medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

www.zonahospitalaria.com añoXI marzoabril2017 nº64

Mujer y Bebé, sueños de vida

SUMARIO

2 Las varices en el embarazo 3 Osteopenia y osteoporosis... 4 Me han recomendado una histerosalpingografía... 6 Los niños y la alergia al polen 7 Las varices son más frecuentes en mujeres 8 ¿Qué podemos hacer si nuestro niño vomita? 9 Las edades de la mujer en la implantología dental 10 La fiebre en los niños 11 Saber envejecer, prevenir la dependencia 12 Parálisis Braquial Obstétrica 13 Tratamiento de varices sin cirugía 14 Screening de mama... 15 Lateralidad infantil 16 Dolor lumbar durante el embarazo 17 La medicina hiperbárica reduce costes... 18 Gripe o catarro durante el embarazo... 20 Prematuridad y disfunción cognitiva... 22 Fiebre hemorrágica Crimea-Congo 24 Fertilidad después del cáncer 25 Alergia primaveral 26 Educación maternal en el Agua 28 Esferodinamia y gestación 29 Mujer y bebé: alimentos en primavera 30 Visión y ordenadores 31 Patologías traumatológicas más frecuentes en la mujer

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.

© 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.*

Las varices en el embarazo

Antes y después del tratamiento

Dr. Gonzalo Villa
Especialista en Cirugía Vascular
Nº Colegiado: 313106416
Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 644 297 726
Centro Médico Urbieta | Urbieta, 58 | 20006 San Sebastián | 943470144 - 644 297 726

El embarazo es un momento en el que las mujeres, sobre todo las que tienen cierta predisposición genética, pueden notar la aparición de varices en las extremidades inferiores o el empeoramiento de las que tenían previamente. En ocasiones también aparecen varices vulvares muy molestas.

Las varices son venas que han dejado de realizar su cometido. Cuando éstas se estropean provocan que la sangre que debería circular hacia arriba, caiga hacia los pies por efecto de la gravedad. Esto provoca un aumento de la presión dentro de la vena (hipertensión venosa) con la correspondiente dilatación de la misma y a la vez una elevada presión en los tejidos que la rodean provocando los síntomas que todos conocemos como son la pesadez, dolor de piernas, cansancio, calambres, picor, piernas inquietas, etc.

Durante el embarazo, debido a los cambios hormonales y al aumento de peso, estas venas varicosas se pueden agravar en los miembros inferiores e incluso en la zona vulvar provocando los síntomas referidos anteriormente.

Estudio con un ecodoppler color

Ante la presencia de varices durante el embarazo es conveniente su estudio mediante una exploración y la realización de un ecodoppler color por parte de un especialista en Angiología y Cirugía Vascular.

En este momento por su puesto no se plantea la posibilidad de eliminar las varices, ni con tratamientos tan poco agresivos como son la fleboesclerosis con microespuma ecoguiada ni con el catéter CLARIVEIN® ni por supuesto con cirugías que resultan muy agresivas.

Lo que sí se recomendará durante esta época tan especial es usar unas medias elásticas de compresión intermedia (Clase II) a ser posible un panty diseñado para embarazadas, realizar ejercicio físico, es necesario pasear, procurar reposo con las extremidades elevadas y en ocasiones tomar medicación para mejorar las molestias que causan las varices, el empleo de ciertos geles o cremas también pueden aliviar la clínica.

En la mayoría de los casos, tras el parto, las varices desaparecerán y dejarán de causar problemas con lo que no se precisará de ningún tipo de tratamiento salvo el preventivo (uso de unas medias, la realización de ejercicio, evitar sobrepeso, etc.).

Si por desgracia las varices persisten se deberá revalorar la situación en la consulta y plantear la eliminación de las mismas. Es en estos casos cuando tenemos que plantear la posibilidad de tener nuevos embarazos aguantando los problemas de las varices o eliminarlas y tener los siguientes embarazos evitando ese inconveniente.

Nosotros sin duda recomendamos la eliminación de las mismas para evitar que en los siguientes embarazos sigan causando problemas.

El mejor tratamiento para conseguirlo es la fleboesclerosis con microespuma asociada o no al empleo del catéter CLARIVEIN®, es un procedimiento muy poco agresivo, muy eficaz, que permite seguir realizando una vida normal (hay que cuidar del bebé) y evitará los problemas causados por las varices en el futuro.

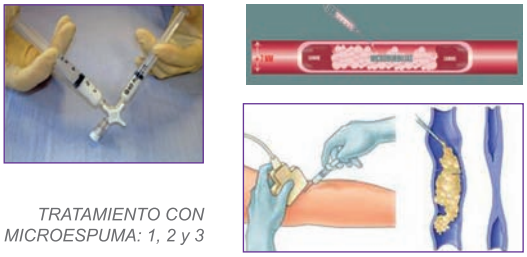
DOCTOR GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

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

Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 644 297 726
Centro Médico Urbieta | Urbieta, 58 | 20006 San Sebastián | 943 470 144 - 644 297 726
doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es

Catéter Clarivein®



TRATAMIENTO CON MICROESPUMA: 1, 2 y 3

OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS: Diagnóstico, Prevención y Tratamiento

Dr. Luis Apesteguía Ciriza
Radiólogo. Director Médico de Clínica Olite20
Nº Colegiado: 3102085

Llamamos Osteoporosis a la disminución de la densidad o consistencia de nuestro sistema óseo que se produce en determinadas circunstancias y está relacionada con la disminución del contenido de calcio en los huesos o con la alteración de su microestructura interna trabecular.

Esta reducción de la consistencia de los huesos condiciona un mayor riesgo de fracturas, que puede producirse con traumatismos de poca entidad e inclusive sin traumatismo ninguno. Por tanto, es de gran importancia conocer y preservar, en la medida de lo posible, la resistencia de nuestro sistema óseo a las fracturas, sobre todo si tenemos en cuenta que la **Osteoporosis** es una enfermedad "silenciosa", es decir que no produce síntomas hasta que se halla en situación muy avanzada o bien ha sido ya causa de fracturas.

La Densitometría ósea es la medida de esta resistencia de los huesos, cuyo parámetro principal es la evaluación de la Densidad Mineral Ósea **(DMO)**.

Pero además, hay un segundo aspecto, también de gran importancia, que es la evaluación de la microarquitectura interna o trabeculación **(TBS).**

El diagnóstico preciso, cierto y cuantitativo de la **Osteoporosis**, únicamente puede obtenerse mediante **Densitometría**. Entre los diferentes sistemas de **Densitometría**, los equipos DXA han demostrado ser los más precisos y fiables.

Una situación intermedia entre la normalidad y la **Osteoporosis** es la llamada **Osteopenia**, en la que los huesos conservan todavía una adecuada resistencia a las fracturas, pero la **DMO o la TBS** se encuentran moderadamente reducidas y/o afectadas.

En cuanto a los huesos que deberán ser evaluados, sin duda la columna vertebral y las caderas (especialmente, los cuellos femorales) son los más importantes, ya que las mediciones detectadas en estas localizaciones son representativas del resto del sistema óseo y además, las fracturas en estos niveles son las más incapacitantes.

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo o predisposición a la **Osteoporosis** se encuentran: los antecedentes familiares de esta enfermedad, la edad (a partir de 45-50 años), el sexo (femenino), la menopausia precoz, tabaquismo, alcohol, algunos fármacos (especialmente, corticosteroides), la diabetes, hiperparatiroidismo, artritis reumatoide, delgadez extrema y otros.

Combinando estos factores de riesgo con los resultados numéricos obtenidos en la **Densitometría**, podemos obtener un tercer parámetro, el llamado **índice FRAX**, que es capaz de predecir el riesgo de fractura a 10 años.

Tratamiento de la Osteoporosis

Las medidas preventivas para evitar la aparición de **Osteopenia y Osteoporosis** incluyen la realización de ejercicio físico regular (si es posible, diariamente y al aire libre) y la instauración de una dieta variada y saludable, que incluya derivados lácteos, frutas y verduras de alto aporte cálcico y mineral.

El tratamiento de la **Osteoporosis** ya instaurada es complejo y a menudo, decepcionante; de ahí la importancia máxima de la prevención. En casos de **Osteoporosis u Osteopenia**, adecuadamente confirmados mediante **Densitometría**, el aporte farmacológico de Calcio y Vitamina D constituyen el primer paso del tratamiento, que en casos más graves debe incluir también medicamentos estimuladores de la formación ósea y/o fármacos inhibidores de la reabsorción. La indicación precisa y el control clínico de estos tratamientos deben ser dirigidos por servicios especializados de Endocrinología o Reumatología.

En **Clínica Olite 20** disponemos de un equipo de Densitometría marca Hologic, modelo Horizon, capaz de realizar todas las mediciones (DMO, TBS y FRAX) propias de la Densitometría moderna. El resultado de la prueba se explica a la (el) paciente de un modo directo y personal, dando oportunidad de comentar todas las dudas que puedan surgir.

OLITE 20
CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
DR. LUIS APESTEGUÍA CIRIZA
Especialista en Radiodiagnóstico
Máster en Patología Mamaria

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
radiología mamaria | mamografía ecografía resonancia magnética
radiología dental | ortopantomografía T. C. dental
densitometría ósea | radiología general | ecografía general
Precios especiales para sanitarios (médicos, ATSs y afiliados al SAE) y para mayores de 70 años.
C/ Olite 20, Bajo | 31004 Pamplona | 948 246 542 | www.olite20. com

Me han recomendado una histerosalpingografía. ¿Qué es y para qué sirve?

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

En el momento actual, son muchas las parejas que están teniendo problemas para conseguir un embarazo de manera espontánea. En el caso de las mujeres, se atribuyen estas dificultades a retrasar el momento de la maternidad, al estilo de vida, a ciertos medicamentos, a problemas hormonales o a problemas del propio aparato reproductor femenino.

Una vez descartados los cuatro primeros factores, a las mujeres se les puede ofrecer realizar un estudio de su aparato reproductor. Además de la ecografía vaginal y/o abdominal, existe una exploración radiológica específica para estudiar dicho aparato, que se denomina histerosalpingografía. Su nombre proviene del griego histero, que significa útero y salpingo, que hace referencia a las trompas de Falopio, puesto que esta técnica nos va a permitir valorar el conducto cervical, el útero y las trompas de Falopio.

¿Cómo se realiza la histerosalpingografía?

La exploración se lleva a cabo en una sala de Radiodiagnóstico, donde la paciente permanece tumbada, con las rodillas dobladas, en una posición lo más similar posible a la que se coloca en el ginecólogo. Está acompañada en todo momento por el médico radiólogo ya que es una exploración dinámica, es decir, se ve en movimiento lo que ocurre con la medicación utilizada. En primer lugar, y con mucho cuidado, se coloca un espéculo desechable similar al que utilizan los ginecólogos, para, a continuación, introducir una minúscula sonda de plástico, indolora, por el orificio del cuello del útero. Una vez colocada, se hincha con suero un pequeño balón que dicha sonda tiene cerca del extremo, para impedir que se salga del cuello del útero. Esta maniobra tampoco es dolorosa, aunque algunas mujeres sí que indican que notan una ligera presión. Posteriormente, el médico radiólogo va introduciendo, a través de dicha sonda un líquido llamado contraste, que va rellenando el útero y las trompas de Falopio, y va realizando diferentes radiografías durante este proceso, para valorar bien los órganos y sus posibles patologías. Este paso puede, en algunas mujeres, desencadenar un ligero dolor abdominal, similar al que presentan en el momento de la ovulación o de la menstruación. La exploración continúa hasta que el contraste pasa al peritoneo a través de las trompas y a la mujer se le retira el material. En muchas ocasiones se realiza posteriormente una nueva radiografía, esta vez similar a una radiografía de abdomen, para comprobar que el contraste se está eliminando de manera adecuada.

¿Y qué se puede encontrar al hacer la prueba que condicione la dificultad de conseguir el embarazo?

Son múltiples las patologías que podemos descartar mediante esta técnica. Las más habituales incluyen:

- Anomalías en la estructura del útero.
- Cicatrices uterinas.
- Pólipos uterinos.
- Tumores uterinos o de trompa.
- Obstrucción de las trompas de Falopio.
- Cicatrices en la zona pélvica por infecciones, cirugías o tratamientos previos.

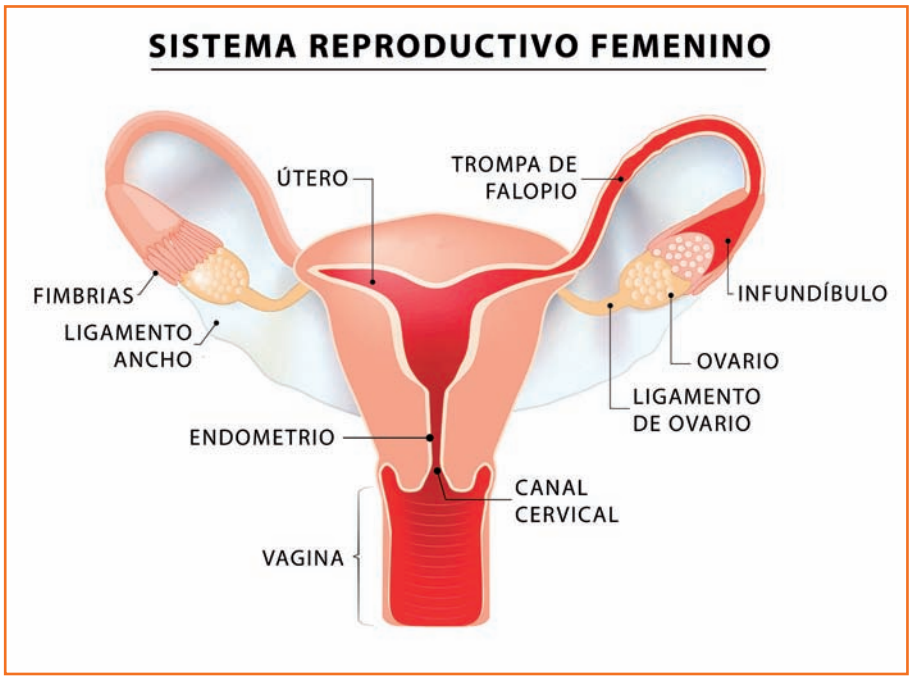
También es posible realizar esta exploración con la intención de confirmar que las trompas están completamente cerradas en pacientes a las que se les ha realizado una ligadura de las mismas.

¿Cuándo se lleva a cabo la exploración?

La indicación de realizar esta prueba la hace el ginecólogo que atiende a la mujer por problemas de fertilidad. Una vez que la paciente tiene hecha la solicitud, se le informa desde el servicio de Radiodiagnóstico, que nos debe avisar telefónicamente del momento en el que tiene su siguiente menstruación, ya que la exploración se realiza unos 7-10 días tras el comienzo de la misma. Esto es un factor clave, puesto que, al realizar la prueba antes de la ovulación de la mujer (generalmente alrededor del día 14 del ciclo menstrual), nos aseguramos de que no esté embarazada y no existe riesgo para el embrión. A pesar de ello, y para asegurar que no existe un embarazo incipiente, se indica a todas las pacientes que, en caso de mantener relaciones sexuales, deben hacerlo siempre con protección.

