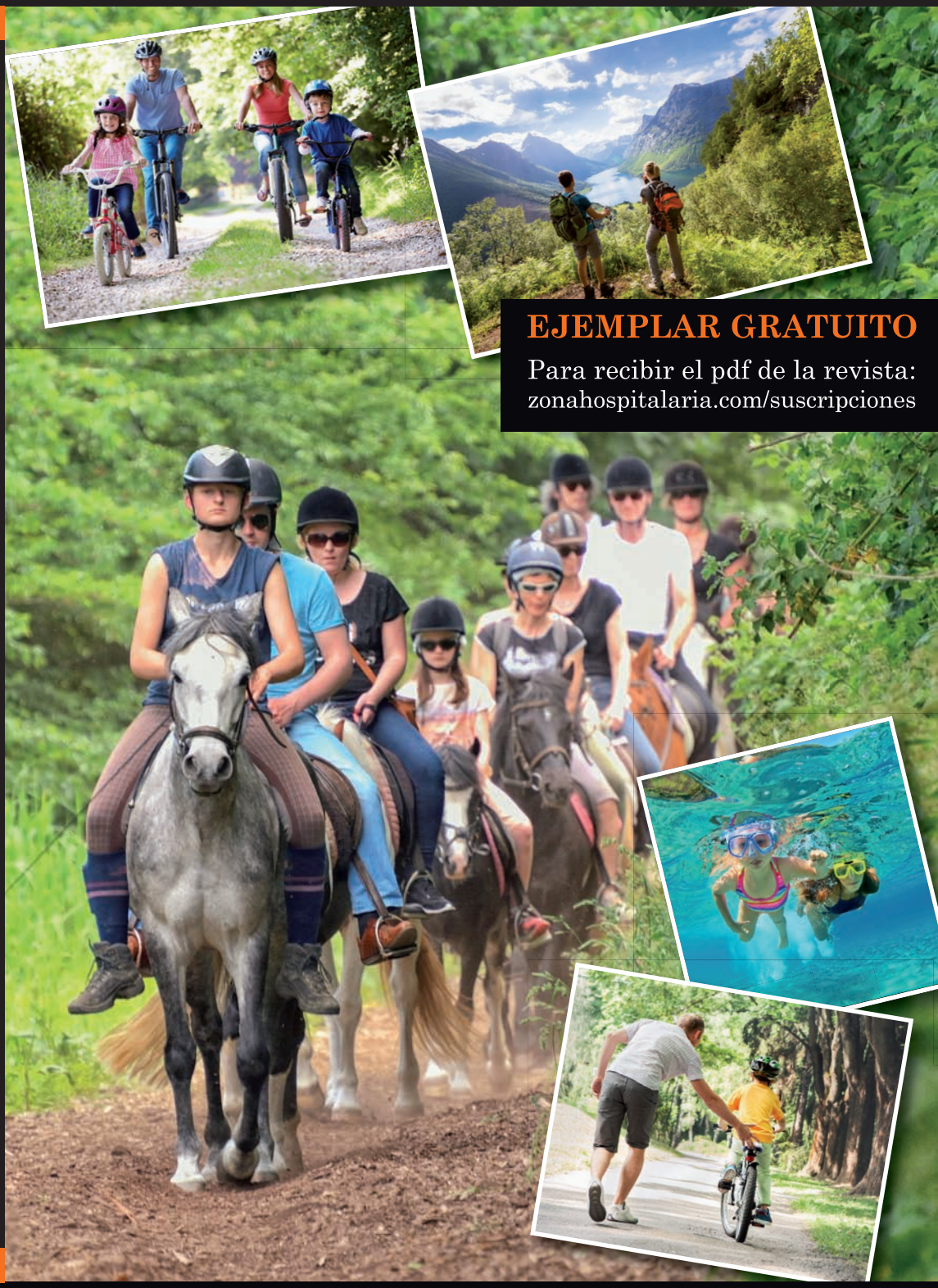
medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

Síguenos en: https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/ https://twitter.com/ZHospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoXII mayojunio2018 nº71

SUMARIO

2 Qué puedo hacer con mis varices?
3 Tener una boca sana es fácil y barato
4 Alimentación y deporte
5 La Ecocardiografía, una forma segura y precisa...
6 Unidades de suelo pélvico...
7 Las varices, reflejo de un problema circulatorio
8 Síndrome del desfiladero torácico
9 Nuevas soluciones para los pacientes edéntulos...
10 Proteja a su familia de incendios, quemaduras...
11 Trato inadecuado a personas mayores (Parte II)
12 ¿Qué es el síndrome del latigazo cervical?
13 Todos los pacientes con varices se pueden tratar...
14 Bronquiolitis y fisioterapia respiratoria
15 ¡Polarízate!
16 Cómo reducir el riesgo de amputación por pie diabético
17 Medicina y Cirugía Estética: razones para acudir...
18 Prevención de las lesiones...
19 Esguince de tobillo
20 Lesiones... en el running
21 Fascitis plantar
22 Donación de tejidos...
24 Donación de componentes...
26 Hospital de Día Oncológico...
27 Gimnasia abdominal...
28 El insomnio...
30 Ojo vago o Ambliopía
31 Intolerancia a la lactosa...



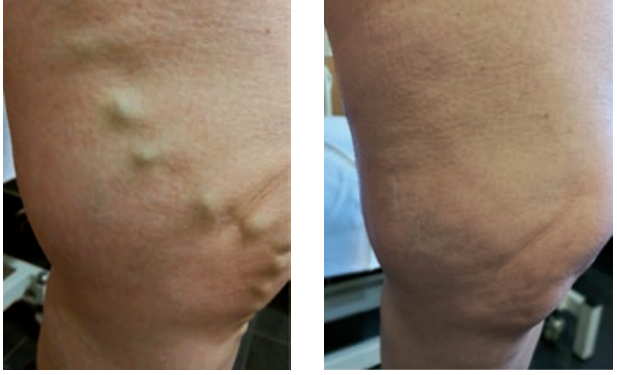
EJEMPLAR GRATUITO

Para recibir el pdf de la revista: zonahospitalaria.com/suscripciones

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.*

¿Qué puedo hacer con mis varices?



Antes y después del tratamiento con el catéter Clarivein

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 están presentes en 1 de cada 3 personas de nuestro entorno y más de un 50 % de ellas sufren algún tipo de molestia (pesadez, dolor, calambres, picor, flebitis, úlceras…), además del problema estético asociado.

¿Qué son las varices?

Las varices son venas que han dejado funcionar adecuadamente y por ellas la sangre no "sube" hacia el corazón si no que "cae" hacia el pie provocando un aumento de la presión tanto dentro como fuera de la vena (hipertensión venosa) ocasionando la dilatación de la misma y los síntomas que todos conocemos (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

Es imprescindible la valoración por un cirujano vascular con experiencia, realizar una exploración física y SIEMPRE un ecodoppler color para valorar el estado de la circulación de la pierna y poder escoger el tratamiento más adecuado (no todas las varices se deben tratar del mismo modo).

Debemos comenzar aconsejando practicar algún tipo de ejercicio diario (caminar, nadar, bicicleta…), intentar mantener un peso adecuado y acostumbrarse a usar unas medias de compresión durante el día.

Pero si lo que tenemos que hacer es eliminar las varices tenemos que optar por quitar la vena que funciona mal o por conseguir que esta se cierre para que la sangre deje de "caer". Para quitar la vena disponemos de 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. Para cerrar esas venas que funcionan mal y así evitar que la sangre siga cayendo hacia el pie, disponemos de la esclerosis con microespuma ecoguiada.

La esclerosis con microespuma

Es un tratamiento muy poco agresivo y muy eficaz. La esclerosis con microespuma consiste en la inyección (una serie de pinchazos sin heridas) de un agente 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 o hacer deporte.

Si es necesario permite tratar las dos piernas a la vez y es un tratamiento más rápido que la esclerosis con microespuma, en muchos casos el problema queda solucionado con un solo día de tratamiento.

Conclusiones

Las varices son un problema de salud frecuente y pueden causar severos trastornos en los pacientes. Cualquier variz con indicación de cirugía es tratable con microespuma con o sin el catéter CLARIVEIN.

Es un tratamiento muy poco agresivo para la extremidad, se realiza con visitas periódicas a la consulta y no afecta a otros vasos sanos o nervios periféricos, no provoca el dolor ni las posibles complicaciones, 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 - 625 635 691
Centro Médico Urbieta | Urbieta, 58 | 20006 San Sebastián | 943 470 144 - 625 635 691
doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es

Catéter Clarivein®

TRATAMIENTO CON MICROESPUMA: 1, 2 y 3

Tener una boca sana es fácil y barato

Dr. Manuel Peleato
Nº colegiado 153 (Dentista)
Nº colegiado 3844 (Médico)

Como es lógico, mi vida como médico gira alrededor de la salud, y como dentista, salud oral. Nunca acometo una rehabilitación sin pensar en que la dentición debe durar muchos años, y en eso, son más importantes los cuidados del propio paciente que los míos. Y afortunadamente, es sencillo implementarlo, cuesta un poco, pero los beneficios son enormes. Siempre digo, sobre todo a los niños, que cuidarles yo sólo no sirve, le tenemos que cuidar los dos.

