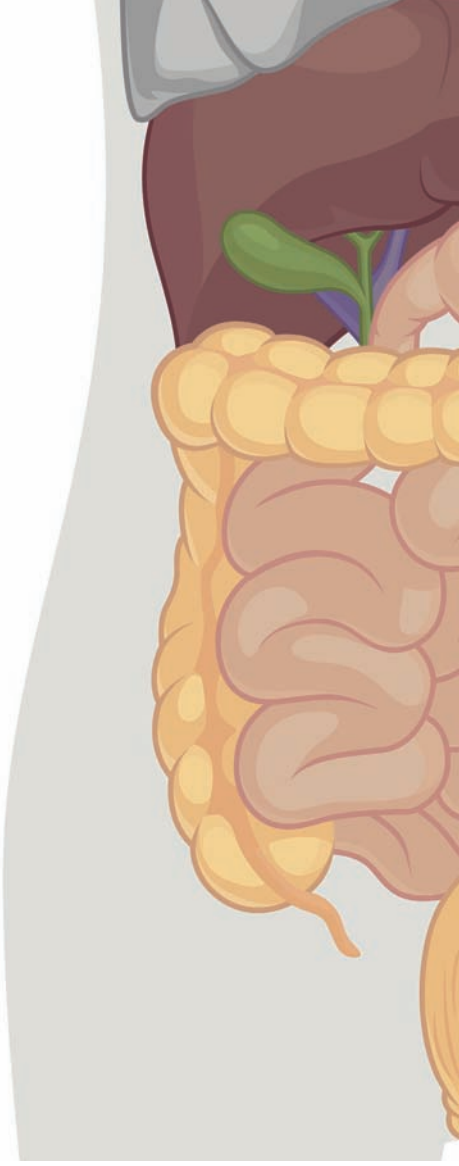
Es la penúltima porción del tubo digestivo, mide entre 1 y 1,5 metros y está formada por: el Ciego, Colon, Recto y Canal anal.



El intestino grueso se inicia a partir de la válvula ileocecal en un fondo de saco denominado ciego de donde sale el apéndice vermiforme y termina en el recto. Desde el ciego al recto describe una serie de curvas, formando un marco en cuyo centro están las asas del yeyuno-íleon.
Básicamente su función es continuar la absorción de agua y nutrientes minerales de los alimentos, compacta las heces, y almacena la materia fecal en el recto hasta que es expulsada a través del ano.

Microbiota y Bolo alimenticio

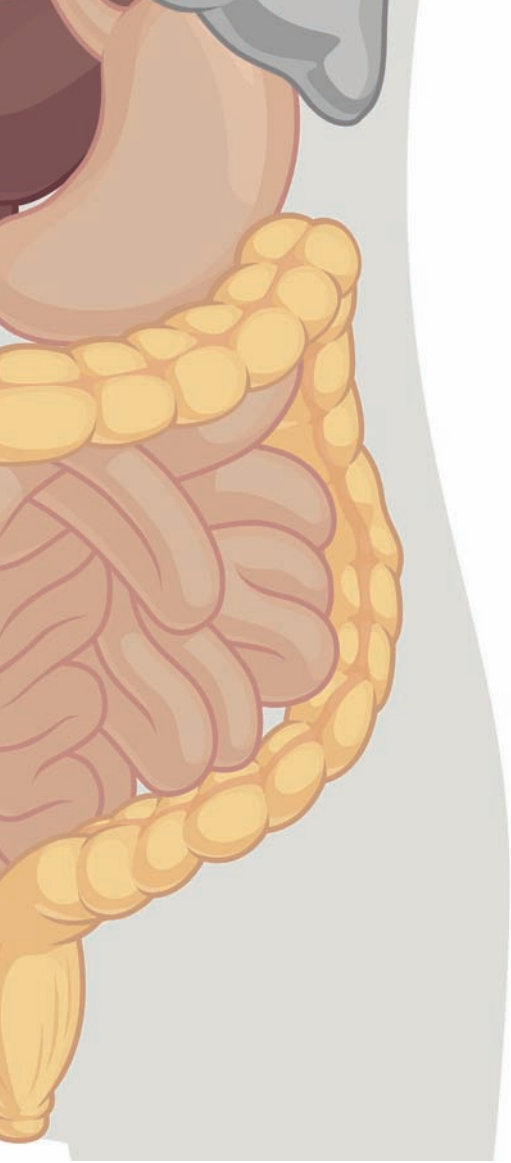
En el aparato digestivo se alojan bacterias que constituyen la denominada Microbiota o Flora Intestinal. La gran mayoría de estas bacterias no son dañinas para la salud, y muchas son beneficiosas. Se calcula que el ser humano tiene en su interior unas 2.000 especies bacterianas diferentes, de las cuales solamente 100 pueden llegar a ser perjudiciales.
Al estar compuesta de microorganismos es muy sensible al uso de antibióticos, y éstos son los principales causantes de su destrucción, cuando ocurre.
Se regenera periódicamente, excretándose los microorganismos muertos a través de las heces.
El bolo alimenticio pasa a través del tubo digestivo y se desplaza así, con ayuda tanto de secreciones como de movimiento peristáltico de las diferentes fibras musculares.



Principales enfermedades de los Intestinos

Las enfermedades en el sistema digestivo (incluso el cáncer), por lo general, son producto de factores internos, pero también externos, tales como la alimentación e infecciones, con lo cual, podemos deducir que en muchas ocasiones las alteraciones que se producen son resultado de nuestro propio descuido o poca rigurosidad con la higiene y la dieta. Al tener presentes estos datos, se puede decir que muchas enfermedades intestinales son evitables.

- **Estreñimiento:** Es una condición que consiste en la falta de movimiento regular de los intestinos, lo que produce una defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces escasas y duras. La frecuencia defecatoria normal varía entre personas, desde un par de veces al día hasta tres veces a la semana. Puede considerarse un trastorno según altere o no la calidad de vida. No es una enfermedad, sino un síntoma con muchas causas. Ocasionalmente cualquier persona puede padecerlo. A menudo se produce por ingerir alimentos con poca cantidad de fibra, falta de ejercicio físico, ingesta de poco líquido sobre todo agua, demorar la defecación, los viajes o el estrés. También es frecuente durante el embarazo y durante la adolescencia. Otras causas de estreñimiento, relacionadas con enfermedades son: Cáncer de colon,



Efecto secundario de algunos medicamentos, (codeína), Díndrome del intestino irritable, Hipotiroidismo, Problemas neurológicos, Trastornos de salud mental

- **Enfermedad celíaca (EC):** No es una enfermedad únicamente digestiva, sino un proceso de naturaleza autoinmune que afecta al intestino y a diversos órganos y sistemas, de difícil diagnóstico. Es producida por una intolerancia permanente al gluten (conjunto de proteínas presentes en el trigo, avena, cebada y centeno y productos derivados de estos cereales), en personas con predisposición genética. Los síntomas digestivos suelen ser leves o incluso ausentes, especialmente a partir de los 2 años de vida, pero pueden desarrollarse numerosos síntomas y trastornos no digestivos, por lo que habitualmente no es reconocida ni diagnosticada, a pesar de tratarse de la enfermedad digestiva crónica más frecuente.
- **Síndrome del intestino irritable (SII):** No es una enfermedad propiamente dicha, sino un conjunto de trastornos funcionales del intestino que se caracterizan por la presencia de episodios recurrentes de dolor abdominal, molestias acompañadas de hinchazón abdominal y alteraciones en la cantidad y consistencia de las heces fecales. No obstante, actualmente se dispone de pruebas diagnósticas que hablan a favor de que ya no es apropiado seguir considerando al SII como un trastorno puramente funcional. No es una enfermedad psiquiátrica ni psicológica. No se ha demostrado la existencia de factores psicológicos que provoquen el SII o que influyan en su instalación, si bien los factores psicológicos pueden contribuir al deterioro de la calidad de vida.
- **Colitis:** Inflamación del intestino grueso (colon), provocada por diversas causas. Los síntomas principales son la diarrea y los dolores abdominales.
- **Úlcera péptica (UP):** Se trata de un defecto o lesión de la mucosa gastrointestinal, que se perpetúa como consecuencia de la actividad ácido-péptica. Las áreas de localización son fundamentalmente el estómago y el bulbo duodenal.
- **Cáncer de colon:** Es la tercera forma más común de cáncer. El cáncer colorrectal no suele dar síntomas hasta fases avanzadas y por eso la detección temprana es importante para evitar un diagnóstico en fases muy avanzadas. Cuando aparecen, los síntomas y signos del carcinoma colorrectal son variables e inespecíficos. La edad habitual de desarrollo del cáncer colorrectal es entre los 60 y 80 años de edad. En las formas hereditarias el diagnóstico acostumbra a ser antes de los 50 años. Los síntomas más frecuentes incluyen: sangrados rectales, alteraciones de ritmo defecatorio habitual y/o dolor abdominal. La presencia de síntomas notables o la forma en que se manifiestan depende un poco del sitio del tumor y la extensión de la enfermedad

Seguro de **Responsabilidad Civil Profesional**

Responsabilidad Civil Profesional más de 20 AÑOS Asegurando su Tranquilidad

LLEVAMOS MÁS DE 20 AÑOS ASEGURANDO EL EJERCICIO PROFESIONAL DE QUIENES EJERCEN LA SANIDAD

En A.M.A. aseguramos su tranquilidad profesional

AHORA, INCLUIDO EN PÓLIZA SIN COSTE ALGUNO:

- AMPLIACIÓN DE GARANTÍA POR SUBSIDIO POR INHABILITACIÓN TEMPORAL EN CAPITAL Y TIEMPO
- DENTRO DE LA RC DE EXPLOTACIÓN, AÑADIMOS LA RC LOCATIVA
- ASESORAMIENTO JURÍDICO COMO TESTIGO PARA INFORMES Y DICTÁMENES
- ELABORACIÓN DE INFORMES PERICIALES

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

www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síganos en

A.M.A. PAMPLONA Avda. Pío XII, 30 Tel. 948 27 50 50 pamplona@amaseguros.com
A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico) Avda. Baja Navarra, 47, 1ºA Tel. 948 21 02 28 cpamplona@amaseguros.com

La importancia de hacer una revisión optométrica exhaustiva

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

Beatriz Irigaray es optometrista corportamental en Óptica Navarra.

ZH- ¡Hola Beatriz! Para empezar, siempre he tenido esta duda, ¿qué diferencia hay entre un oftalmólogo y un óptico optometrista?

El Optometrista analiza que los ojos funcionen bien, el oftalmólogo es el encargado de tratar las patologías o enfermedades de los mismos; en términos coloquiales, el óptico es el Software y el oftalmólogo el Hardware, ambos complementarios e imprescindibles.

ZH-Cuando uno acude a una óptica, lo hace con la intención de graduarse la vista y, llegado el caso, ponerse gafas o lentillas, ¿es esta la labor del óptico o podemos encontrar más beneficios en una revisión?

Te puedes quedar en la superficie y saber simplemente tu graduación o podemos analizar cómo funciona tu sistema visual para poder prescribir la graduación más eficiente y así garantizar una correcta adaptación a tus gafas. Esto requiere una revisión más exhaustiva.

ZH-Hablas de una revisión más exhaustiva, ¿en qué consiste?

Muchas veces tenemos dolores de cabeza después de estar usando el ordenador o leyendo, mareos en movimiento, sensación de alergia, somnolencia al realizar tareas de cerca o que, por ejemplo, nuestros hijos leen o escriben con dificultad... Esto pueden ser síntomas de algunos problemas visuales y la gente no lo asociamos al sistema visual y que una revisión a fondo puede detectar para así poder tratarlo correctamente ya sea con corrección visual con gafas, lentillas o terapias y ejercicios visuales específicos para cada caso. De hecho, todo el mundo que trabaja mucho con ordenador debería hacerse una revisión en profundidad si nota algún tipo de molestia o síntoma.

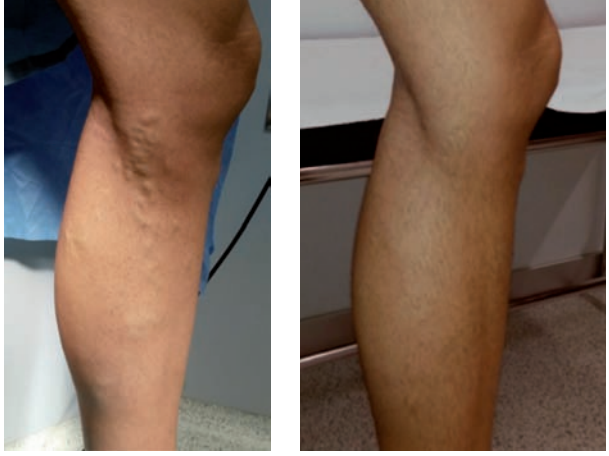
ZH-¿Sería conveniente hacer también una revisión con el oftalmólogo?

Siempre es interesante, sobre todo a partir de los 40 años, hacer un revisión con el oftalmólogo; no obstante, adicionalmente a la revisión, los ópticos optometristas suelen incluir un cribado o screening para descartar posibles patologías y en su caso derivar al oftalmólogo que es el profesional cualificado para su tratamiento.

ZH-Beatriz, antes nos comentabas que existen terapias visuales, ¿nos podías decir en pocas palabras en qué consisten?

Hay problemas visuales que se corrigen con gafa o lentilla y otros que requieren trabajar y reforzar el sistema visual para que se comporte correctamente y así poder obtener una calidad de visión lo más óptima posible.

Esclerosis con microespuma para eliminar las varices



Antes del tratamiento; tras catéter Clarivein

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

Las varices son la principal manifestación de la insuficiencia venosa crónica. Se trata de la enfermedad vascular más frecuente (afecta hasta a un tercio de la población), y constituye un auténtico problema de salud, más allá de su indudable vertiente estética.

Aunque pueden pasar años sin producir síntomas, lo habitual es que produzcan cansancio, pesadez, dolor, hinchazón, calambres, etc. La mala circulación de la sangre en su interior y la hipertensión venosa que suponen pueden dar lugar a complicaciones como tromboflebitis, hematomas, hemorragias, etc., y a la larga la piel puede adquirir un tono marrón o negruzco e incluso ulcerarse. Por este motivo, las varices, incluídas las asintomáticas, se deben tratar, sobre todo si hay afectación de un tronco venoso superficial principal (safena interna o externa).

