medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

www.zonahospitalaria.com añoXI mayojunio2017 nº65

Hombre y Mujer

SUMARIO

2 Tratamiento de varices sin cirugía 3 Dolores de cabeza, migrañas, acúfenos, mareos..., que tienen su causa en la boca 4 La UCI: ese lugar desconocido 6 Cirugía de la obesidad: el único tratamiento... 7 Las varices afectan a hombres y mujeres 8 CinfaSalud, ¿hablamos de salud? 9 Mujeres, hombres e implantología dental 10 Láser de CO_2 Fraccionado para la incontinencia 11 El insomnio en las personas mayores 12 Patologías traumatológicas más frecuentes en el hombre 13 Tratamiento de varices sin cirugía 14 Dolor lumbar y ciática 15 ¿Qué es la baja visión? 16 El fin de las varices sin pasar por quirófano 17 Sedación consciente, odontología eficiente,... 18 Las glándulas mamarias 20 Higiene alimentaria 22 El síndrome de déficit de testosterona 24 Cuándo acumular cosas se convierte en un problema médico 25 ¿La fractura de pene es posible? 26 La operación de amígdalas en el siglo XXI 28 Hiru Hamabi 3/12 29 Más allá del cáncer de mama 30 Aprendizaje y terapia visual 31 Trasplante de una pierna realizado por los santos Cosme y Damián.

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.*

Tratamiento de varices sin cirugía

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

Las varices son un auténtico problema sanitario, aproximadamente el 30 % de la población sufre esta patología que ocasiona severas molestias al paciente además de un problema estético asociado.

Varices ¿que son?

Las varices son venas que han dejado funcionar adecuadamente, provocan un aumento de la presión tanto dentro como fuera de la vena (hipertensión venosa) coasionandola dilatación de la misma y provocando los síntomas que todos conocemos como son la pesadez, dolor de piernas, cansancio, calambres, picor, piernas inquietas, y en casos avanzados flebitis, hemorragias, lesiones en la piel e incluso úlceras de difícil tratamiento.

Valoración del problema

Ante la presencia de varices es conveniente su estudio por un cirujano vascular con experiencia para llevar a cabo una exploración física y SIEMPRE un ecodoppler color para valorar el estado de la circulación venosa de la pierna tanto del sistema venoso profundo como del superficial para escoger el tratamiento más adecuado (no todas las varices se deben tratar del mismo modo).

Tratamiento

El tratamiento tradicional, la cirugía, supone "arrancar" el tronco venoso afectado junto con las colaterales varicosas de cierto calibre, es un tratamiento agresivo que precisa de anestesia, baja laboral y habitualmente un postoperatorio "molesto", además provoca la lesión de los nervios que las acompañan generando zonas de la piel con menos sensibilidad (acartonadas) generalmente de por vida.

La esclerosis con microespuma

Afortunadamente existen tratamientos menos agresivos y más eficaces.
La esclerosis con microespuma consiste en la inyección mediante la ayuda del ecógrafo de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes para provocar una inflamación que conduce a la desaparición de las varices y del eje venoso principal del que dependen.

Se lleva a cabo de forma ambulatoria, en la consulta, no precisa anestesia y el paciente puede caminar, hacer deporte, trabajar ... desde el primer minuto del tratamiento.

El catéter clarivein

Consiste en la administración de la microespuma a través de un catéter que se introduce con un simple pinchazo en el eje venoso lesionado causante de las varices (safena interna o externa). También es ambulatorio, solo requiere de una anestesia local para la punción e introducción del catéter y permite también hacer vida normal tras el procedimiento, caminar y por supuesto ir a trabajar.
A diferencia de la cirugía, permite tratar las dos piernas a la vez.

Para concluir, cualquier variz con indicación de cirugía es tratable con microespuma. Es un tratamiento muy poco agresivo para la extremidad, no afecta a otros vasos sanos o nervios periféricos, no provoca el dolor ni las posibles complicaciones ni las incomodidades ni las lesiones e inconvenientes permanentes que genera la cirugía tradicional.

DOCTOR GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

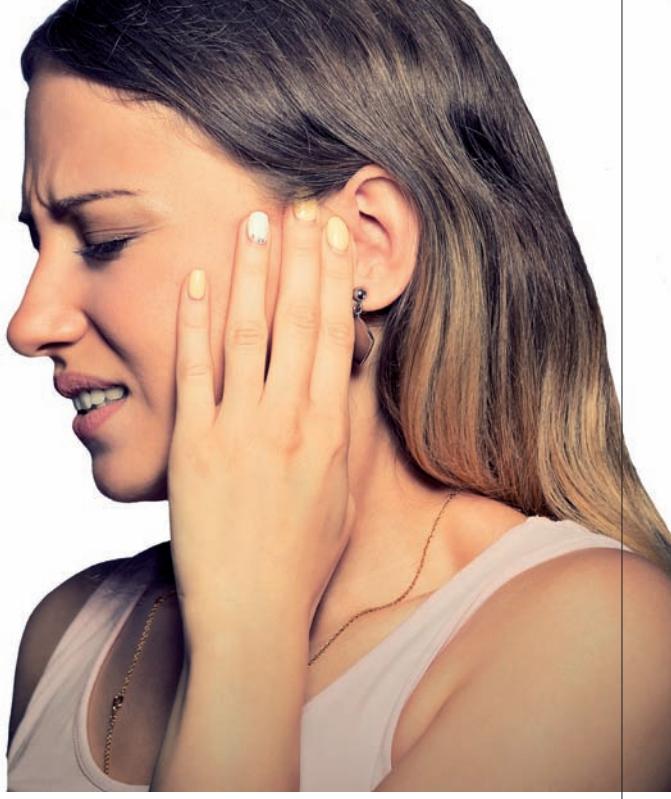
| SIN ANESTESIA | SIN BAJA LABORAL | SIN HERIDAS NI CICATRICES |
| VIDA TOTALMENTE NORMAL AL FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO |

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

Dolores de cabeza, migrañas, acúfenos, mareos..., que tienen su causa en la boca



Dr. José Ignacio Zalba Elizari.
Dentista. Rehabilitación Neuro-oclusal
Nº colegiado: 345

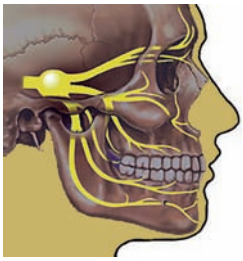
*C/Gorriti, 34 bajo | **31003** Pamplona*
T 948 15 22 84 | www.capdental.net

zalba
CLÍNICA DENTAL

Migrañas, cefaleas tensiónales, inestabilidad, mareos y vértigos, picor de oídos, sensación de oído taponado, acúfenos, hipoacusia, dolor de oídos, ojo seco, boca seca, SBA (síndrome de boca ardiente), dificultad de enfoque, visión borrosa, contracturas cervicales y de espalda, convulsiones, parálisis facial periférica, neuralgias del trigémino representan formas de las más comunes de dolor o malestar en la especie humana.

En realidad todo este variado conjunto de síntomas y signos, son en muchos casos, las diferentes formas de expresión del deterioro morfológico y/o funcional en diferentes elementos del aparato masticatorio, que pertenecen a una patología funcional de la boca llamada Compromiso Articular Temporomandibular (CAT).

Esta patología funcional traumática de la boca, descrita en el año 2000 por el doctor José Larena Avellaneda Mesa, es causada durante los movimientos funcionales mandibulares de masticación, fonación, bostezo, posturas de descanso, etc., por impacto y/o compresión de alguna o algunas de las estructuras situadas en la parte móvil del aparato masticatorio (mandíbula, musculatura, diente, prótesis, etc.), contra alguna o algunas estructuras situadas en el orificio cigomático y/o en el maxilar superior (maxilar, diente, prótesis, etc.). Puede darse de manera uni o bilateral.



Nervio trigémino

Un órgano puede alcanzar su completo desarrollo, cuando realiza plenamente su función (Korkhaus). La vida moderna ha trastocado costumbres como lactar o comer entre otras, lo que ha comprometido el desarrollo musculoesquelético, con una disminución del volumen del aparato masticatorio, perdiéndose un espacio necesario para el correcto desenvolvimiento funcional entre los maxilares.

Cada vez que la mandíbula realiza sus movimientos habituales, y debido a este compromiso de espacio en la zona posterior de los maxilares, se provoca una presión sobre terminaciones nerviosas de las estructuras internas de la boca, especialmente inervadas por ramas del nervio trigémino.

El Compromiso Articular Temporo-mandibular (CAT) se aprecia en más del 70% de la población, aunque solo se manifiesta con dolor en el 20% de los casos, afectando tanto a niños y jóvenes como a adultos y ancianos.

Al estar el dolor o molestia alejada del lugar de origen, la boca, conduce a un diagnóstico difícil y muy a menudo, crea equivocación debido al desconocimiento de esta patología incluso entre profesionales de la salud.

Tratamiento del Compromiso Articular Temporomandibular (CAT)

Para obtener un tratamiento con gran porcentaje de éxito en el largo plazo, se dirige a la eliminación de la causa y no tanto en sus consecuencias, lo que revertirá los síntomas de la manera más fisiológica y natural para el organismo, evitando así el uso de medicamentos.

El tratamiento se fundamenta en la rehabilitación neuro-oclusal, que tiene como objetivo el equilibrio oclusal masticatorio. Se devuelve la normalidad funcional, aplicando los tratamientos que proporcionan el espacio libre que permita a la mandíbula y a su musculatura moverse sin limitaciones, ni impactos. Las fuerzas masticatorias deben ser repartidas a todos los dientes, estando este equilibrio dentario en perfecta armonía con la situación de las dos articulaciones temporo-mandibulares (ATM) y los músculos, tanto en el cierre como en los movimientos masticatorios.

Conclusión

En general podemos decir que el Compromiso Articular Temporal (CAT) es bastante desconocido, aunque lo padece un porcentaje alto de la población. Su diagnostico es complicado incluso para profesionales de la salud porque el dolor o molestia están en una zona alejada del origen, que es la boca. Además cada individuo los sufre de manera diferente debido a la complejidad de la inervación de las estructuras afectadas y dependiendo de sus propias características.

La UCI: ese lugar desconocido

Juan María Guergué Irazábal
Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra

Existe la idea de que la UCI o Unidad de Cuidados Intensivos es un área del hospital de puertas cerradas, de visitas restringidas, donde ingresan pacientes con enfermedades graves próximos a la muerte. Es en efecto, el lugar donde ingresan los pacientes graves, con riesgo vital actual o potencial. Pero también es el lugar donde se lucha por superar la enfermedad con todos los recursos materiales y humanos. Un 85 % de quienes ingresan sobreviven. Por lo tanto, no es un lugar al que se va a morir sino un lugar de VIDA.

En ocasiones se utilizan otros acrónimos que significan lo mismo tales como UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva) o UMI (Unidad de Medicina Intensiva). Son áreas del hospital que se caracterizan por una gran concentración de recursos materiales y de personal (recursos técnicos y competenciales).

Recursos humanos y materiales

El intensivista es el médico especialista en MEDICINA INTENSIVA. Médicos formados para la atención del paciente crítico, responsable directo de su atención e integra a su vez la colaboración con otros especialistas. Es un médico experto en la fisiopatología del paciente grave y conocedor de los procedimientos y técnicas encaminadas a mantener con vida y recuperar al paciente.

Las enfermeras son una pieza capital en el funcionamiento de las UCIs. Tienen una preparación específica y su herramienta de trabajo son los planes de cuidados en función de la patología de que se trate.

Otra característica de las UCIs es la gran densidad tecnológica, pacientes rodeados de tubos, sondas, monitores y aparatos. Los monitores a pie de cama nos sirven para tener monitorizadas de forma continua las diferentes constantes vitales. Otros dispositivos son los dedicados al soporte vital, es decir, al soporte de diferentes órganos o sistemas como los respiradores que se encargan de sustituir la función respiratoria. La disponibilidad de todo este arsenal de equipos posibilita poder mantener con vida al paciente y ganar tiempo hasta que se controla la enfermedad y se restituye la función de cada órgano.

Tipo de pacientes

En la UCI ingresan pacientes tras ser sometidos a cirugías complejas que en su postoperatorio requieren una serie de cuidados especiales como lo son los postoperatorios tras una cirugía cardíaca o de neurocirugía. Otros son los ingresos urgentes; pacientes que a su llegada al hospital presentan cuadros graves como una insuficiencia respiratoria aguda debida a una neumonía complicada, cuadros de infección generalizada o sepsis, pacientes que han sufrido un politraumatismo grave por cualquier circunstancia, siendo lo más habitual los accidentes de tráfico, pacientes con hemorragias cerebrales etc.

Otros pacientes proceden de las plantas de hospitalización convencional, pacientes que ya están ingresados en el hospital y en los cuales su condición se agrava o complica. En estos casos, el especialista correspondiente solicita la colaboración del Intensivista.

Humanización frente a tecnología

El ingreso en UCI, en ocasiones es una experiencia inesperada y relevante que te va a cambiar la vida. Es una ruptura drástica con tu vida. Uno se ve rodeado de cuerpos sin rostro. Te ves arrancado de la noche a la mañana de tu casa, de tu familia, de tu vida. Sientes que la muerte puede estar cercana. Los familiares se encuentran en un ambiente desconocido. Intuyen que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace. Todas estas circunstancias hacen necesario un alto grado de humanización.

Hoy en día, cada paciente se ubica en boxes individuales en un intento de crear un ambiente de intimidad e individualidad. Es verdad que la UCI intimida, atemoriza, tu familiar está sedado, con un tubo por la boca y conectado a un respirador, salen sondas y catéteres. Cables que recogen señales y las mandan a un monitor donde se representan trazados en múltiples filas y números de diferentes colores, sonidos y alarmas etc. No sabes donde situarte, a un metro de la cama o agarrarle la mano, tocarle, hablarle.

Frente a tanta tecnología se propician acciones de humanización como la figura del familiar acompañante y cuidador, la tenencia de objetos personales... Y sobre todo la comunicación. Comunicación con la familia o el propio paciente si está consciente. Hay que tener en cuenta que la capacidad de decisión del paciente puede estar ausente o mermada por la propia enfermedad y el protagonismo

en la toma de decisiones bascula hacia aquellos que mejor interpretan sus preferencias y deseos. Son momentos de gran impacto emocional. La incertidumbre del pronóstico sobrevuela cada acción, cada información, cada gesto. Por ello, es importante para los profesionales que trabajan en la UCI, transmitir seguridad, competencia, rigor y a la vez esperanza. Se debe considerar a la familia como núcleo de atención. Involucrarles en aspectos del cuidado les hará sentirse útiles y reforzara la confianza en el equipo. Respecto al paciente, objetivo principal es conseguir su confortabilidad, la ausencia de dolor, el alivio de la angustia y la incertidumbre, la conciliación del sueño...