En la primera entrega insistía en que la prevención, según muchos estudios, es capaz de reducir el 90% del gasto sanitario a la hora de disfrutar de una boca sana. Y es cierto: un paciente que sienta desde sus comienzos unos buenos hábitos goza de una salud y función a prueba del tiempo. Un diente que llega sano a los 20 años, con pocos cuidados puede mantenerse casi toda la vida.

¿Y qué es prevención?

Todo el mundo dice que cepillarse los dientes. Es una figura impuesta por la publicidad, y que tiene su parte de razón, pero muy por delante, y sobre todo en los niños, yo colocaría otras dos medidas:

◆ EVITAR DULCES

- Por ello, entiendo también los edulcorantes artificiales, sobre todo los chicles y caramelos 'sin azúcar'. Incluyo los refrescos y todo lo que se toma entre horas.
- Atención a los alimentos infantiles porque suelen ser muy dulces. Todo, en exceso, es perjudicial, y hoy en día los dulces son un problema social importante.
- Consejo práctico para padres: recomiendo volverse un mes o dos histéricos con el azúcar y edulcorantes, leerse la composición de los alimentos que compran (y además, por supuesto, probarlos). Al cabo de un tiempo, como hacemos todos, pues que hagan lo que puedan.

◆ MORDER DURO

La boca necesita función. Igual que en el cole los niños hacen gimnasia de brazos, de piernas, o deporte, los dientes y maxilares necesitan ejercicio, y los alimentos hoy en día están procesados, triturados y preparados para que los traguemos con el mínimo esfuerzo. Si a una persona le escayolan un brazo o una pierna, al quitar la escayola se nota que ha adelgazado, se ha atrofiado. Pues con los dientes y maxilares sucede lo mismo: Es una de las causas del apiñamiento dentario, la atrofia de los huesos y músculos, por falta de ejercicio de masticación.

◆ CEPILLARSE

- Correcto, pero yo lo pongo aquí, en tercer lugar. Es muy importante cepillarse al menos una vez al día, mejor dos. Es conveniente una breve clase de cepillado (en eso la higienista dental es nuestra imprescindible auxiliar) que a partir de los 20 años debe realizarse de forma técnica y dirigida.
- Y por supuesto, el **mantenimiento periódico**. Es muy fácil reducir la periodontitis en sus primeras fases, y las visitas son sencillas y económicas. Conservará su dentadura mucho tiempo, sin gastos ni problemas.
- Un **último consejo**: use muy poca pasta, y en los niños, menos (antes de los 5 años, mejor sin pasta) el flúor es un elemento muy reactivo, hay que tomar precauciones para no tragarlo.

endoperio
clínica dental
Avda. Pío XII, 13 bajo
31008 Pamplona
T 948 787 172 | www.endoperio.es

TRATAMIENTOS
Preventiva (lo mejor que hacemos y lo que más disfrutará), empastes, endodoncias, periodoncia (encías), estética, prótesis, cirugía, microcirugía, plástica gingival, niños, bruxismo, dolores de ATM... y por supuesto, si hace falta, implantes.

CPS - 2796C/12-18-NA

Alimentación y deporte

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

En el deportista las pautas nutricionales se establecen con el objetivo de conseguir el máximo rendimiento por lo cual, la dieta deberá proporcionar todos los nutrientes en las cantidades adecuadas, teniendo en cuenta las características y necesidades individuales, adaptando la ingesta al tipo de deporte realizado y a los entrenamientos (intensidad, número de sesiones, horario...). Todo ello, sin descuidar la salud.

La dieta debe de ser equilibrada, pero con un aporte algo superior de hidratos de carbono, líquidos, electrolitos, vitaminas y minerales. Se debe tomar el doble de proteínas que la población sedentaria (aunque esto no supone un problema, pues esta es la ingesta media de toda la población española) y moderar el consumo de grasas y alcohol. No serán necesarios los suplementos de proteínas y/o aminoácidos ni de ningún otro componente, salvo en personas con déficit de algún nutriente.

Las raciones de los distintos grupos de alimentos que conviene consumir cada día son:

- Lácteos: 3-4 raciones/día.
- Carnes, pescados y huevos: 2-3 raciones/día.
- Cereales, derivados y legumbre: 6-12 raciones/día.
- Verduras y hortalizas: 3-6 raciones/día.
- Frutas y zumos: 2-3 raciones/día.

Alimentación previa, durante y después del ejercicio

No es recomendable hacer ejercicio con el estómago lleno o haciendo la digestión. Por lo tanto, es aconsejable que pasen unas 2 horas desde la comida.

En la comida **previa al ejercicio** no es aconsejable ingerir alimentos integrales o ricos en fibra y será una dieta rica en hidratos de carbono.

Aproximadamente una hora antes del ejercicio y hasta 15 minutos antes o incluso justo antes de empezar (si se empieza despacio), conviene tomar un pequeño tentempié compuesto por bebida isotónica, una fruta (plátano o manzana pelada) y/o un poco de pan, galletas o barritas.

Durante el ejercicio: agua. Si dura más de una hora, también bebida isotónica, incluso aunque no tengas sed, toma pequeños tragos cada 20 minutos. Si el ejercicio se prolonga más de una hora, conviene ingerir algún alimento ligero como fruta, frutos secos (orejones, pasas...) o barritas.

Después del ejercicio, agua y bebida isotónica + fruta cítrica: naranja, mandarina, kiwi, fresas...

Una hora o como mucho hora y media después del ejercicio dieta rica en hidratos de carbono y proteínas para reponer.

Comidas y cenas el día de ejercicio (antes del ejercicio predominará el hidrato de carbono y después hidrato de carbono y proteínas)

- Ensalada, verdura cocida o patatas.
- Pasta o arroz acompañado de atún, queso fresco, pollo a la plancha, verduras o en ensalada y legumbre (en este caso menos cantidad y acompañada de arroz, patata o verduras) o un bocadillo que contenga estos ingredientes.
- Pescado al horno o carne a la plancha.
- Fruta y/o yogur.
- Pan.

Hidratación

Durante el ejercicio se pierden grandes cantidades de líquido por sudor, lo que hace que el deportista tenga riesgo de sufrir deshidratación, problema que reduce el rendimiento físico y si es extrema puede poner en peligro su vida.

No se debe esperar a sentir sed para beber ya que el ejercicio retrasa la aparición de esta sensación. Cuando se siente sed, ya se ha perdido un exceso de agua y ha aparecido la fatiga. Se recomienda tomar lo equivalente a dos vasos de líquido antes de comenzar el ejercicio (en los 15 minutos previos), lo equivalente a un vaso cada 15 minutos y lo equivalente a otros dos al acabar la actividad. Hay muchas bebidas isotónicas para reemplazar los líquidos y electrolitos perdidos durante el ejercicio.

Una manera práctica de determinar la cantidad de líquidos que hay que reponer es que el deportista se pese antes y después de entrenar: la diferencia entre ambos pesos señala el líquido perdido, y por tanto, el que hay que consumir para rehidratarse de forma correcta.

Elaboración de una bebida isotónica casera:

- 1 litro de agua
- 450 mg de bicarbonato sódico
- 450 mg de sal
- 2 cucharadas de azúcar
- El zumo de dos limones

No obstante, tanto si eres un deportista aficionado como de élite, mi recomendación es que visites a un dietista-nutricionista, él te asesorará y adecuará tu alimentación a cada entrenamiento, competición y días de descanso, lo cual contribuirá positivamente en tu rendimiento físico y mental. En los equipos deportivos de élite, la figura del dietista-nutricionista ya ha pasado a ser imprescindible.

La Ecocardiografía, una forma segura y precisa de estudiar el corazón

Pedro María Azcárate
Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
Especialista en Cardiología. Nº Colegiado: 26/31-06741

Calle Cipriano Olaso, 8 bajo. Pamplona
T 948 22 13 11 | www.doctorazcarate.com/

Dr. Azcárate
CARDIÓLOGO

En la Clínica Dr. Azcárate de cardiología, abierta recientemente en Pamplona, se realizan el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades cardiacas, con la tecnología más avanzada y un equipo humano altamente cualificado y cercano.