El tratamiento clásico de las varices es el quirúrgico. Es un tratamiento muy sencillo que consiste en resecar los trayectos venosos insuficientes y el tronco del que dependen. En esa sencillez radica su agresividad, siendo muy habitual necesitar un período de recuperación de 6/8 semanas. Asimismo, existe la posibilidad de lesión del nervio que acompaña a la safena interna o externa (safeno y sural, respectivamente), lo cual puede dejar la piel dormida a nivel de ingle, rodilla o tobillo, o incluso causar dolor intenso de características neuropáticas. Es imprescindible el uso de anestesia raquídea o general.

El catéter Clarivein®

La esclerosis con microespuma es una alternativa muy eficaz al tratamiento quirúrgico, y se trata de un procedimiento mínimamente invasivo. Consiste en la inyección en los trayectos varicosos de un producto químico que "endurece" la vena y provoca su cierre y desaparición. No precisa anestesia ni recuperación, puesto que es un método completamente ambulatorio, tras el cual el paciente puede hacer una actividad completamente normal (trabajo, ocio, deporte, etc.). Se lleva a cabo a través de un número variable de sesiones.

El catéter Clarivein® es un método de administrar la microespuma que potencia su efecto y hace que el tratamiento sea más rápido, acortando el número de sesiones necesarias. Es un dispositivo que se introduce con anestesia local en un tronco venoso principal (safena interna o externa), y que lleva acoplado un motor que hace que el catéter rote a gran velocidad. Combina el efecto químico de la microespuma con el mecánico de su rotación, lo cual consigue el cierre de dicha vena principal en una sola sesión, así como de algunas colaterales varicosas. El resto precisará tratamiento tradicional con microespuma.

En definitiva, la microespuma y el catéter Clarivein® son dos maneras complementarias de eliminar las varices de forma mínimamente invasiva, de ambulatoria y a lo sumo con anestesia local. Su principal ventaja es la desaparición de las varices sin dolor, permitiendo hacer una vida completamente normal durante la duración del tratamiento.

VARICES MICROESPUMA CIRUGIA VASCULAR
drjimenezarribas@gmail.com
http://varicessincirugia.org

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
CLARIVEIN ® MICROESPUMA
SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

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
948 231 800 ext. 18300
644 722 549

Neumonía adquirida en la comunidad y nuevos biomarcadores

Marta Aguado Sevilla. *MIR Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra*
Ana Belén Aguado Sevilla. *QIR Análisis Clínicos. Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se considera una enfermedad grave. Su incidencia se estima entre 5-11 casos/1000 habitantes y también ingresados que se ha llegado a estimar hasta un 63%. No es fácil calcular su incidencia exacta porque se trata de una enfermedad que puede cursar de forma leve, ser diagnosticada y tratada en medicina primaria, o por el contrario puede evolucionar de forma grave y requerir hospitalización, incluso en el Servicio de Cuidados Intensivos (UCI).

En un estudio realizado en España se llegó a calcular una incidencia de 1.6 casos/1000 adultos/año de los cuales el 61.4% requirió ingreso.

A diario se utilizan en la práctica clínica diferentes escalas de gravedad que estratifican a los pacientes con NAC según la gravedad:

- **PSI (Pneumonia Severity Index):** es uno de los modelos pronósticos más utilizados. Donde a cada variable se le asigna una puntuación, y en función del total de puntos obtenidos, se estratifica a los pacientes en 5 categorías o clases según el riesgo de mortalidad a los 30 días tras el diagnóstico de NAC.
- **CURB65:** es una escala que ofrece mayor simplicidad de cálculo y sencillez. Permite identificar a los pacientes con más alto riesgo de muerte o de sufrir complicaciones en el transcurso de la infección.
- **Otras:** SCAP, SMART-COP...

¿Cuál es el inconveniente de estas escalas?

Ninguna de ellas evalúa la necesidad de ingreso en UCI. Para ello estas escalas precisan de una ayuda complementaria al juicio clínico.

La NAC es una enfermedad con un amplio rango de gravedad, donde es crucial la evaluación inicial de la gravedad para poder orientar las distintas opciones terapéuticas. Las escalas utilizadas hasta ahora confieren una valoración puntual y estática de la NAC, pero existen otros factores adicionales, independientes y dinámicos de la propia infección y de la respuesta inflamatoria sistémica, de ahí la utilidad de los biomarcadores. Debemos tener en cuenta que ningún factor pronóstico por sí solo es capaz de predecir la mortalidad con suficiente sensibilidad o especificidad, por ello debemos recurrir a estudios multivariantes.

En los últimos años, a raíz de estas limitaciones e inquietudes se propusieron distintos parámetros como biomarcadores que nos ayudasen a establecer el pronóstico de procesos agudos como la NAC.

¿Cuáles son estos biomarcadores?

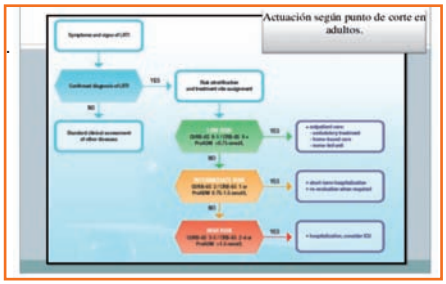
Uno de ellos se denomina **Proteína C reactiva (PCR)**, es un reactante de fase aguda que es producida por el hígado, se eleva cuando existe un proceso inflamatorio en el organismo, es decir, que ésta se presente elevada es algo inespecífico. A pesar de esto se ha estudiado para diagnóstico y monitorización de diversos procesos inflamatorios y se estableció cierta relación con la gravedad de la NAC, de manera que se relacionó una disminución de la misma con la supervivencia de pacientes con neumonía asociada a ventilador. Así a raíz de estas investigaciones obtuvieron mejores resultados para el diagnóstico de infecciones bacterianas con otros biomarcadores como la Procalcitonina (PCT), a priori más específico.

La **procalcitonina** es la pro-proteína precursora de la calcitonina, que es secretada por las células C del tiroides. En condiciones normales la PCT se fragmenta intracelularmente siendo la proteína procesada la que se libera a la sangre, y que no se detectaría en el organismo. Pero en episodios de infección e inflamación los niveles de PCT se elevan hasta miles de veces, debido a su producción en tejido no tiroideo. Esta elevación es mayor en infecciones bacterianas. Por todo ello se considera un marcador sensible de gravedad de la infección bacteriana y sepsis, así como predictor de gravedad y guía para ajustar el tratamiento antibiótico de pacientes con NAC.

La **proadrenomedulina (PADM)** es el biomarcador más novedoso en estudio. Se trata de la pro-proteína precursora de la adrenomedulina, proteína de la familia de los genes de la calcitonina que se expresan en presencia de infección. Este biomarcador se ha relacionado como marcador pronóstico en pacientes con sepsis y sobre todo como marcador útil en la estratificación del riesgo de pacientes con NAC, se ha visto que mejora los resultados de la PCR y procalcitonina.

Los niveles de ésta no varían en función de las distintas etiologías de NAC, por lo que a diferencia de otros biomarcadores de infección, el valor pronóstico de este marcador no se verá afectado por el agente causal.

Los últimos estudios apuestan por la combinación de los valores de los estadios CURB65, junto con los valores de PADM, permitiendo definir una escala modificada CURB65-A, que establece tres grupos de riesgo I, II y III (verde, amarillo y rojo). En cuanto a la aplicación en la práctica clínica, se propone tratar a los pacientes de manera ambulatoria en los grupos de riesgo I o bajo riesgo. Asimismo, para los pacientes con riesgo intermedio o riesgo II, se propone la hospitalización corta, y por último a aquellos pacientes con riesgo alto (riesgo III) se propondría incluso ingreso en UCI.



Nuestro mejor deseo para esta Navidad

Nuevo centro CLÍNICABUSTILLO

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

En Navidad, todos hacemos un alto en el camino y tomamos un poco de aire de esperanza para afrontar los retos y los sueños del nuevo año que se nos acerca. Nos reunimos con los seres queridos y las personas allegadas, celebramos el simple hecho de estar juntos y hacemos balance de lo que hemos vivido durante los últimos meses.

Este año es seguramente uno de los más importantes para Clínica Bustillo, tanto a la hora de mirar atrás como para pensar en el futuro. Son ya más de quince años desde que fundamos la clínica, por la que han pasado muchos pacientes, a los que hemos ayudado a recuperar la salud dental y, en muchos casos, a devolverles la sonrisa.

Como en cualquier proyecto vital importante, también habrá habido dificultades, pero la verdad es que con el paso del tiempo siempre es mejor acordarse de lo bueno, que se resume en haber mantenido el propósito de prestar un buen servicio a todo el que ha pasado por nuestras manos, y haber contribuido a su bienestar.

Nuevas instalaciones en 2017

La satisfacción por el camino recorrido es una de las razones que nos han llevado a asumir un nuevo reto profesional. A partir de enero de 2017, nos trasladamos a unas **nuevas instalaciones en la calle Castillo de Maya**, también en el centro de Pamplona, con las que queremos dar un nuevo paso en los tratamientos de implantología dental, cirugía maxilofacial y estética dentofacial.

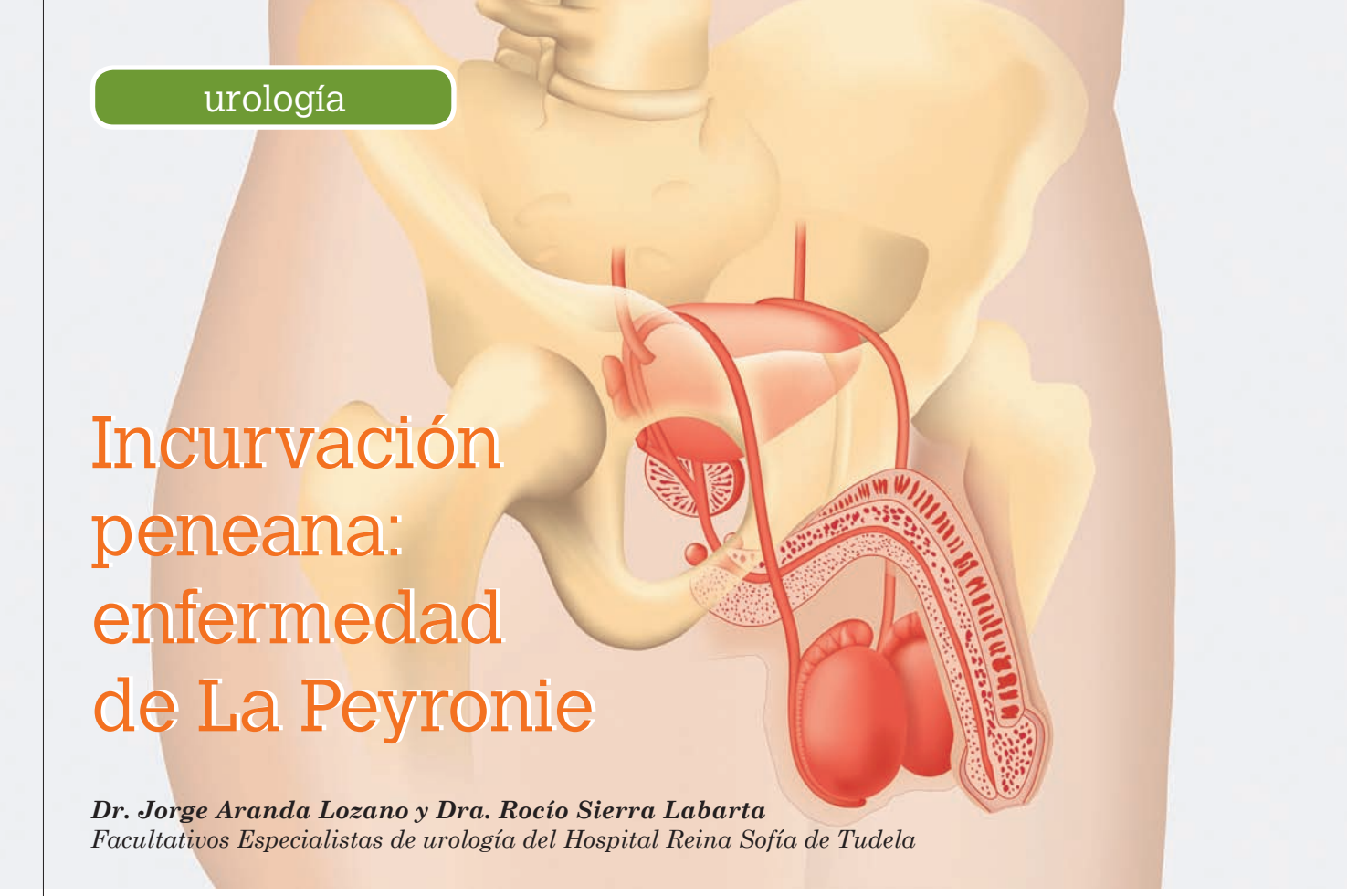
Calidad asistencial: mayores recursos y la tecnología más avanzada

La nueva Clínica Bustillo contará con mayores recursos y la tecnología más avanzada para aumentar todavía más la calidad asistencial. Se trata de una inversión acorde con nuestra filosofía de utilizar siempre los equipamientos y materiales más innovadores y fiables, al servicio del mejor tratamiento posible para nuestros pacientes, duradero y a un coste razonable.

Como todo el mundo sabe, el entorno de la salud dental es cada día más competitivo. Frente a las propuestas más comerciales o las que prefieren anclarse cómodamente en lo tradicional, Clínica Bustillo apuesta por proporcionar tratamientos avanzados, caracterizados por la funcionalidad, la estabilidad y la predictibilidad, y sometidos a un riguroso diagnóstico previo en el que las herramientas digitales constituyen un apoyo fundamental. Para lograr este objetivo, las nuevas instalaciones cuentan, entre otros equipamientos, con más quirófanos, salas de mantenimiento de implantes y de estética facial, novedosos equipos de diagnóstico digital y una zona de estancia de los pacientes más amplia y confortable. Con todo ello, esperamos mejorar en los protocolos de trabajo y proporcionar a los usuarios un entorno dinámico, en el que se reduzcan los tiempos de espera y se acometan las intervenciones de manera más ágil.

Pero todas estas mejoras no alcanzarían su meta sin el equipo humano que está detrás. Bajo la dirección del Doctor Ángel Fernández Bustillo, todos los profesionales de la clínica asumimos esta nueva etapa con ilusión y compromiso, para que los pacientes superen los problemas de salud del pasado y miren al futuro con una renovada sonrisa, la sonrisa de la Navidad.

Feliz Navidad y feliz año 2017.
Les esperamos en la nueva Clínica Bustillo (C/ Castillo de Maya 45, 31003 Pamplona).