¿Quién me puede informar acerca de esta técnica?

Generalmente es el ginecólogo que indica la necesidad de efectuar este estudio la persona que informa acerca del mismo. Además de explicar en qué consiste, para qué sirve, qué riesgos tiene y cuáles son las alternativas a la misma, le facilita el documento del consentimiento informado donde la información está plasmada por escrito, para que pueda volver a consultarla antes de la exploración. En cual-



quier caso, las pacientes pueden consultar sus inquietudes o dudas también al médico radiólogo puesto que es el especialista que más conocimientos tiene acerca de la prueba y el que la lleva a cabo.

¿Necesita de alguna preparación especial?

Como muchas de las exploraciones médicas, la paciente debe estar en ayunas las ocho horas previas a la intervención. No obstante, si necesita tomar algún medicamento, puede hacerlo con un pequeño sorbo de agua.

¿Qué complicaciones puede tener la prueba?

Aunque los efectos indeseables no son frecuentes, en ocasiones, a pesar de la adecuada realización pueden aparecer como molestias leves en la zona pélvica y, más raramente, ligeros sangrados o un cuadro febril durante las horas siguientes. En estos casos, se puede tomar un analgésico o antitérmico como el paracetamol. Si no se controlara, es recomendable consultar con un médico para valorar la siguiente actuación. De manera excepcional la introducción del contraste puede dar lugar a una reacción alérgica que puede ser de intensidad variable, que será asistida por el equipo de profesionales de la manera adecuada.

¿Y una vez realizada la prueba, que tipo de vida debo llevar?

La exploración tiene una duración aproximada en torno a los 30 minutos, la mayoría de los cuales se utilizan para la preparación del material. Dicho material es de un solo uso y está estéril, y se desecha tras la realización de la exploración. A excepción de aquel pequeño número de pacientes que puedan presentar alguna pequeña molestia en la zona pélvica, fácilmente corregible con un analgésico, es muy infrecuente otro tipo de molestias, por lo que la mujer puede seguir realizando su actividad habitual de manera completamente normal.

¿Qué alternativas existen a esta prueba?

No hay ninguna otra técnica radiológica que sustituya con ventaja a la histerosalpingografía, aunque en ocasiones pueden realizarse técnicas alternativas a la misma como la ecografía, la resonancia magnética o la histeroscopia. Su médico especialista le puede proporcionar la información acerca de las mismas y aconsejarle acerca de la prueba más adecuada en su caso.

Los niños y la alergia al polen

Claudia Aróstegui Castillo de la Flor y Blanca Martínez-Monreal.
Médicos. Servicio Urgencias Extrahospitalarias
Maite Ruiz Goikoetxea y Berta Martínez Ganuza. *Pediatras. Servicio Urgencias Extrahospitalarias*

Llega la primavera y con ella los síntomas de las alergias a los pólenes. Pero, ¿qué es una alergia?; es una enfermedad en la que nuestro sistema inmunitario reconoce como dañino una sustancia externa produciéndose determinados síntomas característicos.

Los alérgenos que suelen producir alergias son los pólenes, los ácaros y el epitelio de animales y es cada vez es mas frecuente que los niños, desarrollen una sensibilización a uno o varios pólenes.
Dentro de las plantas más alergénicas están las **gramíneas,** cuya concentración de polen es mas alta en los meses de abril a julio; el **olivo**, siendo los meses de más riesgo en mayo y junio y el **ciprés**, cuyo periodo de polinización se extiende de octubre a abril.

Síntomas

Principalmente son síntomas respiratorios y oculares, como estornudos, picor de nariz, mucosidad, lagrimeo, enrojecimiento ocular. La alergia al polen es causa de rinitis, conjuntivitis y asma.

El Tratamiento

Además del tratamiento farmacológico, que suele ser preventivo y el tratamiento de rescate sobre todo para aliviar los síntomas cuando se presenten; existen otras medidas de control ambiental que debemos tener en cuenta:

- **Revisar las previsiones sobre la concentración de polen** en la página web de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica: **www.seaic.es**
- **Evitar actividades al aire libre.** En los días de más alta concentración de polen conviene que el niño no desarrolle actividades al aire libre. Evitar la salida a la calle a primera hora de la mañana y durante el atardecer. Igualmente, los días de mucho viento conllevan más riesgo, pues el polen se desplaza con mucha facilidad. Si el niño tiene que salir fuera y la alergia es muy fuerte, conviene que utilice una mascarilla.
- Permanecer con la ventanas cerradas. **Ventilar la casa a partir de las 21-22 h**, no más de 10 minutos.
- **Viajar en coche con las ventanillas subidas.** Así mismo utilizar un filtro-antipolen para el aire acondicionado.
- Poner al niño **gafas de sol en la calle**, ya que los ojos son los órganos que mas sufren con el polen.
- **Elegir como zona de vacaciones el mar** y evitar las cercanas al campo.
- **Limpiar la casa con aspirador.** No se debe barrer, sino es mejor aspirar diariamente y el polvo es mejor retirarlo con un paño húmedo.
- **Ducharse y lavarse el pelo de noche.** Esto permite librarse del polen que se haya podido quedar en la piel y el pelo.
- **No tender al aire libre.** El polen puede quedarse en la ropa del niño, por lo cual mejor tender dentro de casa o bien utilizar una secadora.
- **No exponerlo al humo del tabaco.** Ningún niño debe estar expuesto al humo del tabaco, pero los niños alérgicos, que tienen más riesgo de sufrir problemas respiratorios incluyendo el asma, por lo que es especialmente importante no exponerlos al humo del tabaco.
- **Vacunas.** Sus objetivos son lograr que el pequeño paciente vaya tolerando el polen al que es alérgico, y evitar que se sensibilice a otros. Su eficacia en la prevención de síntomas asciende hasta el 80 por ciento.

¿Cuándo se debe consultar en un servicio de urgencias?

Fundamentalmente en una **crisis de asma**; que se manifiesta por un episodio agudo de tos, dificultad para respirar y/o ruido en el pecho.
Es importante iniciar el tratamiento en casa, en cuanto se detectan los síntomas, con broncodilatadores. (inhaladores que abren el pecho).
En caso de que el niño tenga dificultad respiratoria importante: respira muy rápido, se le marcan las costillas, respira con el abdomen; esté somnoliento o por el contrario muy irritable; pálido o morado; se debe acudir a un servicio de urgencias.

Centro Maternalia
MATRONAS CONTIGO

- Cursos preparto y gimnasia postparto
- Aquamamis-Gimnasia embarazo
- Masaje infantil, osteopatía craneal
- Consulta matrona
- Fisioterapia
- Gimnasia abdominal hipopresiva
- Nutrición y dietética
- Psicología Perinatal
- Grupo abierto crianza
- Pilates prenatal

Calle Aralar, 39 (esquina Pascual Madoz). 31004 Pamplona | T 662 573 157 - 948 118 585
www.centromaternalia.com | hola@centromaternalia.com

Las varices son más frecuentes en mujeres

Antes y después del tratamiento con catéter Clarivein®

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

Las varices constituyen una dilatación permanente de las venas de las piernas. Su incidencia es elevadísima, de forma que el 30 % de la población tiene algún tipo de variz, y eso que es una patología infradiagnosticada. Aparte de su componente meramente estético, las varices constituyen un auténtico problema de salud, sobre todo cuando está afectado algún tronco venoso principal. Pueden causar síntomas (dolor, pesadez, calambres, etc.), y dar lugar a complicaciones como tromboflebitis, hemorragias, úlceras, etc.

Son mucho más **frecuente en mujeres**, siendo el **embarazo** el principal factor de riesgo adquirido. Otros factores de riesgo son hereditarios, el sedentarismo, obesidad, etc.

Cuando un paciente acude a Consulta por varices hay que ofrecerle un **abordaje integral** de su problema, y un tratamiento que solucione el aspecto estético pero, sobre todo, que corrija el defecto hemodinámico que las produce. La mayor parte de los pacientes con varices de cierto calibre tienen afectación de la vena safena interna, que es el tronco venoso superficial más importante de la pierna; un porcentaje algo menor presenta insuficiencia de la safena externa; y es mucho más rara la incompetencia de la safena anterior, perforantes, pudendas, etc.

En la primera Consulta es obligado realizar un examen físico detallado y también se lleva a cabo una ecografía-doppler en color, que es la prueba que nos indica el estado de los sistemas venosos profundo y superficial. Una vez alcanzado el diagnóstico, se le ofrece al paciente un **tratamiento personalizado** en función de la anatomía de sus varices, su calibre, su distribución, sus síntomas, etc.

Esclerosis con microespuma

La forma no invasiva más eficaz para el tratamiento de las varices de cualquier calibre es la **esclerosis con microespuma**. Consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos afectados, lo cual conduce a su cierre y paulatina desaparición a través de un número variable de sesiones.

Realizada por profesionales con suficiente experiencia ofrece unos resultados excelentes. Además, no precisa anestesia, es un tratamiento ambulatorio por lo que no hay ingreso y, fundamentalmente, no se necesita período de recuperación. El paciente puede incorporarse a sus actividades habituales inmediatamente.

Cuando existe insuficiencia de la safena externa y, sobre todo, de la safena interna, es posible administrar la microespuma de un modo más eficaz y mucho más rápido. Este tratamiento se denomina catéter Clarivein. Se trata de un catéter muy fino que lleva asociado un motor que lo hace girar a gran velocidad. Este catéter se introduce con anestesia local en la vena safena y se sitúa en su desembocadura, lo cual se controla de forma ecoguiada. Combina el efecto químico de la microespuma con el mecánico de la rotación del catéter dentro de la safena, y ello hace que se potencie su efecto. También se trata de una modalidad terapéutica ambulatoria que permite incorporarse a las actividades cotidianas (deporte, trabajo, ocio...), inmediatamente.

Por último decir que, en contra de la opinión generalizada, la esclerosis con microespuma es especialmente eficaz en varices ya de cierto calibre, y de hecho es una alternativa menos agresiva al tratamiento quirúrgico de las mismas. Se podría decir que cualquier variz quirúrgica es posible tratarla mediante esclerosis con microespuma, y muchas varices, que no se pueden operar por su escaso calibre, también son tratables con este método.

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

¿Qué podemos hacer si nuestro niño vomita?

Blanca Martínez-Monreal y Claudia Aróstegui Castillo de la Flor. *Médicos. Sº Urgencias Extrahospitalarias*
Maite Ruiz Goikoetxea y Berta Martínez Ganuza. *Pediatras. Sº Urgencias Extrahospitalarias*

Los vómitos se definen como expulsiones súbitas y violentas del a través de la boca de contenido del aparato digestivo (alimentos, jugo gástrico, bilis). Es un cuadro frecuente en la edad infantil. Sin embargo, hay que diferenciarlo de las regurgitaciones, expulsiones de leche sin esfuerzo que ocurre de manera habitual en lactantes sanos.

¿Y por qué pueden vomitar los niños?

Existen diferentes procesos que con frecuencia se asocian con los vómitos, siendo los cuadros infecciosos los más comúnmente relacionados. La gastroenteritis es el más frecuente (asociando en general alteraciones en la forma o en la frecuencia de las deposiciones). También son frecuentes en los cuadros respiratorios de vías altas (en los que muchas veces se vomita el exceso de moco con el acceso de tos o algo del contenido digestivo tras el esfuerzo tusígeno), en las amigdalitis, las infecciones urinarias, las otitis.. y con menos frecuencia, aunque son procesos más graves, los vómitos se relacionan con la neumonía, la meningitis...

¿Qué puedo hacer en casa antes de llevarlo al médico?

Lo fundamental es evitar la deshidratación y prevenir la hipoglucemia y para ello hay que ofrecerle líquidos (mejor algo azucarados) en cantidades pequeñas a la velocidad de una cucharada pequeña o una jeringa de 5 ml cada 5 minutos y si lo va tolerando se puede ir aumentando la cantidad de líquido durante las siguientes 3 horas. En los niños alimentados a pecho no hay que suprimir la lactancia materna, simplemente habrá que disminuir la cantidad y frecuencia de las tomas. De la misma forma los lactantes deben continuar con la leche de fórmula que tomen de forma habitual.

No es recomendable emplear refrescos comerciales, bebidas para deportistas, ni preparados caseros (limonada alcalina) porque su composición en sales y minerales no se ajusta a las necesidades de los niños. En general tienen exceso de contenido en sodio y según qué preparados comerciales pueden aumentar el número de deposiciones.

Después de comprobar que el niño tolera líquidos durante al menos unas 3 horas se le podrán ofrecer alimentos sólidos suaves como el yogur, el arroz, el pan,el pollo,la patata cocida, el pescado a la plancha ... evitando las especias, los picantes , los azúcares o grasas y siempre en pequeñas cantidades. Recordad que en estas situaciones los niños no tienen mucho apetito y no debemos forzarles a comer porque podríamos inducir el vómito de nuevo. Nos llevará varios días que el ritmo de alimentación del niño se normalice.

¿Qué NO debo hacer?

Es habitual que el niño tenga sed y nos pida agua (el organismo que está perdiendo líquido activa el centro de la sed).Sin embargo no hay que dejar que beba grandes cantidades de líquidos, ya que los vomitaría al momento y el malestar aumentaría

No se recomienda dar medicaciones contra el vómito sin consultar antes con el pediatra.

¿Cuándo no debe retrasar la consulta?

Si comparamos los síntomas de los niños como un semáforo en que si está rojo hay que consultar, si está en ambar hay que vigilar de cerca la evolución y si está en verde podemos comenzar con la pauta descrita anteriormente de hidratación nos puede resultar muy útil reconocer los síntomas que deben preocuparnos.

En VERDE si el niño tiene buen aspecto, está despierto y con ganas de jugar, animado, orinando con normalidad y quiere beber.

En AMBAR: Si el niño está más irritable, algo más apagado, está orinando menos, tiene las manos y los pies calientes, la piel tiene su color normal pero no quiere beber.

En ROJO: En lactantes menores de 3 meses que vomiten más de dos tomas es recomendable acudir para valoración por el pediatra. En caso de que los vómitos sean verdosos, negros, con restos de sangre o posos de café es prioritario llevar al niño al servicio de urgencias así como en caso que el niño vomite continuamente y en casa no se consigue que tolere ningún líquido o le parezca que pueda encontrarse deshidratado porque lo encuentra adormilado, muy decaído, con mucha sed, ojos muy hundidos y orina escasa. Es importante recordar que si los vómitos coinciden con dolor de cabeza o dolor abdominal también habría que explorar al niño para descartar patologías como la apendicitis, la meningitis...

¿Cuál es el tratamiento de los vómitos?

El tratamiento de los vómitos dependerá de su causa. Todos tendrán una primera fase común que consiste en la rehidratación de los niños. Siempre que sea posible esto se hará de forma oral con preparados especialmente diseñados para ello y sólo en situaciones de mayor gravedad el médico puede indicar rehidratación endovenosa, pasando a la vía oral tan pronto como sea posible. Los fármacos antieméticos (que evitan el vómito) empleados en adultos, no se recomiendan en niños debido a sus efectos secundarios.

¿Cuándo puede volver el niño a su vida habitual?