En éste y en los próximos números de Zona Hospitalaria nos va a presentar los diferentes servicios que ofrecen:

- **Cardiología General**. Detección precoz, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.
- **Prevención Cardiovascular.** La forma más eficaz de combatir las enfermedades cardiovasculares es la Prevención.
- **Cardiología deportiva.**Poner a disposición el asesoramiento y los medios necesarios para evitar riesgos en la práctica deportiva.
- **Valvulopatías.** Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las válvulas cardiacas.
- **Insuficiencia cardiaca.** Enfermedad del músculo cardiaco que incapacita al corazón a bombear sangre en la cantidad adecuada.
- **Cardiopatía isquémica.** Enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias.
- **Arritmias.** Las arritmias son problemas de la frecuencia cardíaca o del ritmo de los latidos del corazón.
- **Cardiología pediátrica.** Diagnóstico precoz de las cardiopatías congénitas desde el embarazo hasta la edad adulta.

¿En que consiste un ecocardiograma?

Es una técnica mediante la que se puede obtener una imagen del corazón en tiempo real utilizando las ondas de ultrasonido. Para realizar un ecocardiograma se necesita un dispositivo llamado ecocardiográfo. Este dispositivo se parece mucho a un ordenador; tiene una pantalla donde se visualizan las imágenes; un teclado donde se realizan distintas mediciones; un disco duro con procesador y un pequeño dispositivo llamado transductor que emite y recibe las ondas de ultrasonido (eco). Es importante señalar que las ondas de ultrasonido son inocuas por lo que está técnica en su modalidad básica carece de contraindicaciones y es completamente segura.

¿Cuando se realiza?

El ecocardiograma es una técnica muy versátil mediante la cual se pueden estudiar entre otras muchas cosas la anatomía del corazón, la fuerza que tiene en reposo y en ejercicio, la función de las válvulas cardiacas...
Por todo lo dicho el ecocardiograma es una técnica de referencia, que se utiliza para el estudio de las distintas enfermedades del corazón.

¿Qué modalidades de ecocardiograma existen?

Básicamente existen tres tipo de ecocardiograma: 1) ecocardiograma transtorácico; se obtienen la imágenes del corazón aplicando el transductor sobre el pecho del paciente. Es el que se realiza con más frecuencia. 2) ecocardiograma transesofágico; se obtienen las imágenes del corazón introduciendo una sonda (tubo de goma) por la boca hasta el esófago. Se suele realizar cuando por ejemplo se necesita un estudio dirigido al estudio de masas cardiacas o durante una operación del corazón. 3) ecocardiograma de estrés de ejercicio o farmacológico; se utiliza para diagnosticar la presencia de enfermedad coronaria. Es decir para ver como funcionan las arterias que llevan la sangre al corazón.

¿Cómo debe acudir el paciente? ¿Cómo es el procedimiento?

En el caso del ecocardiograma transtorácico no es necesario acudir en ayunas. En realidad no es necesaria ninguna preparación especial (salvo que el médico indique lo contrario). El médico o técnico que realiza la prueba normalmente pedirá al paciente que se tumbe de lado y aplicará un transductor sobre el pecho del paciente y un gel. Además se suelen colocar unas "pegatinas" (electrodos) para obtener el ritmo cardiaco. El procedimiento puede durar entre 10 y 30 minutos. No es un procedimiento doloroso y es completamente seguro.

En el caso del ecocardiograma transesofágico es necesario acudir en ayunas (no comer ni beber nada durante las 8 horas previas al procedimiento) ya que se va a introducir una sonda por la boca hasta el esófago donde se obtendrán las imágenes del corazón. Se suele utilizar anestesia local y algún tipo de sedación para dormir al paciente. La exploración puede durar entre 30 minutos y una hora. Es recomendable que el paciente vaya acompañado. Después de la prueba no se pueden conducir hasta el día siguiente (por la sedación). También es importante esperar 4 horas para comer ya que la garganta está con anestesia y el paciente se puede atragantar.
En el caso del ecocardiograma de estrés físico (caminar en cinta rodante o pedalear en una bicicleta) suele ser recomendable comer al menos dos horas antes de realizar la prueba (no comer copiosamente!). Se debe preguntar al médico que solicita la prueba si es necesario suspender alguna medicación antes de realizarla. Mediante está prueba el médico estudiará como funciona el corazón durante el máximo esfuerzo que el paciente es capaz de realizar. En otras palabras si las arterias del corazón están enfermas el médico observará que cuando el corazón demanda más energía hay zonas del corazón que no funcionan bien ("la inyección de gasolina está estropeada y el motor al revolucionarlo no funcionará bien"). Está prueba combina la realización de una prueba de esfuerzo y el uso de la ecocardiografía transtorácica. La prueba suele durar alrededor de 45 minutos.
Por último, en el caso del ecocardiograma de estrés farmacológico se suelen necesitar también ayunas (por lo menos 4 horas). En este caso también se estudia como funciona el corazón durante el máximo esfuerzo pero a diferencia del ecocardiogama de esfuerzo se utiliza un fármaco para "acelerar" el corazón. Está prueba suele reservarse para pacientes que no pueden realizar ejercicio físico. Según el tipo de fármaco utilizado en la prueba puede ser necesario evitar la toma de café, te o cocacola 24 horas antes de la realización de la prueba y suspender alguna medicación.

Unidades de suelo pélvico no sólo para mujeres

Sara Bermejo Sandín, Anais Navarro Alonso y Laura Boneta Goñi
Fisioterapeutas Complejo Hospitalario de Navarra

La fisioterapia y rehabilitación uroginecológica son campos relativamente modernos en nuestra sociedad. Las Unidades de Rehabilitación de Suelo Pélvico comenzaron a aparecer hace poco tiempo en nuestro sistema sanitario y de momento se desconoce que no sólo es la mujer el único perfil de paciente que puede beneficiarse de ellas.

Lejos de la realidad, hombres y niños también pueden beneficiarse de los programas de rehabilitación que se desarrollan en estas unidades y que además constituyen un abordaje inicial adecuado al tratarse de tratamientos conservadores dado que no presentan efectos secundarios.

Pacientes masculinos

Pero en el caso de los hombres, ¿quiénes pueden ser derivados a este tipo de rehabilitación?

Existen cuatro grandes grupos de pacientes masculinos:

- **Pacientes prostatectomizados** que presentan como consecuencia de la cirugía incontinencias urinarias y/o disfunciones eréctiles.

En el hombre la prostatectomía en sí supone un factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia urinaria. El tratamiento inicial complementario a la cirugía debe ser lo más conservador posible incluyendo un tratamiento de fisioterapia en el que se realice un entrenamiento supervisado de la musculatura del suelo de la pelvis junto con un asesoramiento en relación a los hábitos de vida, técnicas cognitivo comportamentales de modificación de conductas con pautas miccionales programadas y medicación.

- **Pacientes que presentan dolor pélvico** crónico de diversas etiologías.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define al mismo como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como tal". En el caso del dolor pélvico crónico, el dolor percibido puede aparecer debido a muchos mecanismos, -no todos bien definidos-, entre los que se pueden encontrar en el caso del hombre daños o disfunciones relacionados con el sistema urológico, anorectal, neurológico o muscular.

Muchas de estas patologías se acompañan de respuestas a nivel muscular y fascial con aparición de puntos dolorosos e hipersensibles y espasmos de la musculatura pélvica que pueden agravar la situación, y en los que la fisioterapia, complementaria a otro tipo de tratamientos, contribuye a mejorar los síntomas y la consiguiente función.

Por otro lado, existen las disfunciones en sí del propio suelo de la pelvis que afectan al sistema miofascial de la región, y en las cuales la fisioterapia supone un pilar básico en el tratamiento como recoge la propia Guía Clínica sobre el Dolor Pélvico Crónico recogida por la Asociación Española de Urología.

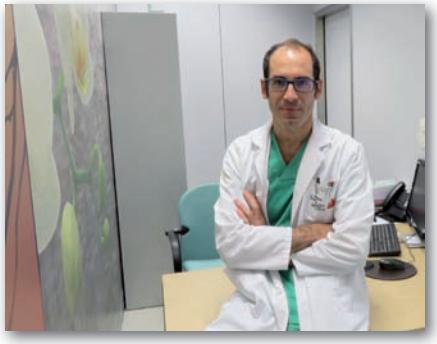
- Por último y en menor medida, **pacientes con disfunciones anorectales** como incontinencias de heces o gases como consecuencia principalmente de cirugías rectales, y **pacientes con disfunciones eréctiles**.

Los objetivos del tratamiento de rehabilitación varían en función de la patología, síntomas y disfunciones que se presentan. Desde asegurar una continencia urinaria sin urgencia, poliaquiuria, residuos postmiccionales ni escapes al esfuerzo, como conseguir una adecuada función anorectal con una correcta mecánica evacuatoria normalizada sin escapes ni estreñimiento, hasta conseguir una sexualidad no dolorosa y satisfactoria o aliviar el dolor pélvico. Todo ello mediante un trabajo informativo y educacional al paciente, un trabajo de normalización y reeducación del control motor, un refuerzo muscular activo, y una posterior integración de esto en las actividades de la vida diaria, a través de técnicas manuales, comportamentales e instrumentales.