Aspectos éticos

Hablar de los derechos del paciente crítico solo es posible si lo entendemos como un pacto tácito en que el paciente cede parte de ellos a cambio de recibir unos cuidados que ofrecen posibilidades razonables para superar la enfermedad. Este pacto convierte a los cuidadores en guardianes de estos derechos y por lo tanto eleva el rango moral de los deberes de no maleficencia, beneficencia y autonomía hacia ellos.

Uno de los grandes dilemas surge a la hora de decidir el ingreso de un paciente en UCI; tenemos posibilidades de luchar por su vida, su proceso de enfermedad está en una fase de recuperabilidad o por el contrario, es un paciente en el cual su ingreso en UCI va a suponer una agresión al paciente, un proceso de futilidad (no utilidad). Hoy en día no se concibe la medicina y menos la medicina intensiva sin un fuerte componente ético. Es nuestro deber respetar la autonomía del paciente o de sus representantes cuando se trata de tomar decisiones. Estas deben ser decisiones compartidas y consensuadas. Decisiones sobre prolongaciones de la vida de forma innecesaria, evitar el encarnizamiento terapéutico cuando las probabilidades de sobrevivir son escasas. Todas estas consideraciones, los cuidados al final de la vida, deben estar alineados con la dignidad del paciente.

Sin embargo, como decíamos en el encabezamiento, frente a ese temor, frente a la idea equivocada de que a la UCI se va a morir debemos contraponer la idea de que la UCI es VIDA; En un porcentaje elevado de casos, pacientes en riesgo real de muerte sobreviven, algunos tras largos días de "travesía", tras largos días y noches de lucha. En ocasiones la recuperación es rápida. En otras queda por delante un largo camino, su rehabilitación e incorporación a la vida.

Cirugía de la obesidad: el único tratamiento efectivo a largo plazo para bajar peso y recuperar la salud en pacientes con obesidad mórbida

Dr. Ignacio Poveda Lasheras
Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo
Director de Clínica Obedere

En España el 23% de los adultos tiene obesidad. La obesidad mórbida es una enfermedad crónica que predispone a la aparición de otras enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, hipercolesterolemia o las apneas del sueño, disminuyendo la calidad de vida y aumentado el riesgo cardiovascular, el de ciertos tipos de cáncer y la posibilidad de muerte prematura.

La obesidad es, en general, el resultado de una acumulación excesiva de grasa corporal como consecuencia de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. La obesidad que llamamos mórbida es aquella en la que el paciente tiene un índice de masa corporal **(IMC) superior a 40 kg/m2** que se calcula dividiendo el peso entre la talla en metros al cuadrado.

El **tratamiento médico** de la obesidad mórbida basado en dieta, ejercicio, cambios conductuales, fármacos y terapias endoscópicas, **fracasa** en más del 95% de los pacientes. Por este motivo, desde la Clínica Obedere, apostamos por el tratamiento quirúrgico ya que la cirugía de la obesidad (o cirugía bariátrica) es el **único tratamiento eficaz a largo plazo** en pacientes con obesidad mórbida.

En España, según el estudio ENRICA, se calcula que hay **450.000 personas** con obesidad mórbida y solamente se está operando en torno a un 2.3% de los potenciales candidatos a cirugía bariátrica.

Este **índice de intervenciones es tan bajo** debido dos factores: **miedo** a que la cirugía sea demasiado arriesgada por parte de los pacientes y de los profesionales sanitarios por la falta de información acerca de la mejora de la seguridad de los pacientes y la baja incidencia de complicaciones y de mortalidad en la actualidad y, por otro, a la oferta tan reducida que existe en los hospitales públicos con pocos procedimientos/año y **lista de espera quirúrgica** extremadamente larga.

En la Clínica Obedere realizamos las técnicas más contrastadas a nivel mundial, las más seguras, eficaces y con menos efectos secundarios: **gastrectomía vertical y by-pass gástrico**. Con estas técnicas se consigue una **reducción de peso** muy importante y una **resolución completa** de las enfermedades ligadas a la obesidad en la mayoría de los casos, mejorando la calidad y la esperanza de vida.

En la Clínica Obedere sabemos que para conseguir que la pérdida de peso sea duradera es muy importante el apoyo al paciente obeso desde un **equipo multidisiciplinar**. El seguimiento por parte de Endocrinólogos, Nutricionistas y Psicólogos es **fundamental** para que el paciente adquiera hábitos de vida saludables, cumpla las dietas recomendadas y tenga apoyo psicológico para superar las adversidades.

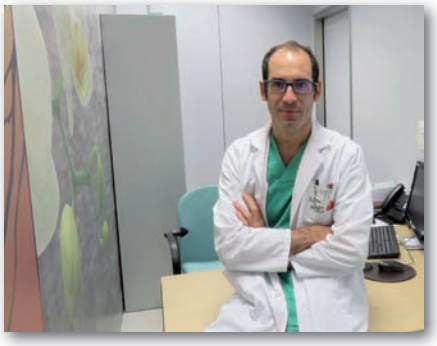
Clínica **Obedere**
Dr. Ignacio Poveda & Dr. Carlos Sánchez

www.clinicaobedere.com

C/ Beloso Alto, 32, 31006 Pamplona (Navarra)
948 296 111 (Teléfono de cita previa)
info@clinicaobedere.com

Las varices afectan a hombres y mujeres

Antes y después del tratamiento



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

La insuficiencia venosa y, en concreto, las varices constituyen una patología muy frecuente. Se trata de una enfermedad que dejada a su evolución natural puede terminar ocasionando complicaciones severas, y de ahí la importancia de la eliminación de las mismas en estadios precoces.

Aunque afecta predominantemente a mujeres, tampoco es infrecuente su aparición en hombres y además en éstos las varices suelen ser de mayor calibre y más evolucionadas en el momento del diagnóstico. El hecho de que los hombres acudan más tarde a una valoración por parte de un cirujano vascular hace que la probabilidad de tener una complicación de sus varices sea mayor.

El tratamiento tradicional de las varices, el quirúrgico, ofrece buenos resultados, pero es bastante agresivo. El hecho de resecar las varices y, sobre todo, los troncos venosos superficiales de los que dependen, condiciona un **período de recuperación prolongado**, de unas 4/6 semanas, durante las cuales no se pueden realizar las actividades de la vida normal: trabajo, ocio, deporte, etc. Por otra parte, la intervención quirúrgica de varices requiere ingreso, el uso de anestesia raquídea o general, y precisa llevar a cabo un número variable de incisiones.

La esclerosis con microespuma

Por el contrario, la esclerosis con microespuma permite la eliminación de las varices sin anestesia, sin ingreso y, lo más importante, sin período de recuperación. Consiste en la introducción de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos afectados, lo cual conduce a su cierre y desaparición tras un número variable de sesiones. Su principal ventaja es la nula agresividad, lo cual permite llevar a cabo todas las actividades habituales de la vida diaria a lo largo del tratamiento.

Cuando existe insuficiencia de la safena interna o externa, la mejor forma de administrar la espuma es el **catéter Clarivein**. Se trata de un dispositivo que se introduce en la vena insuficiente mediante una punción con anestesia local y que combina el efecto químico de la espuma junto con el mecánico de su rotación a gran velocidad. Ello permite tratar la safena interna o externa en una sola sesión, lo cual acorta sensiblemente la duración de los tratamientos. También se trata de un procedimiento ambulatorio después del cual se puede hacer vida normal.

En definitiva, la esclerosis con microespuma (y el catéter Clarivein en los casos en que está indicado), ofrece los mismos resultados que la cirugía pero de un modo mucho **menos agresivo**. Por otra parte, la idea generalizada es que la microespuma está indicada para varices de pequeño calibre, "arañitas", etc., pero lo cierto es que ofrece sus mejores resultados en varices de cierto calibre. De hecho, cualquier variz que se pueda operar es susceptible de eliminar con microespuma, mientras que lo contrario no es cierto.

Se puede concluir que, hoy por hoy, la microespuma es el método no invasivo más eficaz para el tratamiento de las varices.

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

CinfaSalud, ¿hablamos de salud?

CinfaSalud.com, el proyecto de educación en salud de Cinfa, pone al alcance de un clic información útil y rigurosa acerca de patologías, claves de prevención y consejos sobre hábitos saludables.

Vivimos en la era de Internet: a través del móvil o tablet, desde el ordenador de casa y en el trabajo, la red se ha vuelto omnipresente en nuestro día a día. Se trata de una realidad que puede medirse en cifras: el 64,3% de la población española de entre 16 y 74 años se conecta diariamente a Internet, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).
Así, Internet constituye un canal que permite a los pacientes acceder de forma rápida y gratuita a contenidos de salud. Por eso, resulta imprescindible que la información que se ofrece desde las fuentes sea rigurosa, de calidad y basada en referencias médicas, pero sencilla y asequible al público general.

Conocimiento accesible

Con esta filosofía funciona la web www.cinfasalud.com, puesta en marcha por Cinfa hace dos años y medio y que ya recibe más de 200.000 visitas por año. En este tiempo, se han publicado decenas de artículos fácilmente comprensibles para cualquier usuario, de la mano tanto de los expertos del Departamento Médico del laboratorio como de asociaciones científicas colaboradoras.
Distribuida en distintas áreas de salud, en esta página web se abordan problemas cotidianos de gran incidencia entre la población, como piojos, asma, migraña, alergias o intolerancias.

> Los contenidos están avalados por los expertos médicos de Cinfa y de asociaciones científicas colaboradoras

> Es posible descargarse fichas con consejos prácticos para prevenir y tratar cada patología

> CinfaSalud cuenta con perfiles en redes sociales como Facebook, Twitter, Youtube, Google+ y Pinterest

También se informa sobre hábitos saludables y de cuidado durante el embarazo, la menopausia o en la práctica deportiva, por ejemplo. Además, se ofrecen claves para afrontar y convivir con enfermedades crónicas como la diabetes, el Alzheimer o la Enfermedad de Crohn, entre otras.

Estudios sobre hábitos de salud

Desde CinfaSalud se prima sobre todo la utilidad de esta información, por lo que, en la mayoría de las afecciones expuestas, se facilita un decálogo de consejos (imprimibles en fichas) para su prevención o tratamiento. Es decir, el usuario puede encontrar claves prácticas para afrontar las distintas patologías, así como infografías y vídeos que resumen de forma visual lo más importante a tener en cuenta. Así mismo, están disponibles varios Estudios CinfaSalud, en los que se toma el pulso a cómo actúan los españoles de las diferentes comunidades autónomas ante diversos aspectos de salud, como la fotoprotección, el resfriado y la gripe o la nutrición infantil.
Y es que los ciudadanos somos ahora más conscientes que nunca del papel activo que desempeñamos en nuestro bienestar físico y mental. El paciente actual se hace más responsable de su propia salud y actúa sobre ella de diversas formas para mejorarla en la medida de lo posible, consumiendo determinados alimentos, practicando actividad física o dejando de lado hábitos perjudiciales. Por eso, a través de cinfasalud.com, el paciente digital tiene al alcance de un clic la posibilidad de satisfacer esa necesidad informativa con la que, además, poder cuidarse.

Internet, fuente de consulta

El cuidado de la salud se posiciona como un ámbito que despierta gran interés en el usuario: según un estudio del INE, realizado en 2015 sobre el Perfil sociodemográfico de los internautas, el 67,7% de las búsquedas online realizadas en ese año estaban relacionadas con temas de salud. Por ejemplo, y de acuerdo con un estudio basado en las búsquedas de Google Trends, las patologías propias del invierno, como la gripe o el resfriado, o las alergias, típicas en la época primaveral, absorben el 40% de las búsquedas en España. En este sentido, resulta fundamental que los usuarios tomen conciencia sobre recurrir siempre a fuentes fiables conducidas por profesionales sanitarios.

Mujeres, hombres e implantología dental

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

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

Al igual que en otros aspectos de la salud, la boca también marca algunas diferencias entre hombres y mujeres que los especialistas tenemos en cuenta.

Pese a que, en apariencia, los dos sexos contamos con una boca similar, su evolución es diferente a lo largo de los años, tanto por cuestiones anatómicas y fisiológicas como por hábitos de vida. Entre ellas, la disparidad en el diámetro de los dientes, que es mayor en el caso de los varones, lo que tiene sus implicaciones a la hora de sustituir piezas dentales.
Por otra parte, diferentes estudios constatan que el sexo masculino es menos cuidadoso con sus hábitos de higiene. Mientras las mujeres se cepillan dos o tres veces al día, muchos hombres reconocen que lo hacen como mucho una vez al día y, además, de manera menos rigurosa.
El hábito tiene como consecuencia que el riesgo de infecciones y enfermedades periodontales (de las encías) sea superior entre los varones. Sin embargo, los cambios hormonales y las crecientes exigencias de la vida para la población femenina (debido a factores como la incorporación al mercado laboral o la conciliación familiar), provocan, por ejemplo, que la incidencia de las caries sea mayor para las mujeres.
Esto se traduce en un incremento de la pérdida de dientes y la necesidad de aplicar terapias de sustitución, como las prótesis removibles o los implantes.
Asimismo, como ya hemos señalado en otros artículos, circunstancias como el embarazo o, posteriormente, la menopausia, aceleran en muchos casos el deterioro de la salud bucal de la mujer, aunque paradójicamente se cuide más la boca.