Esto también dependerá de la causa de los vómitos. En general y debido a que la principal causa es una gastroenteritis aguda, se recomiendan 48 horas de aislamiento en el domicilio antes de reincorporarse a sus actividades normales.

Las edades de la mujer en la implantología dental

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Especialista en Cirugía Maxilofacial e Implantología.
Nº Col. 6114-NA
www.clinicabustillo.com

CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
CASTILLO DE MAYA, 45. T 948152878

Salvo excepciones, los implantes dentales solo deben colocarse en los adultos, una vez que la persona ha dejado de crecer y se ha estabilizado por completo el desarrollo de su estructura bucodental. Otra cosa es que antes de esa etapa se hayan perdido piezas dentales por traumatismos o enfermedades, y sea necesario reconstruir la boca para devolver la normalidad al paciente.

Esta norma se aplica tanto a varones como a mujeres. Sin embargo, sí es cierto que la fisiología de la mujer presenta algunas peculiaridades que los especialistas debemos tener en cuenta a la hora de hacer un tratamiento de implantes.
Así, dentro de la edad adulta hay quizá dos momentos importantes en los que un tratamiento de implantología necesita de un enfoque especial.

Periodo de embarazo

El primer momento es la época de fertilidad de las mujeres, y más en concreto, los períodos de embarazo.
En esas circunstancias, el cuerpo femenino experimenta numerosas transformaciones por las que se aconseja reducir al mínimo cualquier tratamiento médico y, más allá, toda intervención quirúrgica. No es que exista una contraindicación estricta, ya que una mujer embarazada en pleno estado de salud puede soportar sin problemas la inserción de implantes.
Sin embargo, pensamos más bien en las posibles consecuencias, que no solo pueden afectarle a ella, sino también al feto. Hablamos de eventuales problemas de rechazo, infecciones que obliguen a utilizar medicamentos, o hemorragias que pueden debilitar aún más a la gestante, más vulnerable.
O, simplemente, consideramos las molestias derivadas de una operación.
Si a cualquier persona le afectan, a una embarazada mucho más, debido a su mayor sensibilidad. Por ello, aconsejamos que se espere a que hayan trascurrido unos meses desde el parto para comenzar con el proceso de implantes. El organismo habrá recuperado su estado anterior y la maternidad llevará seguramente un ritmo más sosegado, lo que no suele ocurrir en las semanas inmediatas al nacimiento del bebé.
Sí hay que señalar que el hecho de llevar ya implantes en el momento de quedarse embarazada no tiene ninguna consecuencia médica. Al margen de que las mujeres padezcan de pequeños trastornos durante la gestación, algunos de ellos vinculados a la salud bucal, las piezas implantadas no generan ningún problema particular. Siempre que, como cualquier paciente, se sigan con rigor las pautas de limpieza y mantenimiento establecidas por el médico.

Menopausia

Otro momento relevante en relación con la implantología sucede al alcanzar la madurez, y sobre todo tras la menopausia. Por una parte, a esa edad, todas las personas mostramos un deterioro evidente en nuestra boca, debido a la pérdida de piezas dentales y al envejecimiento de la piel y de los tejidos.
Es la época en la que los implantes desempeñan un papel importante a la hora de recuperar la funcionalidad y paliar en alguna medida los efectos de la vida larga y de dicha pérdida, como la disminución de la altura facial, la degradación del ángulo labiomentoniano, la profundización de las líneas verticales o el adelgazamiento de los labios.
Como de costumbre recomendamos, en esa situación no hay que dejar pasar el tiempo. La desaparición de la masa ósea, que se produce como efecto de la ausencia de los dientes, se agudiza a partir de la mediana edad. Nuestro organismo pierde paulatinamente su capacidad de regeneración allá donde era posible, con lo que la intervención para reinstaurar las piezas perdidas se vuelve más compleja y más costosa.
Cuanto antes se comience el tratamiento, más posibilidades tendrá el especialista de devolvernos parte de la belleza que el tiempo y las circunstancias vitales nos han arrebatado. Evidentemente, no volveremos a ser jóvenes, pero en lo que respecta a la armonía dentofacial, el tratamiento con implantes nos ayudará a vivir con plenitud durante muchos años.

La fiebre en los niños

Blanca Martínez Monreal y Claudia Arostegui Castillo de la Flor.
Médicos Servicio Urgencias Extrahospitalarias
Maite Ruiz Goikoetexea y Berta Martínez Ganuza.
Pediatras Servicio Urgencias Extrahospitalarias

La fiebre es, sin duda, el motivo principal de consulta infantil. Se trata de un mecanismo de defensa que tiene el organismo cuando detecta a un agente externo (virus, bacteria...), frente al cual comienza a luchar. Por lo tanto no hay que ver a la fiebre como un problema sino como un aliado que está intentando vencer una infección.

¿Qué se considera fiebre?

Se define fiebre a la elevación de la temperatura normal del cuerpo por encima de 38.5º C anal o más de 38º C en la axila. No se ha demostrado científicamente que existan personas "con temperatura baja" y temperaturas inferiores a 38º C no pueden considerarse fiebre.

Y si mi hijo tiene fiebre, ¿qué hago?

En primer lugar se ha de comprobar si el niño tiene fiebre y eso no lo debemos decidir poniendo la mano en la frente de nuestro hijo sino que hay que buscar el termómetro y cuantificarla. Esto nos dará idea de la evolución del proceso, comprobaremos si la fiebre va remitiendo, si hace picos...

Además debemos mantener una temperatura ambiental que sea agradable, ni mucho frío ni mucho calor y quitarle ropa al niño porque si les abrigamos les aumentará más la temperatura con el consiguiente disconfort. Los baños de agua fría y las friegas con alcohol son medidas tradicionales que no reducen la fiebre (solo la camuflan), son muy incómodas para el niño, y además pueden ser perjudiciales por lo que deben evitarse.

Pero, ¿y si no come?

Los niños con fiebre pueden presentar escaso apetito, por lo que es importante no forzarles a comer. No obstante hay que ofrecerles abundantes líquidos, aunque sea de forma fraccionada, para evitar la deshidratación por la fiebre y por el propio sudor que van a producir.

¿Y si le doy el antitérmico y sigue con fiebre?

El mecanismo de acción de los antitérmicos no es inmediato, pueden requerir entre 45-60 minutos en actuar. Es importante que tengamos esto en mente para mantener una actitud sosegada. Como se ha comentado anteriormente, nuestro organismo se está defiendo de la infección y por lo tanto continuará elevando la temperatura; así puede ser que nuestro hijo se encuentre mejor aunque su temperatura no baje de 38º C. Debemos recordar que lo que estamos intentando aliviar es el malestar del niño.

¿Cuándo he de llevarlo a consulta?

En ocasiones en nuestro afán por aliviar el sufrimiento de nuestros hijos y dar una solución al problema lo antes posible acudimos a consulta con el primer pico febril. La fiebre es el primer síntoma de muchos procesos distintos y en la mayoría de las ocasiones es necesario esperar un período prudencial de 24-48 horas para alcanzar un diagnóstico certero. Si el niño tiene fiebre que responde a la medicación y buen estado general, no urge la consulta médica. Esta forma de actuar, evitará la sensación que tenemos de estar "todo el día en el médico" y de que el problema no se resuelva.

Y si voy a ir a la consulta, ¿he de darle antitérmicos?

¡Sin duda! Si el niño se encuentra con fiebre y malestar es mejor darle algo antes de llevarlo a la consulta; de esta forma los profesionales que vayan a examinarlo podrán hacerlo en las mejores condiciones.

¿Qué fármaco le doy?

No existe evidencia científica a favor de uno u otro antitérmico; el ibuprofeno y el paracetamol tienen la misma eficacia teórica en el manejo de la fiebre y el alivio del dolor. La dosis variará en función del peso del niño y no de su edad. Debemos tener en cuenta que el ibuprofeno no está recomendado por debajo de los 6 meses de edad. El paracetamol se puede administrar cada 4-6 horas en función de la dosis y el ibuprofeno cada 6-8 horas.

¿Si tiene fiebre puedo llevarlo a la guardería o colegio?

En general, cuando un niño tiene fiebre lo ideal es que permanezca en casa para que pueda recuperarse, además podría contagiar al resto de compañeros. Se recomiendan al menos 24 horas libres de fiebre antes de reincorporarse a su actividad habitual.

Entonces, ¿cuándo tenemos que llevar al niño a un servicio de urgencias?

Existen una serie de circunstancias en las cuales la consulta por un cuadro febril no admite espera. La primera es la edad, los menores de 3 meses que tienen fiebre deben ser vistos por su médico o un servicio de urgencias.

Esto es así porque tienen un sistema inmune aún inmaduro y la enfermedad que les está provocando la fiebre puede complicarse con mucha facilidad.

El segundo punto a destacar es el estado general. Si el niño se encuentra muy adormilado, decaído o muy irritable, si es la primera vez que ha tenido una convulsión y ésta ha coincidido con fiebre. Las convulsiones son episodios bruscos de pérdida de conocimiento con movimientos anormales, mirada fija....Es importante recordar que la probabilidad de convulsión con un cuadro febril es muy baja.

Si tiene un dolor de cabeza muy intenso y vomita frecuentemente y se aprecian signos de deshidratación (ojos hundidos, lengua seca, orina muy oscura o ausencia de micciones...) también se recomienda la valoración por un profesional sanitario.

Es importante valorar la capacidad del niño para respirar correctamente; si tiene dificultad para respirar (si mueve el abdomen muy rápido y muchas veces, se le marcan las costillas o se hunde el hueco que está encima del esternón) es prioritario consultar.

Finalmente si vemos que nuestros hijos presentan unas lesiones de color rojo en la piel que al presionarlas con el dedo no desaparecen; hay que consultar ya que pueden ser manifestación de trastornos graves que no admiten espera.

Saber envejecer, prevenir la dependencia

Médico Geriatra Lourdes Gorricho
Directora Apartamentos Tutelados de Proginsa
(Colegiado N. 3103757)

Las personas tenemos que aceptar los cambios de la vida y reconocer sin complejos que vivir también es envejecer. Por eso, hemos de saber qué podemos esperar de nuestro proceso de envejecimiento de la forma más realista posible. En la sociedad actual, tan moderna y avanzada, prima por encima de todo ser o aparentar ser joven. Pero no existen soluciones mágicas. A pesar de que continuamente nos ofrecen supuestos milagros, vamos a envejecer, queramos o no. De nosotros depende poder hacerlo en las mejores condiciones de salud y bienestar, para seguir disfrutando de una parte tan importante en nuestra vida. Este y no otro debe ser nuestro objetivo.

LA VEJEZ NO ES UNA ENFERMEDAD

Por tanto, no tenemos que sentirnos enfermos por haber cumplido muchos años. Si alguien le echa la culpa de lo que te pasa a la edad, rebélate. ¡Di que no! es cierto que el envejecimiento nos vuelve más frágiles. Por ello por hemos de hacer todo lo posible para poder vivir el tiempo que nos quede en las mejores condiciones. Y esto sólo es alcanzable si cambiamos nuestros estilos de vida: lo que comemos, la actividad que realizamos, las relaciones que mantenemos con otras personas, lo que hacemos y lo que dejamos de hacer.

CAMBIOS EN NUESTRO CUERPO

Conviene estar atento a los cambios en nuestro cuerpo, que de forma resumida son los siguientes:

El cerebro. Al igual que nuestro cuerpo, el cerebro también cambia. Nuestras reacciones son más lentas. Por ello, debemos compensarlas estimulando el cerebro a través de actividades como estudiar, por el puro placer de saber, sin exámenes.

Aquí os recomiendo instituciones dedicadas a fomentar el conocimiento de personas mayores, generalmente a partir de los 50 años, como la Universidad para Mayores Francisco Yndurain, dependiente de la Fundación Bilaketa, el Aula de la Experiencia de la Universidad Pública de Navarra, el Programa Senior de la Universidad de Navarra, o la iniciativa Ágora Universitaria, promovida desde el IES Plaza de la Cruz.

Os animo a informaros de los numerosos cursos que se imparten. Seguro que alguno os interesa. Y si no es así, resulta muy recomendable leer, hacer crucigramas, recordar la lista de la compra, teléfonos de familiares o amigos, o cualquier otra tarea que ejercite la memoria.

El cuerpo. Con los años, a menudo se aumenta de peso, los músculos se debilitan y perdemos elasticidad. Pero no os abandonéis, con un poco de ejercicio físico y una alimentación sana os sentiréis mucho mejor: mejorará el funcionamiento del corazón, de los pulmones y articulaciones.

Por otro lado, es normal que la piel y el pelo modifiquen su aspecto. Aparecen arrugas y se cae el pelo (a veces un poco y otras mucho). Es conveniente hidratarse bien, beber agua, incluso sin sed. Y utilizar cremas hidratantes, porque a todos nos gusta estar guapos. En esto de envejecer o hay dos personas iguales. Los cambios que vamos percibiendo pueden variar de una persona a otra, pero siempre estamos a tiempo de cambiar y mejorar nuestra forma de vida. Y la manera de conseguirlo es con esfuerzo e implicación. Lo siento por quienes piensan que es algo tan fácil como tomar una pastilla.

PAUTAS PARA CUIDARNOS

Cualquier momento es bueno para empezar a cuidarnos. ¿De qué manera? seguid aprendiendo, aumentad vuestros conocimientos. Disfrutaréis más de la vida y vuestro cerebro lo agradecerá. Haced ejercicio físico, siempre bajo el control de un médico. Sirve desde un paseo por parques, calles o cualquier actividad deportiva adaptada a nuestras capacidades. Con ello ganaremos equilibrio, aumentará nuestra movilidad, prevendremos fracturas, nos sentiremos mejor, seremos más sociables, tendremos mejores defensas y también mejoraremos nuestra memoria. Si elegimos el paseo será diariamente de 30 minutos a 1 hora. Comenzaremos despacio e iremos aumentando poco a poco la intensidad. Usaremos ropa y calzado cómodos. Participad en proyectos, practicad cualquier actividad, lo que prefiráis: cantar, pintar, escribir... Y es muy importante relacionarse, no estar solo.

¿Has dejado de fumar?, entonces no te preocupes y en cuanto a la alimentación, vigilad lo que coméis. Debemos seguir unos correctos hábitos que nos ayudarán a mantener nuestra salud y prevenir la aparición de enfermedades, e incluso a controlarlas. La alimentación ha de ser rica en frutas, verduras y legumbres. Más pescado que carne y escasa en grasas. Resulta más efectivo hacer cinco comidas pequeñas al día y no olvidarnos de beber agua. También sirven los zumos naturales e infusiones. Por el contrario, conviene evitar los refrescos azucarados. A la vez, no realicéis dietas por vuestra cuenta.

Empezad ahora mismo, este es el momento.

Parálisis Braquial Obstétrica

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

La parálisis braquial obstétrica (PBO) se caracteriza por la pérdida de movilidad y/o sensibilidad del miembro superior motivada por una lesión mecánica del plexo braquial. Se produce por un traumatismo durante el parto, generalmente asociada a partos complicados. Presenta una incidencia de 1-2 cada 1000 nacimientos aunque en la actualidad está disminuyendo debido a una mejora de las técnicas obstétricas. La mayoría de los bebés se recuperan completamente o casi completamente.