En relación a las técnicas instrumentales los dispositivos más usados son los equipos de electroestimulación que permiten una toma de conciencia rápida, y el biofeedback, que se trata de una técnica activa que permite un programa de cinesiterapia personalizado, adaptado a la patología y a la evolución del paciente.

Las varices, reflejo de un problema circulatorio

Antes y después del tratamiento con Clarivein



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

La insuficiencia venosa es la patología vascular más frecuente. Lo más habitual es la presencia de varices. Estas aparecen con más probabilidad en mujeres y el riesgo de padecerlas aumenta con la edad. No son un problema estético, sino el reflejo de un problema circulatorio.

Este problema circulatorio va empeorando progresivamente. Las varices pueden producir síntomas y lesiones crónicas en la piel. Dejadas a su evolución, finalmente, pueden dar lugar a la aparición de una úlcera, una hemorragia, una flebitis, etc.

En primer lugar es muy importante unos hábitos de vida saludables. El control del peso y el ejercicio físico son imprescindibles. El uso de medias de compresión son otro pilar del tratamiento de las varices.

En cuanto a la eliminación de las varices hay dos grandes modalidades terapéuticas: la intervención quirúrgica y la esclerosis con microespuma.

La intervención quirúrgica es un procedimiento agresivo, dado que casi siempre implica la extirpación de un tronco venoso (safena externa o interna). Esto requiere el uso de anestesia, la práctica de incisiones, etc., lo cual supone un período de recuperación que ronda las 6 semanas.

La **esclerosis con microespuma** supone un tratamiento mínimamente invasivo de las varices. Permite la resolución de las mismas sin necesidad de operación, anestesia, baja postoperatoria, etc. Proporciona unos resultados similares a los de la intervención quirúrgica. Consiste en introducir un agente químico, la microespuma, en el interior de los segmentos venosos enfermos. Precisa de un número variable e impredecible de sesiones. Es un procedimiento ambulatorio y sin anestesia, que permite mantener las actividades habituales con normalidad.

Cuando hay afectación de algún eje safeno, la mejor forma de administrar la microespuma es el catéter Clarivein. Su funcionamiento se basa en la introducción de un catéter muy fino en el eje safeno a tratar. Este catéter gira dentro de la vena y expulsa microespuma en su interior. Ello permite eliminar un tronco venoso (safena externa y/o interna), en **una sola sesión** en la mayoría de los casos. Se lleva a cabo con anestesia local y también es ambulatorio. Tras el procedimiento se puede realizar vida normal. Además, permite **tratar las dos piernas a la vez** cuando ello es necesario. Posteriormente es preciso eliminar las colaterales varicosas que permanezcan permeables, lo cual requerirá un número variable de sesiones de esclerosis con microespuma.

Cuando un paciente tiene varices hay que elegir **su mejor tratamiento personalizado**. Para ello se debe acudir a una Consulta especializada de Cirugía Vascular. En ella se realiza un examen detallado y una ecografía-doppler venosa en color. Es importante recurrir a un equipo con experiencia para poder obtener los mejores resultados. Hay que tener en cuenta que cualquier variz "quirúrgica" se puede tratar con microespuma.

En definitiva, el tratamiento con microespuma realizado por un equipo con suficiente experiencia, ofrece resultados similares a la cirugía, pero con una menor agresividad.

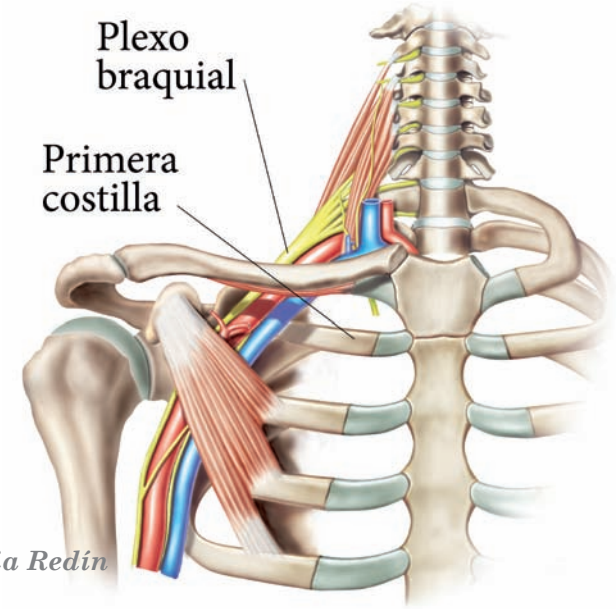
VARICES MICROESPUMA
CIRUGIA VASCULAR
drjimenezarribas@gmail.com
http://varicessincirugia.org

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
948 290 690
644 722 549



Síndrome del desfiladero torácico

Laura Boneta Goñi, Mariola Sola Díaz y Amaia Valencia Redín
Fisioterapeutas. Complejo Hospitalario de Navarra

Se refiere al conjunto de signos y síntomas que se producen como consecuencia de la compresión del paquete neurovascular formado por el plexo braquial y la arteria y vena subclavias a su paso por la primera costilla, clavícula y los músculos escalenos. También se le conoce como síndrome del estrecho toracobraquial, del escaleno anterior o de la primera costilla.

¿Cuáles son las causas?

Factores predisponentes: son factores estructurales. Estas alteraciones anatómicas pueden ser:

- Óseas: a nivel de la primera costilla, tales como agenesia del arco anterior, presencia de costilla cervical, hipertrofia de tubérculo de Lisfranc.
- Musculares: tales como fusión de fibras del escaleno anterior con el tejido perinervioso (que rodea el plexo), contracturas musculares (principalmente en escaleno anterior, pectoral menor y subclavio), o desequilibrio de fuerzas entre grupos musculares.

Factores desencadenantes: son factores dinámicos que alteran la actitud postural correcta de esta región corporal.

- Elevación de brazo por encima de la cabeza.
- Transporte de carga con brazos a lo largo del cuerpo.
- Posturas mantenidas durante largos periodos de tiempo (conductores) o nadadores.
- Hombros caídos.
- Patrón respiratorio costal superior, sobrecargando los escalenos y disminuyendo el trabajo diafragmático.

¿Cómo se manifiesta?

La clínica con la que suele debutar este síndrome es sensación de pesadez en miembro superior y cuello y parestesias. Los signos y síntomas que aparezcan van a depender de la alteración anatómica existente. Podemos dividirlos en dos grandes grupos:

Neurológicos: son los más frecuentes predominando los sensitivos. Suele aparecer dolor intermitente en la zona supraclavicular irradiándose hacia el antebrazo y la mano, provocando en ocasiones hormigueo en la misma. Ocasionalmente aparece déficit motor en los músculos intrínsecos de la mano.

Vasculares: sensación de pesadez, edema episódico en mano y coloración cianótica debido a dilataciones venosas superficiales. Otras manifestaciones menores son enfriamiento y sensación de peso muerto.

Estos síntomas tienen predominancia matutina e incluso pueden llegar a despertar al paciente.

Existen una serie de pruebas exploratorias por medio de las cuales podemos reproducir los síntomas que el paciente describe. Para ello se ponen en compromiso, mediante posiciones concretas, los distintos espacios por los que transcurre el paquete vasculo-nervioso.

¿Cuál es el enfoque terapéutico?

El tratamiento fisioterápico ante esta patología suele centrarse, principalmente en tres campos de actuación que son:

- **La reeducación del patrón respiratorio:** potenciando una correcta respiración diafragmática, evitando así la elevación de las costillas superiores y la sobre-activación de los escalenos.
- **Corrección de anomalías posturales:** consiguiendo una buena actitud postural de la región cervical. Para ello, por medio del ejercicio terapéutico se fomentará la flexibilidad cervical y la fuerza de la musculatura de la zona. La educación sanitaria juega un papel importante en este punto, informando de las actividades nocivas y fomentando una buena higiene postural en el traslado de cargas.
- **Optima dinámica de la cintura escapulo-humeral:** haciendo hincapié en la estabilidad escapulotorácica.

Aparte de ello será necesario valorar aquellos músculos que se presenten contracturados, debido a su sobre utilización, y relajarlos y estirarlos correctamente.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

CIUDADES MONUMENTALES DE FRANCIA [20 al 26 de Mayo]
Uno de los mejores circuitos visitando Normandía y Bretaña. Precio 845€
EDADES DEL HOMBRE – AGUILAR DE CAMPOO [26/27 Junio]
Una escapada de calidad para disfrutar de dos días magníficos. Precio 178€
ALGARVE (Sur de Portugal) [11 al 15 de Junio]
Un viaje novedad. Viaje en AVE a Sevilla ida y vuesta, desde Zaragoza.
Estancia con visitas, buenos hoteles. Precio 610€
SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR
Reservas e Información: Raquel Izpura Roteta M 647 679 821

el mundo de Raquel
C.I.E.: 2174EMY

www.elmundoderaquel.com | www. peregrinacionesnavarra.es | elmundoderaquel@gmail.com | Raquel Izpura Roteta M 647 679 821

Nuevas soluciones para los pacientes edéntulos: El sistema Trefoil

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

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

Cuando se produce la pérdida de la totalidad de las piezas dentales en uno o en los dos maxilares, la solución más inmediata es la colocación de una prótesis removible.