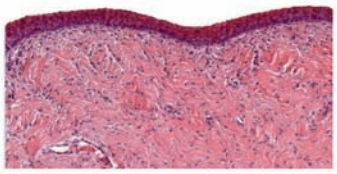
Beneficios funcionales y estéticos

En cuanto a los implantes, el propio hecho de que, según muestra la estadística, a partir de mediana edad ellas pierdan más piezas dentales, lleva a que también requieran los tratamientos de implantología en mayor medida.
Aunque los especialistas no distinguimos entre hombres y mujeres al fijar los criterios del tratamiento, sí se detecta que las segundas dan más importancia a los aspectos estéticos.
Además, suelen mostrarse más dispuestas a abordar terapias complejas que impliquen un mayor esfuerzo por parte del paciente y supongan una transformación más visible de la cavidad bucal.
Los varones, por el contrario, hacen bueno el tópico de que no son muy proclives a acudir al odontólogo salvo cuando no queda otro remedio. Su actitud ante el tratamiento es más conservadora y anteponen los beneficios funcionales a los estéticos. No obstante, este patrón de conducta está cambiando paulatinamente, tal como ocurre en otros ámbitos de la salud y de la estética, sobre todo si pensamos en pacientes menores de cuarenta años.
De todos modos, no debemos olvidar que el grueso de las personas que recurren a la implantología supera los cincuenta años, edad en la que es más habitual la pérdida de dientes. En esa franja, todavía hoy los varones dan menos importancia a la imagen física.
Más allá de las diferencias, desde la perspectiva del profesional, el abordaje es el mismo. Una vez identificados los problemas de salud tras el diagnóstico, se propone el tratamiento más adecuado, que tiene en cuenta tanto los aspectos singulares de la fisiología masculina o femenina como las expectativas del individuo.
Dichas expectativas, más o menos realistas o alineadas con el diagnóstico, nunca deben primar sobre el dictamen experto, sea por defecto o por exceso. Salvo excepciones, en todo tratamiento dental hay varias alternativas para resolver el problema de salud. Pero en ningún caso resulta aceptable pensar que la condición de varón o mujer, y sus preferencias personales en razón de su sexo, marquen la pauta, como por desgracia ocurre a veces en otro tipo de especialidades médicas.

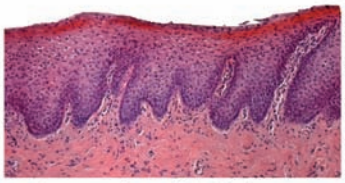
Láser de CO_2 Fraccionado para la Incontinencia

Toño Lara González
Ginecólogo. Nº Colegiado: 2990
Instituto Navarro de Ginecología. 948 22 73 28

(Figura 1)



Vagina con muy poca celularidad y escaso contenido en colágeno. Vagina menopáusica



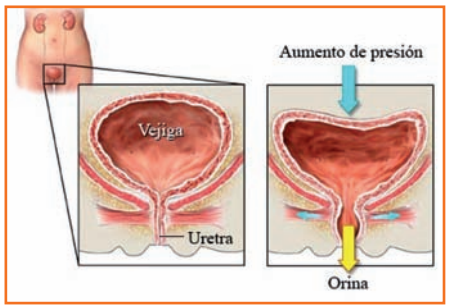
Vagina con alta celularidad y alto contenido en fibras de colágeno. Misma paciente tras 3 meses de tratamiento de láser de CO_2

¿Cómo funciona el Láser de CO_2?

Esta novedosa técnica es actualmente el tratamiento más recomendado para solucionar la incontinencia urinaria, ayuda a regenerar las fibras de colágeno y elastina, aumentando la elasticidad de la vagina. Tiene un índice de éxito superior al 90% en mujeres con incontinencia leve o moderada. (Ver Figura 1)

¿Qué es la incontinencia urinaria de esfuerzo?

Son las pérdidas involuntarias de orina que se producen cuando aumentamos la presión abdominal, (tosiendo, estornudando o ejercitándose).



El láser de CO_2 es también apto para la incontinencia urinaria de esfuerzo grave y para las incontinencias mixtas, pero no alcanza el mismo porcentaje de éxito que las leves o moderadas, a pesar de que las mujeres quedan satisfechas por la gran mejoría que perciben.

¿Qué alternativas hay al láser?

Los tratamientos anteriores al láser se dividían en dos campos: la rehabilitación del suelo pélvico, mediante ejercicios combinados y estímulos eléctricos directos intravaginales y; tratamientos quirúrgicos, generalmente mediante la colocación de mallas especiales. Los primeros son de uso continuado, y suele ser necesario acudir a centros específicos, costosos y monótonos, con resultados muchas veces no satisfactorios. La segunda alternativa, es una intervención quirúrgica y no exenta de posibles efectos colaterales (fibrosis, dolor o caída de la malla).

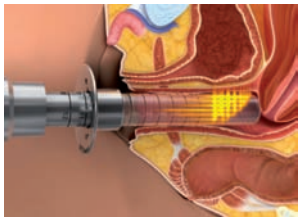
Existe una tercera opción que es el uso de compresas, pero pueden ser poco higiénicas, no solucionan el problema y ocasionan incomodidades en las pacientes.

¿Qué ventajas tiene el Láser de CO_2?

No existen efectos secundarios y se soluciona en pocas sesiones (3 en total con intervalos entre cada una de 4 a 6 semanas) al no ser invasiva no tiene riesgos quirúrgicos.

¿En qué consiste y cómo se realiza este tratamiento?

Esta novedosa tecnología permite aplicar energía (calor) en el interior de la vagina, sobre la mucosa y la submucosa.



Esta energía (calor) sobre el colágeno hace que las fibras se acorten y, como consecuencia, el tejido se retrae. Así favorecemos la formación de nuevo colágeno y aumentamos el grosor de la pared vaginal.

Se introduce un dispositivo similar al espéculo que se utiliza en las revisiones ginecológicas. A continuación se desliza un cilindro de pequeño diámetro donde viajara el láser para reflejarse el haz de luz del mismo.

Este haz de láser lo haremos impactar en la mucosa vaginal, en toda su longitud según las alteraciones del suelo pélvico a tratar.

Es una técnica no invasiva que se realiza íntegramente en consulta, indolora y volviendo a la actividad diaria de manera inmediata. El proceso de aplicación intravaginal del láser no se prolonga más de quince minutos.

¿Tiene otras aplicaciones el láser de CO_2 en ginecología?

El Rejuvenecimiento Vulvo-Vaginal con Láser (VVRL) ofrece una terapia alternativa muy satisfactoria en la atrofia y relajación vaginal con o sin incontinencia urinaria de esfuerzo, sin incisiones, realizada en consulta, y con una inmediata recuperación, mejorando también las relaciones sexuales.

El creciente interés por mejorar la estética femenina, hace del tratamiento del láser de CO_2 una técnica muy eficaz para la labioplastia (reducción del tamaño de los labios menores), con múltiples beneficios psicológicos, estéticos y de comodidad para la paciente.

ing
instituto navarro de ginecología
C/Leyre 4 bajo
31002 Pamplona
948 22 73 28

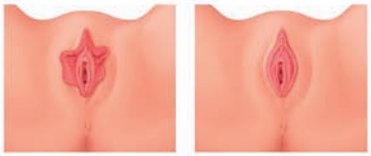
Sin puntos, sin sangrados, sin ingreso
Vuelve a tu vida normal tras el tratamiento

Incontinencia urinaria de esfuerzo
Relajación Vaginal
Atrofia Vaginal

PRECIO ESPECIAL*
1ª SESIÓN 450€
2ª SESIÓN 350€
3ª SESIÓN GRATIS

Labioplastia unilateral
Labioplastia bilateral

PRECIO ESPECIAL*
600€
1200€
UNA ÚNICA SESIÓN



*Precio válido hasta el 01/09/2017

El insomnio en las personas mayores

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

El insomnio se define como la dificultad para iniciar o mantener el sueño nocturno, o la falta de un sueño que nos resulte reparador. Es decir, que tengamos la sensación de no haber descansado adecuadamente.

Para diagnosticar que se padece insomnio, debe darse al menos tres veces por semana durante un mes. Asimismo, ha de ser lo suficientemente grave para mostrar una o varias de estas situaciones: producir cansancio diurno, que quienes nos rodean aprecien que estamos más irritables, o que disminuye nuestra actividad durante el día.

Es verdad que a veces las alteraciones no son tan importantes, pero sí lo es la manera como nosotros las sentimos. Con carácter general, un anciano tiene que dormir unas siete horas al día, aunque no existen criterios rígidos sobre el número de horas necesarias de sueño.

El diagnóstico del insomnio precisa de una adecuada valoración por parte del médico y, además, es necesario recoger la información sobre las horas totales del sueño.

En primer lugar, si hay dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo, con despertares frecuentes o precoces. En segundo término, de acuerdo con el nivel de actividad del día siguiente, hay que establecer si tenemos sensación de fatiga. Asimismo, conviene revisar nuestros hábitos, como si hacemos siesta o las actividades que realizamos antes de acostarnos. Por otra parte, debemos analizar la existencia de acontecimientos que precipitan el insomnio, y el tiempo que duran.

Cuidar nuestro descanso merece la pena. Sabemos que dormir es una necesidad fisiológica. Es posible que, con el paso de los años, nuestro sueño sea más ligero y a veces más difícil de conciliar. Pero siempre podemos mejorar nuestros hábitos para conseguir un sueño reparador, ya que nos va a proporcionar salud.

CAUSAS DEL INSOMNIO

Las causas del insomnio son muy variadas. En ocasiones, se trata de alteraciones del estado de ánimo, como padecer una depresión, o ansiedad. En otras, se debe a determinadas patologías, como enfermedades del corazón, pulmonares, o la misma artrosis, entre otras.

Por otro lado, la toma de muchos medicamentos puede alterar nuestro ritmo de sueño, tanto por los efectos que produce cada uno como por las interacciones entre ellos.

Tampoco ayuda abusar de la comida, del alcohol, de bebidas con cola o cafeína, especialmente antes de acostarnos. Y no es recomendable desarrollar mucha actividad antes de dormir, o que haya mucha luz o ruidos excesivos. Incluso cambiar de la cama habitual puede alterar el descanso.

Otros factores son el hecho de pasar mucho tiempo en la cama, hacer siestas de más de 20-30 minutos, mantener inactividad durante el día o verse obligados a orinar a lo largo de la noche.

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

La presencia del insomnio nos obliga a tomar varias medidas de higiene del sueño, que se derivan de las propias causas. Seguro que ya conocen muchas de ellas:

- Evitar bebidas excitantes o comidas copiosas en la merienda o cena.
- Realizar ejercicio o actividad física durante el día y evitarlo antes de acostarse.
- Mantener una temperatura agradable en el dormitorio y evitar ruidos y luces. Usar ropa cómoda.
- Ducharse o bañarse antes de acostarse.
- Aprender y practicar relajación. Hay técnicas que nos pueden ayudar.

Además, me permito apuntar algunas sugerencias. Procure acostarse siempre a la misma hora e intente no usar la cama para leer o ver la televisión, ya que se puede desvelar.

Si después de haberse acostado no consigue dormirse, pruebe a levantarse y hacer algo relajante o algo que le tranquilice. Ayuda tomar un vaso de leche templada. Esto también sirve para situaciones de despertares nocturnos, después de haber dormido un tiempo.

Al día siguiente, intente levantarse a la misma hora y no dormir durante el día.

Es probable que, al seguir estas recomendaciones, especialmente la de no dormir por el día, corrija gran parte de sus problemas de sueño. Si a pesar de ello continuase sin poder dormir, acuda a su médico, ya que él le podrá prescribir el tratamiento más adecuado. Y, sobre todo, no se automedique, puesto que los medicamentos para el insomnio presentan efectos secundarios que le pueden provocar dependencia y otros trastornos como caídas, menor concentración o estreñimiento.

+60 apartamentos tutelados
Vive a tu aire en tu comunidad
www.apartamentostutelados.com
PROGINSA.
Calle Leyre 11 BIS · T. 948 229 621

Apartamentos tutelados leyre
Calle Leyre, 17-19. Pamplona
Apartamentos tutelados ermitagaña
Calle Ermitagaña, 9. Pamplona
Apartamentos tutelados irunlarrea
Calle Irunlarrea, 10. Pamplona
Apartamentos tutelados ansoáin
Plaza Euskalherria, 1. Ansoáin

Patologías traumatológicas más frecuentes en el hombre

Rubén Goñi Robledo
FEA Traumatología y Cirugía Ortopédica. Complejo Hospitalario de Navarra
Marta Aguado Sevilla
MIR Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra

Como ya publicamos en un número anterior referente a los procesos más frecuentes en nuestra especialidad en la mujer, también hay procesos que ocurren con mayor frecuencia en el sexo masculino.

Citaremos los más comunes y frecuentes vistos en la práctica diaria, tanto urgente como programada:

1. **Artrosis:** En el varón es típica la afectación de la cadera, a menudo de manera bilateral. La infrecuente artrosis de codo, también tiene una mayor prevancia entre el sexo masculino (relación 4:1 en hombres:mujeres). 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 bien infiltraciones. Si lo anterior falla, podría valorarse el reemplazo articular por una prótesis.

2. **Fracturas:** Generalmente son de predominio en el sexo masculino. Por citar algunas típicas y frecuentes en varones jóvenes en la extremidad superior encontramos las fracturas de clavícula, de escápula, fracturas humerales y de codo. En la extremidad inferior hay mayor prevalencia de fracturas de tibia y peroné en varones. Dependiendo del tipo de fractura y su desplazamiento y lesiones asociadas, se realizará un tratamiento conservador inmovilizador (yeso cerrado o férula de yeso) o bien tratamiento quirúrgico de la misma (Agujas metálicas, placas con tornillos, etc...).

3. **Patología de la columna vertebral:** Determinados procesos son más frecuentes en el hombre. Cabe destacar aumento del número de casos de cervicoartrosis, hernia de disco cervical y también de estenosis del canal lumbar.
Cervicoartrosis y hernia de disco cervical: degeneración tanto del disco vertebral como de sus articulaciones adyacentes, con clínica de dolor cervical que puede acompañarse de dolor e irradiación a través de las raíces nerviosas cervicales (radiculopatía). En casos graves puede haber una compresión de la médula espinal (mielopatía). En el caso de la hernia de disco el contenido herniado del mismo es el que produce la clínica. Más frecuente en varones de 40-50 años y en relación con levantamiento de pesos. Los tratamientos incluyen un inicio de tratamiento conservador con fármacos y fisioterapia o bien cirugía encaminada a fusionar el nivel cervical artrósico o bien la eliminación del material herniado.
Estenosis del canal lumbar: consiste en la compresión de estructuras neurales vertebrales a nivel lumbar debido a un canal vertebral estrecho (canal por el que discurren la médula y raíces nerviosas). Más frecuente en varones en torno a 50 años y en segmentos lumbares bajos (cuarta o quinta vértebras lumbares). La relación hombre:mujer es de aproximadamente 1,5 a 1. Se incia el tratamiento de igual manera, conservadoramente, o bien se realizan acciones quirúrgicas encaminadas a aumentar el diámetro del canal vertebral lumbar.

4. **Necrosis avascular femoral:** Consiste en una muerte celular (células del hueso y médula ósea) en la zona articular de la cadera. Predominio en varones con edades comprendidas entre 35 y 50 años (media de edad de 36 años). Dependiendo del estadio en que sea diagnosticada, el tratamiento puede ser conservador, con medicación y descarga de la cadera, o bien quirúrgico con descompresión del hueso, injertos de hueso o prótesis de cadera en estadios avanzados.