¿Cómo se produce?

En un parto con presentación cefálica, se produce la salida de la cabeza del bebé al exterior a través del canal del parto. En algunas ocasiones, puede suceder una distocia de hombros (fallo en la salida del tronco fetal, que precisa maniobras obstétricas adicionales para la extracción de los hombros fetales, durante el parto vaginal). En este momento una tracción excesiva o incorrecta, puede provocar la lesión a nivel de los nervios periféricos. En los partos con presentación de nalgas queda atrapada la cabeza tras la salida del tronco y el cuello pudiendo ser provocado igualmente el traumatismo.

Factores de riesgo

Existen una serie de circunstancias que pueden aumentar el riesgo de una PBO como son:

- **Factores maternos:** Obesidad, diabetes materna o gestacional, contractura de los músculos pélvicos...
- **Factores fetales:** Presentación podálica, fetos macrosómicos...
- **Factores obstétricos:** parto instrumentado, parto prolongado, distocia de hombros...

Clínica

Los síntomas y el pronóstico de la lesión dependen de las raíces nerviosas y del número de éstas afectadas, así como, de la gravedad del traumatismo. Se puede observar la falta de movimiento en el miembro superior, ausencia del reflejo de Moro, y una disminución de agarre del lado afecto.

La PBO puede presentarse con lesiones asociadas como son la fractura de clavícula. En estos casos, hemos de diferenciar la PBO de una pseudoparálisis producida por el dolor secundario a la fractura, donde la falta de movimiento no es debida a daño en los nervios. Es posible la presencia de fractura humeral, fracturas costales, cefalohematoma, parálisis facial, luxación de cadera, síndrome de Horner, torticolis y la lesión del nervio frénico.

Podemos hacer diversas clasificaciones:

▶**Según el nivel funcional:** Post-ganglionar y Pre-ganglionar.

▶**Según las raíces del plexo braquial afectadas:**

- Duchenne-Erb. Es la más frecuente, normalmente por la lesión de C5-C6 (ocasionalmente también puede afectarse C7). La posición típica es hombro en aducción, rotación interna con extensión de codo y flexión de muñecas y dedos. Las manos y los dedos conservan el movimiento.
- Dejerine-Klumpke. Es poco frecuente. Se produce lesión de C7-C8-T1. Adoptan una flexo-supinación del codo con extensión de muñeca y dedos en garra.
- Completa. Afectación completa de la extremidad afecta con atonía e inmovilidad. Lesión de C5-C6-C7-C8-T1.

▶**Según la intensidad:**

- Neuropraxia. Distensión del nervio que produce una interrupción temporal de la conducción del mismo.
- Axonotmesis. Rotura del nervio manteniendo íntegra la vaina. Puede existir recuperación espontánea del nervio.
- Neurotmesis. Se produce la rotura completa del nervio y la vaina lo que imposibilita la recuperación espontánea.

Tratamiento

Inicialmente se optará por un tratamiento conservador que incluirá técnicas de tratamiento no invasivas como la fisioterapia, el uso de férulas o el uso de la toxina botulínica. Es en el ámbito de la fisioterapia donde se disponen de diferentes técnicas con las que abordar la lesión como son las movilizaciones pasivas, electro estimulación, masaje terapéutico, terapia acuática, terapia de Votja, terapia de Bobath, etc.

En el caso de no evidenciarse recuperación se recurre si existe indicación médica, al tratamiento quirúrgico.

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

Tratamiento de varices sin cirugía

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

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

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

Durante más de 13 años nuestro equipo ha tratado casi 3000 pacientes con varices (muchos de ellos mayores de 75 e incluso 80 años) 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 vasculares"). 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 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

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

Screening de mama. Nuevos avances tecnológicos y conceptos básicos

David Ibáñez Muñoz y Nerea Yanguas Barea
FEA Radiodiagnóstico. Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Reina Sofía. Tudela
Ruth Agueda Rubio Cavero. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Casetas*

Las técnicas de screening diagnóstico buscan detectar patologías con alto impacto en la población general cuando aún no se han manifestado clínicamente en orden de reducir la mortalidad provocada por dichas entidades. Uno de los fundamentales es el screening de mama por razones obvias.

El uso de la mamografía disminuye la mortalidad por cáncer de mama hasta en un 30% para el grupo de mujeres entre los 50-69 años, señalada por varias publicaciones y la Agencia Internacional de Investigación contra el Cáncer, aunque algunos autores dudan de estos resultados. La reducción de mortalidad también se ha detectado en los grupos de 40-49 años y de 70-74 años pero con menor evidencia. La Sociedad Europea de Imagen Mamaria (EUSOBI) recomienda el screening bianual para mujeres entre 50-69 años; como segunda prioridad, extenderlo también bianual a las mujeres de 73-75 años y como tercera prioridad una exploración anual en mujeres de 40-45 a 49 años (por la mayor densidad mamaria y crecimientos más rápidos de los tumores), según las posibilidades de cada región y país. Por encima de los 75 años no hay consenso si bien se sugiere continuar con él mientras la paciente no presente una patología que reduzca sus esperanzas de vida.
El riesgo estimado de cáncer de mama inducido por la radiación para mamografía, basados los cálculos en distintos modelos, se ha calculado en 1/100000 mujeres a las que se les realiza screening. Ese riesgo es al menos 100 veces menor que la probabilidad de evitar una muerte por cáncer de mama por lo que los beneficios de dicha técnica parecen demostrados.

Mamografía y ecografía

A muchas pacientes les resulta extraño realizar dos técnicas, mamografía y ecografía, juntas en el manejo diagnóstico de la patología mamaria si bien hay que recordar que los hallazgos entre ambas son complementarios siendo necesario su uso conjunto sobre todo en mamas densas.
El factor que mayor influencia tiene sobre la sensibilidad de la mamografía es la densidad mamaria, es decir, la cantidad de tejido mamario que hace una imagen más o menos clara. Es por ello que se han buscado nuevas técnicas diagnósticas que ayuden en su diagnóstico.
La aplicación de la mamografía digital en vez de las placas de radiografías antiguas, ha supuesto una mejora en pacientes pre y perimenopáusicas con mamas densas, pero la sensibilidad sigue siendo baja (59%). Por esta baja sensibilidad se empujó a la búsqueda de nuevas técnicas de diagnóstico. La ecografía ha demostrado buenos resultados en mamas densas pero su papel en screening es limitado. Por ello ha surgido la tomosíntesis.
La tomosíntesis, también se denomina mamografía tridimensional es uno de los avances más reciente. Se basa en la adquisición de imágenes bidimensionales de baja dosis de radiación, con la mama comprimida, en múltiples ángulos mediante el barrido del tubo de rayos X en un arco prefijado, permitiendo reconstrucción cuasitridimensional de la mama en cortes de 1mm de grosor paralelos al detector. Por decirlo coloquialmente sería el scanner de la mama. Parece que favorece la detección de distorsiones provocadas por un cáncer sobre todo en pacientes con mamas densas pero estudios con elevado número de pacientes y mayor experiencia son necesarios.
La EUSOBI en sus últimas recomendaciones también establece indicado el uso de resonancia magnética (RM) de screening en mujeres con alto riesgo de cáncer de mama (riesgo mayor o igual al 20%) según sus antecedentes familiares.
Por último, una de las técnicas más recientes en estudio es la mamografía con contraste y la realización de estudio espectral, similar al que se realiza en la resonancia magnética mamaria, basada en la angiogénesis tumoral. Basados en los primeros resultados obtenidos comparando la mamografía con contraste frente a la RM con contraste se considera a la primera una alternativa en casos de contraindicación de la segunda o no disponibilidad de RM.

Lateralidad infantil

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

óptica unyvisión
AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • 948 178 188

Los niños deben construir bien la lateralidad para poder tener referencias espaciales y temporales adecuadas, sin referencias es difícil que el niño se organice y tendrá más dificultad en el aprendizaje.

Ser diestro o zurdo no es un capricho o una consecuencia del azar. La lateralidad se manifiesta debido a la evolución del sistema nervioso, el cerebro es el que realmente ve, oye, interpreta..., los ojos, los oídos, las manos... recogen la información y la envían al cerebro para ser procesada.

Gracias a la lateralidad nos orientamos en el espacio y el tiempo, entendemos los códigos escritos como las letras o los números, memorizamos secuencias, como las tablas de multiplicar, los días de la semana, meses...

La lateralidad se comienza a definir entre los tres y cinco años, es una consecuencia de la distribución de funciones entre ambos hemisferios cerebrales.

Tenemos dos hemisferios cerebrales con una cierta especialización:

- El hemisferio izquierdo es el controlador del lenguaje y del procesamiento secuencial. Este hemisferio controla el lado derecho del cuerpo.
- El hemisferio derecho trabaja con imágenes visuales.

Es el encargado del control motor del lado izquierdo del cuerpo.

Los dos hemisferios participan en el análisis de la información.

Para llegar a una adecuada lateralidad es importante el desarrollo psicomotriz del niño, para desarrollar el cerebro y sintetizar la mielina que establece las conexiones entre nuestro cerebro y el cuerpo. En el desarrollo psicomotriz es importante conseguir una buena simetría, el niño ha de madurar todas las etapas del desarrollo motor: reptado, gateo, bipedestación y adquisición de un patrón contralateral (brazo derecho-pierna izquierda y viceversa) al caminar y correr que le permita integrar los dos hemisferios cerebrales, desarrollar sus conexiones y la correspondiente lateralidad.

La lateralidad se establece en varias fases:

- De 0 a 18 meses el niño no presenta dominancia lateral.
- De 18 a 24 meses inicia la tendencia hacia un lado del cuerpo.
- De los 2 a 5 años define la lateralidad.
- A los 6 años debe estar completada la lateralidad con un cuerpo calloso que relacione bien los dos hemisferios cerebrales.

¿Qué es el predominio visual?

De la misma forma que una de las manos es la dominante, uno de los ojos contribuye más a la percepción visual y por lo tanto a las tareas de lectura y escritura.

¿Tienen los zurdos más problemas de aprendizaje?

En la década de los setenta se hicieron estudios en poblaciones escolares que permitieron descartar la relación entre los problemas de aprendizaje y la lateralidad zurda. Un zurdo bien lateralizado y organizado no tiene porqué tener problemas de aprendizaje .

Si el niño es zurdo, tiene que ocupar un lugar en la mesa que le permita manejar adecuadamente su mano izquierda y no impida la visión del lado izquierdo de su campo visual. Si el niño es diestro, deberemos hacer lo mismo con el lado contrario.

Es importante que el niño zurdo tenga acceso a instrumentos adaptados para ellos, como el sacapuntas, las tijeras..., permitiendo que saquen el máximo partido a su mano izquierda y ojo izquierdo, que son los dominantes, para que puedan colocar su cuerpo en la posición más ergonómica.

Síntomas de desorganizacion lateral y visual

- Confusión de derecha e izquierda.
- Inversiones gráficas de letras, números, sílabas...
- Dificultad en la concepción del tiempo (pasado, presente, futuro).
- Inseguridad.
- Procesamiento lento.
- Dificultad en la lecto-escritura, cálculo, conceptos de unidades, decenas..., memorización de secuencias.

Consejos para un adecuado desarrollo de la lateralidad

- Es muy importante el desarrollo psicomotriz del niño.
- Realizar trabajos dirigidos al reconocimiento de la derecha, de la izquierda y del resto de códigos espaciales.
- Desarrollo completo de la pinza escribana de los dedos pulgar e índice.
- Juegos que entrenen la coordinación óculo-manual y óculo-podal.
- En las tareas de preescritura vigilar la direccionalidad espacial, que ha de ser la direccionalidad espacial diestra, es decir de izquierda a derecha y de arriba a abajo.

Los optometristas evaluamos el predominio visual en la exploración de la lateralidad y realizamos tratamientos para mejorar la organización lateral y visual.

Dolor lumbar durante el embarazo

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

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

Aproximadamente un 60% de las mujeres sufren dolor lumbar y lumbosacro durante el embarazo, la causa no es muy conocida y se han establecido diversas hipótesis.

Por un lado existe un aumento de las sobrecargas mecánicas, que se traduce en un incremento de las fuerzas de flexión, lo que conlleva a un enderezamiento anormal de la columna lumbar y encaminada a compensar el peso del útero grávido. Esto deriva en que se producen alteraciones en las estructuras de soporte de la columna y el abdomen que desencadenan los dolores de la zona implicada.

Otra posible causa se debe a la compresión directa del útero grávido sobre las raíces nerviosas de la zona lumbar. Lo que produce la aparición de una sensación de hormigueo o adormecimiento así como dolor irradiado hacia las piernas; los cambios hormonales propios del embarazo, pueden producir alteraciones de la elasticidad articular, lo que se manifiesta como otra de las causas del dolor lumbar.

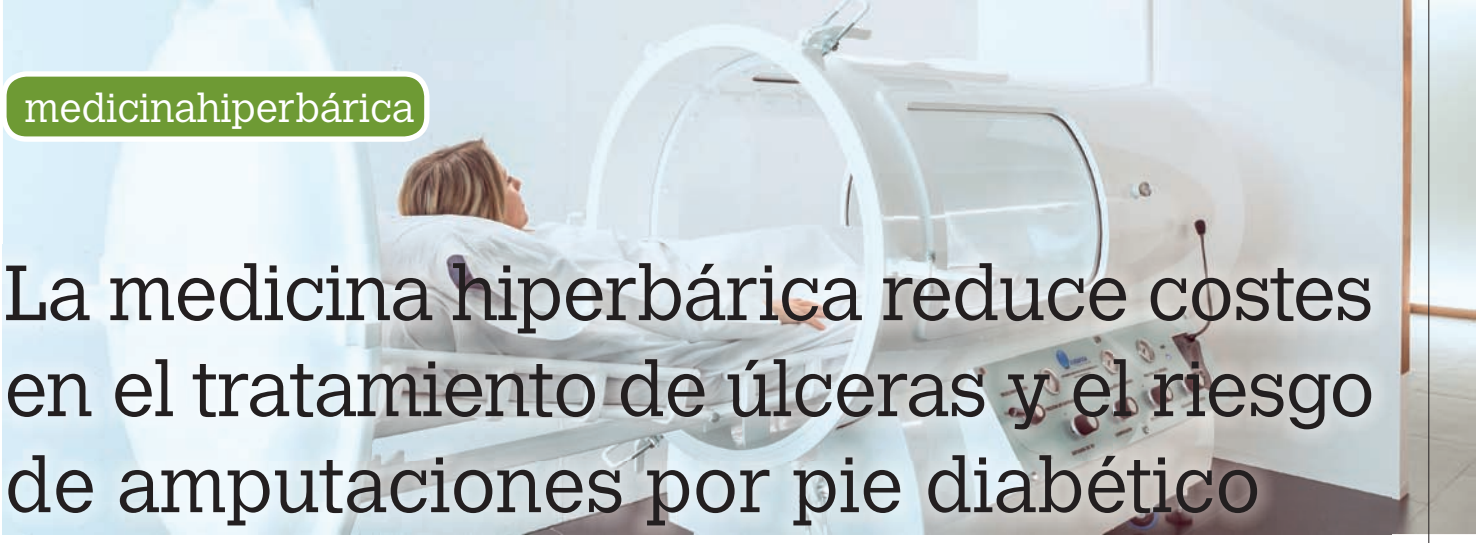
No parece haber relación entre el número de embarazos y el dolor lumbar, y en general las mujeres embarazadas de gemelos tienen menos dolor. Aunque esto último puede ser debido a que se les recomienda más reposo. También es cierto que el dolor suele aumentar conforme transcurre el embarazo, siendo más frecuente e intenso hacia el 7ª mes y en más de la mitad de las pacientes el dolor desaparece o disminuye de forma significativa después del parto.