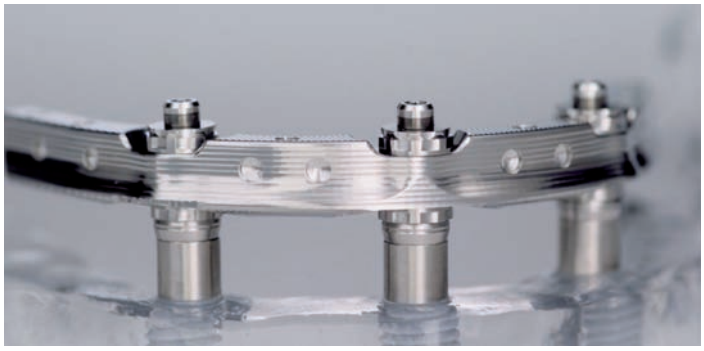
Sin embargo, sabemos que es un remedio que a largo plazo provoca diversos problemas en el paciente: dificultad para mantenerla fija, progresivo deterioro de la masa ósea por la ausencia de dientes naturales, problemas de higiene y diversas patologías que, poco a poco, impiden disfrutar de la plena funcionalidad de la boca y comprometen la estética del rostro.

Frente a la popularmente denominada dentadura postiza, en los últimos años se ha consolidado la alternativa de los implantes dentales, que presenta indudables ventajas, como la recuperación de la mordida, la estabilidad de la estructura ósea, la ausencia de desgastes o patologías en la mucosa, o la conservación, incluso mejora, de la estética facial.

Los principales obstáculos de una restauración a base de implantes en los pacientes edéntulos son el mayor coste del tratamiento con respecto a una prótesis removible, y la duración del proceso de intervención, que en este caso se alarga durante muchos meses.

Por ello, hay pacientes que hasta ahora han descartado el sistema de implantes y han elegido la prótesis removible, pese a que cada día se demuestran con más claridad la mayor eficacia y mejores resultados de las soluciones implantosoportadas.

Ante esta situación, se está dedicando un enorme esfuerzo en el campo de la investigación para hallar opciones de restauración mediante implantes que no tengan tanto coste económico y personal para el paciente.



Fruto de este trabajo acaba de darse a conocer una nueva solución por parte de Nobel Biocare, una de las principales empresas del sector.

El sistema Trefoil

Se trata del sistema Trefoil, que representa un gran avance por cuanto permite tratar una mandíbula edéntula con una prótesis fija y definitiva que solo necesita de tres implantes. Es un producto que se ha lanzado al mercado después de años de investigación y pruebas en diferentes países del mundo. Clínica Bustillo está acreditada para su aplicación.

Podemos decir que es un tratamiento sencillo, económico y rápido. Mucho más eficaz que una prótesis removible, permite la colocación de los dientes finales en el mismo día. Por ello, no hace falta la colocación de una prótesis provisional previa.

Por otra parte, dadas sus características, tampoco requiere injertos de hueso u otros procedimientos de regeneración ósea que en muchas ocasiones son obligatorios en los implantes dentales.

El sistema Trefoil utiliza una barra prefabricada de titanio, diseñada anatómicamente para el arco natural de la mandíbula, que cuenta con un exclusivo de fijación ajustable para compensar las posibles desviaciones respecto de la posición ideal del implante. Gracias a esta pieza, el proceso de construcción de la prótesis también se simplifica, con lo que el paciente recibe un tratamiento mucho más rápido de lo habitual.

Como siempre que se aborda un tratamiento de implantología dental, el primer paso es realizar un diagnóstico digital y un estudio estético previo para comprobar si el paciente es apto para esta nueva solución. En el caso de que no sea así, siempre se abre la posibilidad de aplicar otras técnicas de reconstrucción dental.

Si quiere saber más sobre la solución Trefoil, pida cita en la consulta de Clínica Bustillo. (Tel. 948152878).

Proteja a su familia de incendios, quemaduras y escaldados

Dra Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA.*
Berta Torrero Bonel. *DUE C. Zona Básica Valtierra Cadreita*

La prevención es la primera y más eficaz de las medidas para evitar accidentes. Estas medidas implican un coste económico en ocasiones elevado, pero la seguridad que aportan es enorme.

1-**Instale detectores de humo** en los pasillos fuera de las habitaciones o la cocina, al menos uno en cada piso de la casa. Pruébelos con una frecuencia mensual para asegurarse de su funcionamiento. Es mejor utilizar alarmas que tengan baterías de vida útil larga, pero si no están disponibles, cambie las baterías al menos cada año en una fecha específica que recordará con facilidad (como el 1 de enero de cada año).

2-**Practique simulacros de incendio en casa.** Asegúrese de que todos los miembros de la familia e incluso otras personas que se encarguen de cuidar a sus hijos en su casa sepan cómo abandonar la misma de forma segura en el caso de un incendio y como desconectar la red eléctrica de la vivienda.

3-**Tenga extintores de incendios** que funcionen y que estén disponibles fácilmente. Coloque los extintores de incendios de forma visible en donde haya mayor riesgo de incendio, como en la cocina y cerca de la chimenea. Realice revisiones periódicas de los mismos.

4-**Enséñeles a sus hijos a gatear hacia las salidas si hay humo en la habitación.** De esa manera evitarán inhalar el humo manteniéndose abajo.

5-**Compre una escalera de seguridad** si su casa tiene un segundo piso y enséñeles a sus hijos cómo usarla. Si vive en un edificio alto, enséñeles a sus hijos las ubicaciones de todas las salidas y asegúrese de que entiendan que nunca deben utilizar el elevador durante un incendio. (Se puede quedar atrapado entre los pisos o abrirse en un piso en donde esté el incendio).

6-**Acuerden un punto de reunión familiar fuera de la casa o apartamento** de manera que puedan asegurarse de que todos hayan salido del área del incendio.

7-**Enséñeles a sus hijos medidas de actuación en caso de que se incendie la ropa que llevan puesta** (detenerse, tirarse al piso y rodar).

8-**No deje comida cocinándose sin prestarle atención.**

9-**Proteja los calefactores, las estufas o mantenga a los niños alejados de ellas** de manera que se evite el contacto con estos para evitar quemaduras por contacto con las superficies a altas temperaturas.

10-**Guarde bajo llave los líquidos inflamables en casa.** Es mejorar almacenarlos fuera de la casa, fuera del alcance de los niños y lejos de fuentes de calor.

11-**Baje la temperatura de su calentador de agua** a menos de 48,9 º C para evitar quemaduras y escaldaduras por agua caliente.

12-**No enchufe electrodomésticos ni otro equipo eléctrico en cables de extensión** si estos le ponen demasiado "amperaje" o carga al cable, creando así una situación potencialmente insegura.

13-**Mantenga las cerillas, mecheros y otros encendedores alejados de los niños**, bajo llave y donde no los alcancen.

14-**Evite el uso de todos los fuegos artificiales,** incluso los que están diseñados para el uso del consumidor.

El MICROONDAS no deja de ser un electrodoméstico que pueda conllevar riesgos

Los hornos microondas no se perciben como objetos peligrosos, por lo que las medidas de seguridad para su uso son con frecuencia ignoradas.

Las familias deben cerciorarse de que los niños pequeños no tienen acceso a él ni puedan abrirlo, debido a que los contenidos del mismo pueden alcanzar temperaturas capaces de provocar quemaduras de consideración.

Aunque el microondas sea colocado en un lugar alto, un niño puede subirse en un mueble o en otro objeto para alcanzarlo.

Los niños también pueden quemarse cuando abren las bolsas de las palomitas de maíz para microondas y otros recipientes o por consumir alimentos que no han sido cocinados/calentados de manera uniforme.

Las medidas de seguridad existen para proteger a los niños de los microondas. Los padres deben permanecer alertas y estar conscientes de que este es un problema real y del riesgo que tienen en sus propios hogares.

Revuelva bien los alimentos y déjelos reposar unos minutos antes de probarlos para que el calor se distribuya uniformemente.

Cerciórese de que este electrodoméstico no esté al alcance de los niños pequeños.

Nunca deje a un niño pequeño solo mientras los alimentos se están procesando en este electrodoméstico.

Si los niños son muy pequeños para seguir instrucciones por escrito, entonces son muy jóvenes para usar el microondas sin supervisión.