5. **Lesiones meniscales en la rodilla:** Mayor frecuencia en varones, sobre todo en edad deportiva, de los 20-45 años. Es más frecuente la lesión del menisco interno, el doble de casos, y en un tercio de estas lesiones se acompaña también de lesiones en el ligamento cruzado anterior (LCA). El tratamiento en gente joven generalmente suele ser quirúrgico mediante técnicas artroscópicas.

6. **Patología tumoral:** Discreto aumento en varones. Por norma general, los tumores benignos suelen aparecer en personas jóvenes, de menos de 30 años. Las lesiones malignas frecuentemente afectan a pacientes más jóvenes aún, del rango de los 12-19 años. El 80% de los tumores óseos suele ser en los miembros inferiores y de éstos, más de la mitad en la rodilla. Los tratamientos, dependiendo de la localización, tipo y benignidad o malignidad del tumor pueden incluir quimioterapia, radioterapia y frecuentemente operaciones quirúrgicas para la extracción del tumor.

7. **Gota:** Afectación caracterizada por depósitos de urato (ácido úrico). Típico en varones de entre 30 y 50 años con localización frecuente en el primer dedo del pie. El tratamiento está centrado en la toma de medicación, con antiinflamatorios como la indometacina , corticoides y el fármaco antigotoso colchicina.

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.

Probablemente una de las mayores bondades de la técnica es que se puede utilizar en **todas las varices de todos los pacientes**, desde las pequeñas telangiectasias (arañas vasculares), que tanta preocupación estética ocasionan en muchas mujeres, hasta las grandes dilataciones dependientes de la vena safena (que aparecen tanto en mujeres como en hombres) 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

Dolor lumbar y ciática

Rubén Goñi Robledo.
FEA Traumatología y Cirugía Ortopédica. Complejo Hospitalario de Navarra
Marta Aguado Sevilla.
MIR Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra

El dolor lumbar se define clásicamente como "aquel dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de las nalgas, cuya intensidad varía en función de las posturas y de la actividad física. Es un dolor generalmente de carácter mecánico, suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse o no a dolor referido o irradiado". Este síntoma se cuenta entre los padecimientos más frecuentes del ser humano.

Entre el 70 y el 85% de las personas lo padecen en algún momento de su vida, aunque solo un 14% sufrirá un episodio que durará más de 2 semanas. La prevalencia anual en la población adulta oscila, según diferentes estudios a nivel europeo, entre el 22 y el 65%. Según datos del estudio EPISER realizado en población española, la prevalencia de la lumbalgia es del 14,8% para la lumbalgia aguda y del 7,7% para la lumbalgia crónica, aumentando con la edad hasta los 60 años, siendo también más frecuente en mujeres (17,8%) que en varones (11,3%).
Aproximadamente el 80% de las lumbalgias cursan sin complicaciones y mejoran en menos de 4-6 semanas. El 10% evoluciona a formas crónicas. En resumen, hasta un 85% de las personas lo padecen en algún momento de la vida. La prevalencia en España es del 14% para la aguda y 7% para la crónica.
Es algo más frecuente en mujeres y en personas más mayores. El 80% mejorará en 4-6 semanas y sólo un 10% se cronificará.

¿Por qué duele?

▶Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en:
- **Aguda:** dolor de menos de 6 semanas.
- **Subaguda:** dolor de 6-12 semanas.
- **Crónica:** más de 12 semanas con dolor.
- **Recurrente:** lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos asintomáticos de más de 3 meses.

▶Según la clínica y de forma muy breve y esquemática se distinguen:
- **Lumbalgia aguda inespecífica:** es el síndrome caracterizado por doloren la región lumbosacra, generalmente de carácter mecánico, acompañadoo no de dolor referido o irradiado. Representa más del 95% de los casos.
- **Lumbalgia con irradiación:** conocida como ciática. Se produce una compresión del nervio ciático que es lo que produce el dolor con irradiación hacia las piernas. El nervio ciático da las raíces lumbares y sacras, normalmente se produce compresión de la última raíz lumbar (L5) o la primera sacra (S1). (Ver figura 1)

Causas de lumbalgia

▶Dolor lumbar mecánico (97% de las lumbalgias):
- Distensión o esguince lumbar (70%).
- Degeneración del disco vertebral o alteraciones facetarias (10%).
- Hernia discal (4%).
- Fractura osteoporótica (4%).
- Estenosis vertebral o estrechamiento del canal por el que discurre la médula espinal (3%).
- Espondilolistesis, o deslizamiento de una vértebra sobre la siguiente (2%).

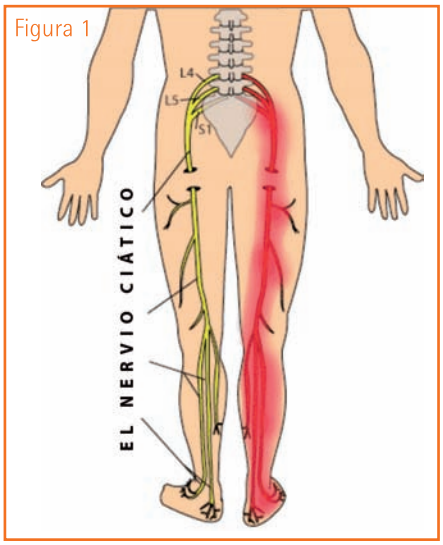
▶Causas de dolor lumbar no mecánico (3% restante):
- Entre las causas se encuentran: tumores, alteraciones digestivas, herpes zóster, etc...

En resumen, el dolor puede producirse por **distensión o esguince lumbar** en la mayoría de los casos, lo que produce una lumbalgia mecánica. En el caso de una **compresión del nervio ciático**, se producirá una irradiación a las extremidades inferiores. Otras causas son las **fracturas vertebrales**, la hernia discal, la estenosis del canal lumbar, etc...

¿Por qué se duerme la pierna desde el gluteo hasta el pie?

La compresión de las raíces nerviosas a su salida desde la columna es lo que produce esa sensación de hormigueo o irradiación del dolor hacia las piernas. Dependiendo de la raíz que se comprima, se afectará una determinada zona.
Así, de manera muy resumida para raíces lumbares (L) y sacras (S) si se afecta la raíz:
- L1, L2, L3: se afectará la zona del muslo.
- L4: se afectará la zona externa del muslo, interior de pierna y tobillo.
- L5: se afectará la cara externa del muslo, anterior y externa de pierna hasta el primer dedo.
- S1: parte posterior del muslo hasta el 5º dedo del pie.

Figura 1



¿Cuáles son los tratamientos más efectivos?

El abordaje del dolor lumbar debe realizarse desde un enfoque que abarque varias disciplinas. Tratamientos de un solo abordaje suelen dar resultados parciales. En este tratamiento están implicados los médicos de atención primaria, los rehabilitadores y fisioterapeutas, el traumatólogo y los anestesistas-unidad del dolor.
De forma simplificada podríamos hacer el siguiente esquema:
- **Lumbalgia aguda mecánica:** iniciar con tratamiento rehabilitador, evitar el reposo, toma de analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares y benzodiacepinas.
- **Lumbalgia subaguda:** rehabilitación, seguir evitando el reposo y ejercicio terapéutico. Toma de medicación.
- **Lumbalgia crónica:** ejercicio terapéutico y escuela de espalda. Toma de medicación.

Cuando el tratamiento conservador falla y se ha realizado durante el tiempo suficiente y de manera correcta, podrían valorarse dependiendo de la causa acciones invasivas. De manera resumida podemos hacer otro esquema:
Para la degeneración del disco vertebral: generalmente el tratamiento quirúrgico va encaminado a fusionar el segmento de la columna afectado, mediante tornillos asociados a barras o placas, lo que denominamos artrodesis.
Para la hernia discal: podría iniciarse un tratamiento con infiltraciones con corticoide, o bien plantear una cirugía en la que se quite el disco afectado.
Para la estenosis del canal lumbar: se realiza una resección del hueso en la zona posterior que es responsable de la disminución de espacio, elminando de esta manera la compresión existente.
Para el síndrome facetario, o degeneración de las articulaciones entre las vértebras, se realizan los conocidos bloqueos, que consiste en la inyección en la articulación afectada de anestésico local junto con un corticoide. También pueden denervarse las articulaciones mediante radiofrecuencia, conocido como rizolisis.
Cuando hay una desviación de una vértebra sobre la otra, o espondilolistesis, el tratamiento definitivo suele ser quirúrgico fijando el segmento afectado.

¿Qué es la baja visión?

Dori Callejo
Óptico-Optometrista
Óptica Unyvisión

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

La Baja Visión es una denominación que empleamos cuando una persona tiene una limitación visual que le impide desarrollar una o varias tareas de la vida cotidiana y no puede mejorarla con gafas convencionales, lentes de contacto, tratamientos farmacológicos u oftalmológicos.

La Baja Visión afecta a todas las edades, pero principalmente a personas de edad avanzada, siendo un estado crónico.
Se considera que un paciente tiene Baja Visión cuando la agudeza visual es inferior a 0.3 en el mejor ojo, con la corrección adecuada, o el campo visual es inferior a 30º.
Existen muchos motivos que causan Baja Visión: malformaciones congénitas, accidentes y patologías.
Las patologías más frecuentes son: DMAE (Degeneración Macular asociada a la edad), cataratas, Glaucoma, Retinosis Pigmentaria, Retinopatía Diabética, Miopía Magna...

▶**DMAE (Degeneración Macular asociada a la edad)**. Es una enfermedad ocasionada por un deterioro de la mácula, la cual se encuentra en el centro de la retina y nos proporciona agudeza visual para ver detalles finos.
Existen dos formas:
- **DMAE seca:** afecta al 80% de los pacientes, tiene una evolución lenta y progresiva.
- **DMAE húmeda:** aparecen nuevos vasos sanguíneos que provocan filtrado de fluidos y sangre en la mácula con una pérdida de visión rápida.

Síntomas: distorsión de las líneas rectas, palabras y caras borrosas, zonas oscuras en el centro del campo visual...

▶**Cataratas.** Es una opacificación del cristalino que provoca imágenes borrosas y pérdida de visión.
Las cataratas pueden ser operables, pero si la situación médica lo desaconseja por distintos motivos, entonces provocan baja visión.

▶**Retinosis Pigmentaria.** Es una enfermedad ocular de carácter degenerativo y hereditario. Se nace con la enfermedad, pero es raro que se manifieste antes de la adolescencia.
Síntomas: ceguera nocturna, mala adaptación a la oscuridad, campo de visión limitado, visión "en túnel".

▶**Retinopatía Diabética.** Es una complicación ocular de la diabetes por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina.
Síntomas: En el inicio pueden no existir síntomas, si se produce edema macular aparece visión borrosa y manchas.

▶**Miopía Magna.** Cuando un ojo presenta más de 8.00 dioptrías hablamos de miopía magna.
En altas miopías puede ocurrir que aparezca una atrofia progresiva de la retina afectando a la zona central de la retina, la mácula, o alterando el nervio óptico.

▶**Glaucoma.** Es una enfermedad del nervio óptico, uno de los factores principales es una presión intraocular alta.
Un glaucoma sin tratar conduce a un daño irreversible del nervio óptico.
Tipos:
- **Agudo:** aumento de la presión intraocular repentino y elevado
- **Crónico:** aumento de la presión paulatino

Síntomas: Perdida de campo visual

Rehabilitacion visual

Cuando una persona tiene una enfermedad que le limita la visión, el primer paso es acudir al oftalmólogo y posteriormente si sigue teniendo dificultades visuales ha de realizar una rehabilitación en Baja Visión con la ayuda adecuada.
Disponemos de ayudas técnicas y adecuadas a las patologías que causan la Baja Visión. Es el paciente el que nos indica qué actividad desea recuperar (por ejemplo ver la televisión, leer...)
Según los informes oftalmológicos y el examen optométrico seleccionamos la ayuda que le dará el mejor resultado, entrenando al paciente para su utilización. En el examen optométrico calculamos los aumentos y valoramos qué partes de la retina son más útiles para el paciente en su rehabilitación.

Tipos de ayudas

Dentro de las ayudas disponemos de:
- **Ayudas ópticas:** gafas, lupas, filtros selectivos, telescopios, microscopios...

Algunas patologías hacen que los ojos sean más sensibles a la intensidad de la luz. La luz azul es la parte del espectro visible que origina el deslumbramiento, para minimizarlo es necesario filtrarla, para lo cual existen unas lentes especiales adecuadas a cada paciente facilitando el mejor contraste y confort.

- **Ayudas electrónicas:** lupas electrónicas, software para aumentar la imagen del ordenador...

- **Ayudas no ópticas:** para mejorar postura, contraste e iluminación como atriles y flexos.

- **Ayudas no visuales:** para mejorar la autonomía de la persona como relojes y termómetros parlantes, monederos...

El entrenamiento de estas ayudas es fundamental, ya que el paciente ha de aprender a utilizarlas en su vida cotidiana.

El fin de las varices sin pasar por quirófano

Dr. Íñigo Insausti Gorbea
Nº Coleg. 3107013
Radiólogo Vascular intervencionista del Complejo Hospitalario de Navarra y Médicis

Las varices afectan a 3 de cada 10 personas y se presentan con mayor frecuencia en mujeres así como en personas que pasan mucho tiempo de pie o sentadas.

Pesadez de piernas, hinchazón, calambres, dolor, cansancio, manchas e incluso úlceras en las fases más avanzadas. Son los síntomas más comunes de las varices, las cuales son una señal de que la circulación venosa es deficiente o está deteriorada. Las varices no mejoran por sí solas por lo que necesitan ser diagnosticadas y tratadas lo antes posible. . Para ello, Centro Médicis utiliza tecnología de vanguardia para evitar la intervención quirúrgica.

¿Qué son las varices? ¿y porqué tratarlas?

Según explica el **doctor Iñigo Insausti,** las varices son dilataciones de las venas que aparecen en muslos y piernas y se producen dentro de un cuadro clínico denominado **insuficiencia venosa crónica, que se define como la dificultad de retorno de la sangre de las piernas**. A nivel de las piernas, las venas tienen que realizar la labor de la circulación de la sangre en contra de la gravedad, para lo cual, tienen unas válvulas que permiten bombear esta sangre en dirección al corazón. *"Cuando por diversas razones estas válvulas fallan, la sangre se estanca en las venas de las piernas, dilatándose y dando lugar a lo que conocemos como varices".*

El daño vascular también puede ser causa de **tromboflebitis**, que consiste en la presencia de un trombo dentro del sistema venoso superficial, y aunque no ocurren en todos los pacientes con varices, no hay forma de predecir con seguridad quién va a desarrollar estas importantes complicaciones.