Limitar los estudios radiológicos

En un estudio realizado en nuestra Comunidad Foral comprobábamos como las mujeres que previamente al embarazo habían sido diagnosticadas de patología lumbar, tenían curiosamente menos posibilidad de tener problemas de dolor lumbar durante el embarazo. Los estudios radiológicos en este grupo de pacientes deberían estar limitados al mínimo. En este sentido la Resonancia Magnética puede ser el medio de diagnóstico de elección, aunque de forma puntual y estrictamente indicado. En cualquier caso siempre realizándose sin contraste ya que éste pasa la barrera placentaria pudiendo afectar al feto.

En cuanto al tratamiento médico, éste debe estar enfocado únicamente a aquellas mujeres con dolor severo, debiéndose utilizar aquellos medicamentos con una vida baja y en la menor dosis posible. Generalmente el paracetamol es el medicamento aconsejado durante el embarazo. Además el uso de fajas y/o cintas pueden producir cierta mejoría así como el reposo.

En cualquier caso, como en muchas patologías, la prevención ocupa un lugar destacado. Ésta irá enfocada a disminuir las cargas mecánicas de la zona lumbar, principalmente en pacientes con antecedentes previos de dolor de espalda, adoptar posturas adecuadas en el trabajo y en las actividades diarias así como la realización de ejercicios encaminados a potenciar la musculatura de la zona implicada, abdomen y suelo pélvico. Finalmente recordar que un buen estado físico disminuye la incidencia de problemas lumbares relacionados con el embarazo.



La medicina hiperbárica reduce costes en el tratamiento de úlceras y el riesgo de amputaciones por pie diabético

> La diabetes es la primera causa de amputaciones no traumáticas en los países desarrollados.

> La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) permite acelerar el proceso de cicatrización de úlceras y heridas.

¿Qué repercusión y alcance tiene la diabetes?

La medicina hiperbárica, terapia basada en la aplicación de oxígeno a alta presión, permite reducir el riesgo de amputaciones por pie diabético al acelerar el proceso de cicatrización de úlceras y heridas. Así lo afirman los expertos reunidos en la I Conferencia de aplicación Clínica de la Medicina hiperbárica que tuvo lugar el pasado mes de febrero en las instalaciones de Oxien y que contaba con la presencia de la Dra. Eva Sanz, Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH).

La diabetes es la primera causa de amputaciones no traumáticas en países desarrollados. Además, se estima que la mitad de las amputaciones de miembros inferiores en todo el mundo se deben a esta enfermedad, según datos de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEV).

¿En qué consiste el pie diabético?

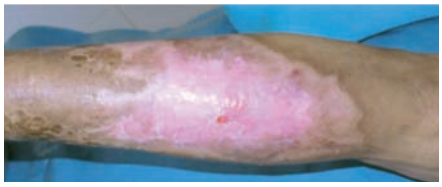
El pie diabético es una alteración de origen principalmente neuropático inducida por la hiperglucemia, que supone "un importante problema de salud, con gran impacto social, sanitario y económico, que altera la calidad de vida y puede derivar en una amputación", señalaba el Dr. Felipe Lucena, Medicina Interna en la Clínica Universidad de Navarra y miembro del Comité Científico Asesor de Oxien.

Es por tanto, añade, "un motivo frecuente de consulta en los centros sanitarios al ser un tipo de heridas muy recurrentes".

El aumento de la glucosa en sangre "provoca un estrechamiento de los vasos sanguíneos que repercute en la circulación de la sangre y en la llegada de oxígeno y nutrientes a los tejidos del pie, favoreciendo la aparición de úlceras o heridas con poca tendencia a la cicatrización", indicaba el Dr. Lucena.

Por todo esto, "una buena alternativa para estos pacientes y complementaria a su tratamiento es la medicina hiperbárica ya que, al mejorar y acelerar la cicatrización gracias al incremento de oxígeno, permite reducir el número de consultas, curas y costes, y disminuir las amputaciones", afirmaba durante la ponencia el Dr. Jorge Luna, Médico Hiperbárico de Oxien.

Úlcera diabética compleja en paciente



Tras 30 sesiones y curaciones tópicas. Alta del paciente

¿Ayuda el oxígeno hiperbárico para cicatrizar heridas?

Una investigación reciente publicada en Undersea & Hyperbaric Medicine confirma el efecto positivo de la terapia con oxígeno hiperbárico en el proceso de curación de una úlcera diabética. "La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) aumenta de manera notable la cantidad de oxígeno disuelto en el plasma, lo que permite recuperar la función celular de los tejidos dañados, controla la infección y acelerar el proceso de cicatrización, lo que reduce el riesgo de amputación", apuntaba la Dra. Eva Sanz, presidenta del SEMH.

Gripe o catarro durante el embarazo ¿qué hacer?

Vanessa López Rodríguez. *Neumología. Clínica San Miguel. Pamplona*
Susana Clemos Matamoros. *F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela*

La mujer embarazada presenta cambios fisiológicos y en el sistema inmunológico durante la gestación, algunos de los cuales afectan al sistema respiratorio. Esto puede hacer que en esta etapa sea más vulnerable a todos los gérmenes que causan las infecciones respiratorias.

Estas enfermedades a pesar de no presentarse con mucha frecuencia, cuando lo hacen es necesario tener en cuenta algunos aspectos importantes para el tratamiento, sobre todo por el hecho de que hay algunos fármacos que no deben usarse durante este período. Además, también se debe tener en cuenta que hay algunas mujeres que ya padecen de patologías respiratorias antes de la gestación, mientras que hay otras que las adquieren durante el embarazo.

¿Cuáles son los síntomas típicos?

Es muy importante saber identificar los síntomas. En el caso del **catarro** los primeros síntomas son paulatinos: Dolor de garganta, Tos, Congestión nasal, Dolor de cabeza, Febrícula (temperatura menor de 38ºC).
El cuadro suele desaparecer más o menos en una semana.
En el caso de la **gripe**, los síntomas se presentan de una manera más rápida y en apenas unas horas el malestar general es evidente: Dolor de cabeza, Dolores musculares, Fiebre de más de 38ºC (generalmente temperatura 39º-40ºC).
El cuadro puede durar cuatro o cinco días.

¿Pueden afectar al feto?

Si te toca pasar un catarro o una gripe durante el embarazo, a pesar de lo mal que te sientes, no afectará a tu bebé, la gripe no se transmite al feto, es un virus que se queda en el epitelio respiratorio de la madre.
Sin embargo, ten cuidado con algunas molestias: lo que ocurre es que algunos de los síntomas que acompañan a estos cuadros sí podrían afectar en alguna medida al feto, aunque sea de manera indirecta, como es el caso de la temperatura alta. En caso de presentar fiebre elevada deberás ser vista por tu médico.

¿Cómo me puedo proteger del catarro o de la gripe?... Lo mejor es la prevención

Durante el embarazo la mejor medicina es, sin duda, la prevención.
Para evitar el contagio durante estos meses trata de no acudir a lugares muy concurridos, ya que estos virus se propagan por las pequeñas partículas de saliva que se proyectan al hablar o al toser.
Existen varias medidas naturales y seguras que te ayudarán a prevenir:

- Lleva una alimentación sana y equilibrada: frutas, verduras frescas y alimentos ricos en fibra, esto te proporcionará minerales y vitaminas antioxidantes como la vitamina C, que ayuda a luchar contra las infecciones.
- Bebe mucho líquido: el agua y el zumo de frutas te ayudaran a fortalecer tus niveles de vitaminas y minerales.
- Mantenerte activa puede ayudar a mejorar tu circulación y a combatir infecciones potenciales.
- Si fumas, déjalo. No es solo dañino para el bebé, sino que también es perjudicial para tu sistema inmunológico.
- Maximiza las normas de higiene: lávate las manos habitualmente, usa un foulard para cubrirte la boca, extrema el cuidado cuando utilices objetos comunes, y si alguien cercano muestra algún síntoma de catarro o de gripe, trata de evitarlo.

Medidas y tratamiento que ayudan a la embarazada

Si a pesar de todas las precauciones has cogido un catarro o una gripe, además de tomar paracetamol en las dosis que el médico te haya indicado, puedes hacer varias cosas para combatir los síntomas:
La mejor medida es descansar lo más que puedas y mantenerse hidratada. También puedes seguir estas recomendaciones para aliviar los síntomas (ten en cuenta que estos dependerán de los síntomas que presentes):

- Para el dolor de garganta y la tos, prepara una bebida con agua caliente, miel y limón.
- Si tienes fiebre o malestar general, puedes tomar la dosis recomendada de paracetamol, que se puede consumir durante el embarazo. Para estar más segura, consulta con tu médico para que te indique la dosis y el tiempo adecuado que lo debes tomar.
- Usa suero fisiológico en spray o agua marina nebulizada como descongestionante.

- Bebe mucho líquido, especialmente si tienes fiebre, y así evitarás deshidratarte.
- Si bien al principio no vas a tener ganas de comer, al hacerlo, intenta comer algo nutritivo como verduras y frutas de color verde, naranja y amarillo.

¿Puedo tomar fármacos de venta sin receta para la tos y el catarro?

No es recomendable que compres fármacos sin receta, sin antes consultar con tu médico si son seguros durante el embarazo. Muchos no lo son, ya que contienen sustancias (como codeína, alcohol entre otros) cuyos efectos no han sido probados durante el embarazo y podrían afectar el desarrollo y la salud del bebé. Nunca tomes más de la dosis recomendada, y si es posible, evita tomar cualquier medicamento durante el primer trimestre, cuando tu bebé en desarrollo es más vulnerable.

¿Cuándo debería ir al médico?

Si los síntomas de la gripe o el catarro no mejoran después de una semana, consulta con tu médico. Es probable que padezcas una infección secundaria, como por ejemplo una infección respiratoria de origen bacteriano, que necesitará tratamiento antibiótico.
Recuerda que tu sistema inmunológico no funciona de la misma manera durante el embarazo, es por eso que un catarro puede convertirse en algo más serio. Siempre que tengas alguna preocupación por tu salud, consulta con tu médico o matrona, quienes pueden contestar tus preguntas, por más insignificantes que te parezcan.

Mi médico dice que necesito antibióticos, ¿le podrían hacer daño al bebé?

Hay muchos antibióticos que puedes tomar, ya que son seguros durante el embarazo, pero hay algunos que no deberías tomar. Así que asegúrate de que tu médico sepa que estás embarazada y cuántas semanas tienes, antes de comenzar cualquier tratamiento. Tu medico te prescribirá un medicamento que sea seguro durante el embarazo.
Es importante finalizar todo el tratamiento de antibióticos, para garantizar tu correcta recuperación.

Otras afecciones respiratorias

Son menos comunes, pero también pueden aparecer en el embarazo. Si requieren tomar fármacos, estos deben ser recetados por el médico.
Asma bronquial: Si la sufres de esta enfermedad debes saber que suele empeorar al final del segundo trimestre, o tras un proceso infeccioso de las vías respiratorias altas. Se debe limitar el contacto con alérgenos y otros desencadenantes puedan descompensar la enfermedad. En general puede tratarse sin riesgo para el feto siempre bajo la vigilancia de un médico.

Neumonía: Es provocada frecuentemente por una bacteria (aunque en ocasiones también pueden ser víricas) que afecta al tejido pulmonar. Los síntomas son fiebre alta y expectoración oscura, además de un gran cansancio. El tratamiento dependerá de la gravedad y la evolución de la enfermedad, cada caso requerirá de unas medidas u otras, también se tendrán en cuenta el momento de gestación en que se encuentre, en todo caso se deberá realizar una vigilancia estrecha por parte de su médico.

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS, DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

RUEBER

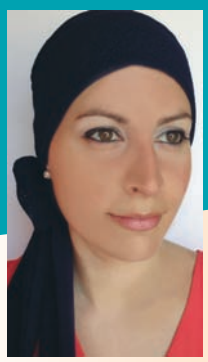


Imagen real de una prótesis capilar **RUEBER**

- 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

Prematuridad y disfunción cognitiva en la adolescencia y la adultez temprana

Javier Díaz Leiva.
Residente de Psicología Clínica (PIR). Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Navarra
Clara Lacunza Juangarcía. *Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental de Ansoáin*

El niño prematuro o pretérmino es aquel que nace antes de la semana 37 de gestación. De acuerdo a estudios publicados en 2013 sobre 19 países europeos, la tasa de prematuros oscilaba entre el 5.5% y el 11.1% del total de nacimientos vivos. En el caso de España, el Instituto Nacional de Estadística y la Sociedad Española de Neonatología sitúan la incidencia en torno al 8%, mientras que la Organización Mundial de la Salud habla del nacimiento pretérmino como la segunda causa de muerte en menores de 5 años en todo el mundo, en especial entre aquellos nacidos con menos de 32 semanas.

Tabla I

CLASIFICACIÓN DEL PRETÉRMINO POR PERÍODO DE GESTACIÓN ALCANZADA	
Pretérmino tardío	34 - 36 semanas y 6 días
Pretérmino moderado	32 - 33 semanas
Muy pretérmino	28 - 31 semanas
Pretérmino extremo	< 28 semanas
CLASIFICACIÓN DEL PRETÉRMINO POR PESO AL NACER	
Bajo peso al nacer	< 2.500 gramos
Muy bajo peso al nacer	< 1.500 gramos
Extremadamente bajo peso al nacer	< 1.000 gramos

Complicaciones neurológicas del prematuro

Los avances médicos de las últimas tres décadas han disminuido significativamente la mortalidad en los niños prematuros pero a costa de incrementar la incidencia de los trastornos del desarrollo asociados a la inmadurez del sistema nervioso o a complicaciones perinatales agudas. Mientras los casos de hemorragia intraventricular grave pueden afectar a más del 10% de los niños muy pretérmino o con muy bajo peso al nacer, la parálisis cerebral afecta al 9% de los nacidos antes de las 32 semanas y al 18% de los que lo hacen antes de la semana 26 (frente al 1-2% de incidencia en niños a término). En la mayoría de los casos, la causa es una leucomalacia periventricular por daño hipóxico y la neuroimagen suele reflejar la existencia de patrones consistentes de reducción en sustancia blanca periventricular y cuerpo calloso. Pese a que los casos más graves con formas quísticas y trastorno espástico motor se asocian a bebés con muy bajo peso al nacer, lo cierto es que se están publicando estudios de seguimiento que indican un riesgo incrementado de desarrollar disfunción cognitiva o alteraciones del comportamiento en edades posteriores, incluso por parte de aquellos pretérmino moderados a tardíos y con un peso superior a los 1.500 gramos. (Ver Tabla I)

Perfil neuropsicológico en adolescentes y adultos nacidos con bajo peso

Dado que parece haber una correlación inversa entre el peso al nacer y la extensión de los daños, muchos niños pueden compensar inicialmente sus déficits durante la etapa preescolar y escolar pero encontrar serias dificultades durante la adolescencia y adultez temprana, cuando las exigencias de su entorno superan su capacidad real para integrar información nueva y adaptarse de manera flexible al medio. De este modo, es frecuente que adolescentes y adultos que tuvieron un nacimiento prematuro refieran dificultades a la hora de activarse y organizarse de manera ágil en el día a día, priorizar tareas y responder adecuadamente en sus trabajos. Según un voluminoso estudio sueco con más de un millón de niños nacidos entre 1987 y 2000, el riesgo de desarrollar un trastorno por déficit de atención/hiperactividad es un 40% superior en los niños nacidos en las semanas 33 y 34 de gestación, y hasta un 60% superior si el nacimiento se produjo entre las semanas 29 y 32. Y lo mismo cabe decir de las dificultades del aprendizaje escolar.