Incurvación peneana: enfermedad de La Peyronie

Dr. Jorge Aranda Lozano y Dra. Rocío Sierra Labarta
Facultativos Especialistas de urología del Hospital Reina Sofía de Tudela

La incurvación de pene es un motivo relativamente frecuente en las consultas de urología, que pueden limitar la vida sexual del paciente, produciendo sentimientos de angustia y vergüenza en el varón. El origen puede ser congénito u adquirido siendo la enfermedad de La Peyronie la causa más frecuente.

Cuando la incurvación es congénita suele manifestarse en la segunda década de la vida mientras que la enfermedad de La Peyronie se presenta generalmente en varones de 40 a 60 años.

¿Qué es la enfermedad de Peyronie?

Descrita por el francés Francoise Gigot de La Peyronie , es un trastorno del tejido conectivo del pene en el que se produce una cicatriz fibrosa (no elástica) de la túnica albugínea de los cuerpos cavernosos del pene; en consecuencia, se produce una lesión palpable o placa que se detecta con el pene en estado de flacidez y que durante la erección produce una deformidad y dolor del miembro. Es una enfermedad de etiología desconocida, si bien una de la hipótesis más aceptada es la de traumatismos repetidos (muchas veces traumatismos banales que pasan desapercibidos durante el coito) y que ocasionan una herida con cicatrización hipertrófica o fibrosis del tejido.

Síntomas

Las principales manifestaciones clínicas de esta enfermedad son:

- Erecciones dolorosas, siendo el síntoma más frecuente. Rara vez duele el pene en estado de flacidez.
- Deformidad del pene. Puede producirse una desviación en cualquiera de los ejes del espacio ventral o dorsal e izquierda o derecha. Lo más frecuente suelen ser desviaciones dorsales hacia lado izquierdo. El grado de deformidad del pene, puede ser de tal grado que impida la penetración durante las relaciones sexuales. La propia deformidad del pene producida por la fibrosis, conlleva en ocasiones acortamiento del pene.
- Palpación de placa o nódulo, que corresponderá con el área de fibrosis. Pueden palparse más de 1 placa y la mayoría se palpan dorsalmente.
- Disfunción eréctil: producida por cualquiera de los factores anteriores. El dolor en erección, la imposibilidad para penetrar por la deformidad del pene durante el coito pueden condicionar psicológicamente al paciente creándole situaciones de ansiedad y angustia durante las relaciones desencadenando una disfunción eréctil. En otras ocasiones puede ser debida a una intensa fibrosis que puede llegar a disminuir la vascularización de los cuerpos cavernosos dando lugar a disfunción.

Los síntomas de esta enfermedad suelen evolucionar en 3 fases:

- **Fase aguda:** se caracteriza por una fuerte respuesta inflamatoria siendo el dolor y la palpación del nódulo pequeño los síntomas principales.
- **Fase Subaguda-intermedia:** se produce la sustitución del tejido sano por tejido fibroso en la albugínea, pudiendo durar en 6 y 18 meses. Lo que caracteriza a esta fase es la progresiva deformidad y curvatura del pene.
- **Fase crónica:** se caracteriza por la estabilización de la placa, pudiendo desaparecer el dolor pero persistiendo la curvatura y deformidad del pene.

Tratamiento

Podemos optar por un tratamiento conservador cuando la enfermedad está en fase aguda/subaguda o bien por un tratamiento quirúrgico cuando la enfermedad se ha estabilizado.

1. **Tratamiento conservador:** a pesar de las múltiples publicaciones y estudios, la evidencia de la eficacia del tratamiento médico sigue siendo limitada. Suelen ser tratamiento médicos con propiedades antioxidantes para inhibir la síntesis de colágeno.

a.- Vitamina E: tiene propiedades antiinflamatorias y antioxidantes. A dosis de 400-600mg/día, tiene escasos efectos secundarios y es barato.

b.- Tamoxifeno: inhibe al factor de crecimiento beta 1 y bloquea los receptores de los fibroblastos. Parece disminuir los procesos de fibrosis propios de la enfermedad.

c.- Colchicina: tiene efectos antifibróticos e inhibe la síntesis de colágeno, pero puede producir molestias gastrointestinales y causar aplasia medular.

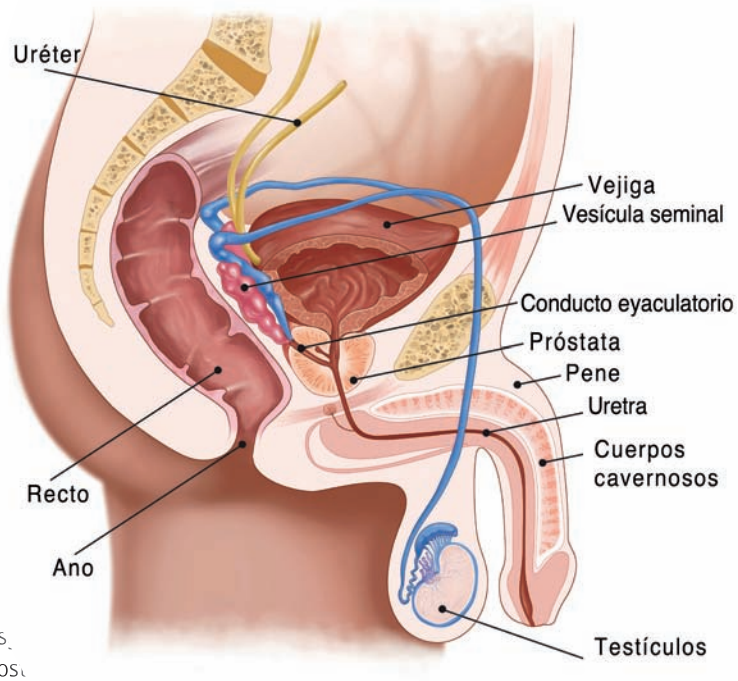
d.- Otros medicamentos: inhibidores de la fosfodiesterasa, Pentoxifilina, Verapamilo tópico o intralesional, interferón son otras

alternativas al tratamiento médico clásico pero sin estudios concluyentes y realmente eficaces.

2. Tratamiento quirúrgico: una vez estabilizada la incurvación, algo que suele ocurrir entre los 12 y 18 meses del inicio del proceso, el tratamiento quirúrgico estará indicado si ha fallado el tratamiento médico, y cuando el pene tiene un grado de incurvación que impide el coito. Podemos diferenciar dos tipos de técnicas quirúrgicas: plicatura de albugínea y técnicas de exéresis de las placas.

a.- Técnica de plicatura albugínea: consiste en aplicar unos puntos no reabsorbibles (plicaturas) en la túnica albugínea del pene para corregir la incurvación del pene. La técnica más empleada es la descrita por Nesbit. En las diferentes series publicadas, la corrección de la incurvación se logra en más del 85% de los casos. Como inconveniente, hay que advertir al paciente que puede producirse un acortamiento del pene entre 1-2 cm en función del grado de incurvación y hasta un 10% de los casos puede asociarse a disfunción eréctil.

b.- Técnicas de exéresis de placa de fibrosis. Son técnicas quirúrgicas más complejas, que reservan para los casos con mayor incurvación y recidivas. Consiste en realizar una o varias incisiones en la placa, cubriendo el defecto con diferentes tipos de injertos. Los injertos pueden ser autólogos (piel de la ingle, vena safena, túnica vaginal) o sintéticos (Gore-Tex, Dexon, malla de Dacrón). Estas técnicas quirúrgicas no suelen provocar un acortamiento como la técnica de plicatura Nesbit pero el riesgo de impotencia postoperatoria alcanza el 20%.



c.- Prótesis de pene, se debe ofrecer en los casos más severos cuando asocian disfunción eréctil.

3. Tratamientos alternativos. Cuando el paciente no tolera el tratamiento oral o la opción quirúrgica no puede ser llevada a cabo (por riesgo quirúrgico o deseo del paciente) existen alternativas terapéuticas, si bien no existe suficiente evidencia científica para demostrar su efectividad. Estos tratamientos alternativos incluyen:

a.- los ultrasonidos: actúan produciendo calor, mejorando así el dolor. Además ayuda a la difusión cutánea de sustancias terapéuticas como los corticoides o verapamilo.

b.- la iontoforesis. Consiste en crear un campo eléctrico de un extremo a otro de la placa, introduciendo corticoides para tratar disminuir o de disolver la placa.

c.- laserterapia: produce una vasodilatación arterial y arteriolar lo que favorece el uso de oxígeno por los tejidos.

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS, DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

RUEBER

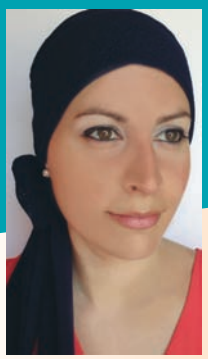


Imagen real de una prótesis capilar **RUEBER**

- NO QUEREMOS QUE LA FALTA DE CABELLO SEA UN PROBLEMA
- ASESORAMIENTO INTEGRAL PARA EL CUIDADO DE LA PIEL
- VISITE NUESTRAS NUEVAS INSTALACIONES Y LE INFORMAREMOS SIN COMPROMISO
- NOS ADAPTAMOS A TODAS LAS ECONOMÍAS

Monasterio de Urdax, 8, 1º - Esquina con Pío XII, 9 · 31007 PAMPLONA · **Tel. 948 25 50 53**
www.ruebercentrocapilar.es · rueberpamplona@rueber.es

Alimentación y diabetes

Berta Magaña Soler
Dietista-Nutricionista. Nº colegiada: NA00120

Casi dos millones de españoles sufren diabetes, una enfermedad metabólica de carácter crónico que se origina o bien porque el páncreas no produce la suficiente insulina que necesita el organismo (tipo I), o bien porque las células del cuerpo impiden que desempeñe correctamente su función de absorber la glucosa (tipo II).

Solo con ponerse insulina no se domina la enfermedad, la dieta es, sin duda alguna, el pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes y esta tiene una importancia decisiva, ya que constituye una medida eficaz para prolongar la vida y evitar que aparezcan complicaciones futuras. El tipo de dieta varía según diversos factores: la edad, la actividad física, la existencia o no de sobrepeso, la presencia de otras enfermedades (como hipertensión o aumento de las cifras de colesterol), y algunas situaciones especiales como por ejemplo el embarazo. La dieta ha de ser por lo tanto, personalizada y específica para cada paciente.

Una alimentación adecuada a la diabetes debe de ser:

- Controlada en hidratos de carbono simples (azúcar, miel, mermelada, bebidas azucaradas, frutas y zumos, repostería industrial, golosinas dulces, chocolates y derivados). El azúcar de endulzar puede sustituirse por edulcorantes no nutritivos (sacarina, ciclamato, aspartame, sorbitol). Por otro lado, en caso de hipoglucemia, estos son los alimentos de primera elección ya que ayudan a remontarla rápidamente.
- Baja en grasas saturadas y colesterol: escoger lácteos con poca grasa, las carnes más magras (pollo y pavo sin piel, conejo, caña de lomo, ternera magra, solomillo de cerdo o ternera, caballo), separar la grasa visible y la piel de la aves, desgrasar caldos de carne y aves en frío, consumir 2 ó 3 veces por semana pescado azul (atún, salmón,...), sustituir la carne o los huevos por pescado al menos cuatro veces por semana y utilizar habitualmente aceite de oliva (tanto para aliñar como para cocinar). Es importante además utilizar las técnicas culinarias que menos grasa aporten a los alimentos. Para que la comida resulte más apetitosa se pueden emplear condimentos como el vinagre, el limón, ajo, cebolla, cebolleta, cebollino, chalota, puerro, hierbas aromáticas, etc.
- Adecuada en fibra. La fibra retarda las subidas bruscas de glucemia, disminuye la absorción de colesterol y evita el estreñimiento. Las verduras, las frutas, las hortalizas y los cereales integrales son alimentos muy ricos en fibra.
- Exenta de alcohol ya que este es hipoglucemiante. En el caso de tomarlo, incluirlo en las principales comidas y nunca en ayunas.

Alimentos aconsejados

- Leche y lácteos: leche semi o desnatada según las necesidades, siendo más recomendado el consumo de yogures y otros derivados lácteos poco grasos por su menor contenido en azúcares que la leche (lactosa).
- Carnes, pescados, huevos y derivados con la frecuencia que marcan las recomendaciones de alimentación equilibrada.
- Cereales y patatas: combinar con verduras, patata, arroz, pastas alimenticias y en cuanto a otros cereales, preferir los integrales a los refinados.
- Legumbres: se recomienda combinar solo con patata o arroz y verduras.
- Verdura y hortalizas: todas, preferiblemente una ración diaria en crudo.
- Frutas: a ser posible con piel. Evitar frutas en almíbar, frutas secas, confitadas y escarchadas.
- Bebidas: agua, caldos desgrasados, zumos naturales y licuados de frutas sin azucarar.
- Grasas: preferiblemente aceite de oliva

Otras recomendaciones

- Regularidad horaria en la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono.
- Ejercicio físico moderado: mejora la glucemia y los niveles de colesterol, ayuda a bajar la presión arterial y reduce la grasa corporal.
- Control de peso. El sobrepeso es un factor de riesgo para la diabetes mellitus tipo 2.
- Someterse a controles periódicos dela glucemia.
- Conocer la diabetes. El paciente debe conocer las características de su enfermedad y tratamiento, por lo que es sumamente importante su educación en cuanto a la dieta que debe de seguir y las equivalencias entre alimentos.

Esclerosis con espuma: la única técnica que permite tratar a todos los pacientes con varices sin anestesia y sin pasar por el quirófano

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

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

En la últimos años han ido apareciendo otras técnicas en el tratamiento de las varices (Laser, Radiofrecuencia, Clarivein, etc), con menores requerimientos anestésicos y una más pronta reincorporación de los pacientes a la vida normal. Sin embargo, de todas ellas, la '**ESCLEROSIS ECOGUIADA CON MICROESPUMA**' es, hasta la fecha, **la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y la única que permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal. Durante más de 13 años nuestro equipo ha 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 TODAS LAS VARICES EN TODOS LOS PACIENTES sin utilizar NUNCA ni siquiera anestesia local. La experiencia de tantos años nos permite ofrecer a nuestros pacientes resultados contrastados y tratamientos personalizados que se realizan siempre en fases ("sesiones") con 3 objetivos: 1. Tratar la enfermedad de un modo integral y con criterios hemodinámicos. 2. Tratar tanto las grandes venas como las pequeñas telangiectasias ("arañas vaculares"). 3. Hacer un seguimiento de los resultados de cada sesión.**

Sin anestesia, sin ingreso y sin reposo

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

Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, NUNCA necesita anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones finas en la piel. Tampoco necesita ingreso, ya que se realiza en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) **desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta** sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral.