La importancia de un buen diagnóstico

Previamente a tomar la decisión de qué técnica es la más adecuada para el paciente, el doctor realiza un mapa de toda la circulación venosa de la pierna mediante una exploración física completa y un estudio con ecografía Doppler. "La realización de una ecografía es muy importante para realizar un buen diagnóstico. En numerosas ocasiones las personas se tratan las varices de manera superficial sin conocer exactamente cómo está nuestra vena safena o nuestro mapa de la circulación. Es importantísimo ese estudio que se realiza en una primera consulta para determinar posteriormente el tratamiento más indicado según paciente.", subraya el doctor.

Técnicas para su eliminación

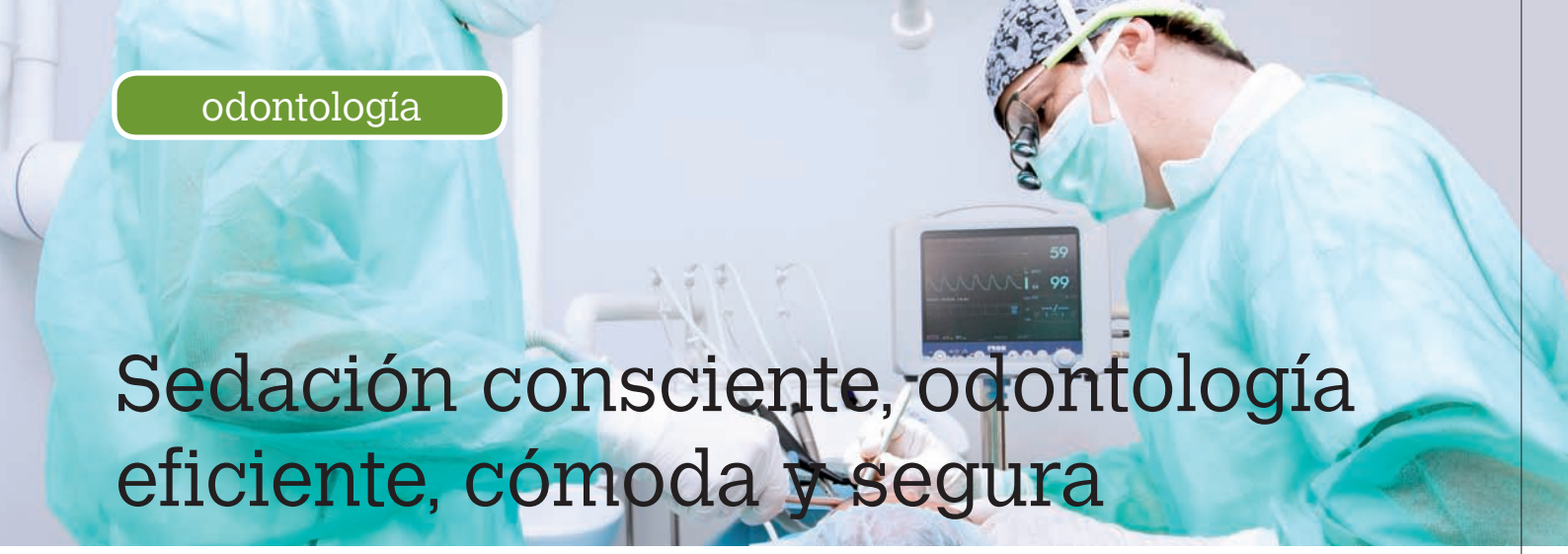
El **Centro Médicis** lleva a cabo **dos métodos eficaces que permiten eliminar las varices de forma efectiva y segura, no requieren de quirófano, no necesitan anestesia y no provocan molestias antes ni después del tratamiento**. Ofrecen una rápida recuperación y retorno a las actividades cotidianas y se consigue un excelente resultado estético.

Clarivein® es una técnica endovascular que consiste en un sistema de esclerosis quimicomecánica, y que sirve para tratamiento de la insuficiencia venosa de safena mayor o menor. "No requiere anestesia, no necesita quirófano ni baja laboral, y se puede realizar vida normal al finalizar el procedimiento", explica. El Clarivein® tiene la misma tasa de éxito que la cirugía convencional (stripping), pero es una técnica menos agresiva. Las publicaciones demuestran una tasa de cierre de safena al año del 97%.

La microespuma está indicada para el tratamiento de telangiectasia/arañas vasculares así como de venas reticulares. *"La espuma hace que las varices se cierren, mejorando la pesadez, cansancio y el dolor tan molesto que sufren los pacientes. No necesita anestesia ni baja laboral pero requiere varias sesiones"*, añade Insausti.

Ventajas para el paciente

1. Seguro y efectivo **2.** No requiere quirófano **3.** No necesita anestesia **4.** Sin molestias antes ni después del tratamiento **5.** Rápida recuperación y retorno a las actividades cotidianas **6.** Excelente resultado estético



Sedación consciente, odontología eficiente, cómoda y segura

sannas
DENTOFACIAL

Dra. Soraya Rodríguez
Nº Coleg. 31000669
Odontología general

“ Una técnica, avanzada y fiable, que facilita el trabajo profesional y minimiza los efectos de la fobia dental.

Un buen estado de nuestra salud bucodental es clave para el bienestar físico y la calidad de vida. Sin embargo, tanto en lo que concierne a los hábitos higiénicos, como a los tratamientos odontológicos, la falta de tiempo hace que, en ocasiones, no seamos constantes con su cuidado. Además, a algunas personas, la visita al dentista les genera ansiedad o temor, lo que también influye en que vayan postergando procedimientos que necesitan.

La sedación consciente, base de la odontología de alto rendimiento, facilita, en todos estos casos, las intervenciones bucodentales. Las convierte así en experiencias cómodas y eficientes, tanto para los profesionales, como para los pacientes.

En la **odontología de alto rendimiento** interviene un **equipo multidisciplinar** (área operatoria, endodoncia, periodoncia, cirugía (extracciones e implantes) y prostodoncia) cuyo objetivo es optimizar los tratamientos odontológicos en el menor número de sesiones posible. De esta forma, se realizan, por ejemplo, varias obturaciones, exodoncias o implantes a la vez o una combinación de ellas al mismo tiempo.

Sedación inhalatoria o intravenosa

Para trabajar de esta manera, que ahorra tiempo y molestias a los pacientes, lo más recomendable es que estos se sometan a los tratamientos odontológicos bajo **sedación consciente**. Este método, completamente seguro y fiable, puede aplicarse de dos formas: sedación consciente inhalatoria o sedación consciente intravenosa.

Tanto con la inhalación de una mezcla de gases a base de óxido nitroso, como con fármacos sedantes aplicados por vía intravenosa, los pacientes mantienen la consciencia y sus facultades. Sin embargo, entran en un estado de relajación y tranquilidad que hace desaparecer la ansiedad o la fobia dental. Esto facilita el trabajo de los profesionales en intervenciones orales más largas y dificultosas, como es el caso de las cirugías.

Grandes beneficios

Es un procedimiento **poco invasivo y completamente seguro**, tanto que puede aplicarse a **embarazadas y menores**. Además, en todo momento, el paciente se encuentra **monitorizado** y bajo control médico por profesionales formados y autorizados para ello. Antes de iniciarlo, se somete al paciente a una valoración minuciosa para determinar el método más adecuado en cada caso.

Si para el equipo odontológico esta técnica le permite trabajar de forma estable y eficiente con pacientes más tranquilos, para estos los beneficios son aún mayores. Con la sedación consciente, **disminuye de forma notable el efecto inflamatorio posoperatorio** y el uso de anestésicos. La **recuperación es mejor y más rápida.** Tampoco presentan efectos secundarios. Los tratamientos son aplicados en menos sesiones, lo que le ahorra al paciente tiempo y, en los casos de fobia dental, mucho estrés.

En Sannas, más de 300 personas han sido tratadas en el último año con sedación consciente. Los buenos resultados y la satisfacción de estos es el mejor respaldo con el que puede contar una técnica, avanzada y fiable, en la que los beneficios para profesionales y pacientes son mutuos.

sannas
Más de 25 años como Clínica dental de referencia en el cuidado y la prevención de la salud bucodental
Todos los servicios en odontología y medicina estética facial en un mismo centro con unas instalaciones médicas a nivel hospitalario.
Odontología del alto rendimiento
Implantología
Sedación y control de la ansiedad
Diseño de sonrisa
Rejuvenecimiento facial
Centro de Prevención Oral
Ortodoncia invisible
Medicina y estética facial
Blanqueamiento dental
Periodoncia /Endodoncia
Células madre dentales
Apnea respiratoria
Disfunción de la A.T.M.
C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica | www.gruposannas.com | Tel.: 948 38 44 22 / 948 38 44 33
CPS-236/25-15-NA

Conozcamos nuestro cuerpo: las glándulas mamarias

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

La mama es una glándula exocrina (que produce sustancias que se vierten al exterior) que forma parte del aparato reproductor femenino. Se ubican en el tórax y permiten una nutrición sana para el bebé durante los primeros meses de su vida.

Su tamaño y forma varia de una mujer a otra e incluso en la misma mujer en las distintas épocas de su vida y pueden aparecer diferencias entre las dos mamas.

En la mujer adulta adopta la forma de una eminencia semiesférica con su parte plana hacia la pared torácica y se sitúan a ambos lados del esternón, ocupando los espacios entre la segunda a la séptima costilla.

En la porción más prominente se encuentra el pezón, de superficie rugosa y con pequeñas depresiones que representan desembocadura independiente de 12 a 20 conductos galactóforos. El pezón aparece rodeado por la areola, que es la zona cutánea anular que difiere de la piel del resto de la mama por ser mas delgada y pigmentada.

La areola presenta un aspecto rugoso con múltiples prominencias correspondientes a glándulas sebáceas denominadas tubérculos de Morgagni.

Profundamente, la glándula mamaria se apoya en su mayor parte sobre la musculatura torácica.

Es muy frecuente usar el eufemismo y pseudocultismo senos como sinónimo de mamas; sin embargo, el término es impreciso, en español coloquial, las mamas de una mujer también suelen llamarse tetas o pechos.

Internamente la mama posee gran cantidad de tejido adiposo, que la constituye en un 90% dándole forma abultada.

Las mamas varían en tamaño y forma. Su apariencia externa no predice su anatomía interna o su potencial de lactancia. Su forma depende en gran medida de los ligamentos que la componen y el tejido torácico subyacente sobre el cual descansa.

En ambos sexos, los pezones tienen capacidad eréctil como respuesta tanto a estímulos sexuales, como al frío.

Mamas femeninas

El desarrollo de las mamas es uno de los signos de la madurez sexual femenina.

- **Durante la pubertad.** Las niñas típicamente desarrollan las mamas de manera no simultánea, primero aparece un botón mamario firme y pronto se desarrolla el botón en el otro lado, aunque pueden desarrollarse simultáneamente, y en poco tiempo ambas van adquiriendo su aspecto desarrollado habitual. El desarrollo del tejido adiposo y conectivo aumenta bajo la influencia de las hormonas femeninas entre otras que también participan (hormona del crecimiento).
- **Durante el embarazo.** Debido al aumento en los niveles de estrógenos y progesterona se estimula el desarrollo glandular. Las mamas tienden a hacerse esféricas debido al aumento del tejido adiposo.

Se vuelven turgentes y voluminosas. La pigmentación de la piel de la areola y del pezón aumenta muy notablemente y aparecen pequeñas eminencias granulares en los bordes de las areolas conocidas como tubérculos de Morgagni, correspondientes al desarrollo de glándulas sebáceas. La circulación de la mama aumenta y se hacen prominentes las venas superficiales.

- **Cambios durante la lactancia.** La lactancia tiende a mantener los cambios ocurridos durante el embarazo. Al inicio de la misma y durante las primeras horas, los repetidos intentos de succión del neonato acaban por provocar la salida de una secreción espesa y amarillenta, rica en colesterol, llamada calostro.

Funciones de la mama: Lactancia

Sus dos funciones principales son la lactancia y la función sexual.

La producción de leche en las mamas comienza desde antes del parto, hecho por el cual, durante el parto las mamas suelen dilatarse o "hincharse" al producir leche. Sin embargo, la salida de líquido no se suele producir hasta ese momento, debido a la disminución en las concentraciones de progesterona y la producción de prolactina y oxitocina.

A partir de ese momento (en algunas mujeres desde antes) la mama segrega calostro, un líquido espeso con suaves propiedades laxantes que facilita la evacuación del meconio del intestino del recién nacido. El calostro es segregado durante tres días, una leche intermedia durante los quince siguientes para dar paso a la leche madura posteriormente.

La leche materna contiene más de 300 componentes, entre los que incluye proporciones elevadas de agua (hasta un 85 %). Esta composición varía de acuerdo a la edad del neonato, el clima y las necesidades específicas del neonato.

En la leche se encuentran numerosos nutrientes, así como proteínas, aminoácidos, vitaminas, y minerales esenciales, además de encontrarse una potente de inmunoglobulinas tipo IgA que actúan como anticuerpos proporcionando al recién nacido una importante protección ante potenciales infecciones.

La lactancia materna refuerza de manera particular el vínculo emocional en la relación madre–hijo de una forma muy sólida, lo que proporciona una satisfacción particular a ambos, desarrollando en el neonato la semblanza de afecto humano.

Mamas masculinas

La mama experimenta cambios a lo largo del desarrollo del individuo. Salvo casos particulares, más o menos patológicos, la mama del varón se atrofia completamente, aunque el conjunto areola-pezón nunca desaparece y conserva siempre su sensibilidad particular y sus capacidades de fruncimiento de la areola y de erección del pezón ante los estímulos.
Si el desarrollo se produce a expensas de sus glándulas y demás estructuras, se denomina ginecomastia.
Los hombres sometidos a tratamiento con estrógenos o que abusan de ciertas drogas, pueden llegar a desarrollar acúmulos de grasa que toman la forma de mamas (pseudoginecomastia) llegando hasta secretar fluidos espontáneamente, aunque sin contenido lácteo.
Los obesos también pueden llegar a esta pseudoginecomastia.
La presencia de más de dos glándulas se conoce como polimastia. Cada mama "extra" se denomina "mama supernumeraria" y tiene una situación anormal, aunque casi siempre se localizará dentro de una línea imaginaria situada a cada lado del cuerpo. La presencia de pezones supernumerarios, de diferentes proporciones y composición, se conoce como politelia.