Trato inadecuado a personas mayores (Parte II)

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

Como señalé en el artículo anterior, los malos tratos a las personas mayores son muy desconocidos en nuestra sociedad. Debemos difundir su existencia para que sean detectados. En esta entrega trataremos de dónde, cómo y por qué se producen.

Los malos tratos pueden ocurrir en la familia, la comunidad o en el ámbito institucional. Los que suceden en el domicilio tienen una fuerte carga emocional y de valores, ya que los tabúes y sanciones sociales que existen cuando una persona anciana es maltratada por sus familiares, conllevan dilemas entre los profesionales que lo detectan. Pero ya no son un asunto privado.

La mayor parte de los ancianos están en su casa y, por tanto, recibe cuidados de sus cónyuges e hijos. Las atenciones suelen ser excelentes, y hay estudios sociológicos que lo demuestran. El riesgo se encuentra en que los cuidadores carecen de la profesionalidad específica, por lo que se acaban generando situaciones de estrés difíciles de gestionar.

El maltrato en el medio institucional se debe a la organización de los servicios (horarios estrictos, falta de privacidad, escasez de personal para atender a los ancianos) o al recurso de técnicas de contención, bien con medios físicos (como correas y cinturones) o mediante fármacos).

Igualmente, en este ámbito a veces interviene un trato inadecuado por falta de preparación, cualificación o sobrecarga laboral, lo que da lugar a cierta despersonalización y a considerar a los mayores como si fueran menores de edad.

El maltrato en la comunidad es el más difícil de detectar. Está asociado a minusvalorar a las personas debido a su edad (edadismo o ageísmo). Se vincula la vejez a la debilidad y a la enfermedad, al gasto social y sanitario, y se genera una imagen negativa que no tiene nada que ver con la realidad: los ancianos están en sus domicilios, consumen, generan riqueza, cuidan de nietos, ayudan a hijos en situaciones laborales complejas, realizan labores de voluntariado y son solidarios.

¿CÓMO SE PRODUCEN LOS MALOS TRATOS?

Según un estudio de la Doctora Bazo y publicado en la Revista Española de Geriatría y Gerontología, el maltrato se concreta en las siguientes conductas: abuso sexual, abuso material, maltrato psicológico, maltrato físico, negligencia en el cuidado afectivo y negligencia en el cuidado físico.

La mitad de las personas sufren solo uno de estos comportamientos, pero un 28 por ciento padece dos de ellos. Alrededor de un 10 por ciento recibe tres o más, y casi un 7 por ciento superaba los cuatro. En el 81 por ciento de los casos, las víctimas son mujeres, por un 19% de los varones. Más de la mitad de los causantes son los propios familiares.

Si extrapolamos los porcentajes, podríamos concluir que al año sufren malos tratos unas 5.300 personas en España. Otras instancias sugieren que la cifra podría ser muy superior, puesto que buena parte de los casos no se denuncian.

EL PORQUÉ DE LOS MALTRATOS

Para explicar las razones del maltrato tenemos que pensar primero en el perfil de las personas afectadas y de los responsables. Sobre las primeras, el perfil es de una mujer de más de 75 años, con bajos ingresos, deterioro funcional o cognitivo, con incontinencia, cuyo cuidador posee más de 60 años y presenta antecedentes de lesiones físicas, soledad.

En cuanto al maltratador, tiene una relación de parentesco con la víctima, lleva más de 9 años como cuidador, demuestra escasa preparación para esta tarea y no acepta el papel asignado. Depende económicamente de la víctima, es consumidor de alcohol u otras sustancias, con trastornos mentales e historia de violencia familiar.

Con todo ello, el maltrato se puede desencadenar como consecuencia de estrés del cuidador. Las demandas de atención exceden de su capacidad psíquica y favorecen la aparición de conductas violentas. Considera su trabajo una carga mal pagada, lo que le lleva a no atender bien las necesidades o a actuar con agresividad. La conducta se agrava si el individuo padece alteraciones psiquiátricas o abusa de sustancias.

La principal dificultad de este problema social es que se desarrolla sobre todo en el ámbito privado, Mucha gente pensaba que era una mera cuestión de relaciones familiares. Aunque la percepción ya está cambiando, todavía falta una clara toma de conciencia por parte de los ciudadanos y los agentes políticos y sociales.

Es necesario elaborar instrumentos que permitan a los profesionales sanitarios y sociales detectar posibles casos y contribuir a diseñar políticas sociales que hagan frente a esta situación.

Y si somos testigos del maltrato, hemos de contactar con las autoridades para que investiguen el caso. Existen ya protocolos que permiten comprobar con rapidez si las sospechas de maltrato responden a la realidad.

Por último, quiero recordar que el día 15 de junio es el día mundial sobre la prevención del abuso y maltrato en la vejez.

+60 apartamentos tutelados
Vive a tu aire en tu comunidad

- Viviendas en alquiler con posibilidad de subvención.
- Edificio sin barreras arquitectónicas y con espacios comunes.
- Limpieza, mantenimiento y asistencia hogar 24h.
- Actividades socioculturales.

Gestión Asistencial **Grupo Proginsa.**
Calle Leyre 11 Bis.
T. 948 229 621
PROGINSA.

¿Qué es el síndrome del latigazo cervical?

Anaïs Navarro Alonso, Sara Bermejo Sandín y Mariola Sola Díaz
Fisioterapeutas. Complejo Hospitalario de Navarra

Los desplazamientos en coche son indispensables en nuestro día a día, pero las prisas, la falta de atención o las condiciones del terreno pueden ser causa de accidentes de tráfico.

La frecuencia de estos varía entre países y regiones, aunque la mayoría ocurren en la ciudad y a una velocidad de entre 10 y 25 km/h. Que el impacto no sea a gran velocidad o que el vehículo quede intacto, no implican que los ocupantes no sufran daños. En este artículo comentaremos una de las lesiones derivadas de estos accidentes y que afecta a la columna cervical: el síndrome del latigazo cervical.

El síndrome del latigazo cervical es el resultado de un mecanismo de hiperflexión seguido de hiperextensión que experimenta la columna cervical como reacción a la aceleración y deceleración que sufre el cuerpo en algunas ocasiones, frecuentemente en accidentes de tráfico con un choque lateral o trasero del vehículo. Otras causas que pueden provocar el mismo fenómeno son zarandeos violentos, juegos infantiles agresivos, colisiones en los autos de choque, zambullidas, etc.
En estas ocasiones, la inercia del choque hace que la cabeza y el cuello de la víctima queden inmóviles mientras que el cuerpo sigue la dirección del impacto, es decir el cuerpo de los afectados hace un movimiento parecido al de un látigo. Inmediatamente después de un impacto trasero, cuerpo y asiento son lanzados hacia delante en un primer momento, dando lugar a una reacción de hiperflexión e hiperextensión cervical de la columna ante la aceleración-deceleración a la que se ve sometida.
Además del propio impacto, existen una serie de factores que pueden condicionar esta lesión tales como las características antropométricas de los ocupantes (mayor riesgo a mayor altura, mayor edad, menor masa muscular y más frecuente en mujeres), la posición del ocupante dentro del coche (mayor riesgo en asientos delanteros), la posición de su cabeza y cuerpo (más lesivo si el ocupante tiene la cabeza rotada o inclinada) y la preparación para el impacto (peor si no lo ven venir), además de la posición del reposacabezas y el tipo de asiento del coche.

¿Qué síntomas produce?

Este mecanismo de latigazo afecta en el 50% de los casos a la región comprendida entre la cuarta y séptima vértebra cervical siendo esta última la más afectada (el 64'5% de los casos respecto al 20% en el resto).
A nivel cervical, se puede producir un esguince que puede provocar daños ligamentarios, discales, musculares y que pueden acompañarse de mareos, dificultad para tragar, pitidos en los oidos, etc. Debemos tener en cuenta que el desplazamiento también se produce más allá de las cervicales, por lo que es frecuente encontrar alteraciones a distancia tales como problemas lumbares entre otros.

Podemos clasificar la gravedad de estos sucesos según el grupo de trabajo de Quebec en:

- Grado 0: asintomático.
- Grado I: dolor cervical con espasmo muscular y sin signos físicos.
- Grado II: rigidez y dolor localizado.
- Grado III: a lo anterior se le suman manifestaciones de afectación neurológica.
- Grado IV: a las manifestaciones anteriores se añaden fractura o luxación ósea.

¿Cuál es su tratamiento?

Tras una colisión, aunque aparentemente los ocupantes estén ilesos, sería recomendable vigilar los síntomas que puedan aparecer en las posteriores horas y días del suceso; siendo aconsejable acudir al servicio de urgencias para que el personal sanitario evalúe a los pacientes y descarte patologías de gravedad.
El tratamiento del latigazo cervical salvo en grado IV (que requiere cirugía), es conservador y está encaminado al reposo y disminución de la inflamación en una primera fase y, posteriormente, a recuperar las afectaciones producidas: disminuir la tensión muscular y el dolor, así como mejorar la movilidad de la zona afectada. Es importante también la educación de los pacientes para que recuperen su vida normal: evitar el reposo innecesario, aprender pautas de higiene postural y ejercicios de estiramiento y potenciación de la musculatura afectada.

Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirofano

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

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

En los últimos años han ido apareciendo otras técnicas en el tratamiento de las varices (Láser, Radiofrecuencia, Clarivein, etc.), con menores requerimientos anestésicos y una más pronta reincorporación de los pacientes a la vida normal. Sin embargo, de todas ellas, la **'ESCLEROSIS ECOGUIADA CON MICROESPUMA'** es, hasta la fecha, **la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y la única que permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal. Durante más de 14 años nuestro equipo ha tratado más de 3000 pacientes con varices utilizando esta técnica, consolidada ya, si se tiene experiencia suficiente, como una alternativa a la cirugía convencional para tratar TODAS LAS VARICES EN TODOS LOS PACIENTES sin utilizar NUNCA ni siquiera anestesia local. La experiencia de tantos años y tantos pacientes nos permite ofrecer a nuestros enfermos resultados contrastados y tratamientos personalizados que se realizan siempre en fases ("sesiones") con 3 objetivos: 1. Tratar la enfermedad de un modo integral y con criterios hemodinámicos. 2. Tratar tanto las grandes venas como las pequeñas telangiectasias ("arañas vaculares"). 3. Hacer un seguimiento clínico y ecográfico de los resultados de cada sesión.**

Sin intervención quirúrgica

Se trata de una técnica poco invasiva que identifica las venas enfermas mediante una prueba denominada 'Eco-Doppler'. Una vez identificadas, se realiza una punción en la piel, guiada con la ecografía, y se introduce un fino catéter en la vena que se quiere tratar. Ya dentro, se inyecta en la vena enferma un fármaco en forma de espuma que irrita la pared y la esclerosa, la endurece, hasta hacerla desaparecer. El efecto es el mismo de una operación pero NO ES UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, NUNCA necesita anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones finas en la piel. Tampoco necesita ingreso, ya que se realiza en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) **desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta** sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral.

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

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

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

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

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

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

Bronquiolitis y fisioterapia respiratoria

Raquel Arriazu Alcázar. *Fisioterapeuta del Hospital Reina Sofia de Tudela*

La bronquiolitis es una enfermedad común, a veces grave, que afecta a niños menores de 2 años, en la que las vías aéreas de pequeño calibre (los bronquiolos) se hinchan y se llenan de moco. La causa principal es el virus sincitial respiratorio (VRS). Se da con mayor frecuencia en los meses de otoño e invierno.

Suele comenzar como un catarro con mucosidad acuosa en la nariz. Al poco tiempo aparece tos seca e insidiosa, que si progresa dará lugar a esa inflamación de los bronquiolos y a dificultad respiratoria de mayor o menor medida.

Síntomas

- Fatiga, fiebre, tos, respiración más rápida y superficial. Pueden aparecer ruidos respiratorios (sibilancias)
- Las fosas nasales del bebe se ensancharan al respirar (aleteo nasal)
- Los músculos entre las costillas se retraen por el esfuerzo que le supone respirar (tiraje)
- Dificultad para la alimentación y falta de apetito.
- Si presenta la piel azulada es un síntoma grave e indica que debes ir a urgencias.

¿Cuánto tiempo dura?

En niños previamente sanos dura entre 7 y 12 días aunque se puede prolongar un poco más. La enfermedad más grave por el VSR puede ocurrir en bebés prematuros, con enfermedad pulmonar crónica o cuyos sistemas inmunitarios no funcionan bien.
Los niños que han tenido bronquiolitis por VSR pueden ser más propensos a desarrollar asma.

¿Cuál es el tratamiento?

Si el niño presenta alguno de los síntomas anteriormente descritos debes llevarle al pediatra. El diagnosticará y decidirá si es necesario algún medicamento como broncodilatadores, antitérmicos (paracetamol) etc.
Para eliminar las secreciones un tratamiento coadyuvante es la fisioterapia.
La bronquiolitis tiene varios estadios. En los casos leves y moderados la fisioterapia respiratoria estará totalmente indicada. El fisioterapeuta realizara una serie de maniobras para ayudar a movilizar las secreciones de las zonas más inferiores a las superiores para que puedan ser expulsados. Si los niños son muy pequeños puede que no consigan sacarlos y necesiten una ayuda para eliminar el moco que ha ascendido. Para ello hay una serie de técnicas que al estimular una zona concreta, provoca la tos y el niño es capaz de expulsar el moco. En pocas sesiones se suelen notar muy buenos resultados.
La fisioterapia respiratoria mejora la calidad de vida de toda la familia ya que mejorara el sueño del pequeño, comerá mejor, respirará mejor y en caso de usar inhaladores estos serán más efectivos porque llegaran hasta la parte más profunda del pulmón.
En los casos graves los niños pueden necesitar oxigenación asistida por lo que es importante esa primera visita al pediatra que determinara en que estadio se encuentra el niño. La fisioterapia también podrá ayudar en estos casos.

¿Se deben dar antibióticos a los niños con bronquiolitis?

La bronquiolitis está producida por un virus, y por lo tanto, no responde al tratamiento con antibióticos.

¿Qué puedo hacer en casa?

Para ayudar al niño a estar cómodo y facilitarle la respiración puedes:

- Elevar la cabeza y la parte superior del tronco para que esté más incorporado para facilitar la respiración durante el sueño.
- Hacer lavados nasales con suero fisiológico. Es muy útil para ayudar a eliminar agentes de las vías respiratorias ya sean virus, bacterias o polvo. Además ayuda a mejorar la respiración del niño y se puede realizar varias veces al día. Mejor antes de las comidas y antes de acostar al bebe.
- Es importante que el niño beba agua para ayudar a fluidificar el moco y que así sea más fácil expulsarlo.
- Dale de comer más veces aunque sea menos cantidad en cada toma para evitar que se fatigue.
- Evita ambientes con humo o cargados.
- Contrólale la temperatura varias veces al día.
- No lo lleves a la guardería para evitar el contagio a otros niños.

¿Cómo prevenir las infecciones respiratorias?

- La vía de contagio más habitual de muchas enfermedades es el contagio por las manos. Es muy importante que nos lavemos las manos a menudo y mucho más antes de tocar a un bebé. También es importante la higiene de las manos de los niños ya que suelen llevárselas a la boca muchas veces.
- Es importante tener limpios los juguetes, desinfectarlos de vez en cuando y lavar los juguetes que sean de tela.
- Hay que evitar la exposición al humo del tabaco.
- Ventilar la casa especialmente si hay alguien con síntomas de gripe o catarro.
- Evitar aglomeraciones y sitios propicios al contacto como hospitales, centros de salud o trasportes públicos, guarderías o parques infantiles.
- Se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses porque los niños están más protegidos.

¡Polarízate!

Dori Callejo
Óptico-Optometrista
Óptica Unyvisión

Cuando los rayos solares inciden sobre superficies como la carretera, el mar o la nieve se producen reflejos molestos que perturban la visión.

¿Qué son los filtros polarizados?

El filtro polarizado es una lámina muy fina que se añade al cristal y evita los reflejos mejorando el confort visual, la nitidez y la percepción de los colores.

¿Qué ventajas nos ofrecen?

Los cristales polarizados son ideales para situaciones en las que el sol rebota sobre superficies horizontales creando reflejos y deslumbramientos.

Se recomiendan en deportes acuáticos, esquiar y también para conducir.También son muy prácticos en la pesca ya que la lente polarizada filtra la luz que se refleja sobre el agua y permite una visión más detallada para ver los peces y el fondo.

¿Los cristales polarizados tiene inconvenientes?

Al mirar pantallas LCD con filtros polarizados, las veremos apagadas y con los colores alterados, esto es debido a que este tipo de pantallas utilizan luz polarizada.

Otra de las limitaciones de los cristales polarizados es que al inclinar la cabeza pueden llegarnos deslumbramientos que el cristal no puede filtrar.

¿Se pueden graduar los cristales polarizados?

Los cristales polarizados se combinan con filtros UV y se pueden aplicar sobre lentes graduadas e incluso progresivas.

Existen diferentes grados de protección en los filtros polarizados y colores para mejorar el confort de la persona.

GAFA DE SOL POLARIZADA
desde 59 €
POLARIZADOS GRADUADOS
desde 99 €
PROGRESIVOS POLARIZADOS
desde 199 €

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

Cómo reducir el riesgo de amputación por pie diabético

OXIEN
Rehabilitación Hiperbárica

"La diabetes es la primera causa de amputaciones no traumáticas en los países desarrollados y, de hecho, un estudio publicado en la revista científica 'Diabetes & Vascular Disease Research' revela que la tasa de amputaciones es seis veces mayor en pacientes diabéticos que no diabéticos.