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

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

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

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

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

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

Dopaje: el camino oscuro para alcanzar la gloria

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 Urgencias de la Fundación de Calahorra*

Está documentado que en muchas culturas, bajo el auspicio religioso, con fines bélicos (guerreros escandinavos) o para combatir la fatiga (incas), se hicieron uso de sustancias para mejorar el rendimiento físico, que es el objetivo del dopaje. En 1886, se data la primera muerte por el uso de sustancias dopantes. Se trata del ciclista galés Linton.

En los años 20 se empieza el debate sobre la regulación y las restricciones del uso de sustancias dopantes y es en, 1928 cuando la IAAF (International Amateur Athletic Federation) prohíbe por primera vez el uso del dopaje.
En 1999 se crea la AMA – WADA (World Anti-Doping Agency) y en el 2003, se elabora el Código Mundial Antidopaje.

Dopaje, desde el punto de vista legal, se define como la comisión de una o varias infracciones de las **normas antidopaje**, qué son:
1. Presencia de una sustancia prohibida o de sus metabolitos o marcadores en la muestra biológica de un deportista. http://list.wada-ama.org/es/prohibited-in-competition/prohibited-substances/.
2. Uso o intento de uso por parte del deportista de una sustancia o método prohibido.
3. Evitar, rechazar o incumplir la obligación de someterse a la recogida de muestras.
4. Incumplimiento de la localización/paradero del deportista. Combinación de tres controles fallidos dentro de un periodo de 12 meses.
5. Manipulación o intento de manipulación de cualquier parte del proceso de control de dopaje.
6. Posesión de una sustancia prohibida o un método prohibido.
7. Tráfico o intento de tráfico de cualquier sustancia prohibida o método prohibido.
8. Administración o intento de administración a un deportista de una sustancia prohibida o método prohibido.
9. Complicidad.
10. Asociación prohibida.

Principales agentes dopantes

1. **Sustancias anabolizantes.** Sustancias destinadas para el aumento de la masa y la fuerza muscular, utilizadas en deportes de potencia. Sustancias más comúnmente utilizadas:
- Testosterona.
- Esteroides anabolizantes andrógenicos endógenos: DHEA, androstendiol.
- Esteroides anabolizantes andrógenicos exógenos.
- Clenbuterol.
- Hormona de crecimiento.
- Hormona gonadotropina coriónica humana (HCG).

2. **Sustancias para el aumento de la disponibilidad de oxígeno.** El transporte de oxígeno a los músculos es primordial para aumentar el rendimiento en los ejercicios aeróbicos. Los principales métodos de dopaje son:
- Uso de Eritropoyetina humana recombinante (rHuEPO).
- Análogos de la EPO: Darbepoyetina, SEP.
- Transfusiones de sangre.

Todos los casos de dopaje sanguíneo pueden provocar reacciones adversas como es el aumento de la viscosidad sanguínea, fenómenos tromboembólicos y reacciones hemolíticas o inmunológicas cruzadas.
Dentro de los procedimientos permitidos para mejorar el rendimiento, se encuentra el entrenamiento en altitud (único procedimiento natural para aumentar la producción endógena de EPO), cámaras de hipoxia y aparatos para dormir en situación de hipoxia.

3. **Dopaje cerebral o neurodopaje.** El uso de Estimulación magnética transcraneal o estimulación eléctrica transcraneal para que el deportista mantenga la intensidad deportiva e inhibir las sensaciones de fatiga. La gran ventaja de este tipo de dopaje es que es indetectable en la actualidad.
Quo vadis en el dopaje? El futuro, el dopaje genético. Se entiende este tipo de dopaje como el uso no terapéutico de genes, elementos genéticos y/o células que tienen la capacidad de incrementar el rendimiento del deportista.

Fuente. Guía de Prevención del Dopaje. Manonelles Marqueta P., Luque Rubia A.

Procesamiento visual-dislexia

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

Cuando hablamos de visión, por lo general, se piensa en agudeza visual. Es importante saber que se puede ver claro y no interpretar adecuadamente lo que vemos.

La visión es el conjunto de habilidades que nos ayudan a identificar, comprender y recordar la información visual. El cerebro es el que procesa el mundo que vemos.
Las dificultades en el procesamiento visual se dan con bastante frecuencia en los problemas de aprendizaje; estas habilidades son importantes cuando el niño está aprendiendo el reconocimiento de las letras, los números, la lectura, el cálculo...
Estas dificultades no pueden ser detectadas en un examen de la vista, ha de realizarse un examen de procesamiento visual.

Habilidades de percepción

Las principales habilidades de percepción son las siguientes:

- **Discriminación visual.** Importante para distinguir las diferencias y similitudes entre letras, formas u objetos.
- **Discriminación figura-fondo.** Para ser capaces de separar formas de un fondo, por ejemplo las palabras claves en un texto.
- **Memoria visual de corto y largo plazo.** Es necesaria para recordar la información visual y poder darle un significado en el cerebro.
Si es deficitaria se tiene dificultad para recordar lo leído, darle un significado o deletrear palabras.
- **Cierre visual.** Habilidad para reconocer un objeto, figura o palabra sin estar todos los detalles presentes.
- **Relaciones espaciales.** Saber donde se encuentran los objetos en el espacio y la situación entre ellos. Es importante esta habilidad para escribir en el papel, interpretar mapas, hacer juicios espaciales y temporales, no invertir letras, números o palabras...
- **Memoria secuencial.** Habilidad para recordar el orden de los símbolos, palabras o imágenes. Importante en la lectura, escritura y cálculo.
- **Procesamiento visuo-motor.** Coordinar las referencias visuales con otras partes del cuerpo, por ejemplo la coordinación ojo – mano para copiar de un libro o de la pizarra, tener una caligrafía adecuada sin emplear un tiempo excesivo.
- **Constancia de forma:** Capacidad para reconocer un objeto aunque cambie el tamaño o la posición.
Dificultades en esta área pueden darnos confusión de palabras con principios o finales similares.

La dislexia

Muchos niños con dislexia tienen dificultad en el procesamiento de la visión que les impide tener fluidez en la lectura.
La dislexia es una dificultad específica de aprendizaje que se manifiesta con dificultades de acceso al léxico ya sea por la ruta fonológica /auditiva o por la ruta visual, hay un déficit para convertir los estímulos visuales u auditivos en códigos verbales.

Para leer es necesario efectuar los siguientes procesamientos:

- **Procesamiento visual perceptivo.** En el que visualizamos los símbolos gráficos y los reconocemos como letras o palabras.
- **Procesamiento léxico.** Se da significado a la información visual.
- **Procesamiento sintáctico.** Organizar la información en frases.
- **Procesamiento semántico.** Entender lo que hemos leído.

En un niño con dislexia el procesamiento léxico es deficitario aunque todos están afectados.

Para acceder al léxico se utilizan dos rutas

- **Ruta visual:** para leer palabras conocidas, las reconocemos como si fueran un dibujo y las asociamos a un significado.
- **Ruta fonológica:** la utilizamos para leer palabras que no conocemos o no son de uso frecuente. Se analizan las letras que componen la palabra y se les asigna un sonido mediante la conversión grafema-fonema, las unimos y damos significado a la palabra. Esta ruta es una vía lenta que no da fluidez a la lectura la cual se consigue con la ruta visual.

Cuando falla la ruta visual el niño utiliza la ruta fonológica, el niño necesita leer letra por letra, lo que repercute en la velocidad lectora, la comprensión y además tendrá numerosas faltas de ortografía.
Cuando falla la ruta fonológica tendrá mucha dificultad para leer palabras desconocidas, aparecen muchos errores, se confunden palabras similares...
La mejoría de las habilidades en el procesamiento visual a través de la terapia visual ayuda a mejorar la eficacia en la lectura y el aprendizaje, muchas veces es necesario un trabajo multidisciplinar.

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

Una sonrisa bonita en un rostro bonito

sannas
DENTOFACIAL

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

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

Tras 25 años de experiencia en odontología y estética bucodental Sannas Dentofacial ofrece ahora a sus pacientes la posibilidad de recibir tratamientos de cirugía y medicina estética que mejoren el aspecto de su nueva sonrisa.

En Sannas Dentofacial redefinimos el concepto de odontología y entendemos que la salud y estética dental y facial deben actuar como un todo y cada uno de los procedimientos debe aportar armonía, equilibrio y belleza al conjunto. Por eso, después de tratamientos odontológicos que nos han proporcionado una nueva sonrisa podemos mejorar aquellas zonas de nuestra cara que por la edad, por enfermedad, por hábitos poco saludables o por estrés han ido deteriorándose.

El envejecimiento facial es la consecuencia de diversos factores como son el aumento de la laxitud de los tejidos y la relajación de los músculos responsables de la mímica facial, la pérdida de volumen de la grasa facial y la alteración de estructuras óseas. Todo ello tiene como consecuencia la pérdida de las "curvas" que confieren juventud y vitalidad al rostro, tanto en mujeres como en hombres.

Tratamientos de Medicina Estética

Toxina Botulínica

Representa un método sencillo y eficaz para el tratamiento de las arrugas de expresión, evitando en ocasiones la cirugía. Al relajar los músculos de la mímica facial, las arrugas se suavizan o desaparecen. Las áreas donde puede emplearse son el entrecejo o glabela, la frente y las patas de gallo. Se consigue un efecto lifting sin necesidad de cirugía sin eliminar la expresividad, e incluso puede conseguirse una sutil elevación de la cola de la ceja. Es un excelente complemento de otros tratamientos como la blefaroplastia, peelings y rellenos faciales.

ANTES

DESPUÉS

La toxina botulínica se utiliza también para tratar la hiperhidrosis (hipersudoración) de axilas, manos y pies.

Tecnología Plexer

Una novedosa alternativa a la cirugía y al láser que utiliza el plasma para tratar algunas lesiones e imperfecciones de la piel. En el área facial, se emplea para la eliminación de las pequeñas arrugas conocidas como "patas de gallo" en la zona periorbitaria o "código de barras" en el labio superior, fibromas blandos, xantelasmas, queratosis seborréicas, y cicatrices hipertróficas. Y también en el tratamiento de manchas solares, y cicatrices por acné.

MELASMA

Biorevitalizador facial sin agujas (PRX-T)

Es un dispositivo médico que nos ayuda a mejorar la apariencia de la piel con un efecto alisante e indicado en todo tipo de piel y todos los fototipos. Especialmente para la piel fotoenvejecida y con cierta flacidez (cara, cuello y escote).

PEELING

ANTES

DESPUÉS

En combinación con hidroquinona se emplea en el tratamiento del melasma y otras manchas faciales (no léntigos). También se utiliza para tratar lesiones de acné activo

y cicatrices de varicela, así como cicatrices hipertróficas.

Ácido Hialurónico

El ácido hialurónico es un componente presente en el organismo, y por tanto biocompatible. Tiene la capacidad de captar agua, con lo que se consigue una hidratación intensa de la piel y los tejidos faciales.

Los tratamientos consisten en la inyección local de ácido hialurónico de diferentes densidades en función de cada caso. Se utiliza en los siguientes tratamientos:

Mesoterapia facial, conseguimos una hidratación intensa de la piel de la piel de los tercios medio e inferior del rostro. La piel quedará jugosa, iluminada y desaparecerán o se disimularán las arrugas finas presentes en algunas zonas. No es un relleno.

Aumento y perfilado de labios, código de barras, surcos nasogenianos y arrugas de marioneta, y aumento de pómulos. Para estos casos empleamos un ácido hialurónico de mayor densidad para conseguir un relleno de la arruga o surco o , en su caso, conseguir aportar volumen a una determinada zona.

Plasma Rico en Plaquetas PRP

El tratamiento consiste en la inyección intradérmica de factores de crecimiento que se obtienen a partir de una muestra de sangre del propio paciente. Una vez obtenidos, los factores de crecimiento se activan y se inyectan en el paciente en cara, cuello, escote y dorso de manos. Conseguimos mejorar la calidad de la piel, que estará más hidratada y luminosa.

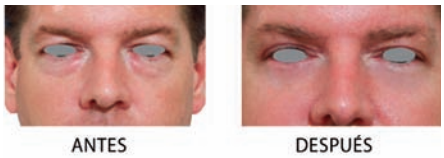
Tratamiento de grasa localizada

La eliminación de la grasa localizada, sin necesidad de pasar por un quirófano, mediante la inyección de una sustancia lipolítica directamente en la grasa. No es un tratamiento de adelgazamiento, sino que mejora las imperfecciones del cuerpo debidas a pequeños acúmulos de tejido adiposo.

Tratamientos de Cirugía Estética

En otras ocasiones nuestros pacientes precisan de pequeñas intervenciones quirúrgicas para mejorar el aspecto de su rostro o eliminar lesiones cutáneas que han ido apareciendo como consecuencia de la exposición al sol o simplemente el paso de los años, como puede tratarse de queratosis seborréicas, nevus, quistes sebáceos o pequeños tumores de piel.

Una de las cirugías más demandadas por nuestros pacientes es la eliminación del exceso de piel y grasa de los párpados superiores que dan al rostro un aspecto de cansancio. Con este tratamiento, denominado Blefaroplastia Superior, conseguimos eliminar ese exceso de piel que cubre nuestras pestañas consiguiendo rejuvenecer la mirada y en general el rostro.



En ocasiones lo que preocupa a nuestros pacientes son unas pequeñas manchas amarillentas que aparecen en la piel de los párpados superiores y/o inferiores, denominados Xantelasmas. Se trata de acúmulos dérmicos de colesterol. Su eliminación, bien mediante cirugía bien mediante PLEXR, consigue unos resultados muy satisfactorios para nuestros pacientes.

La **Otoplastia** o corrección de orejas despegadas y la corrección de lóbulos rasgados, son tratamientos sencillos y muy comunes. La otoplastia consiste en la corrección de alteraciones en la forma de las orejas presentes desde la infancia. Los lóbulos rasgados son un problema frecuente que tiene una fácil y rápida solución, que permitirá a las pacientes llevar nuevamente pendientes.

sannas

Más de 25 años como Clínica dental de referencia en el cuidado y la prevención de la salud bucodental

Todos los servicios en odontología y medicina estética facial en un mismo centro con unas instalaciones médicas a nivel hospitalario.