Función sexual

Las mamas cumplen un papel fisiológico y cultural en la función sexual femenina y masculina humana. Como zona erógena, es muy importante su participación en las relaciones sexuales.

Patologías

- **Cáncer.** El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular que componen la glándula mamaria.
Para su diagnóstico se requiere el examen microscópico de una biopsia del tejido mamario sospechoso. La exploración física, la mamografía y otros exámenes de rutina son eficaces en el diagnóstico temprano de la enfermedad.
El cáncer de mama es raro en los varones. Más del 99 % de los casos ocurre en mujeres.
- **Otras patologías.** La infección o inflamación de las mamas se conoce como mastitis y puede ser de causa bacteriana, por parálisis del flujo glandular durante la lactancia (ectasia ductal), abscesos, sífilis, por hongos (actinomicosis), etc.
Otras afecciones benignas incluyen el pezón invertido o congénitas como la (polimastia). Quistes (como la enfermedad fibroquística de las mamas) y otros cambios fibróticos, adenomas, fístulas, galactorrea y papilomas son también frecuentes.
Cualquier anormalidad en las mamas debe ser consultada con un profesional de salud.

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

RUEBER

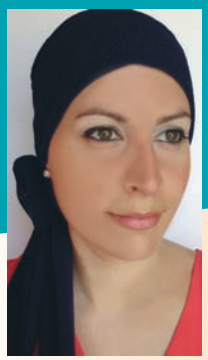


Imagen real de una prótesis capilar **RUEBER**

- 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

Higiene alimentaria

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

Actualmente la gran mayoría de los alimentos pasan por una serie de fases antes de llegar a nuestra mesa. Al conjunto de estas fases o etapas que sufre el alimento desde su lugar de origen o producción (la cría de los animales o el cultivo de las plantas), hasta el lugar de consumo se le denomina cadena alimentaria.

Podemos decir por tanto que las fases que componen la cadena alimentaría son producción, transporte, almacenamiento, procesamiento, conservación, comercialización y consumo. En cada una de estas fases existen riesgos de contaminación por mala manipulación que deberemos prevenir y para lo cual es necesario conocer y cumplir unas normas de higiene que garanticen alimentos inocuos y eviten enfermedades de origen alimentario. Las empresas tienen la obligación de establecer sistemas de autocontrol modernos y fiables basados en el estudio de cuáles son los riesgos y los puntos críticos en los que la producción y la manipulación necesitan especial atención y cuidado. También las autoridades de control e inspección deberán vigilar esos puntos críticos en locales de empresas alimentarias, lugares donde se preparen o transformen alimentos y establecimientos de venta ambulante.

En España las enfermedades más habituales son la salmonelosis, la intoxicación o toxiinfección estafilocócica, la enteritis y la gastroenteritis. Todos los años existe algún caso de botulismo producido por el Clostridium botulinum fundamentalmente de conservas caseras mal esterilizadas. Aparecen casos de listeriosis debido al consumo de carnes crudas o de algunos fiambres precocinados como la lengua o por las cortezas comestibles de los quesos de pasta blanda o enmohecida. También todos los años siguen apareciendo casos de brucelosis por beber leche cruda o tocar reses contaminadas sin las debidas precauciones o de cólera generalmente importado delos viajeros procedentes de África. Enfermedades graves y antiguas que no desaparecen de nuestro entorno. En ocasiones, algunas de estas enfermedades de transmisión alimentaria son debidas a ciertos hábitos educacionales o culturales.

Principales causas de contaminación en hogares y establecimientos publicos

1. Mala manipulación de los alimentos. Consumir sólo alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente.

2. La interrupción de la cadena de frío. Es importante que el alimento conserve su temperatura hasta el momento de ser utilizado (refrigerado o congelado incluso en el momento de ser transportado, distribuido, etc).

3. Cocción inadecuada o insuficiente, inadecuado tiempo o temperatura o ambos durante el proceso. Habrá que alcanzar los 65-70ºC en el centro del alimento.

4. Los lapsos de tiempo, más de un día desde que se prepara la comida hasta que se sirve. Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados o conservarlos hasta ese momento en condiciones adecuadas. No guardar a temperatura ambiente.

5. La temperatura insuficiente o inadecuada durante el almacenamiento de los alimentos. Guardar cuidadosamente los alimentos cocinados (si no se van a consumir, o en buena refrigeración 4- 8ºC o a temperaturas por encima de 65-70ºC).

6. La temperatura o tiempo inadecuados o insuficientes durante el recalentamiento de los alimentos previamente cocinados. Calentar suficientemente los alimentos alcanzando la misma temperatura que en el cocinado).

7. La contaminación cruzada entre los alimentos cocinados y la materia prima. Evitar el contacto entre alimentos crudos y cocinados y/o utensilios en contacto con estos alimentos.

8. La contaminación por manipulación de personas infectadas. No manipular alimentos si somos conocedores de portar una infección. Uso continuado de mascarilla.

9. Contaminación por mala higiene personal y/o de equipos, utensilios, etc. Es importante

mantener o exigir la correcta higiene en la persona que va a manipular los alimentos y adecuada limpieza en toda la superficie, utensilios y equipos de cocina.

10. Errores en el consumo de determinados alimentos. Cuidar el consumo de productos de los que no conocemos su procedencia, fuentes poco seguras o fiables o insalubres, precios baratos.

11. Contaminación por animales y microorganismos. Mantener los alimentos fuera del alcance delos insectos, roedores y animales de compañía, tapar el alimento. Utilizar exclusivamente agua potable.

Habrá que extremar todas las medidas anteriores en los alimentos destinados a niños, ancianos y personas enfermas ya que son colectivos más vulnerables.

Consejos sanitarios e higénicos para los viajeros

Cada año son más las personas que hacen viajes por diferentes motivos turísticos, de negocios, trabajos temporales, cooperantes, voluntariado, etc. Es por ello que habrá que ser precavidos especialmente con el agua y los alimentos. Durante los viajes y por distintas causas, como mínimo se producen cambios en los hábitos alimentarios, en el tipo de alimentos, en el horario en la forma de cocinarlos y condimentarlos y en las condiciones

y composición del agua, aunque sea potable. Todo ello puede originar problemas menores como el estreñimiento, dolores de estómago, etcétera, o algunos más importantes o graves como la amebiasis , fiebres tifoideas, cólera, entre otras, y la llamada "enfermedad del turista o diarrea del viajero" o entiritis tropical, problema que afecta cada año a montones de personas que se trasladan de una zona a otra del mundo. No obstante, viajar por países desarrollados es principio es más seguro que por los países tropicales, africanos o asiáticos.

Precauciones con los alimentos y bebidas para los viajeros

- Los turistas o viajeros deben evitar usar o beber agua no clorada o esterilizada sobre todo en áreas donde las infecciones diarreicas son corrientes. No usar hielo.
- Para beber, lavarse los dientes y cocinar, si no se dispone de agua mineral carbonatada o embotellada con garantías, hervir el agua al menos 10 minutos o añadir tabletas cloradas de purificación o añadir dos gotas de lejía por litro de agua y siempre esperar 30 minutos antes de consumirla.
- Beber leche y tomar productos lácteos únicamente si se tiene la seguridad de que han sido pasteurizados o están envasados.
- Beber solo bebidas carbónicas, cervezas, vino, café o té y limpiar la boca de la botella y la parte superior de la lata antes de beber.
- No comer crudos: los vegetales, la carne, el pescado y las frutas que no hayan sido pelados por uno mismo. Si se lavan las frutas y verduras debe hacerse con el agua clorada preparada también para beber. Se comerán solo alimentos bien cocinados y/o envasados
- Evitar comer los alimentos o ensaladas que hayan sido dejados al sol o intemperie durante varias horas o los procedentes de vendedores ambulantes, por muy apetitosos que parezcan.

Los síntomas pueden aparecer entre la media hora y hasta después de 24 horas, y cursan con diarrea simple, irritativa, con pérdida de heces, náuseas, o con disentería inflamatoria, con heces sanguinolentas, dolores, calambres abdominales, malestar profundo y fiebre. Se debe solicitar ayuda médica sobre todo cuando los síntomas no desaparecen en dos días.

Nueva exposición de baños en Navas de Tolosa
ROCA, LAUFEN, NOVELLINI...

¡Tienes que verla!

OL
OCHOA·LACAR

EXPOSICIÓN Y TIENDA
Navas de Tolosa, 5 • 31002 PAMPLONA
T 948 227 244

ALGECOSA

EXPOSICIÓN Y TIENDA
Ctra. Zaragoza Km. 98 • 31512 Fontellas - Navarra
T 948 848 131

El síndrome de déficit de testosterona

Jorge Aranda Lozano y Rocío Sierra Labarta
Especialistas de Urología del Hospital Reina Sofía de Tudela

La testosterona es una hormona esteroidea sexual producida principalmente en los testículos del hombre y en menor cantidad en los ovarios de la mujer, y en las glándulas suprarrenales. Es la hormona sexual principal masculina y un esteroide anabólico.

En los hombres, la testosterona juega un papel clave en el desarrollo de los tejidos reproductivos masculinos, en la promoción de los caracteres sexuales secundarios y en el incremento de la masa muscular y ósea y crecimiento del pelo corporal. Además, la testosterona es esencial para la salud y el bienestar como también para la prevención de la osteoporosis.

Definición

El Síndrome de Déficit de Testosterona (SDT) también conocido como Hipogonadismo del adulto, es un síndrome clínico y bioquímico caracterizado por la presencia de unos síntomas típicos consecuencia de la disminución en sangre de la testosterona. Este síndrome ocasiona un deterioro de la calidad de vida de los pacientes. Se asocia en gran porcentaje al Síndrome Metabólico caracterizado por la presencia de obesidad, hipertensión arterial, diabetes y dislipemia.

El SDT está presente hasta en un 7% de los varones por debajo de los 60 años pero esta cifra se eleva hasta el 20% cuando el hombre supera la sexta década de la vida.

Síntomas

El cuadro se inicia de forma insidiosa y progresiva. Los principales síntomas que componen éste síndrome son:

- Disfunción sexual: falta de apetito sexual, disfunción eréctil.
- Alteraciones del comportamiento: apatía, tendencia a la depresión, irritabilidad, cambios de humor, deterioro cognitivo, cansancio.
- Alteraciones del sueño, sudoración excesiva y sofocos.
- Cambios físicos: disminución de la masa y fuerza muscular, aumento de grasa abdominal, disminución del vello y barba, disminución de la densidad ósea (osteopenia y osteoporosis).
- Asociación con Síndrome Metabólico (Hipertensión + Diabetes + Dislipemia + Obesidad).

¿Por qué se produce?

Consecuencia del envejecimiento se produce una disminución de la liberación de testosterona y alteración de la liberación de otras hormonas causando la mayoría de los síntomas anteriormente descritos.

- Disminución de la Testosterona (tanto en su fracción libre como la total unida a Albumina y SHBG). Esta disminución de la testosterona, da lugar a la disfunción sexual del varón.
- Aumento de la SHBG (Sex Hormone Binding Globulin); se trata de una hormona transportadora de la molécula de la testosterona. Con la edad, aumenta su liberación de la SHBG, lo que es interpretado por el organismo como que hay niveles elevados de testosterona (cuando solo está elevada la SHBG) y se deja de producir testosterona, y en consecuencia disfunción sexual.
- Disminución de la GH (Hormona de Crecimiento) y de la IGF-1. Esto produce alteración en la masa muscular del varón, alteración ósea, alteración de la distribución de vello corporal.
- Aumento de la Leptina hormona implicada en la obesidad.
- Disminución de la melatonina: origina alteraciones del sueño, alteraciones del comportamiento, apatía, cansancio.

Diagnóstico y evaluación

- Debe sospecharse en todo varón con edad en torno a los 50-60 años con los síntomas antes descritos (disfunción sexual, síndrome metabólico, pérdida de vello corporal).
- Determinación de los niveles hormonales: Testosterona libre y total. En más de un 30% de los casos puede encontrarse los niveles de testosterona dentro del rango de la normalidad pero con la hormona SHBG elevada.
- Si existen dudas, determinación de LH. Si la LH se encuentra disminuida puede tratarse de un hipogonadismo hipogonadotropo pudiéndose tratar de una alteración hipofisaria, en cuyo caso se recomienda completar el estudio determinando los niveles de prolactina, FSH (hormona folículo estimulante) y TSH (hormona tiro estimulante).

¿Qué pacientes deben iniciar tratamiento?

En pacientes que presenten manifestaciones de SDT y exista un diagnóstico bioquímico de testosterona disminuida, hay que comenzar con tratamiento sustitutivo. También puede iniciarse el tratamiento si hay síntomas evidentes pero no existe una clara alteración bioquímica.

Son contraindicación absolutas de iniciar tratamiento sustitutivo con testosterona el cáncer de próstata y de mama. Y contraindicación relativa pacientes que presenten una insuficiencia cardiaca severa, síndrome de apnea del sueño, síndrome prostático severo, policitemias u otras alteraciones sanguíneas de hipercoagulabilidad.

Antes de iniciar el tratamiento, se debe realizar un tacto rectal en consultas y determinar el nivel de PSA (Antígeno Prostático Específico) para descartar un cáncer de próstata. Es recomendable a partir de los 45 años la monitorización de los niveles de PSA durante el tratamiento para controlar la aparición de un cáncer prostático.

¿En que consiste el tratamiento?

El tratamiento de los pacientes con SDT consiste en la administración de testosterona. Existen 2 vías de administración:

- La transdérmica mediante geles (que se aplican diariamente) o mediante parches (que se aplican sobre la piel cada 48 horas).
- La intramuscular: consiste en la aplicación de una inyección intramuscular cada 6 semanas las primeras y sucesivas se espacian cada 8-12 semanas según los niveles bioquímicos de testosterona.

Sea cual sea la vía de administración elegida, debe durar al menos 6 meses. A los 14-21 días de iniciar el tratamiento se deben determinar los niveles de testosterona, pudiéndose subir la dosis (en gel o parches) o disminuir el intervalo de tiempo entre inyección e inyección (vía intramuscular) si no existen unos niveles óptimos de testosterona.

En ocasiones, el tratamiento con testosterona no basta por si solo para restaurar la función eréctil, siendo preciso asociar fármacos inhibidores de la Fosfodiesterasa 5 (IPD-5).

¿Qué efectos adversos puede tener el tratamiento?

- Aumento del PSA, empeoramiento de los síntomas obstructivos de próstata o la activación de un cáncer de próstata oculto.
- Agresividad, alteraciones del comportamiento, apnea de sueño.
- Agravamiento de insuficiencias cardiacas, renales o hepáticas previas al tratamiento.
- Alteraciones de hipercoagulabilidad, hiperglucemia o hipercalcemia.