En términos generales, las funciones superiores que se afectan cuando se miden con tests neuropsicológicos estandarizados son:

- La capacidad intelectual, en especial aquellas funciones que componen el cociente intelectual manipulativo;
- La atención en todas sus manifestaciones funcionales dependientes de la tarea (atención sostenida, selectiva, alternante y dividida); y
- Las funciones ejecutivas asociadas a la planificación y la solución de problemas.

Los resultados son siempre inferiores en sujetos nacidos antes de la semana 32 o con un peso inferior a 1.500 gramos. No obstante, estas diferencias se tornan sutiles cuando el desarrollo sensorial y psicomotor que tuvieron de niños tiende a la normalidad. Es decir: si bien las puntuaciones en cociente intelectual (CI) son bajas, lo normal es que no constituyan discapacidad intelectual (puntuaciones CI inferiores a 70 sobre una media poblacional de 100) salvo en los casos con discapacidad sensorial o motora asociada.

Pero que no cometan errores groseros en la ejecución de los tests neuropsicológicos no significa que su funcionamiento personal y social sea el óptimo o el que pudieran haber alcanzado con un historial obstétrico normal. Además de las funciones que acabamos de enumerar, los estudios coinciden en señalar una velocidad de procesamiento reducida en estos sujetos. Las puntuaciones son también inferiores a los controles en memoria verbal, memoria visual, memoria de la vida cotidiana, flexibilidad cognitiva y fluidez verbal semántica.

¿Es posible la rehabilitación funcional y cognitiva del prematuro?

El cerebro infantil dispone, en los dos primeros años de edad, de una reserva neuronal destinada a compensar las lesiones que pudieran generar un impacto disruptivo en el neurodesarrollo. Sabemos que esta característica, a la que denominamos plasticidad neuronal, favorece la adaptación funcional de regiones intactas para restaurar o compensar los daños. Esto justifica el desarrollo de planes de atención temprana para niños prematuros que contribuyan a prevenir secuelas futuras, basados en los siguientes aspectos:

- La intervención directa sobre el niño con planes estructurados de estimulación organizados por módulos (por ejemplo: los módulos de psicomotricidad, atención, lenguaje o creatividad).
- La formación a profesores y educadores para el soporte académico y la intervención en ambientes formales.
- La instrucción a los padres mediante pautas para el manejo conductual en casa.

El modelo de intervención es necesariamente multidisciplinar con la intervención de pediatras, neuropsicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales y profesores, entre otros. El objetivo siempre es reducir la diferencia entre las capacidades que posee el niño y las demandas del entorno y debe regirse por los principios de la jerarquización de tareas, la repetición, la individualización y la generalización a la vida diaria. Los aspectos que se suelen medir para controlar la eficacia de las intervenciones son el nivel cognitivo potencial y alcanzado, el lenguaje, el desarrollo académico y la adaptación social.

En el caso de los adolescentes y adultos, la rehabilitación debe basarse en el principio de compensación de los déficits, pues las opciones de restauración o adquisición de habilidades se reducen mucho fuera de los períodos críticos de aprendizaje. Las ayudas externas apoyadas en las nuevas tecnologías, las adaptaciones ambientales y sociolaborales, la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades metacognitivas deben tener como principio fundamental el desarrollo de la autonomía de las personas.

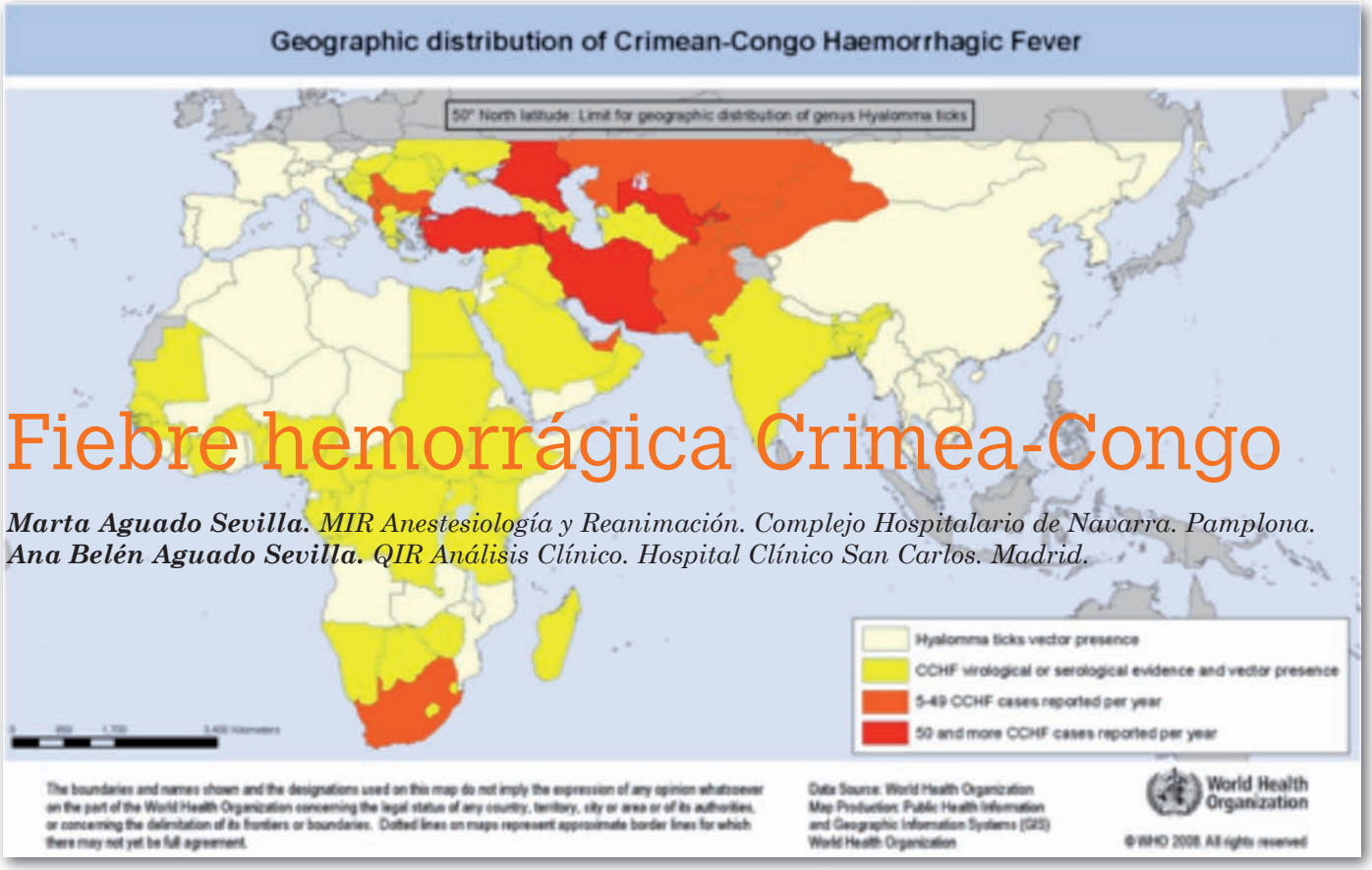
RESTAURANTE • SALÓN URBASA

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



Fiebre hemorrágica Crimea-Congo

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

Hace tan solo seis meses Sanidad confirma los dos casos de fiebre Crimea-Congo en Madrid. Y ahora bien...

¿Qué es esta enfermedad?

Se trata de una enfermedad febril que puede acompañarse de hemorragias, producida por un virus del género Nairovirus (familia de los Bunyaviridae). Es transmitida por la picadura de garrapatas duras infectadas.

Se detectó por primera vez en la guerra de Crimea en 1944 y más tarde en 1969 se detectó un caso aislado en un niño del Congo, por lo que desde entonces pasó a conocerse como Crimea-Congo.

Tras el dengue, esta enfermedad transmitida por garrapata, es una de las de mayor extensión en el mundo, afectando así a África, Asia, Europa del Este y Oriente medio.

¿Por dónde se distribuye?

Se distribuye por los países situados por debajo de los 50º de latitud norte, es decir, coincide con la distribución global de la garrapata.

En Europa es endémica en la región de los Balcanes, se han notificado casos en Albania, Bulgaria, Grecia, Kosovo, Turquía y los países de la antigua Unión Soviética.

Turquía sería el país más afectado de la región con más de 1000 casos confirmados al año.

¿Cómo se transmite esta enfermedad?

El virus circula en la naturaleza en un ciclo garrapata-vertebrado-garrapata. Las garrapatas se infectan al alimentarse de la sangre de un hospedador infectado. Una vez infectadas pueden transmitir el virus durante toda su vida.

En el ciclo vital de las garrapatas interviene gran variedad de animales, ya que las formas inmaduras de la garrapata se alimentan de pequeños vertebrados (liebres, erizos, ratones) dando lugar a hospedadores amplificadores. Y las formas adultas se alimentan de animales domésticos (vacas, cabras, ovejas, etc) y animales salvajes (ciervos, camellos, jabalíes...etc).

El ser humano es hospedador accidental de la garrapata y es el único que desarrolla la enfermedad. El mayor grupo de riesgo serían los ganaderos, agricultores, veterinarios, trabajadores de mataderos y cazadores de regiones endémicas.

Puede darse la transmisión de persona a persona por contacto directo con los fluidos biológicos (sangre, orina, saliva, semen, vómitos) de personas infectadas, o contacto con ropa u objetos contaminados.

El mayor riesgo de infección se encuentra en el personal de laboratorio y hospitalario por inoculación accidental o contaminación de piel o mucosas con fluidos de pacientes sintomáticos.

¿Cuándo es el período de mayor transmisibilidad?

Sobre todo durante el período de viremia que coincide con el sintomático. Este riesgo aumenta a medida que progresa la enfermedad, donde hay mayor carga viral de paciente y aparición de síntomas que favorecen el contacto con secreciones y fluidos de los pacientes.

No hay evidencias de transmisión durante el período de incubación en ausencia de síntomas.

¿Cuáles son sus manifestaciones clínicas?

Varios estudios serológicos realizados en países endémicos indican que la infección en el ser humano puede cursar de manera asintomática. La mayoría de las veces que una persona es infectada por una garrapata portadora de esta enfermedad, no desarrolla las manifestaciones clínicas de la fiebre hemorrágica.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en persones que sufren picadura por esta garrapata son inespecíficas y autolimitadas (desaparecen en días-semanas). Una de cada 5 personas desarrolla el cuadro clínico de fiebre hemorrágica.

Su clínica se dividiría en 4 fases:

- Período de incubación: desde la picadura de la garrapata hasta la aparición de los primeros síntomas, con una duración entre 3-7 días, dependiendo de la carga viral y la vía de transmisión del virus.
- Período prehemorrágico: con una duración aproximada de 4-5 días. Se desarrollaría un cuadro inespecífico con fiebre, cefalea, sudación, dolores musculares, manifestaciones digestivas (náuseas, vómitos y diarrea), produciéndose así también descenso del número de plaquetas, leucocitos y aumento de las transaminasas hepáticas.
- Período hemorrágico: desde petequias hasta grandes hematomas en piel y mucosas. Los principales lugares de sangrado son la nariz, el aparato digestivo, útero, tracto urinario y respiratorio. Hepatoesplenomegalia, mayor descenso del número de plaquetas, aumento de CK y LDH. Además de posibilidad de insuficiencia renal, hepática o respiratoria.
- Período de convalecencia: aquellas personas que sobreviven entran en este período a partir de los 10-20 días del inicio de la enfermedad. Pudiendo aparecer taquicardia, disnea, astenia intensa incluso pérdida de memoria.

¿Cuál es su tasa de mortalidad?

Aproximadamente del 30%, la muerte sobreviene a partir de la segunda semana.

¿Cómo se diagnostica?

Se basa en la sospecha clínica. Paciente con fiebre que le ha picado una garrapata en un país que se tenga constancia de la presencia del artrópodo vector, y en el que circula el virus, deberemos solicitar analítica: hemograma + coagulación + enzimas hepáticos.

Es fundamental el diagnóstico diferencial con otras enfermedades transmitidas por garrapatas que provocan síntomas similares como son la fiebre botonosa o exantemática mediterránea, la enfermedad de Lyme, Debonel/tibola, la turalemia, la babebiosis o la anaplasmosis humana.

¿Cuál sería su tratamiento?

No existe tratamiento específico, ante su sospecha se debe iniciar un tratamiento intensivo de soporte, con mantenimiento del balance de fluidos y electrolitos, volumen circulatorio y presión arterial.

Están contraindicadas las inyecciones intramusculares, la aspirina, los antiinflamatorios no esteroideos y las terapias anticoagulantes. Se han llegado a utilizar algunos antivirales (ribavirina), aunque no hay ensayos clínicos que demuestren su eficacia.

El diagnóstico precoz y la terapia de soporte mejoran la supervivencia de los pacientes.

Por último... ¿Existe riesgo en España de esta enfermedad?

Existe un riesgo potencial dada su ubicación geográfica por su proximidad a África, lugar de tránsito obligado de aves migratorias, amplia presencia del vector implicado en la transmisión, condiciones climáticas similares a las zonas donde se ha evidenciado la circulación del virus.

Durante los años 2011 hasta 2014 se ha detectado el virus en garrapatas procedentes de Cáceres cerca de la frontera con Portugal. Además la detección de un caso autóctono tras ser picado por una garrapata en un pueblo de Ávila, hace suponer que en esta zona está circulando el virus.

Por todo ello, sería necesario reforzar la vigilancia en vectores y hospedadores en las zonas de riesgo identificadas.

Fertilidad después del cáncer

Carolina Sánchez-Cruzat Albertín, Ainhoa Noain Churío y Eva Mª Fernández Romero
Matronas. CHN-B. Obstetricia-Ginecología

Cada año se diagnostican alrededor de 40.000 nuevos casos de cáncer en mujeres menores de 65 años en España. Entre las mujeres jóvenes en edad fértil, los tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados son el cáncer de mama, las leucemias y linfomas. El cáncer de mama afecta ya a una de cada 8 mujeres, y es el más frecuente entre la población femenina fértil, con una supervivencia a los cinco años del 80% por lo que las expectativas de fertilidad deben ser tenidas en cuenta.