Odontología del alto rendimiento

Implantología
Sedación y control de la ansiedad
Diseño de sonrisa
Rejuvenecimiento facial
Centro de Prevención Oral
Ortodoncia invisible
Medicina y estética facial
Blanqueamiento dental
Periodoncia /Endodoncia
Células madre dentales
Apnea respiratoria
Disfunción de la A.T.M.

C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica | www.gruposannas.com | Tel.: 948 38 44 22 / 948 38 44 33

CPS-236/25-15-NA

otorrinolaringología

El ruido: algo más que una molestia

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

Conciertos, discotecas, tráfico, aviones, petardos etc. convierten a España en el segundo país más ruidoso del mundo, por detrás de Japón.

Se calcula que unos 9 millones de españoles (el 22% de la población) están expuestos a niveles de ruido superiores a los 65 dBs diarios que establece la OMS como máximo recomendable.

Definición

La palabra "ruido" proviene del latín rugitus, lo que se traduce como rugido o estruendo. El Diccionario de la Real Academia Española define el ruido como: sonido inarticulado, por lo general desagradable. Al igual que todo sonido, se define por dos parámetros:

- **Intensidad.** Mide la energía de la onda sonora, diferenciando los sonidos según su volumen. Como unidad de medida empleamos los decibelios (dBs).
- **Frecuencia.** Mide el número de vibraciones por segundo de la onda sonora, clasificando los sonidos en graves o agudos. Se utiliza el hertzio (Hz) como unidad de medida. Los sonidos audibles tienen una frecuencia comprendida entre 16 y 20.000 Hz.

En la práctica, los sonidos suelen ser la combinación de varias frecuencias.

La vida que llevamos nos obliga a estar en contacto con el ruido, que es considerado uno de los contaminantes ambientales mas importantes en la actualidad, y como tal puede resultar nocivo para la salud ser humano. Por esto es importante conocer sus efectos para tratar de prevenir sus daños.

Alteraciones auditivas producidas por el ruido

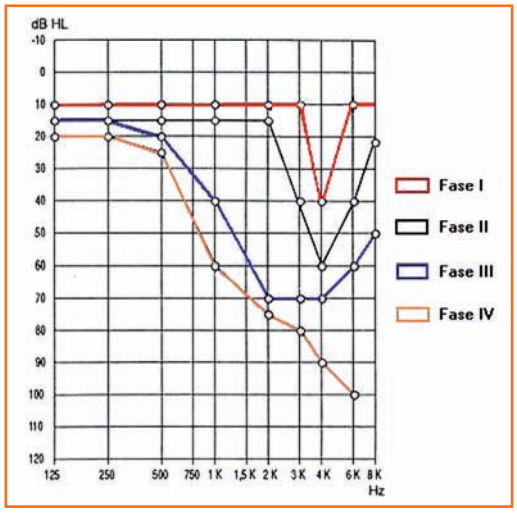
La exposición a ruidos elevados o la continua exposición al ruido lesiona los receptores auditivos del oído interno o células ciliadas, pudiendo producir las siguientes alteraciones auditivas de menor a mayor severidad:

- **Enmascaramiento de la audición**, y dificultad de la misma.
- **Fatiga auditiva:** es el descenso transitorio de la capacidad auditiva. No hay lesión, y se recupera la capacidad con el descanso sonoro en 16 horas, dependiendo de la intensidad y duración de la exposición. Se mide a los dos minutos de la exposición al ruido y la mayor parte se recupera en las dos primeras horas.
- **Hipoacusia permanente:** requiere una exposición a ruido elevada, en intensidad sonora y tiempo, o una fatiga prolongada que no permite la recuperación. Comienza a establecerse en frecuencias de 4.000 y 6.000 Hz; estas frecuencias no son conversacionales, por lo que no interfieren la vida social del sujeto en un primer momento.

Si la exposición continúa, la pérdida se extiende a frecuencias más elevadas y, posteriormente, a más bajas, incluso conversacionales. Para la medición de la pérdida auditiva empleamos la audiometría como método diagnóstico. Siempre debe valorarse la pérdida de audición comparando con una audiometría basal, y debe existir un seguimiento. La hipoacusia que se produce por el ruido es neurosensorial, por lo tanto en la audiometría veremos un descenso de audición tanto en vía aérea (audición global desde oído externo), como en vía ósea (audición específica desde oído interno).

La evolución audiométrica de la hipoacusia producida por ruido es la siguiente:

- **1ª fase:** pérdida de hasta 40 dB en la zona de 4.000 Hz. Recuperable al cesar la exposición.
- **2ª fase:** pérdida en la zona de 4.000 Hz principalmente (pero puede afectar a las frecuencias vecinas 3.000 y 6.000 Hz); recupera la caída en la frecuencia 6.000 Hz, es lo que llamamos escotoma traumático, la capacidad conversacional queda intacta.
- **3ª fase:** disminuye 40 dB en las frecuencias 4.000 y 6.000 Hz. El escotoma se profundiza y se transforma en cubeta traumática. Presenta dificultades para escuchar relojes y timbres.
- **4ª fase:** pérdida que afecta a frecuencias conversacionales: sordera social. Se evidencia una falta de recuperación en la frecuencia superior y afectación de frecuencias graves, el gráfico audiométrico se parece más a una recta descendente.



Clínica

- **Hipoacusia.** La percepción de disminución de la audición puede demorarse a fases avanzadas de la hipoacusia secundaria al ruido, ya que como vemos, las frecuencias que se alteran en primer lugar son frecuencias agudas, que no intervienen en las conversaciones rutinarias por lo que no suponen un problema de comunicación para la persona. Sin embargo, es importante detectar el problema a tiempo para evitar llegar a fases avanzadas en las que se puede producir un aislamiento social. Por lo tanto, una pérdida de audición debe considerarse un problema grave.
- **Reclutamiento.** Incremento desproporcionado de la sonoridad percibida al incrementarse levemente la intensidad de un sonido. Una persona con reclutamiento apenas oye los ruidos de baja intensidad, pero un sonido algo más fuerte puede parecerle insoportable.
- **Acúfenos (tinnitus).** Sensación subjetiva de ruido en los oídos, zumbidos o pitidos sin que exista fuente sonora externa que lo origina. Es decir, la persona afectada por acúfenos percibe un sonido aún en situaciones de absoluto silencio ambiental. Cuando el acúfeno es severo, se transforma en una molestia insuperable que reduce la calidad de vida del afectado, debido a los problemas psicológicos que conlleva.
- **Vértigos.**

Factores que condicionan el daño auditivo

- **Intensidad del ruido.** La lesión auditiva aparece por encima de los 80 dBs, y la probabilidad de daño aumenta según la intensidad del ruido continuo.
- **Frecuencia.** Los sonidos más peligrosos para el oído son los de alta frecuencia, a partir de la frecuencia de 1.000 Hz. El oído humano es más susceptible a daño para niveles comprendidos entre los 3.000 y 6.000 Hz.
- **Tiempo de exposición.** La probabilidad de daño auditivo es directamente proporcional al tiempo de exposición al ruido.
- **Características personales.** El daño por exposición a ruido debe ser valorado de forma individual.
- **Edad.** Diversos estudios relacionan la presbiacusia (pérdida de audición debida a la edad) con la exposición al ruido.

Alteraciones en el resto del organismo

- Aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares (Hipertensión, angina de pecho...).
- Problemas psicológicos.
- Insomnio (por encima de 30 dBs de ruido se altera la conciliación del sueño).
- Desarrollo cognitivo más lento en edad infantil.
- Reducción del rendimiento, fatiga, estrés etc.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Déficit de atención.
- Aumento de acidez gástrica.
- Disminución de agudeza visual

¿Cómo se mide el ruido?

Para evaluar la peligrosidad del ruido se utilizan equipos complejos como sonómetros, que determinan el ruido que existe en un lugar concreto en un momento dado, y dosímetros, que miden la cantidad de ruido a lo largo de un tiempo determinado (Ver Figura 1).

Formas de actuación ante el ruido

1. **Medidas organizativas,** disminuyendo el tiempo de contacto con el ruido.
2. **Medidas sobre la fuente,** orientadas a disminuir la generación de ruido.
3. **Medidas sobre el medio de transmisión,** colocando barreras, utilizando materiales absorbentes, alejando la fuente etc.
4. Medidas sobre el receptor, insonorizando el lugar o utilizando protectores.

Figura 1

¿Qué protectores auditivos existen?

- **Orejeras/cascos.** Atenúan unos 40 dBs para frecuencias a partir de 200 Hzs.
- **Cascos no pasivos.** Controlan el ruido exterior limitando los ruidos intensos hasta un nivel seguro.
- **Tapones** de diversos tipos y materiales (vinilo, silicona, cera...). Desechables o reutilizables.

Legislación

España tiene una de las legislaciones más avanzadas en cuanto a protección del ruido. El problema es su aplicación. Actualmente, en el ámbito laboral, está vigente el Real Decreto 286/2006 sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido.

Conclusiones

Se estima que un tercio de la población mundial y el 75% de los habitantes de las ciudades industrializadas padecen algún tipo de sordera causada por la exposición al ruido.

La detección precoz de los daños auditivos es esencial para el tratamiento.

La base del tratamiento es la prevención basada en el cumplimiento de la ley y en el razonable uso de instrumentos acústicos (auriculares, radios, televisores, altavoces etc.)

El otorrinolaringólogo es el encargado de detectar los problemas y fijar el tratamiento oportuno.

ACCIONES PREVENTIVAS FRENTE AL RUIDO

ACCIONES PREVENTIVAS (R.D. 286/06)	NIVEL DIARIO EQUIVALENTE ($L_{Aeq,d}$) >80 dB/A y/o >135 dB/C de L_{pico}	>85 dB/A y/o >137 dB/C de L_{pico}	>85 dB/A y/o >137 dB/C de L_{pico}
Información y formación a los trabajadores y/o sus representantes	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)
Evaluación de la exposición al ruido	Cada tres años (2)	Anual	Anual
Protectores auditivos individuales	Poner a disposición de todo el personal expuesto	Uso obligatorio para todo el personal expuesto (3)	Uso obligatorio para todo el personal expuesto
Señalización de las zonas de exposición		Sí (restringir el acceso si es viable)	Sí (restringir el acceso si es viable)
Control médico auditivo	Sí (si existe riesgo para la salud; mínimo cada cinco años	Sí (mínimo cada tres años)	Sí
Programa técnico/ organizativo para reducir la exposición al ruido		Sí	Sí
Reducción inmediata exposición al ruido y actuación para evitar nuevas sobreexposiciones			Sí (informar delegados de prevención)

(1) Se informará y formará a los trabajadores cuando el $L_{Aeq,d} \geq 80$ dB(A) y/o $L_{pico} \geq 135$ dB(C).
(2) Se evaluará la exposición al ruido cada tres años si $L_{Aeq,d} > 80$ dB(A).
(3) Se utilizarán protectores auditivos cuando $L_{Aeq,d} \geq 85$ dB(A) y/o $L_{pico} \geq 137$ dB(C).

¿No sabes qué regalar?
¿Qué tal un centro de salud?
Regala Mundibox, la caja de experiencias más solidaria de medicusmundi. Vas a poder disfrutar de actividades, eventos y talleres relacionados con el deporte, la gastronomía, la música, la cultura y el disfrute familiar. Con tu aportación nos ayudas a que la sanidad pública esté al alcance de todas las familias, en cualquier país del mundo.
Entra en mundibox.org y regala salud.
ACTIVIDADES CULTURALES
EXPERIENCIAS GASTRONÓMICAS
EVENTOS DEPORTIVOS
TALLERES INFANTILES
medicusmundi

Factores de crecimiento

Dr. Rubén Goñi Robledo. *FEA cirugía ortopédica y traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra*
Dra. Marta Aguado Sevilla. *MIR Anestesia. Complejo Hospitalario de Navarra*

El plasma rico en factores de crecimiento, o plasma rico en plaquetas se compone de sustancias proteicas solubles que se encuentran en el interior de las plaquetas. Dichas sustancias tienen la capacidad de estimular a otras células para determinados procesos como formación de tejido nuevo, cicatrización, activación de células madre, reparación de tejidos y aceleración de la curación en determinados procesos patológicos del aparato locomotor.

Es una técnica que no es nueva, ya que lleva siendo utilizada más de 10 años. No es un tratamiento que se utilice por norma como tratamiento estándar para la patología del aparato locomotor.

Localización

Los factores de crecimiento se encuentran en las plaquetas, células sanguíneas encargadas de la correcta coagulación de la sangre y de la reparación y regeneración de los tejidos. Las plaquetas tienen sus factores dentro de unos gránulos llamados gránulos alfa, se han descrito más de cien factores de crecimiento plaquetario diferentes.

Usos

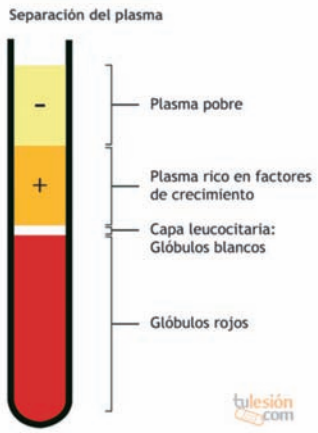
Los factores de crecimiento pueden ser utilizados, cuando está correctamente indicado por un profesional médico, en varias patologías del aparato locomotor como son: tendinopatías como puede ser la tendinitis del Aquiles o del tendón rotuliano de la rodilla, lesiones musculares, degeneración articular (artrosis, condromalacia de la rodilla) y procesos en los que una adecuada indicación puede acelerar el proceso de curación. Las indicaciones deben siempre ser realizadas por un médico especialista y utilizarse en los casos en los que potencialmente se puede obtener una clara mejoría como artrosis en sus primeros estadios o tendinitis rebeldes a medidas conservadoras de tratamiento.

Obtención

Estos factores se obtienen a partir de la sangre del propio paciente. La obtención es como realizar una analítica de sangre, se realiza de manera ambulatoria, teniendo en cuenta que de cada 10 ml de sangre obtendremos 1,5 ml de plasma rico en plaquetas para utilizar en la zona lesionada. Dependiendo del proceso a tratar y la zona de la que se trate, se precisará de mayor o menor cantidad de sangre a extraer y preparar.

Proceso

Tras obtener la sangre del paciente, los factores se obtienen de la siguiente manera:
Extracción de sangre⇢ Centrifugación de la misma⇢ Fraccionamiento



Separación del plasma rico en factores

De esta forma obtenemos una separación entre los glóbulos rojos, los leucocitos y el plasma que es lo que necesitamos. Se utilizará la franja más rica en factores de crecimiento y se activa con cloruro cálcico previo a ser infiltrados en la zona lesionada. Este proceso se lleva a cabo con una máquina específica para ello.