Es recomendable durante el tratamiento, seguimiento periódico en consultas de urología cada 3-6 meses para ir controlando los niveles de testosterona, PSA y hemograma más bioquímica sanguínea. Debemos además, vigilar la presencia de los posibles efectos adversos. La mejoría de los síntomas suele se progresiva y patente a partir del tercer mes de tratamiento.

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

Cuándo acumular cosas se convierte en un problema médico

El trastorno por acumulación y el Síndrome de Diógenes

David Calvo Medel
Médico psiquiatra del Servicio Navarro de Salud en el Centro de Salud Mental de Tudela

El trastorno por acumulación

El trastorno por acumulación es un nuevo síndrome psiquiátrico que ha sido recientemente incluido en el DSM-5 como entidad distinta del Trastorno Obsesivo Compulviso. Con esta entidad se puede clasificar lo que se conoce como popularmente Síndrome de Diógenes, pero no siempre coinciden.

La acumulación se caracteriza porque el paciente presenta dificultades para deshacerse de bienes, independientemente de su valor real. Con esta simple definición muchas personas podrían incluirse en esta categoría, pero en dicho trastorno se considera que la acumulación debe ser patológica y debe provocar algún tipo de deterioro en el funcionamiento de la persona, es decir, que debe provocar problemas o trastornar la vida de la persona y además debe provocar malestar el pensar en tener que deshacerse de esos objetos. Por lo tanto, no entrarían en esta categoría aquellas personas que exclusivamente tuvieran conflictos para tirar o descartar cosas de importante valor económico, o aquellas personas que, aunque acumulen cosas inservibles, no les suponga un problema en ningún ámbito de su vida (social, académico, ocupacional etc.). La acumulación se pude producir porque activamente el paciente recoja cosas inservibles, o pasivamente, donde el paciente no las vaya tirando.

Para poder ser diagnosticado de síndrome de acumulación, es necesario que el espacio en el que se disponen las cosas esté completamente inutilizado y que la intervención de terceras personas sea necesario para mantener el orden y la limpieza en el ambiente y que la persona no tenga otra enfermedad que justifique la conducta de acumulación, tanto médica (enfermedad cerebrovascular por ejemplo), como psiquiátrica (por ejemplo una psicosis). En este sentido, este trastorno se trataría como una compulsión dentro del espectro obsesivo compulsivo, puede darse en cualquier edad, guarda más relación con factores genéticos y se beneficia en mayor media de fármacos, aunque es fundamental el abordaje psicológico de la conciencia de enfermedad porque falta en muchos casos.

El síndrome de Diógenes

En el síndrome de Diógenes es necesario un abandono del autocuidado y de la higiene. Es decir, la conducta de acumulación se da, pero es necesario que el paciente presente deterioro de otras esferas. Recordemos que el filósofo griego del que proviene el nombre se caracterizaba por vivir en soledad y aislado, despreciando los usos sociales. Este síndrome se suele presentar en personas mayores, muchas veces que residen en soledad, y que presentan un trastorno afectivo, un deterioro cognitivo o un alcoholismo. Aunque se podrían establecer factores genéticos en el síndrome, una de las causas más descritas es el efecto del modelaje que pueden proporcionar los progenitores con este síndrome, que luego repiten muchas veces los hijos. En este sentido, la acumulación del Diógenes está relacionada con deterioro de funciones superiores, frente a la del trastorno de acumulación, que se ve más como compulsión.

La acumulación sobre todo en el síndrome de Diógenes muchas veces ocasiona malestar en la comunidad de vecinos porque se pueden producir efectos insalubres, riesgo de incendios o contaminación por insectos. Son muchas veces los vecinos, la familia menos directa o los servicios sociales los que ponen en alerta de la acumulación patológica. Si es posible interesa contar con inspección ocular por parte de algún informador externo para poder confirmar la situación clínica, porque muchas veces los pacientes no son conscientes del problema médico que tienen. Por ello, el tratamiento es fundamentalmente psicológico y tiene que ir orientado a trabajar la conciencia de enfermedad para proceder a una limpieza y retirada gradual y enseñar al paciente habilidades para que esta conducta no se repita y habrá que tratar farmacológicamente si procede las posibles enfermedades asociadas.

¿La fractura de pene es posible?

David Ibáñez Muñoz y Nerea Yanguas Barea
Facultativos especialistas de Radiodiagnóstico. Hospital Reina Sofía de Tudela
Ruth Agueda Rubio Cavero
Facultativo especialista Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Casetas

La fractura de pene no sólo es posible sino que es una emergencia urológica poco frecuente pero que puede presentar serias complicaciones para el varón. El pene consta de 2 cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso, estructuras vasculares cuya finalidad es la erección del mismo.

En la fractura de pene se produce lesión en cuerpos cavernosos con o sin afectación de la capa fibrosa que los rodea. Ello se debe a una fuerza excesiva en el dorso del mismo durante la erección, generalmente durante el coito. Son factores que facilitan esta lesión las infecciones periuretrales o traumatismos peneanos previos, en los que, por mecanismos de cicatrización se reduce la elasticidad del pene con mayor rigidez y riesgo de rotura.

¿Cómo se debe sospechar?

La clínica es llamativa y fácil de identificar, identificando el paciente ruido de rotura, dolor y pérdida de erección bruscos, rápida inflamación local con hematoma extenso, sobre todo extendiéndose a la bolsa testicular y deformidad del pene con desviación del mismo al lado contrario de la lesión. Sin embargo, el dato más relevante y que supone la verdadera emergencia es la presencia de sangre en la orina o escozor al orinar, ya que se deberá sospechar lesión de la uretra, parte del sistema que excreta la orina al exterior del organismo y que atraviesa el pene hasta el exterior del organismo.

¿Es el diagnóstico difícil?

En absoluto. Basta con la exploración e historia clínica para sospecharla, si bien en determinados casos se precisará de una prueba de imagen para determinar el grado, localización y extensión de la rotura así como para intentar establecer la certeza sobre la lesión o no de la uretra. La prueba fundamental en su estudio por su accesibilidad en los servicios de urgencias es la ecografía. La resonancia magnética es superior en precisión diagnóstica pero su alto precio y escasa disponibilidad urgente no la establecen como alternativa válida sino un complemento ante casos dudosos.

Tratamiento

Respecto al tratamiento la cirugía es la opción fundamental sobre todo en casos de rotura de la cubierta o túnica albugínea de los cuerpos cavernosos así como en sospechas de lesión uretral. En el resto de los casos también ayuda a una recuperación más rápida y reduce el riesgo de complicaciones como son la deformidad del pene permanente, impotencia, erección dolorosa, amputación por gangrena o alteraciones psicológicas.

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**

La operación de amígdalas en el siglo XXI

Dr. Ignacio Arruti González. Jefe de Sección ORL. Complejo Hospitalario de Navarra
Dra. Almudena Rodríguez De la Fuente. MIR ORL. Complejo Hospitalario de Navarra

Las amígdalas palatinas son extensiones de tejido linfoide que se encuentran en ambos lados de la faringe. Forman parte del anillo de Waldeyer junto con la amígdala lingual, tubarica, adenoides, los cordones faríngeos laterales y los acúmulos linfoides del ventrículo de Morgagni.

¿Qué función tienen?

- Cumplen la función de atrapar y destruir microorganismos presentes en la faringe.
- Se consideran parte del sistema inmunológico para luchar contra las infecciones.

Historia

La amigdalectomía es el acto quirúrgico de extirpar las amígdalas palatinas.
En el siglo XVIII Philip Syng Physick, utilizó fórceps para extraer las amígdalas.
Al principio del siglo XX Sluder hizo unas modificaciones realizando la amigdalectomía mediante una guillotina. Este aparato se utilizó hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX.
Cabe decir que todas estas técnicas no conseguían la extracción completa de la amígdala. Esto se debía al material quirúrgico rudimentario y a la inexistencia de una analgesia y anestesia común en nuestros días.
La primera amigdalectomia por disección fue realizada por Crowe en 1917.
A finales del siglo XX se impulsó definitivamente la amigdalectomia por disección bajo anestesia general.
En la actualidad los retos de la cirugía se encuentran en la disminución del dolor postoperatorio y del sangrado.

Indicaciones

Las dos causas más frecuentes de amigdalectomía son:

- Obstrucción grave de la vía aérea.
- Amigdalitis aguda de repetición.

Causas más raras:

- Sospecha de lesión maligna (cáncer).
- Hemorragia amigdalar persistente.
- Absceso periamigdalino recidivante.

Frecuencia

El número de adeno-amigdalectomías se ha reducido desde la aparición de los antibióticos. No obstante, sigue siendo una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes, sobre todo en la edad infantil.
En nuestro servicio se intervienen aproximadamente unos 250 pacientes anualmente.

Contraindicaciones

- No existen contraindicaciones absolutas para la amigdalectomía.
- Sí que habrá que corregir alteraciones del paciente: enfermedades sistémicas no controladas, problemas de coagulación de la sangre, infecciones activas...
- Hace años se recomendaba no intervenir por debajo de los tres años de edad. Actualmente esto va a depender de la necesidad de la intervención, teniendo en cuenta que la pérdida de sangre puede tener una mayor repercusión. Habrá que valorar detenidamente los riesgos versus beneficios.

Técnicas quirúrgicas

Para la elección de la técnica quirúrgica el otorrino debe valorar:

- Brevedad del acto quirúrgico.
- Reducción del sangrado.
- Menor inflamación.
- Reducción del dolor.
- Rápida recuperación.
- Coste.
- Experiencia personal de cirujano (siendo este el principal factor).

a) Disección fría es la más común mediante bisturí, tijeras, disector...
b) Disección con electrocauterio (es una cirugía rápida, sin embargo, se relaciona con mayor dolor postoperatorio)
c) Bisturí armónico: es un instrumento que usa la disección ultrasónica para cortar y coagular. Resulta un método caro y los datos existentes hasta el momento no justifican su empleo.
d) Radiofrecuencia con plasma-fision: crea una delgada película de plasma a una temperatura de entre 40º y 85ºC. Parece que puede provocar un menor sangrado. Esta técnica es costosa y todavía no está establecida su utilización

Complicaciones:

1. Dolor postoperatorio: es la complicación más frecuente y además es difícil de evaluar de forma clara. Se intenta paliar mediante:

- Infiltración previa a la incisión con anestésicos locales y adrenalina.
- Corticoides en el postoperatorio.
- Analgésicos: paracetamol y metamizol.
- Antibióticos: las últimas revisiones parecen cuestionarlos. Sin embargo, una gran parte de los otorrinos los utiliza ya que reduce las complicaciones y el tiempo de recuperación.

2. Hemorragia: es la complicación más importante.

- Intraoperatoria durante el acto quirúrgico
- Primaria: en las primeras 24 horas. Es la más frecuente
- Secundaria: entre las 24 horas y los 10 días.

Su frecuencia se estima entre un dos y un 5%

3. Vómitos: en el caso de que aparezcan será necesario tratarlos con una correcta sueroterapia y antieméticos.

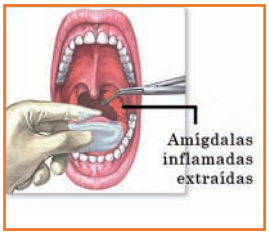
Preparación para la cirugía

Su Otorrino le deberá hacer una anamnesis detallada que incluya información sobre los problemas de coagulación, enfermedades sistémicas, antecedentes familiares, antecedentes anestésicos...
Se realizará una analítica general que incluya un estudio de coagulación.
En las 2-3 semanas anteriores no se debe

tomar ácido acétil-salicílico, ni ibuprofeno.
Es necesario guardar ayunas en las seis horas anteriores a la intervención.
El paciente debe ducharse y lavarse el pelo el día anterior.
No debe utilizarse maquillaje, perfume, esmalte de uñas...
Se deben retirar todas las alhajas, piercings, relojes, anillos, lentes de contacto, pendientes...
Debe retirarse todo lo que haya en la boca con especial indicación de aparatos dentales, férulas, aparatos de ortodoncia...

Mitos sobre la operación de amígdalas

1. Son una primera barrera de defensa y no se deben extirpar: está comprobado que no hay ningún cambio en el sistema inmunológico después de su extirpación. Es cierto, que forman parte del sistema de defensa, pero como hemos indicado, en la vía aérea superior existe más tejido linfoide que reemplaza esta función.



2. Es mejor operarse en edad infantil: a grandes rasgos se puede indicar que no hay diferencias en el proceso de cicatrización. Si parece constatarse que el dolor postoperatorio es mayor en los adultos. La técnica quirúrgica es la misma. Como hemos indicado en niños pequeños el seguimiento debe ser más exhaustivo por su menor volumen sanguíneo.

3. Su extirpación nos hace más propensos a padecer enfermedades respiratorias: en éste punto la respuesta es clara y unánime, no hay aumento del riesgo de contraer infecciones u otros problemas por extirpar las amígdalas

4. Comer helados sirve para aliviar el dolor en el postoperatorio: la consistencia del helado lo hace apto para que el paciente se alimente ya que no raspa. Además el frío realiza una vasoconstricción que reduce el riesgo de sangrado. Sin embargo, últimamente se tiende a dar más libertad en la introducción de alimentos según la apetencia del paciente. Por lógica habrá que evitar la corteza de pan y alimentos que puedan raspar los primeros días del postoperatorio.

5. Es una cirugía corta e inofensiva: la cirugía puede no ser corta, en principio no debería durar más de dos horas y como hemos dicho el riesgo de sangrado no es poco relevante. Se trata de una cirugía mayor y en la que hay que ser especialmente cautelosos. El hecho de ser muy frecuente no puede hacernos pensar que está exenta de riesgos.

6. La recuperación es muy rápida: se considera que los niños pueden reiniciar su actividad normal a los siete días y los adultos a los 10 días. Por lo tanto no s un postoperatorio especialmente corto.

Conclusión

La operación de amígdalas sigue siendo muy frecuente, especialmente en la edad infantil. Es una cirugía mayor, no exenta de riesgos que se debe afrontar con el máximo rigor.
En nuestro centro la tasa de complicaciones es muy baja, siendo necesaria una reintervención de manera excepcional.

Estos buenos resultados son consecuencia de la experiencia de los cirujanos y anestesistas, del seguimiento minucioso de los pacientes fundamentalmente llevado a cabo por enfermería, de la correcta selección de los pacientes y de los avances técnicos de los últimos años.