La quimioterapia y la radioterapia provocan una lesión grave en los ovarios, pudiendo producir esterilidad y menopausia precoz. Cuánto más cerca esté de la edad de la menopausia más probable es que los tratamientos la adelanten definitivamente.

¿Puedo quedarme embarazada después de un cáncer?

Podrás quedarte embarazada si mantienes la fertilidad de forma natural tras el cáncer o si has recurrido previamente a técnicas de preservación de la fertilidad, previo consentimiento por parte del oncólogo. La mayoría de autores está de acuerdo que un embarazo tras un periodo prudente libre de enfermedad no supone un riesgo importante. Tampoco en los niños nacidos se ha encontrado mayor riesgo de alteraciones genéticas.

¿Qué técnicas de preservación de la fertilidad se pueden ofertar a una paciente adulta?

Si el oncólogo le da permiso para retrasar el tratamiento 2-3 semanas, se puede realizar un ciclo de fecundación in vitro para obtener ovocitos.

Los antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) permiten iniciar la estimulación hormonal en cualquier momento del ciclo ovárico. Se precisa obtener el máximo número de ovocitos posible para ofrecer unas expectativas reales. La punción ovárica se realizará bajo sedación. Los óvulos obtenidos pueden ser criopreservados o fecundados en caso de que lo desee la paciente, con semen de su pareja o un banco de donantes de semen. En el caso de tumores hormono dependientes, se le añadirán inhibidores de la aromatasa como el letrozol, para disminuir los niveles de estradiol.

Cuando la paciente lo desee puede intentar embarazo espontáneo o recurrir a su material criopreservado. La tasa de éxito de embarazo por embrión de buena calidad es muy alta, en torno al 35% y algo más baja en el caso de los óvulos.

Si el tratamiento debe comenzar de inmediato, la elección será la criopreservación de corteza ovárica. Aunque está técnica no es recomendable para las pacientes con leucemia. Otra opción sería la transposición de ovarios a zonas no irradiadas para minimizar el impacto de la radiación pélvica o utilizar quimioprofilaxis con análogos de la GnRH dejando los ovarios en reposo (técnicas en estudio).

¿Qué técnicas se pueden ofertar a una paciente pediátrica?

En España se diagnostican al año 1.000 nuevos casos de cáncer en menores de 14 años, con un 75% de los tumores infantiles curables merece la pena considerar la preservación de la fertilidad en estos pacientes.

En aquellas pacientes pre púberes en las que no es posible realizar un ciclo de estimulación hormonal, su opción de elección será la criopreservación de la corteza ovárica para su reimplantación posterior, con el inconveniente de que precisa laparoscopia con anestesia general. La extracción de ovocitos inmaduros para madurarlos in vitro es una técnica todavía en experimentación.

En estas pacientes sin ciclos menstruales, el daño ovárico es menor, por lo que se estima que alrededor de un 60% de pacientes recuperará su fertilidad de forma espontánea.

Conclusión

El consejo sobre la preservación de la fertilidad en un momento crítico para una mujer como es el diagnóstico de cáncer es imprescindible. Conocer las opciones contribuye a disminuir la ansiedad que los efectos del tratamiento sobre su fertilidad provocan.

Para aquellas mujeres que no desean una técnica de preservación disponen de otras opciones como no tener hijos, intentar un embarazo espontaneo tras la curación, recurrir a óvulos o embriones de un banco de donantes o entrar en un programa de adopción.

Alergia primaveral: recomendaciones

Arantxa Fajardo Gómara y Patricia Castillejo Preciado
DUE Urgencias. Hospital Reina Sofía de Tudela

La alergia consiste en una reacción exagerada del organismo ante una sustancia que la percibe como un agente nocivo. En ocasiones, los agentes que son considerados dañinos para el organismo, no son peligrosos pero así es como lo percibe el sistema de defensa. Al entrar en contacto estos agentes con el organismo se produce una respuesta exagerada que produce los síntomas de las alergias.

Las sustancias que pueden provocar este tipo de alergia son muchas aunque las más frecuentes son el polen, algunos alimentos, medicamentos...

En la primavera se producen más reacciones alérgicas debido a que muchas plantas producen polen que es esparcido a la atmosfera. En los países desarrollados, se estima que un 15 % de la población sufre este tipo de alergia. No todas las plantas pueden producir alergia sino aquellas que se polinizan por el aire.

En España, los responsables del mayor número de alergias por polinización son los árboles como el roble, el olmo, el platanero o el olivo, gramíneas o cardo.

¿Cuáles son los síntomas de la alergia al polen?

La reacción alérgica al polen, puede afectar a diferentes órganos, cuando afecta a la nariz, produce una inflamación, caracterizada por estornudos, picor, congestión, secreción y obstrucción nasal. Es frecuente también conjuntivitis, picor de garganta y de oídos.

La inflamación también puede afectar a los pulmones produciendo tos, dificultad para respirar, pitidos... en definitiva asma alérgico.

El clima también puede influir en los síntomas, los cuales pueden ser mínimos en los días de lluvia, nublados o sin viento empeorando en climas cálido, seco y con viento.

¿Cuál es el tratamiento?

Fundamentalmente se basa en evitar la exposición al alérgeno. Los pacientes deben ser informados sobre el comienzo, duración y finalización de aquellos pólenes a los que tienen alergia, para que de esa forma sepan cuando deben iniciar y finalizar las medidas de evitación y tratamiento medicamentoso.

Los recuentos diarios de pólenes que se dan en los medios de comunicación también pueden ser de ayuda.

Las medidas de evitación se basan principalmente en mantenerse durante el pico de polinización el mayor tiempo posible en el interior de las casas con las ventanas cerradas siendo útil el uso de aire acondicionado con filtros tanto en casa como en el coche. Estas medidas son difíciles de cumplir dada las diversas actividades que desarrollan las personas a diario. Por ello, en un gran número de casos, es necesaria la utilización de medicación para controlar los síntomas y/o inmunoterapia para mejorar la calidad de vida.

Medidas a adoptar para prevenir los síntomas

- Mantenga sus ventanas cerradas por la noche para prevenir que entre el polen en la casa. Si es necesario, use aire acondicionado que limpia, enfría y seca el aire, siempre con filtros específicos.
- Minimice la actividad temprano en la mañana porque generalmente el plen se emite entre las 5- 10 de la mañana.
- Mantenga las ventanas del coche cerradas al viajar.
- Procure estar en interiores cuando el recuento de pólenes sea alto.
- Tome vacaciones durante el periodo de mayor intensidad de la temporada de polen a una zona con menos polen, como la playa o el mar.
- Tome los medicamentos recetados por su médico, de forma regularmente y a la dosis recomendada.
- No corte el césped ni se ponga cerca cuando esté recién cortado, el corte del césped agita el polen.
- No cuelgue sábanas ni ropa a secar al aire libre. El polen puede acumularse en ellas.

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**

Educación maternal en el Agua

Sonsoles María Iglesias Constante. *Matrona. Complejo Hospitalario de Navarra*

La educación maternal en el agua se inició en Francia en 1977, y trata de aunar las finalidades de la educación maternal en un medio acuático. Los grupos de educación para la maternidad y paternidad en el agua son una alternativa o actividad complementaria a la educación maternal clásica.

Se trata de una serie de clases que se realizan dentro del agua y donde se trabajan los aspectos relacionados con el embarazo y el parto.
Además del ejercicio físico, se dan herramientas y recursos para que la mujer y su pareja tengan una vivencia del embarazo y del parto positiva y se sientan parte activa ayudando a que su bebé nazca en las mejores condiciones.
No se trata de hacer natación para embarazadas, ya que tras un programa de educación maternal en el agua la gestante se da cuenta que no sólo se trata de realizar una serie de ejercicios en el agua, sino que:

- Aprende la finalidad de cada ejercicio y los beneficios que se buscan, así como los grupos musculares que van a trabajar con cada uno.
- Nota una mejoría de las molestias físicas que conlleva el embarazo, valorando positivamente la importancia que tiene el control de la respiración, tanto para prepararse para el parto como para disponer de un recurso útil para su relajación en la vida cotidiana.
- Percibe beneficios psicológicos, seguridad, autoconfianza, empatía con su bebé, y además vive su embarazo de una manera más normal.
- Descubre que la educación maternal en el agua no consiste sólo en una preparación para el día del parto, sino que es algo más global que contribuye a vivir un embarazo mucho más satisfactorio.

¿A quién van dirigidas?

A todas las embarazadas a partir de las 12 semanas de gestación, sin contraindicaciones y a las parejas que quieran participar en ellas.

¿Quién las imparte?

Enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas), con formación en este tipo de servicio.
La matrona lleva a cada sesión un aparato de la tensión, otro para escuchar los latidos del corazón a los bebés, y un maletín con material sanitario por si fuera necesario.

¿Dónde tiene lugar?

Este servicio alternativo de educación maternal se lleva a cabo en una piscina, en la mayoría de los casos climatizada, salvo en verano que se puede disfrutar en una piscina descubierta.
La piscina no debe tener barreras arquitectónicas.

Metodología de las clases

Se aconseja realizar 1-2 sesiones por semana para que la mujer asimile los conocimientos adquiridos.
Es recomendable que la pareja o acompañante participe.
La duración aconsejada es de 1 hora aproximada.
Cada sesión constará de ejercicios de:

- Calentamiento (fuera y dentro del agua).
- Trabajo de miembros inferiores.
- Trabajo respiratorio.
- Trabajo de miembros superiores.
- Trabajo dorsal y abdominal.
- Simulación de la contracción.
- Ejercicios de pelvis y posición ginecológica.
- Pujos y suelo pélvico.
- Relajación.
- Ejercicios lúdicos.
- Estiramientos, evaluación y comentarios.

Importancia de este tipo de educación maternal

La inmersión en agua es uno de los únicos deportes permitidos e incluso recomendados a lo largo de todo el embarazo.
El agua es un medio ideal para la embarazada. En él puede trabajar su cuerpo y mente de manera cómoda y global, además de disfrutar de los beneficios que el agua nos aporta y de adquirir la información y las habilidades necesarias para garantizar un cuidado adecuado para ella y su futuro hijo/a.
Además, un reciente estudio confirma que el ejercicio acuático moderado en el embarazo es una alternativa segura y efectiva para la madre e hijo. (Enlace estudio: http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80572/).

Beneficios del ejercicio físico durante el embarazo

El ejercicio físico durante el embarazo mejora la circulación y disminuye el cansancio.
También favorece el bienestar físico y emocional, refuerza la confianza y seguridad personal, aumenta la autoestima y disminuye las molestias físicas.
Además, mejora el control de la ganancia de peso, y el tono muscular y aumenta la capacidad cardiovascular.
El ejercicio físico también contribuye a una mejor adaptación a los cambios del embarazo y a una menor incidencia de complicaciones durante el embarazo (circulatorias, gestosis, diabetes gestacional,...).
Las mujeres que practican ejercicio durante el embarazo se sienten menos cansadas, tienen menos insomnio, menos estrés y menos depresión, por la liberación de endorfinas.
De cara al parto, la práctica de ejercicio durante el embarazo contribuye a una menor duración del trabajo de parto y del expulsivo, a una menor incidencia de partos instrumen-

tales, cesáreas y a un menor uso de analgesia epidural.

Beneficios de las clases de educación maternal en el agua

Con este tipo de educación maternal se aumenta la capacidad respiratoria, activan la circulación, ayudan a prevenir las varices y a disminuir los edemas y calambres en las extremidades inferiores y favorecen la relajación debido a la ingravidez y flotabilidad.

Este tipo de educación maternal garantiza una mejor oxigenación, por la respiración consciente y contribuye a que haya menos complicaciones de todo tipo tanto en el embarazo como en el parto.

El ejercicio acuático moderado durante el embarazo tonifica los músculos que más sufren por la resistencia hidrodinámica, fomenta la relación materno-filial (se reproduce la vivencia del medio del feto), facilita el reconocimiento y aceptación del propio cuerpo y hace que las gestantes tengan una sensación de agilidad y flexibilidad.

Las embarazadas que disfrutan de esta alternativa mejoran la coordinación de movimientos, disfrutan de sensaciones agradables dentro del agua, y tienen un sentido lúdico y no sólo didáctico, como ocurre como en otros tipos de educación maternal.

En estas clases se facilita la conexión con el resto de participantes, se normaliza la forma del abdomen al ver a otras embarazadas y se favorece la relación de empatía y apoyo.

Contraindicaciones obstétricas

- Rotura de membranas.
- Amenaza de parto prematuro.
- Hemorragia vaginal.
- Placenta previa.
- Desprendimiento de placenta.
- Crecimiento intrauterino retardado.
- Hipertensión arterial o preeclampsia.
- Historia de abortos o partos prematuros previa.
- Candidiasis vaginales.
- Infecciones de orina.
- Insuficiencia del cuello uterino.
- Otros defectos.

Contraindicaciones médicas

- Cardiopatía vascular o isquémica.
- Insuficiencia cardiaca.
- Infección aguda.
- Diabetes mal controlada.
- Sobrepeso excesivo o delgadez extrema.
- Tabaquismo (más de 25 cigarrillos/día).
- Consumo de alcohol excesivo.
- Enfermedad pulmonar importante y arritmias graves.
- Otitis de repetición.
- Alergia al cloro.
- Miedo al agua (distinguir entre miedo y temor).

En Navarra también existen estos cursos de educación maternal en el medio acuático impartidos por matronas, como forma complementaria y/o alternativa de vivir una maternidad positiva. ¡Infórmate! ¡No te arrepentirás!

Esferodinamia y gestación

Leyre Osés Ayúcar, Irantzu Lizarraga Buldain e Isabel Subiza Jiménez.
Matronas Complejo Hospitalario de Navarra-B

Denominamos esferodinamia a la utilización de grandes pelotas hinchables como método de trabajo corporal. El uso de estas pelotas se ha popularizado en gimnasios y servicios de rehabilitación para entre otros usos mejorar la movilidad de la pelvis y relajar la musculatura. En los últimos años se ha extendido su uso en el ámbito de la gestación tanto en el preparto, en el domicilio y en las propias unidades de parto.

Beneficios de su uso

- **Durante la gestación:** Facilita la reordenación postural, concienciación corporal; localización y ejercitación del suelo pélvico Contribuye también a aumentar el conocimiento de las estructuras óseas y mejora la flexibilidad de las articulaciones pelvicas.

La elasticidad de las pelotas absorbe el impacto del peso, previniendo dolores de espalda.,ayuda a mantener la columna alineada, ejercitando una postura favorable.

El apoyo del suelo pélvico sobre la superficie de la misma facilita la propiocepción y reconocimiento del mismo y permite realizar sobre él los ejercicios de contracción y relajación del suelo pélvico.

Para mujeres que permanezcan muchas horas sentada pueden resulta beneficioso ya que por su consistencia globulosa ejerce menos presión que una silla en miembros inferiores facilitando el retorno venoso.