Infiltración

Una vez obtenidos los factores, se realiza una infiltración articular en la zona dañada, bien sea guiada por ecografía o no, pero debe ser realizada por personal médico entrenado y profesional en la materia. La infiltración correctamente realizada no es dolorosa salvo las molestias típicas del proceso. No obstante siempre debe realizarse en una zona habilitada y preparada para ello y con unas medidas estrictas de asepsia para evitar una posible infección. No debe mezclarse con anestésico local dado que es ácido para los factores. Debería realizarse cierto reposo relativo de 24-48 horas tras la infiltración. Puede realizarse más de una infiltración con un periodo de descanso entre ambas. Lo recomendable es un máximo de cuatro infiltraciones en el periodo de un año.

Punción guiada por ecografía

Tratamientos

Ha de realizarse una adecuada indicación para el uso de factores de crecimiento. Hay varias patologías subsidiarias de ser tratadas con factores de crecimiento como son la artrosis, condromalacia y lesiones musculares y tendinosas. Los factores de crecimiento, teóricamente favorecen la regeneración de los tejidos estimulando a las células sanas que rodean a las lesión, aumentando el riego sanguíneo que llega a la zona y activando a las células madre cercanas al tejido enfermo para producción de tejido sano. Hay estudios que defienden una importante aceleración en el proceso de regeneración y curación de las lesiones, sin embargo cada caso ha de ser valorado y estudiado de forma individual.

Probióticos: una alternativa al tratamiento clásico de las mastitis

Teresa Senar Zuñiga. *Matrona CAM Andraize-Buztintxuri*

La mastitis es la inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria acompañada o no de infección. Representa una de las causas más importantes de destete precoz en la lactancia materna. Se estima que el 35 % de las lactantes padecen alguna mastitis.

La etiología más frecuente es la infecciosa. Las mastitis agudas suelen diagnosticarse con facilidad, pero no así las mastitis subagudas o subclínicas. Es más frecuente en primíparas y en los 2 primeros meses postparto. Como factores predisponentes encontramos las grietas, el vaciado inadecuado de la mama o la toma de antibióticos en el 3º trimestre de gestación o parto (pueden alterar la microbiota de leche materna).

El Staphylococcus Aureus

El cuadro típico de las mastitis agudas lo representan la tumefacción, el dolor, el enrojecimiento y el calor local, que pueden acompañarse de sintomatología sistémica (fiebre, malestar general, dolores musculares). En la mayoría de los casos el patógeno responsable es el Staphylococcus Aureus.

En cambio, las mastitis subagudas presentan un cuadro mucho más ambiguo que lleva muchas veces al infradiagnóstico. Aparece un dolor en forma de pinchazos o quemazón en la mama. No suelen aparecer los síntomas locales (calor, rubor, tumefacción). Habitualmente los patógenos causales son el Staphylococcus epidermidis o alguna bacteria del grupo de los Streptococcus. No producen toxinas, y por tanto tampoco síntomas sistémicos. Son cuadros que persisten más en el tiempo y suelen presentar recidivas.

Tratamiento

El tratamiento clásico de las mastitis es el antibiótico de forma empírica asociado a antiinflamatorios. No obstante, sería de gran utilidad disponer de un cultivo de leche materna para realizar un correcto diagnostico microbiológico y posterior tratamiento (está posibilidad no se encuentra disponible en la mayoría de los laboratorios).

Se ha observado que en la leche materna existen múltiples microorganismos,más de 200 especies, que conforman la microbiota de la leche materna. Se encuentran en concentración media-baja y se adhieren a los conductos galactóforos. Estos microorganismos llegan a la mama a través de la circulación enteromamaria, que se intensifica al final del embarazo y en la lactancia. Una de las funciones de la microbiota mamaria es colonizar el intestino del lactante, favoreciendo su desarrollo y protegiéndolo de infecciones.

Puesto que la alteración de la microbiota mamaria representa la causa de las mastitis, los probióticos pueden ser una buena opción terapéutica. Los probióticos son microorganismos vivos que cuando se ingieren en cantidades adecuadas producen un efecto beneficioso, en este caso reestablecer la microbiota mamaria.

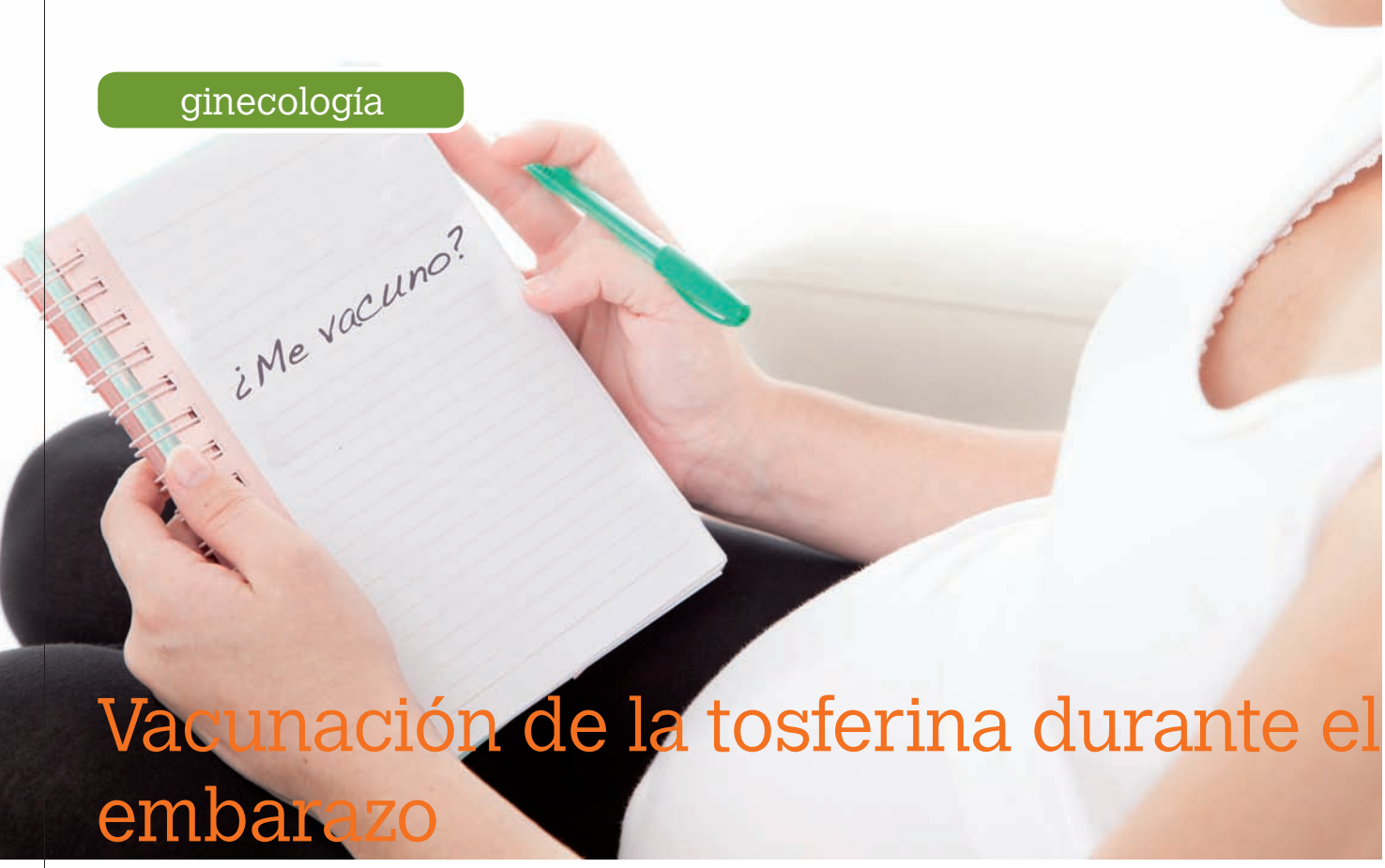
Individualizar el probiótico

Existe una gran diversidad en el conjunto de microorganismos que conforman la microbiota mamaria, variando de una mujer a otra. Esto hace que sea interesante la posibilidad de poder individualizar el probiótico que se va a administrar en cada caso, partiendo del cultivo de leche materna. Los microorganismos con los que se está trabajando en la actualidad son el lactobacilus salivarius, fermentum y reuteri. Se están obteniendo buenos resultados tanto en el tratamiento agudo de la mastitis como en la prevención de recidivas. La toma preferiblemente será por vía oral junto con un lácteo, y repartido en 3 dosis al día (mantiene concentraciones probióticos más estables). El tratamiento hay que suspenderlo de forma progresiva para evitar recaídas.

No obstante, todavía no existen estudios contundentes sobre la función de los probióticos en las mastitis, lo que dificulta el desarrollo de protocolos de actuación.

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

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



Vacunación de la tosferina durante el embarazo

Mª de las Nieves Cano Lara. *Matrona del Hospital Reina Sofia de Tudela*
Gustavo Silva Muñoz. *Matrona*

Desde hace aproximadamente algo más de un año se ha incluido en la cartilla vacunal de la embarazada en navarra la vacuna de la DTaP para prevenir o almenos disminuir la tasa de infección por tosferina en Recién Nacidos (RN). Por ello, vamos a proceder a describir tanto en qué consiste la enfermedad como los beneficios que se obtienen con la vacunación.

Descripción

La tosferina es una infección de vías respiratoria altas causada por la bacteria Bordetella pertussis. Es una enfermedad grave que puede afectar a personas de cualquier edad y con mayor gravedad a los RN, pudiendo causar incluso la muerte.
Es una enfermedad altamente contagiosa que se transmite a través de las pequeñas gotitas que se expulsan al toser o estornudar.
La infección suele durar unas 6 semanas, pero puede durar hasta 10 semanas.

Síntomas

Los síntomas suelen comenzar una semana después de la exposición, y son muy semejantes a los de un resfriado común.
Los episodios más graves de tos suelen iniciarse 10 – 12 días después de haber comenzado los síntomas.
En los bebés y en los niños pequeños, la tos a veces termina con un "estertor" (sonido que se produce cuando la persona trata de tomar aire). Este estertor no suele darse en bebés menores de 6 meses.
Los episodios de tos pueden llevar al vómito o a una breve pérdida del conocimiento. En los bebés, son muy frecuentes los episodios de asfixia y de pausas largas en la respiración.
Otros síntomas de tosferina son la Rinorrea, la Fiebre leve (38.9º C o menos) y la Diarrea.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico suele ser sintomático, aunque en bebés menores de 6 meses puede confundirse con neumonía, por lo que se puede realizar un frotis del moco nasal y enviarlo al laboratorio en busca de la bacteria.
Aunque el tratamiento antibiótico suele ser muy efectivo si se administra en las primeras etapas de la enfermedad (por ejemplo la eritromicina) para cuando llegan los resultados estos no son muy efectivos, por lo que el tratamiento suele ser sintomático.
Los bebés menores de 18 meses requieren constante supervisión, ya que la respiración puede detenerse temporalmente durante los ataques de tos, en los casos graves estos deben ser hospitalizados.

Medidas de prevención

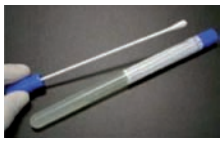
La vacuna DTaP, es la medida más frecuente de prevención de esta enfermedad. Se recomiendan cinco dosis de DTaP que se suelen administrar a los 2 meses, 4 meses, 6 meses, 15 a 18 meses y 4 a 6 años.

Qué conseguimos con la administración de la vacuna en el tercer trimestre de embarazo

Recientes estudios demuestran que la administración de la vacuna desde la semana 27 a la 36 de embarazo aumentan los niveles de anticuerpos antitosferinicos en la embarazada, aumentando en consecuencia el paso de estos anticuerpos a través de la placenta, sobretodo si la administración de la vacuna se produce entre la semana 30 – 32 de embarazo, ya que a partir de la semana 34 de embarazo cuando aumenta la permeabilidad transplacentaria, y la vacuna tarda un par de semanas en ser efectiva desde que se administra.
Estos anticuerpos duran unos 3 meses en el recién nacido, de forma que cubren hasta que el Rn recibe la primera dosis de la vacuna antitosferínica (a los dos meses) ya que los casos más graves de esta enfermedad suele darse en Rn menores de 3 meses.
Por otra parte, cabe destacar los niveles de Ig A anti toxina pertusis en mujeres que han recibido la vacuna durante el embarazo (entre 2.56 IU/mg y 2.15 IU/mg frente a 0.96 IU/mg encontrado en mujeres vacunadas en la infancia) de forma que en mujeres que no se hayan administrado esta vacuna durante el embarazo, también podrían obtener beneficios de su administración posterior.

Conclusión

Desde que se comenzó a administrar esta vacuna a la embarazada tanto en España como en el extranjero han disminuido los ingresos de RN por esta enfermedad, y si éstos se producen los casos son menos graves, disminuyendo así también la tasa de mortalidad en el RN.



Estreptococo betahemolítico (SGB), ¿qué es? y ¿por qué se busca?

Carolina Méndez Meca. Matrona. Complejo Hospitalario de Navarra

El SGB es la causa más frecuente de sepsis bacteriana en el RN. Es una bacteria gram positiva capsulada que usa de reservorio el recto de un porcentaje elevado de adultos sanos y por contigüidad hace que se infecte la zona perineal y el tracto genital.

La tasa de colonización vaginorrectal es muy variable. Las últimas publicadas en España oscilan entre un 12 y un 20%. Se trata de una colonización asintomática que puede ser: transitoria, intermitente o persistente. De ahí que deba repetirse en cada embarazo, pudiendo estar presente en el primero y no en el segundo y viceversa.

Factores de riesgo

Además de la presencia de SGB en sí misma, hay algunos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que se produzca una infección neonatal precoz. Estos 10 factores son: prematuridad, rotura de bolsa de más de 18 horas, fiebre intraparto, bacteriuria por SGB durante el embarazo y recién nacido previo afectado por SGB. A pesar de ello, un 50% de los casos se produce sin que existan factores de riesgo.

Dos tipos de infección

- Infección neonatal precoz: Aparece las primeras 24h. Es la más frecuente y causa un cuadro clínico de sepsis, neumonía o meningitis.

- Infección neonatal tardía: aquella que aparece después de la primera semana de vida y que suele cursar con un cuadro de bacteriemia o meningitis. En estos casos la fuente de contagio no está clara por lo que la profilaxis antibiótica intraparto (PAI) no está indicada. En más del 50% de los recién nacidos con infección neonatal tardía la madre no estaba colonizada.