Hiru Hamabi 3/12

Yolanda Fonseca Urtasun
Presidenta

El daño cerebral adquirido (DCA) es la causa más común de discapacidad en la infancia. Se refiere a un daño producido en el cerebro después del momento de nacer. Este daño incluiría: Traumatismos craneoencefálicos, accidentes, caídas, ictus, determinados tipos de epilepsias, tumores cerebrales, encefalitis, meningitis y otras enfermedades de base neurológica.

El DCA derivado de causas tales como accidentes de tráfico o caídas, en lugar de enfermedades, es denominado traumatismo craneoencefálico (TCE) y reconocido como la mayor causa común de muerte y de discapacidad adquirida en la infancia.

El DCA es notable por su habilidad por crear un **daño invisible**. Los niños andan y hablan y parecen sanos pero tienen nuevos problemas con su aprendizaje, comportamiento, concentración u organización que, como pueden no ser obvios, son normalmente ignorados y subestimados. Los problemas físicos, tales como dificultades con el andar o con el movimiento fino de las manos, dolores de cabeza y convulsiones, pueden ser un problema al principio en el periodo inicial después del daño. El peligro, es que éstos puedan obtener el foco de atención en detrimento de los problemas cognitivos.

Hiru Hamabi | 3/12 es una asociación sin ánimo de lucro que nace para tratar de unir a las familias de menores afectados por el daño cerebral adquirido y paliar las carencias que padecen estos menores y sus familiares. En 2015 recibió el premio de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación por su labor de sensibilización y acompañamiento de las familias con niños con DCA.

En torno a la sensibilización destacamos dos iniciativas. Una campaña de prevención para la utilización del casco cuando van en bicicleta **"No sin mi casco, ezezt nire kaskorik Gabe!"** y recientemente en diciembre 2016 la presentación del documental **"Estoy aquí, ¿Me ves?"** que se puede ver íntegramente en la página web **www.estoyaquimeves.info**

Demandas

Estos niños hasta los 16 años no reciben los tratamientos específicos que necesitan en centros especializados, carencia que pudimos presentar en la primera comparecencia el 8 de Enero de 2015 en el Parlamento de Navarra, donde acompañados por D. Javier Tirapu , neuropsicologo y premio nacional en neurociencias en 2012 por su labor en la atención al DCA nos ayudó a explicar las demandas de nuestro colectivo de manera excepcional.

- Solicitábamos un modelo de atención especializada al DCA Infantil.
- Un estudio sobre la situación actual .
- Creación de un equipo de trabajo para determinar cómo aplicar el modelo en la sanidad pública navarra.

La unidad de neurorrehabilitación

Existe una ORDEN FORAL 60/2003, de 15 de Mayo, del consejero de salud, por la que se crea la unidad de daño cerebral y medular de la Clínica Ubarmin en la que se especifican los medios con los que debe contar la unidad de neurorrehabilitación.

En ningún momento, y según esa orden foral, quedan excluidas franjas de edad en el proceso de neurorrehabilitación. Sanitariamente, los menores deben tener las mismas oportunidades o más, para acceder a servicios de neurorrehabilitación prestados o concertados por los sistemas públicos de salud. Impulsar al niño a desarrollar las potencialidades del ser humano para conseguir que la vida biológica salvada se convierta en una vida biográfica plena.

En un segundo punto, la resolución del Parlamento demandaba la realización de un "estudio de situación y número de casos de niños y niñas con Daño Cerebral Adquirido (DCA) para superar la actual situación de desatención e indefensión".

Como tercer punto, la resolución emplazó a "crear un equipo de trabajo para que, junto con el estudio anterior, se realice un plan de trabajo y un modelo de atención especializada al DCA desde la sanidad pública de Navarra".

El 11 de enero de 2017 comparecimos en el Parlamento de Navarra para presentar a la Cámara el trabajo realizado por este comité de expertos.

Nuestro objetivo con esta comparecencia no fue otro que aparte de agradecer este trabajo a todas y cada una de las personas que han estado trabajando en él, que el Parlamento fiscalice estos resultados publicados y que inste al gobierno a que calendarice las acciones que se van a ir tomando.

Crear unidades de neurorehabilitación infantil con equipos multidisciplinares sería lo ideal, y en el caso de Navarra con aplicar la orden foral que he comentado antes quedarían cubiertos los casos. Sabemos la complejidad que conlleva por lo que vemos fundamental la creación de equipos de trabajo para dar prioridad a la prestación de estos servicios. Nuestra sensación es que han adquirido un compromiso y esperamos que el sistema público de salud navarro pueda dar una respuesta positiva en breve a los menores y sus familias.

Más allá del cáncer de mama

Rosa M. Revert Azcona
Nº Coleg. 3106409. Master en Medicina Estética. Médico SUE (Servicio de Urgencias Extrahospitalarias)

El cáncer a día de hoy, puede considerarse una enfermedad crónica y relativamente frecuente, provocada por una predisposición genética y por numerosos factores desencadenantes.

De todos son conocidos la influencia del sol sobre el cáncer de piel, de ahí la importancia de la protección solar, o del tabaco sobre los pulmones, pero también el sobrepeso, la falta de ejercicio o, infecciones..., pueden conllevar el desarrollo de un cáncer a medio o largo plazo. Por tanto, es fundamental la prevención.

Si a pesar de todo aparece, hay que decir que la supervivencia del cáncer, se ha incrementado en las últimas décadas, debido a un diagnóstico cada vez más precoz y a la utilización de combinaciones de tratamientos cada vez más eficaces, así como a la participación, de los propios pacientes y su entorno familiar en todo lo referente a su enfermedad y al proceso de cuidados.

Verse bien ayuda a sentirse bien

Especial atención merece el cáncer de mama, por su frecuencia y por su alta tasa de curación. Los tratamientos oncológicos funcionan y funcionan muy bien, aunque luego existan secuelas que afectan a la piel y al aspecto físico en general.

Ante todo esto, la medicina estética puede ser una gran aliada, siempre de la mano del equipo oncológico, tanto en la prevención como en la recuperación de los efectos secundarios. Verse bien ayuda a sentirse bien, estar libre de enfermedad implica también sentirse a gusto con el propio cuerpo.

Se puede minimizar en la medida de lo posible los efectos de la enfermedad y de los tratamientos, y porque no, si la piel ha perdido grasa y está deshidratada, envejecida, recurrir a un tratamiento médico estético que nos ayude a reconocernos en la imagen que nos devuelve el espejo.

Es fundamental la alimentación rica en frutas y verduras, legumbres, aceite de oliva, lo que conocemos como dieta mediterránea, que permita a nuestra organismo hacer frente a la enfermedad y a los tratamientos y evitar asi el aumento de peso.

Importante será también el ejercicio, antes de que aparezca la enfermedad, pero también, en la medida de lo posible durante la recuperación, ejercicios acordes a el estado anímico y funcional. Cada uno lo que prefiera pero hay que mantener una vida activa.

Bienestar físico, emocional, espiritual y social

En esta línea especial importancia tiene la hidratación de la piel y la protección solar. Es fundamental mantener la piel en adecuadas condiciones, hidratarla y mantenerla flexible antes y después del tratamiento

Afrontar un cáncer nunca es fácil. A pesar del deterioro físico y psíquico que supone la enfermedad los pacientes tienen que mantener la esperanza y saber que hay salidas. Salidas que más allá del tratamiento oncológico significan también cuidar su bienestar físico, emocional, espiritual y social, ofreciendo alternativas , que las hay, para ayudarles a combatir los efectos adversos de la enfermedad y sus tratamientos, así como facilitar su re-incorporación a una vida activa tanto laboral como social.

Mantener un estado de ánimo óptimo y elevado, sentirse y verse libres de enfermedad es fundamental para su recuperación.

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

Aprendizaje y terapia visual

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

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

Este verano, desde ÓPTICA EGÜÉS, te recomendamos gafas de sol con filtros homologados, las únicas que garantizan protección ocular ante la radiación solar dañina para tus ojos

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

Solo 3 de cada 10 niños europeos menores de 7 años se han sometido a sus revisiones visuales anuales. El 50 % de los niños con problemas visuales no lleva equipamientos ópticos por desconocimiento de sus padres. Estos datos podrían cambiar si se visita anualmente a un Óptico -Optometrista.

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

Para anticiparnos a posibles problemas de visión los optometristas recomiendan una evaluación optométrica completa y por supuesto, antes de comenzar el proceso de la lectoescritura.

Por ejemplo, cuando un niño comienza el importante proceso del aprendizaje lector es fundamental que tenga desarrolladas e integradas ciertas habilidades visuales, perceptivas y motoras, que faciliten una rápida asimilación de toda la información lectora.

Teniendo en cuenta la complejidad del proceso lector es necesario que se produzcan conjuntamente las siguientes habilidades:

- Un preciso control oculomotor; mover correctamente los ojos por el texto.
- Percepción de forma y discriminación visual para diferenciar los estímulos.
- Desarrollo de las habilidades relacionadas con la orientación direccional.
- Memoria visual activa.
- Habilidad para integrar estímulos auditivos y visuales.
- Coordinación ojo-mano para el refuerzo de la lectura mediante la escritura.
- Sistema binocular eficaz; coordinar correctamente los dos ojos.

Síntomas

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

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

Ante estos signos y síntomas considere un examen visual completo en ÓPTICA EGÜÉS.

¿Qué es la terapia visual?

Cuando hay habilidades visuales afectando en el desarrollo académico y en la calidad de vida uno de los tratamientos que ofrecemos es la terapia visual, realizada por el optometrista especializado. Consiste en un programa individualizado diseñado para mejorar la función visual de la persona. Mediante juegos y ejercicios se crean nuevas conexiones cerebrales, ya que la visión se relaciona con múltiples áreas del cerebro y se aprende a ver, a entender lo que vemos, potenciando el sistema visual y el rendimiento de la persona. Está indicado para:

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

En ÓPTICA EGÜÉS podemos estudiar tu caso concreto y ofrecerte soluciones.

Trasplante de una pierna realizado por los santos Cosme y Damián

Marta Arriola Rodríguez
Técnico Superior del Museo de Navarra

"El Museo de Navarra exhibe en la capilla del antiguo Hospital de Nuestra Señora de la Misericordia la tabla renacentista del Milagro del trasplante de una pierna realizado por los santos Cosme y Damián.

El Hospital General de Nuestra Señora de la Misericordia de Pamplona, ubicado en la Cuesta de Santo Domingo, atendió las necesidades sanitarias de la población desde mediados del siglo XVI hasta 1932, cuando fue desalojado por traslado al actual Hospital de Navarra. A pesar de ello, la función sanadora del edificio de origen parece querer perpetuarse en él ya que, convertido ahora en Museo de Navarra, cumple con una de las funciones vitales de los museos: la restauración o "curación" de nuestro patrimonio cultural.

Del edificio renacentista original, tras las necesarias remodelaciones para transformarlo en museo llevadas a cabo primero en 1952 por José Yarnoz Larrosa y después, a finales de la década de los 80 por Jordi Garcés y Enric Soria, sólo se conservan hoy en día la portada plateresca que diseñó el guipuzcoano Juan de Villareal en 1556 y la pequeña iglesia anexa que fue su capilla, construida entre 1547 y 1550, encargándose de las obras el también guipuzcoano Juan de Anchieta.

En 1997, este pequeño templo que mantuvo su función sacra hasta que comenzó la segunda reforma, fue restaurado para su adecuación como sala de exposiciones permanente del Museo de Navarra y desde entonces, su bella arquitectura gótico-renacentista acoge una pequeña selección de obras religiosas realizadas entre los siglos XVI y XVIII.

Ayudados por el Espíritu Santo

Una de ellas es la tabla del Milagro de los Santos Cosme y Damián. Los protagonistas de esta obra fueron hermanos gemelos nacidos en Arabia en el siglo III d.C. y educados en la fe cristiana. Según relata La Leyenda Dorada (texto medieval de Santiago de la Vorágine que recoge vidas de santos) "los dos se dedicaron al arte de la medicina y, ayudados por el Espíritu Santo, adquirieron tal habilidad y competencia en el desempeño de su profesión, que lograban curar las dolencias, fueran estas las que fuesen, no sólo a las personas sino también a los animales". Toda su pericia a veces no era suficiente y cuando fallaba, su fe en Dios les ayudaba para poder obrar milagros. Los hermanos, tras una vida de entrega en la que fueron perseguidos por su condición cristiana hasta su martirio y decapitación, después de muertos también hicieron milagros.

Uno de sus milagros más famosos es el que cuenta cómo realizaron un transplante al sacristán de un templo que llevaba sus nombres y que tenía la pierna corroída a causa del cáncer. Los santos se aparecieron al enfermo mientras dormía provistos de medicinas y de los instrumentos necesarios para operarle. Tras extraer la pierna a una persona de otra raza que acababa de fallecer, se la injertaron con éxito logrando su curación.

Este momento de la aparición ante el lecho del enfermo es una de las formas habituales de representar a San Cosme y San Damián, dos de los santos sanadores más populares en la devoción cristiana a los que se invocaba, entre otras muchas afecciones, contra la peste. También se convirtieron en patrones de los médicos, cirujanos, boticarios, barberos y hospitales.

250.000 pesetas

La obra expuesta en la capilla del Museo de Navarra, realizada al óleo por el pintor toledano Juan Correa del Vivar (c. 1510-1560) representa el citado milagro. En la parte izquierda de la escena aparecen los santos con sendos nimbos sobre sus cabezas. San Damián sostiene el muslo del enfermo y San Cosme bendice la pierna de piel oscura que van a transplantar. En el lado derecho, un ayudante sostiene al enfermo para que no se mueva. Unos cortinajes verdes cuelgan en la parte superior y en la inferior, un suelo de damero logra crear ilusión de profundidad. Debajo hay un brasero metálico en el centro y a la derecha una mesa con un jarro y una caja de ungüentos. El autor toma de las primeras influencias del manierismo el esquema de la composición y el cromatismo y los desarrollará plenamente en las dos décadas siguientes.

Este cuadro se adquirió por 250.000 pesetas en 1968 al anticuario de Zaragoza Salvador Saura junto a otra tabla de la "Anunciación", que requisó la Policía por ser procedente de un expolio en el Monasterio de Santa María la Mayor de Calatayud. Desde entonces forma parte de la colección permanente del Museo de Navarra.

La tabla del Milagro de los Santos Cosme y Damián fue una de las obras que conformaron la exposición Arte Sacro del Renacimiento en Navarra, que tuvo lugar entre los meses de agosto y septiembre de 1991 en el propio Museo de Navarra.

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