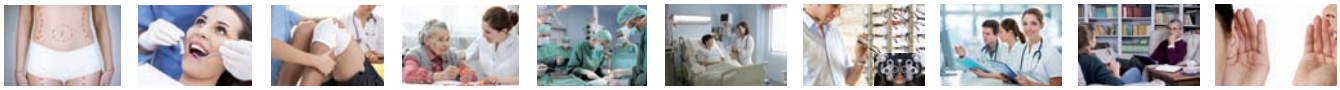
- **Durante el trabajo de parto:** se puede utilizar para adoptar diferentes posiciones. Al dejar libre la zona de la espalda facilita la aplicación de calor y masaje lumbar para el alivio de dolor por parte del acompañante facilitando el alivio entre contracciones. La gravedad y la movilidad de la pelvis que se realiza durante su uso puede facilita la adecuada posición y descenso de la cabeza del bebé.
- **Durante el postparto:** puede ser útil para descargar el peso de la columna, aliviando las sobrecarga que puede originar las malposiciones durante la lactancia.

Permite seguir ejercitando el suelo pélvico sobre la misma así como realizar ejercicio físico para la recuperación postparto.

Puntos a tener en cuenta

- Es importante adecuar el tamaño del balón a la estatura de la persona.
- Existen esferas de diferentes diámetros desde los 55 cm a 75cm que debemos adecuar a cada estatura. Como norma general el tamaño adecuado es el que mantiene a la gestante sentada en el balón con el tronco y las piernas formando un ángulo de 90º, y la cadera nunca deberá encontrarse a una altura superior a las rodillas.
- El material del que están realizadas la mayoría es el látex por lo que hay que tenerlo en cuenta en caso de alergias.
- Es conveniente no usarla sola y usarla con calzado o calcetines antideslizantes.
- Si se utiliza cuando han comenzado las contracciones: en la fase de preparto o durante la dilatación es conveniente hacerlo con ayuda de otra persona o con un punto de apoyo para evitar que se produzca una caída.

Es un elemento barato y de fácil adquisición que se puede utilizar durante el embarazo, parto y postparto y que puede resultar beneficioso. De hecho, la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal analiza su utilización durante el proceso de parto. Recomienda que "Las mujeres que elijan usar la pelota de goma deben ser animadas a hacerlo para buscar posturas más confortables", como método de alivio del dolor no se han identificado estudios. Por todo lo expuesto, es un buen recurso a tener en cuenta en la gestación.



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

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

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

Mujer y bebé: Suma salud esta primavera con alimentos de temporada

Gema Yoldi Bienzobas. Dietista-Nutricionista. Nº Colegiada: NA00101

Con el equinoccio de marzo el invierno dio paso a la primavera. Pasado el frío y el letargo, estos días nos regalan más horas de luz y temperaturas agradables para disfrutar al aire libre, así como nuevos alimentos repletos de energía y nutrientes.

El cambio horario, de temperatura y horas de luz, favorece que se produzca un fenómeno conocido como "astenia primaveral" y más alergias. Cansancio, decaimiento, herpes, picores o mala cicatrización, sugieren además un debilitamiento de las defensas. Una dieta equilibrada provee de todos los nutrientes precisos y de la suficiente energía para afrontar la jornada. A la par hay que acoplarse al ritmo que permita el cuerpo, ser pacientes y conscientes de que pronto pasará.

La dieta de madre e hijo debe traducirse en "nutrición óptima"

Grandes son los cambios que acusa el cuerpo de la mujer al ser madre, y en el primer año, los bebés también, ya que se da el periodo de crecimiento más rápido de toda su vida y su organismo aun es inmaduro y vulnerable. La leche constituye su único alimento hasta los 5-6 meses. La humana es la idónea ya que se adapta a su ritmo de crecimiento, es vehículo de inmunoglobulinas y dado que el bebé no será capaz de producirlas por sí solo hasta el 4º mes. A partir de los 5 se inicia el beikost: fruta y/o cereales sin gluten hasta el 7º, etc. Los nuevos alimentos se han de introducir a intervalos para su aceptación y tolerancia digestiva, manteniendo el aporte de 500 mL de leche diarios. No hay que introducir de manera temprana o tardía alimentos alergénicos como ciertas frutas, huevo o leche de vaca. Así reduciremos el riesgo de alergias.

Mujer: Cuida lo que comes y fortalece tus defensas

Es preciso que tu dieta garantice una buena dosis de nutrientes, polifenoles -sustancias vegetales antiinflamatorias, antibacterianas, etc.-, pro y prebióticos, esenciales para el sistema nervioso e inmunológico y cuya carencia se asocia a un estado de salud y anímico precarios. La vitamina C (fresas, cerezas, kiwi, piña) aumenta la producción de interferón -actúa contra los virus- y participa del buen estado del epitelio y mucosas, así como la A (hígado, yema, grasas lácteas; beta-caroteno en vegetales), manteniendo en buen estado las barreras naturales contra infecciones. La vitamina E (germen de trigo, oliva virgen, vegetales de hoja verde y frutos secos) también se asocia a la mejora de defensas. Así mismo existen alteraciones asociadas al déficit de vitaminas del grupo B como disminución de anticuerpos. La carencia de hierro y cinc (marisco, hígado, queso, legumbre, frutos secos y granos completos) también afecta a las defensas y un pobre aporte de selenio (alimentos animales, fruta, verdura) implica una menor acción bactericida, menos anticuerpos y linfocitos. Por último destacar el papel de probióticos -bacterias positivas- y prebióticos -fibras fermentables-, en la eubiosis o equilibrio favorable de la flora intestinal, relacionado con enfermedades e infecciones. No han de faltar por ello en tu dieta las leches fermentadas y los vegetales.

¿Qué y cuándo comer?

Es preferible que mantengas una estructura y un horario de comidas a lo largo del día; al menos 5, sin dejar pasar más de 4 horas de una a la siguiente.

- **Desayuno.** Si incluyes alimentos con carbohidratos complejos como el pan integral, evitarás altibajos de energía debidos a oscilaciones en la glucemia. Tómate un lácteo o sustitutivo (bebidas vegetales y derivados), pan con aceite u otra grasa saludable, añade algo dulce o salado como queso o jamón, y una fruta entera para no restar fibra. Son propias de esta época: fresas, ciruelas, cerezas, nísperos y melocotón a partir de mayo.
- **Almuerzo y merienda.** Se ajustarán a tu desgaste físico. En ocasiones bastará con fruta o lácteo, y en otras requerirás frutos secos, bocata. Si deseas reducir la proteína animal recurre a patés de champiñones, hummus, etc.
- **Comida y cena.** Aprovéchate de las verduras de temporada como achicoria, alcachofas, ajetes, espárragos, brócoli, espinacas y alubias verdes. Puedes iniciar la comida con ensalada, verdura o sopa. Los segundos como carnes, pescados o huevos debes incluirlos al menos una vez al día y, al medio día, puedes sustituirlos por legumbres o cereales de buen aporte proteico. Si escoges la segunda opción, incluye la proteína animal en la cena. Como postre o previo a la comida toma fruta (la vitamina C hace que asimiles mejor el hierro) o infusión que no interfiera en el amamantamiento. La cena ha de ser ligera y 2 horas antes de acostarte para evitar molestias digestivas y que el sueño sea reparador. Puedes incluir uno o dos platos, pan y postre. Un buen ejemplo: ensaladas con frutos secos, semillas, frutas y proteína animal, aliñadas con oliva virgen. Si añades levadura de cerveza y germen de trigo, aumentarás la dosis de vitaminas B, selenio, cinc y vitamina E.
- **No olvides el agua.** Bebe en torno a 1,5-2 litros, más aún si amamantas. Caldos e infusiones también hidratan, incluso sorbetes o gelatinas, si bien aportan azúcares. El agua es indispensable para ti y tú bebé que aún no tiene bien desarrollado el mecanismo de la sed, ofrécesela a menudo aunque no te la pida.

Visión y ordenadores

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

La población actual está frente a una pantalla más tiempo del recomendado, que serían unas dos horas al día. Muy lejos de las 10,5 horas que pasan los menores de 30 años, de las 9,3 horas en personas entre 31 y 45 años, de las 8,3 horas en personas de 46 a 60 años e incluso de las 3,8 horas en personas mayores de 60 años.

Las pantallas obligan a que nuestros ojos deban hacer un esfuerzo constante en unas condiciones extremas para los que no suelen estar preparados y que, en muchos casos, se traducen en una sobrecarga y estrés para el sistema visual. Según algunos estudios, entre el 50% y el 90% de las personas que exponen sus ojos a una pantalla más de dos horas al día tienen molestias visuales que forman parte del Síndrome Visual Informático (SVI).
Los síntomas del SVI más comunes son los siguientes:

- Visión borrosa de cerca y de lejos
- Visión doble
- Fatiga visual
- Dolores de cabeza, ojos, cuello y hombros
- Ojo seco e irritado
- Picor de ojos
- Enrojecimiento
- Hipersensibilidad a la luz, deslumbramiento

La importancia de un examen visual una vez al año

Para anticiparnos a posibles problemas de visión los ópticos - optometristas recomiendan revisiones visuales anuales. ¿Hace cuánto tiempo no revisas tu visión?
En un examen visual completo se examinan: la **acomodación** que te sirve para enfocar y ver nítidas las letras sin fatigarte; la coordinación de los dos ojos o **binocularidad**, que te sirve para no ver doble y juntar en el cerebro la imagen que proviene de cada ojo de manera cómoda y sin esfuerzo; los **movimientos oculares** que te sirven para seguir el movimiento de la flecha de tu ordenador y para hacer cambios de fijación durante la lectura con eficacia; así como la **agudeza visual de lejos y de cerca**, la graduación o **error refractivo** (miopía, hipermetropía, astigmatismo) y la salud ocular de la persona.
La exposición a pantallas es una situación extraña para la naturaleza del ser humano, a la que evolutivamente aún no está preparado y que se puede traducir en alteraciones de naturaleza **refractiva, acomodativa o de alineamiento de los ojos** que debemos tratar, ya que puede influir en su rendimiento laboral o académico.

Soluciones

En ÓPTICA EGÜÉS podemos estudiar tu caso concreto y ofrecerte soluciones. Es usual combinar el tratamiento de terapia visual comportamental con fototerapia Syntonic y el uso de correcciones ópticas con filtros, para la **luz azul** que emiten las pantallas y es **nociva** para nuestros ojos. Con la **terapia visual** se mejora la eficacia de tu sistema visual mediante la repetición de una serie de ejercicios protocolarizados en los que se aprende a usar correctamente la visión. Además, mediante la **fototerapia Syntonic** damos la oportunidad al sistema visual de aliviar el estrés y ser más conscientes de la visión periférica. Por otro lado, las lentes con **filtros** especiales (Crizal Prevencia y Eyezen Light Scan) bloquean parte de la luz azul protegiendo el ojo de los dispositivos digitales.

Patologías traumatológicas más frecuentes en la mujer

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

No son pocas las patologías en la especialidad de traumatología y ortopedia que afectan con mayor frecuencia a la mujer.

Por orden de frecuencia podemos citar:

1. Artrosis

La patología que con más frecuencia es atendida en nuestra consulta afecta en mayor proporción al sexo femenino. Según el estudio EPISER 2000 realizado en España, la relación mujer-hombre en pacientes de más de 60 años es de 3:1.

La causa es una pérdida del cartílago presente en las articulaciones, que es un protector de las mismas, elástico, que resiste el impacto entre los huesos. El dolor artrósico es mecánico, que desaparece al "calentar" la articulación. El tratamiento inicialmente es conservador, con analgesia y rehabilitación articular o infiltraciones. Si lo anterior falla, podría valorarse el reemplazo articular por una prótesis. Por orden de frecuencia de afectación articular encontramos las siguientes localizaciones:

- Rizartrosis, o artrosis de la articulación del pulgar.
- Artrosis de la columna vertebral
- Gonartrosis y coxartrosis, en rodilla y cadera respectivamente

2. Osteoporosis

Estrictamente es una disminución de la masa del hueso en relación a su volumen. Ocurre principalmente debida a la edad y cambio hormonal en la mujer (en la mujer menopáusica hay una disminución de estrógenos). Hay otros factores como la toma de determinados fármacos, tabaco, alcohol, obesidad...

El resultado final es un hueso más frágil y susceptible a fracturas en determinadas localizaciones como la muñeca, columna vertebral o cadera, ante traumatismos vanales. Se estima que la prevalencia en este tipo de fracturas es del 3 a 1 en la relación mujer-hombre. El tratamiento dependerá de la causa fundamental, pero suelen usarse fármacos que tratan de restaurar la arquitectura ósea normal, denominados "osteoformadores".

3. Lumbalgia

La lumbalgia es el dolor lumbar bajo, con o sin irradiación a las extremidades inferiores (ciatalgia). El 70-85% de la población adulta sufrirá algún espisodio de lumbalgia en su vida. Cerca del 8% de la población adulta española en edad laboral está afectada de manera crónica por esta patología. La prevalencia en nuestro medio es deL 15-45% y es mayor en mujeres de más de 60 años (postmenopáusicas). En ambos sexos, se estima en cerca de un 8% en mujeres y un 7,5% en hombres. Las causas de lumbalgia o lumbociatalgia pueden ser muy variadas, destacando la artrosis, postraumática, los hábitos de vida actuales, estenosis del canal lumbar, osteoporosis o hernias discales. Los tratamientos, dependiendo de la causa, también han de iniciarse de manera conservadora, con fármacos para el dolor y rehabilitación. Si la patología se cronifica y es de causa identificable y solventable mediante cirugía, podría valorarse la intervención quirúrgica.

4. Tendinopatías

Los tendones son las "cuerdas" que unen el músculo al hueso. La patología tendinosa encuentra una discreta proporción aumentada en la mujer, donde son frecuentes las tendinitis crónicas debidas a movimientos laborales repetitivos. Dentro de este amplio grupo de patología destacamos en pacientes jóvenes en edad laboral las siguientes:

- Epicondilitis o "codo de tenista": dolor en la zona externa del codo, lugar de asiento de los tendones extensores.
- Tendinitis D´Quervain, localizada en la muñeca en relación con dos tendones del dedo pulgar.
- Tendinitis del manguito rotador del hombro.

Inicialmente se tratan con reposo, antiinflamatorios, fisioterapia y férulas que evitan el movimiento que desencadena el proceso. Es muy efectivo también el cambio de actividades repetitivas tanto en el ámbito laboral como deportivo.

5. Alteraciones del pie

Son varias las patologías en las que la mujer presenta una mayor incidencia:

- Hallux valgus: deformidad del primer dedo del pie hacia fuera (valgo) o juanete. Patología típicamente femenina, aunque no exclusiva de este sexo. Prácticamente el número de casos se triplica en el caso de la mujer frente al hombre.
- Pie cavo: aumento del arco en la parte interna del pie. El pie plano, o ausencia de este arco es sin embargo más frecuente en el hombre.
- Entorsis de tobillo: esguinces de la parte externa del tobillo. Más frecuentes en la mujer, sobre todo en mujeres jóvenes que realizan deporte de manera habitual.

Se producen por una posición forzada del tobillo que lesiona los ligamentos de la parte externa.

La mayoría de estas patologías se tratan de forma conservadora con altas tasas de éxito, utilizando plantillas u ortesis. La fisioterapia/rehabilitación es un pilar muy importante en el tratamiento. Si con estas medidas no es suficiente, se puede recurrir a las infiltraciones con corticoides o bien planificar una intervención quirúrgica.

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