Detección del SGB en gestantes (en España)

El cribado sistemático del SGB en las mujeres gestantes se realiza con la finalidad de conocer el estado de colonización vaginorrectal en el momento de parto y, con ello, la necesidad de recibir profilaxis intraparto.

Obtención de la muestra:

1. ¿A qué gestantes? Todas.
2. ¿A qué edad gestacional? Entre la semana 35 y 37.
3. ¿Dónde obtener la muestra? Tercio externo de vagina y recto.
4. ¿Con qué tomar la muestra? Uno o dos escobillones.
5. ¿Cuándo debe transportarse? El mismo día. Si se transporta al día siguiente, debe conservarse en frigorífico.
6. ¿Cómo conservarla? Máximo 24h en nevera hasta su procesamiento. Si no, puede provocar falsos negativos.
7. ¿Cómo realizar la petición? Se debe indicar claramente que es un cultivo para SGB. Se indicará también la posible alergia a la penicilina.

Profilaxis Antibiótica Intraparto

Hay varias opciones de administración según la medicación disponible en cada hospital y también en función de si la mujer gestante es alérgica a la penicilina.

Antibiótico de elección:

-**PENICILINA** a 5 Millones dosis inicial. Continuar con 2,5 millones cada 4 horas hasta el final del parto.

Si no se dispone de Penicilina:

-**AMPICILINA** a 2gr dosis inicial. Continuar con 1gr cada 4 horas hasta final del parto.

Gestantes con alergia a la penicilina:

-**ERITROMICINA** a 500mg cada 6 horas ó

-**CLINDAMICINA** a 900mg cada 8 horas.

Ambos se administrarán previo antibiograma.

-**VANCOMICINA** a 1gr cada 12 horas. Si antibiograma resistente a eritromicina/clindamicina.

RESTAURANTE • SALÓN URBASA

OBAS

CAFETERÍA • TERRAZA

Cocina permanente de 8 a 0,30 h.
Carta gastronómica tradicional
Menú del día (30 platos)
Menú especial fin de semana (grupos y celebraciones)
Picoteo en raciones, pinchos...

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

No sufras en soledad. Te acompañamos

Tere Urío. *Secretaria Voluntariado Complejo Hospitalario de Navarra*
Voluntariado Complejo Hospitalario de Navarra: Pabellón A, bajo | Irunlarrea 3 | 31008 Pamplona
T 848 42 23 82 | volunhn@cfnavarra.es

Desde nuestra atalaya de Urgencias los veíamos llegar. Eran pacientes que ingresaban solos. Que accedían a Planta sin más acompañamiento que el del camillero y la bolsa de su ropa. Y que permanecían solos durante toda su estancia hospitalaria.

Nuestro tiempo de dedicación como profesionales se limitaba a una buena atención sanitaria. Pero seguramente necesitaban más. Si todo paciente hospitalizado necesita seguridad, confianza y respeto, un enfermo solo tiene esas necesidades agudizadas.
Hay mucha gente viviendo en el aislamiento y la soledad. Esta situación se arrastra y acrecienta cuando la persona sola está enferma y hospitalizada.

Profesionales, jubilados, amas de casa, universitarios, religiosas…

Ya hace más de 17 años que pensamos que nosotros mismos, el Hospital y la sociedad podrían hacer algo más para paliar la soledad de esos enfermos. No es fácil soportar la enfermedad en soledad.
La preocupación por esas personas enfermas en situación de vulnerabilidad, con escasos recursos nos lanzó a la aventura de ponernos manos a la obra, de buscar soluciones.
Así surgió nuestra Asociación, desde dentro del Hospital de Navarra, auspiciada por su dirección y promovida por un reducido grupo de profesionales. Desde entonces, quienes integramos el Voluntariado Complejo Hospitalario de Navarra intentamos hacernos cargo de esta situación.
A lo lago de todos estos años hemos ido configurando un grupo estable de entre 60-65 personas. Somos gente de todo tipo y perfil; profesionales, jubilados, amas de casa, universitarios, religiosas… Somos gentes que dedicamos algo de nuestro tiempo semanal a lo que se ha convertido en el lema de nuestra actividad: **"NO SUFRAS EN SOLEDAD. TE ACOMPAÑAMOS"**.
Esa es la esencia de nuestra misión: acompañar al paciente en su enfermedad y en su soledad. Aunque no se lo digamos con palabras, queremos que cada enfermo sienta que con nuestra presencia le estamos diciendo: "me importa lo que te pasa, vengo a acompañarte, estoy de tu parte, estoy contigo".
Por eso, además del tiempo que les dedicamos, estamos atentos a la relación que establecemos con estos enfermos. Aprendemos a comunicarnos con ellos. Debemos saber interpretar qué necesitan de nosotros y qué les podemos dar; debemos saber manejar las palabras y los silencios; debemos saber escuchar sus necesidades e interpretar sus emociones.

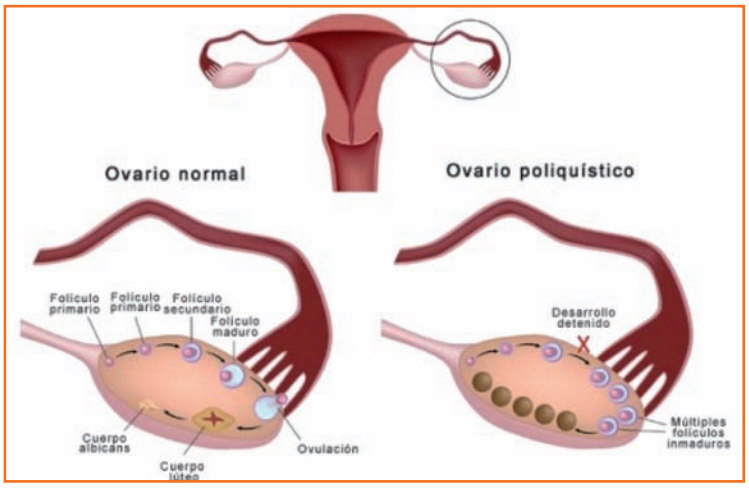
Acompañamiento físico y emocional

La estancia en el Hospital de un paciente que se encuentra solo y enfermo, puede llegar a ser anímicamente compleja.
Tenemos que acompañarles físicamente, pero entendemos que debemos ayudarles, además, emocionalmente.
Con el paso del tiempo, también nos hemos dado paso al apoyo solidario a las familias de enfermos que por diversas circunstancias y situaciones no pueden hacerse cargo de los suyos.
Para esta misión nos preparamos. La formación es parte integral de nuestra acción como voluntarios. Nuestros programas de formación nos capacitan para relacionarnos y nos dan referencias para conocer las características y tipologías de los pacientes. Estamos capacitados para atender a pacientes de enfermedades comunes, psiquiátricas, terminales…

Personas optimistas y alegres

Por encima de todo, necesitamos, como voluntarios, ser personas optimistas y empáticas. Y mejor si somos alegres.
Nuestra recompensa es saber que alguien que estaba solo nos espera, es ver cómo la expresión de su cara ha cambiado o cómo nos comunica su mejoría, o cómo nos pregunta si volveremos mañana… Nos está indicando su satisfacción por haber formado parte de su recuperación.
Si Usted desea más información o quiere formar parte de nuestro Voluntariado, no dude en ponerse en contacto con nosotros. Su información será satisfecha y, si decide acompañarnos, su ayuda será bienvenida. En nuestra Asociación todas las tareas las realizamos desde la gratuidad: las administrativas y las de dirección; las de atención y acompañamiento a los enfermos y las de coordinación y programación de nuestras actividades.
Todo orientado a nuestra misión: atender, ayudar y acompañar a los enfermos ingresados en el Complejo Hospitalario de Navarra

Voluntariado Complejo Hospitalario de Navarra.
Pabellón A, bajo. Irunlarrea 3. 31008 Pamplona.
T 848 42 23 82
volunhn@cfnavarra.es



Beneficios del aporte de canela

en mujeres con Síndrome de ovario poliquístico

Belén Sisto Alconchel y Sara Jean-Paul Romero
Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

El síndrome de ovario poliquístico, que afecta aproximadamente al 6 por ciento de las mujeres en edad reproductiva y se caracteriza por anovulación crónica e hiperandrogenismo (exceso de hormonas masculinas), es la causa más común de infertilidad en mujeres.

La resistencia a la insulina con hiperinsulinemia compensatoria es una característica prominente del síndrome y parece tener un papel fisiopatológico en el hiperandrogenismo.
Los Síntomas que aparecen con más frecuencia son ciclos menstruales irregulares, amenorrea, anovulación, hirsutismo y acné entre otros.
Actualmente el tratamiento se basa en Anticoncepción hormonal oral y Antidiabéticos orales (Metformina), sin embargo, recientes estudios han demostrado los beneficios de la suplementación con canela en el tratamiento del síndrome de ovario poliquistico.
Bien es conocido el uso de la canela como condimento alimentario, también conocemos su eficacia en nuestro organismo. Entre sus propiedades podemos encontrar la afrodisíaca, la mejora del flujo sanguíneo, estabilización de los niveles de glucosa en sangre y disminución de las molestias gastrointestinales entre otras.

Objetivos

- Conocer los beneficios que aporta la ingesta de canela sobre la fertilidad y el síndrome de ovarios poliquísticos.
- Mejorar la fertilidad en pacientes con Síndrome de Ovarios poliquísticos.

Metodología

Para llevar a cabo este trabajo hemos realizado una extensa búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, Scopus, Cochrane, IME biomedicina, UpToDate). Así como en revistas y literatura científica, con el objetivo de conocer los efectos que aporta el consumo de canela en el síndrome de ovarios poliquísticos y sobre la fertilidad femenina.

Resultados

Tras una amplia búsqueda bibliográfica encontramos distintos artículos referentes al tema. De gran interés encontramos un estudio realizado por investigadores de Columbia University Medical Center de Nueva York que demuestra cómo mujeres que tomaron durante 6 meses suplementos de 1500 mg/día de canela en comparación con mujeres que tomaron un placebo tuvieron casi el doble de ciclos menstruales regulares. Algunas de ellas en el periodo de seguimiento informaron de embarazos espontáneos.

Discusión

Consideramos de gran interés el uso de la canela para mejorar la fertilidad de mujeres con ovarios poliquístico, ya que actualmente el tratamiento se sigue basando en anticoncepción hormonal y Antidiabéticos orales (Metformina), que no en todos los casos es bien tolerada por la paciente, teniendo muchos efectos secundarios sobre ésta.
Aun así, consideramos que serían necesarios más estudios sobre los efectos que produce la canela sobre las mujeres que presentan el SOP. Los investigadores coinciden en que aún son necesarios más estudios ya que no está claro el por qué la canela podría servir para regular los ciclos menstruales en las mujeres con síndrome de ovario poliquístico, pero aun así se ha demostrado que mejora la capacidad del organismo de procesar la glucosa y la insulina.
(Ver Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)

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**

Fascitis plantar

Iván García Enériz. *Enfermero Hospital Reina Sofía de Tudela*
Lorena Ibarz Coronas. *Fisioterapeuta Hospital Reina Sofía de Tudela*

La fascitis plantar es la causa más común de dolor en la base del talón. Cerca de dos millones de pacientes son tratados por esta patología cada año y se estima que una de cada 10 personas puede sufrirla a lo largo de su vida. La fascitis plantar ocurre cuando la banda gruesa del tejido en la planta del pie se sobrecarga o se estira demasiado.

¿Qué es la Fascia Plantar?

La fascia plantar es una aponeurosis engrosada que se origina en el calcáneo hasta la zona metatarsal. Esta estructura tiene una gran función biomecánica al caminar pues es una de las principales responsables de mantener el arco plantar, absorber y devolver la energía que se produce cuando el pie impacta contra el suelo. Así mismo, se encarga de otras funciones tales como la restricción de la movilidad de la piel, protección de los metatarsianos (evitando el exceso de flexión de los dedos) y protege de compresión excesiva a los vasos plantares y digitales.

¿Cuáles son las causas de la fascitis plantar?

Se produce habitualmente por una sobrecarga gradual y progresiva de la fascia plantar, y los factores que predisponen a su aparición son:

- Exceso de carga en el pie. Causado por correr largas distancias, calzado inadecuado, uso de tacones, bipedestación mantenida, etc.
- Anomalías de los pies. Pies planos, pies cavos, dismetrías, etc.
- Exceso de peso.
- Tensión en el tendón de Aquiles.
- Debilidad del musculo sóleo.
- Edad. A medida que envejecemos la fascia va perdiendo elasticidad; además disminuye el panículo adiposo plantar favoreciendo la aparición de lesiones en la fascia plantar.

¿Qué síntomas produce?

La clínica de la de fascitis plantar se basa en la aparición gradual de dolor en la zona inferior del talón que suele ser más intenso con los primeros pasos tras levantarse. Esto ocurre porque la fascia durante el descanso nocturno se acorta provocando una tracción mayor en los primeros pasos. El dolor tiende a disminuir a medida que caminamos y la fascia se estira.

¿Cuál es el tratamiento habitual para la fascitis plantar?

Inicialmente, el tratamiento de la fascitis plantar consiste en la combinación de anti-inflamatorios con diferentes tratamientos de fisioterapia dirigidos a aliviar la inflamación en la fase aguda de este trastorno (ultrasonidos, termoterapia, masaje, vendaje, etc). En una segunda fase, el tratamiento de fisioterapia irá dirigido a fortalecer y flexibilizar las diferentes estructuras implicadas.

También será conveniente valorar si la causa de la fascitis tiene relación con la forma de pisar del paciente, realizando un correcto estudio de la marcha. En ese caso podría ser necesario la realización de una plantilla personalizada que permita descargar la misma.

En los casos más perseverantes puede ser necesario recurrir a la cirugía.

Prevención

La prevención de la fascitis plantar es crucial. Existen una serie de medidas que nos pueden ayudar a prevenir el desarrollo de este trastorno:

- Ejercicios de flexibilidad plantar. Después de cualquier actividad, laboral o deportiva, es aconsejable estirar toda la musculatura plantar. De esta forma evitaremos sobrecargas en la fascia y aliviaremos el dolor.
- Ejercicios de fortalecimiento. Realizando un buen calentamiento, estiramientos y aumentando la intensidad de manera progresiva.
- Elegir un buen calzado. Se deben evitar tacones altos. Los zapatos deben proporcionar una buena sujeción de arco y una buena absorción del impacto.
- Evitar caminar descalzo, sobre todo en superficies duras.
- Mantener un peso saludable.
- Disminuir la tensión y corregir las alteraciones biomecánicas.

¿Existen razones médicas que justifiquen el aumento de las circuncisiones en nuestro país?

Satur Napal Lecumberri, Mª Teresa Valls Martínez y Ander Zabalo San Juan
Urólogos del Complejo Hospitalario de Navarra

La circuncisión masculina es la operación con la cual se secciona el prepucio del pene dejando el glande al descubierto.

La circuncisión infantil practicada por razones no estrictamente terapéuticas no formaba parte de la tradición cultural española, siendo una intervención infrecuente.

Pero en los últimos años el número de circuncisiones rutinarias realizadas en pacientes varones menores de edad sigue aumentando, achacables estas al aumento de inmigrantes de origen musulmán, junto al traslado a nuestro país de hábitos de otros entornos culturales - sobre todo de EEUU-, donde el 70% de los varones están circuncidados.

Esta práctica sin causas médicas que la justifiquen está siendo cuestionada por el estamento médico debido junto a la no justificación médica del procedimiento al aumento de las listas de espera que conlleva.

¿Tiene alguna justificación científica el uso rutinario de la circuncisión en niños?

El primer deber del médico es de no dañar a su paciente y sin embargo hasta ahora nadie ha conseguido demostrar claramente los beneficios de la circuncisión por lo que no hay suficientes datos como para recomendar esta operación de forma rutinaria en neonatos.

Tendríamos como beneficios potenciales: la protección contra el cáncer de pene, la posible prevención de infecciones del tracto urinario y el menor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Las posibles complicaciones serían: riesgos achacables a la intervención y a la anestesia: sangrado, infecciones, cicatrices, lesión irreversible del pene e incluso se han descrito casos de muerte.

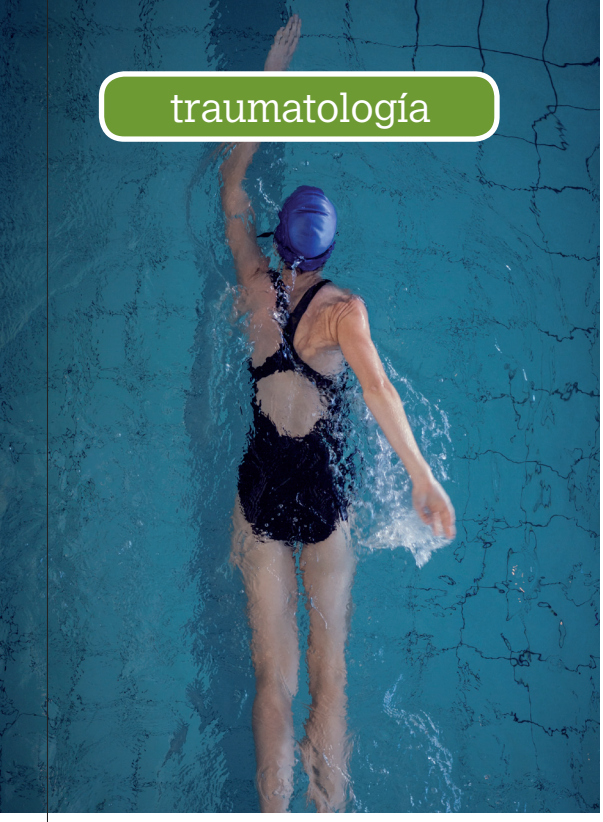
Junto a todo existen dos temas muy debatidos: que el prepucio protege al glande del poder irritante de la orina en los recién nacidos y existe la opinión de que la circuncisión hace perder sensibilidad en el glande y eso disminuiría el placer sexual.

Conclusiones

La circuncisión rutinaria en neonatos por motivos culturales o religiosos es un asunto novedoso en el sistema sanitario español.

Su debatida justificación médica junto a los potenciales peligros hace necesario plantearse las razones para sostener su realización como serían, el respeto para la práctica religiosa y cultural de los que lo solicitan y por otra evaluar los motivos paro no practicarla, como el respeto para la integridad física del niño y al que no se puede pedir su opinión al respecto.

(Ver Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)



Cómo practicar deporte sin riesgos

Dr. Rubén Goñi Robledo. *FEA Traumatología y ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra*
Dra. Marta Aguado Sevilla. *MIR Anestesiología y reanimación. ComplejoHospitalario de Navarra*

Es la nuestra una sociedad cada vez más activa y con mayor esperanza de vida. A esto debemos sumarle que en los últimos años se ha producido un aumento exponencial de la práctica de deporte a todos los niveles y en todos los grupos de edad. Es raro no encontrar cada fin de semana pruebas populares a las que apuntarse, o bien anuncios televisivos que hablan de participaciones maratonianas para tal o cual causa benéfica.

Paralelamente no podemos olvidar la enorme incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en nuestro medio, que siguen siendo la primera causa de morbimortalidad en la población general, sustentadas por factores de riesgo como son el tabaquismo, la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes mellitus.
Por dar algunos datos alarmantes como ejemplo podemos decir que según el estudio ENRICA el 33% de la población española es hipertensa y un 7% de la población general mayor de 18 años es diabética. Dicho estudio también concluye que la prevalencia de sobrepeso es del 39% y la de obesidad del 23% por lo que un 62% de la población española de más de 18 años tiene exceso de peso.
El riesgo cardiometabólico es por ello polifacético y modificable. Y un gran frente de actuación es la modificación del estilo de vida y el ejercicio físico.

Estilo de vida y ejercicio físico

La implementación de un estilo de vida saludable que incluya una dieta equilibrada y ejercicio físico regular, junto con evitar el tabaco, pueden reducir entre un 5 y un 10% el peso corporal, lo cual se acompaña de una reducción de un 30% de la grasa visceral.
Por otra parte, hay que hacer una clara diferenciación entre deporte de mantenimiento y deporte de competición. El deporte de mantenimiento es en el que nos centraremos en este artículo, ya que el deporte a nivel de competición requiere de una estricta supervisión médica y fisioterapéutica, una federación en el deporte correspondiente y muchas horas diarias o semanales de entrenamiento. No nos interesa prepararnos para competir en un triatlón de larga distancia sino utilizar el ejercicio físico como una medida de protección cardiovascular y mantenimiento físico.
Es muy importante hacer un programa de ejercicios gradual y progresivo.

Las recomendaciones de actividad física para la población adulta a nivel internacional se compone de cinco elementos clave:

1. Actividad aeróbica:
- un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad física moderada, o
- un mínimo de 75 minutos a la semana de actividad vigorosa, o
- una combinación equivalente de actividad vigorosa y moderada.
- La actividad se realizará en bloques de una duración mínima de 10 minutos. Para mayor beneficio se puede aumentar hasta 300 minutos de moderada o 150 minutos de vigorosa a la semana, o una combinación equivalente de ambas.

2. Ejercicios de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares al menos dos días a la semana.

3. Series de ejercicios de flexiblidad dos veces a la semana, con el fin de mantener la amplitud de movilidad articular.

4. Las personas de mayor edad con dificultades de movilidad deben realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio y evitar las caídas al menos 3 días a la semana. Deben mantenerse activos hasta ¨donde les sea posible¨.

5. Reducir el sedentarismo:
- Reducir el tiempo frente a la televisión u otras pantallas.
- Cambiar una parte del recorrido en coche o transporte público por caminar o bicicleta.
- Evitar estar sentado durante mucho tiempo. Levantarse cada 1 ó 2 horas, dando un paseo o haciendo una breve sesión de estiramientos.

Por actividad física **moderada** podemos entender:
- Caminar a un ritmo superior al ritmo normal.
- Bicicleta estática a un ritmo cómodo o bien bicicleta de ruta o paseo en llano, a un ritmo sin fatiga.
- Ejercicio de piscina tipo aquagym, aquaeróbic o natación a un ritmo cómodo, en estilo libre (crol), braza o espalda.
- Actividad de gimnasio o tipo fitness de

manera cómoda, con peso y repeticiones que no supongan fatiga o incremento importante de la frecuencia cardíaca.

Por actividad **vigorosa** podemos entender:

- Footing o running a ritmo intenso.
- Bicicleta estática con ritmo importante, a más de 20 km/h o bien bicicleta de ruta o BTT a un ritmo similar con irregularidades del terreno.
- Ejercicio de piscina en estilo libre (crol) que suponga un ritmo importante.
- Actividad de fitness, aeróbic, step o actividades de gimnasio que nos mantengan en un ritmo cardíaco alto, dentro de unos rangos controlados y aceptables acorde a la edad del sujeto.

Recomendaciones médicas importantes

De manera muy general podemos dividir a los practicantes de deporte en dos categorías: los mayores de 35 años, y los menores de esta edad, así **"los malos hábitos se aplican a gente mayor, y los factores predisponentes propios, se aplican a la gente joven"**. Aparte de todo lo mencionado anteriormente, tenemos que tener en cuenta unas pautas básicas desde el punto de vista médico a la hora de comenzar a hacer ejercicio físico:

1. **Consultar a expertos:** es importante ponerse en manos de un profesional si se va a realizar ejercicio de manera continuada. Lo ideal sería que nos realizaran una historia clínica y una exploración física completa donde se detallen los antecedentes médicos familiares y personales, talla, peso, índice de masa corporal, tensión arterial, constantes basales, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, una auscultación y un electrocardiograma. Muchos clubs deportivos y gimnasios ponen a disposición de sus usuarios este tipo de atención o bien se puede realizar de forma privada. La prueba de esfuerzo suele estar indicada si hay factores de riesgo o bien si se es mayor de 45 años en el caso del varón o 55 en el caso de la mujer, o bien en deportistas profesionales o de muy alto nivel.
2. **Calentamiento previo:** es muy importante preparar los músculos para la actividad que se va a realizar. Deberíamos dedicar 5-10 minutos antes y hacer pequeños estiramientos, movimientos repetitivos o inicio gradual de la actividad.
3. **Alimentación sana y equilibrada:** alimentarse acorde a las necesidades nutricionales y energéticas, y al desgaste calórico previsible, es otro punto importante antes de realizar deporte.
4. **Correcta hidratación:** fundamental en el deporte. Antes, durante y después del ejercicio. De hecho, la deshidratación no sólo provoca mareos o vértigos sino que también es una de las causas de los calambres y las lesiones musculares.
5. **Utilizar un equipo deportivo adecuado:** ropa cómoda y adaptada al deporte que se vaya a practicar. En el caso del running, tan en auge actualmente, merece la pena realizar un estudio de la pisada y biomecánica del pie para un calzado correcto si se va a practicar con regularidad. Muchas tiendas ya lo incluyen en su servicio habitual.
6. **Realizar ejercicio de forma progresiva:** aunque el practicar ejercicio es saludable, hay que evitar la práctica excesiva o retomar una actividad deportiva de manera brusca.
7. **Relajar los músculos:** tras un entrenamiento se debe "decelerar" progresivamente, no se debe parar la actividad de manera brusca. Al llegar a casa merece la pena realizar otros 5-10 minutos de estiramiento muscular para acostumbrar a músculos y ligamentos y de paso recuperar una temperatura normal previa a la ducha.
8. **Ante desgarros leves, aplicar frío:** cuando se sufre un desgarro leve, la primera señal es el dolor. Aplicar hielo sobre la zona dolorida durante diez o quince minutos puede aliviarlo.
9. **Cuidado con los excesos:** es importante no continuar haciendo ejercicio si se nota alguna molestia o dolor, ya que podría provocar sobrecargas innecesarias y molestas.

Ojo vago - "A mi hijo no le gustaba llevar el parche. Decidimos realizar terapia visual"

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

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

¿Qué es el ojo vago?

El **ojo vago o ambliopía** es una condición casi imposible de detectar si no es a través de una evaluación visual. Esta condición normalmente hace que los dos ojos no sepan trabajar juntos, y aunque los dos ojos estén abiertos, uno de ellos no se usa, ya que la información no llega correctamente al cerebro.

Muchas veces los problemas visuales pasan desapercibidos, además "los ojos no duelen". La visión implica captar la información visual a través de los ojos, procesarla y obtener en el cerebro el significado de ésta. Si los dos ojos no funcionan correctamente pueden repercutir en la calidad de vida de la persona.

Causas

El ojo vago funcional (es decir sin lesión orgánica) puede deberse a:

- Diferencia de la calidad vista por cada ojo con la consecuente diferencia de graduación entre un ojo y otro.
- Ejes visuales no alineados o estrabismo.

Afectaciones y repercusiones

Cuando hay un ojo vago incluso colocando la mejor graduación, el ojo no ve bien, no procesa correctamente. También es muy importante tener en cuenta que además de una agudeza visual disminuida, presentan otra serie de habilidades visuales disminuidas como la eficacia de los movimientos oculares, la acomodación, la convergencia y divergencia, la visión en profundidad, la percepción visual, la coordinación ojo-mano...

Estas son las habilidades visuales que el óptico- optometrista podrá evaluar en un examen visual completo. También es importante conocer que existe una estrecha relación entre la visión, el aprendizaje y el rendimiento escolar, laboral y deportivo.

Más del 80% de la información que recibe nuestro cerebro lo hace a través de la ruta visual. Por eso, muchas veces nos encontramos un mal rendimiento escolar asociado a esta disfunción.

Tratamiento actual

El tratamiento más habitual y antiguo para tratar este tipo de condición es con un incómodo parche opaco pegado a la cara o la gafa, la oclusión. Sin embargo, los optometristas comportamentales sabemos que esto no hace que los dos ojos aprendan a trabajar juntos, ya que es un proceso cerebral bastante complejo que, si no ha sido aprendido de forma natural, hay que enseñarle. Por ello, algunos optometristas utilizamos otra serie de herramientas como la terapia visual y la fototerapia Syntonic para enseñar a los dos ojos a trabajar juntos.

En nuestra consulta diaria nos encontramos con padres que cuentan que a sus hijos no les gusta llevar el parche, les provoca alergias, inseguridad y baja autoestima ante los comentarios de sus compañeros de clase. Además, es muy incómodo estar más de 3 horas con el ojo que no ve bien...
Con el tratamiento de terapia visual y fototerapia syntonic mejoran su ojo vago y su rendimiento académico de una manera divertida.

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

en un entorno de naturaleza
con unas vistas espectaculares a la Sierra de Leyre

En Yesa.
Viviendas pareadas 3 dormitorios
desde 175.000 €

Amplias parcelas, excelente orientación y vistas.

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

GCH Garbayo Chivite CONSTRUCCIONES

Información y venta:
948 811 554 - 679 986 221
www.garbayochivite.com