"La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) consiste en una terapia «basada en la respiración de oxígeno puro a una presión superior a la presión atmosférica, en el interior de cámaras especialmente preparadas para ello y que logran acelerar el proceso de cicatrización de úlceras y heridas», explica la doctora.

¿Qué repercusión y alcance tiene la diabetes?

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

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

¿En qué consiste el pie diabético?

El pie diabético es una alteración de origen principalmente neuropático inducida por la hiperglucemia, que supone "un importante problema de salud, con gran impacto social, sanitario y económico, que altera la calidad de vida y puede derivar en una amputación", señala la Dra. Eva Sanz, Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH) y miembro del Comité Científico Asesor de Oxien.

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

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

Por todo esto, "una buena alternativa para estos pacientes y complementaria a su tratamiento es la medicina hiperbárica ya que, al mejorar y acelerar la cicatrización gracias al incremento de oxígeno, permite reducir el número de consultas, curas y costes, y disminuir las amputaciones", afirma la doctora.

¿Ayuda el oxígeno hiperbárico para cicatrizar heridas?

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

Ha llegado la **Medicina Hiperbárica** a Navarra.

Se recomienda el tratamiento hiperbárico para las siguientes enfermedades:

- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
- FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA
- ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA
- MEDICINA DEPORTIVA
- ODONTOLOGÍA
- INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO

OXIEN
Medicina Hiperbárica
MEDICINA HIPERBÁRICA A TU ALCANCE
www.oxienhiperbarica.com

GRUPO SANNAS
C/ Madres de la Plaza de Mayo, 16. 31013 Nueva Artica (Navarra)
T. 948 06 80 80

Llámenos y el personal médico especializado dará cobertura a su consulta.

S.E.M.H

Medicina y Cirugía Estética:
razones para acudir a ella y tratamientos más comunes

sannas
DENTOFACIAL

Las motivaciones para acudir a la cirugía estética son innumerables. Muchos pacientes recurren a ella con el objetivo de corregir secuelas o lesiones funcionales derivadas de accidentes, quemaduras o cicatrices y buscan que el resultado sea lo más estético posible. Este tipo de cirugía actúa mejorando la calidad de vida del paciente y por lo tanto, su bienestar.

Otros buscan resultados estéticos con los que verse mejor y mejorar su autoestima mediante procedimientos más o menos invasivos. Aquí se incluyen los tratamientos de belleza y estética que abordan los signos del envejecimiento, cansancio y stress o aquellos que buscan mejorar o modificar rasgos y características corporales.

Sean cuales sean los motivos, es imprescindible ponerse en manos de médicos titulados que aporten la máxima seguridad y atención para disminuir los riesgos que siempre pueden existir. Un profesional guiará en cada decisión personal e informará adecuadamente acerca de las expectativas, riesgos, y limitaciones de los procedimientos.

Tratamientos más comunes

- **Toxina Botulínica: para el tratamiento de arrugas de expresión facial o problemas de sudoración.**

Este tipo de tratamiento es conocido por ayudar, temporal y de forma natural, a disminuir y suavizar arrugas dinámicas y de expresión facial: frente, entrecejo, patas de gallo, cuello...Es también una solución para los incómodos efectos de una sudoración excesiva en palmas de manos y/o axilas.

- **Peeling: para mejorar la apariencia de la piel.**

El Biorevitalizador facial sin agujas (PRX-T) es un peeling médico, indicado en todo tipo de piel, que ayuda a conseguir un efecto alisante. Combinado con tratamientos despigmentantes, está especialmente **indicado para pieles fotoenvejecidas y con manchas** o con cierta flacidez en cara, cuello y escote.

- **Ácido Hialurónico: para una hidratación intensa o un relleno localizado.**

El ácido hialurónico es un componente presente en el organismo con capacidad para captar agua. Sus aplicaciones van desde la **hidratación intensa de la piel de rostro**, -Mesoterapia facial,- para conseguir una piel iluminada y disimular las arrugas finas; a aplicaciones para aportar volumen que contrarreste la pérdida de grasa debida a la edad. En estos casos se emplea un ácido hialurónico de mayor densidad que permite el aumento y perfilado de labios, surcos nasogenianos, etc. y el aumento de pómulos y lóbulos auriculares.

- **Plasma Rico en Plaquetas PRP: para una piel más hidratada y luminosa.**

El tratamiento consiste en la inyección intradérmica, en varias sesiones, de factores de crecimiento que se obtienen a partir de una muestra de sangre del paciente. Una vez obtenidos, se activan y se inyectan en la cara, cuello, escote o dorso de manos del paciente para **regenerar y mejorar la calidad de la piel.**

- **Lipofilling: para correcciones permanentes.**

La infiltración de grasa, en varias sesiones, obtenida del propio paciente, permite recuperar volúmenes en pómulos, dorso de manos o lóbulos auriculares. Otras variantes de esta técnica (SNIF o Nanofat) permiten **corregir arrugas finas y alteraciones de la coloración en la zona de las ojeras.**

- **Cirugía Estética**. Lesiones en la piel, cicatrices, secuelas de piercing, corrección de patologías que afecta a la mirada, corrección de orejas despegadas o lóbulos rasgados son tratamientos sencillos y comunes que tienen en la cirugía estética fácil y rápida solución, permitiendo al paciente una **recuperación de su imagen facial y/o corporal** y su bienestar personal.

SANNAS recomienda en primer lugar realizar un **estudio facial con el Dr. especialista** en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética con el objetivo de plantear el mejor diagnóstico y plan de tratamiento.

30 Aniversario SS
y preparando el futuro

Los deseos de nuestros pacientes son nuestros nuevos servicios

En Sannas, con 30 años de experiencia, hemos logrado que en la actualidad cuidemos de la salud oral de 3 generaciones.

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.sannasdentofacial.com | Tel.: 948 38 44 22 / 948 38 44 33

CPS-236/25-15-NA

Prevención de las lesiones del running

Dr. Rubén Goñi Robledo. *FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra*
Dra. Marta Aguado Sevilla. *MIR Anestesia. Complejo Hospitalario de Navarra*

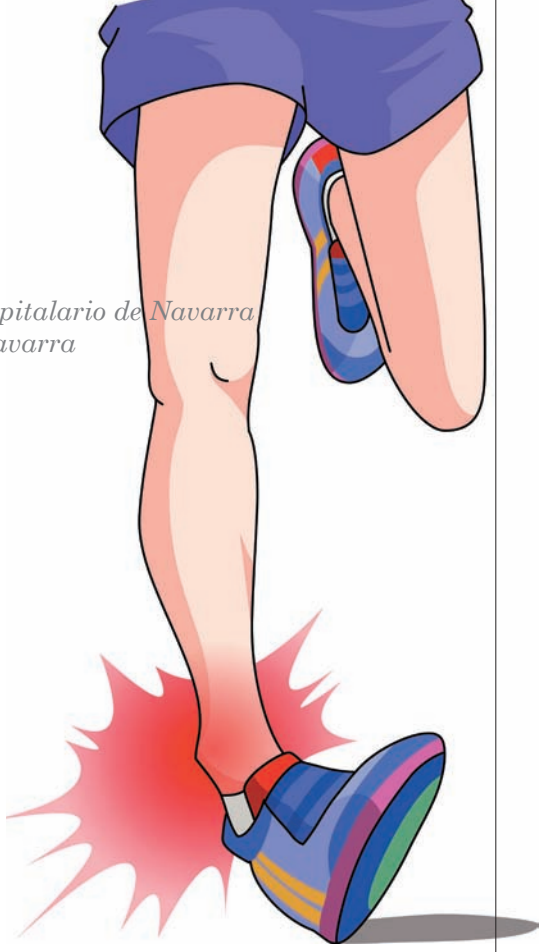
Es frecuente atender en nuestras consultas de traumatología a pacientes de edades muy variadas que acuden con lesiones derivadas de la práctica del running. Pacientes que en ocasiones acuden con cierto nivel de limitación deportiva y la ansiedad que de ello deriva. Hay que tener en cuenta que el running es un deporte de impacto, repetitivo y cíclico. Para hacernos una idea, en media hora de running, con una zancada media de 80 por minuto, podemos llegar a unos 3000 impactos.

Una mala técnica o posición o un calzado equivocado pueden producir lesiones deportivas en pocas sesiones de entrenamiento. Muchas son evitables con unas medidas sencillas entre las que se encuentran:

- **Posición:** es muy importante y personal mantener una posición deportiva correcta. Para ello, si vamos a realizarlo de forma más o menos continuada, deberíamos ser asesorados por un profesional deportivo que nos guíe en lo que a técnica de carrera se refiere. No cualquier posición es válida a la hora de practicar el running y puede ser una fuente importante de lesiones.
- **Peso:** como hemos comentado, al ser un deporte cíclico y de impacto, a mayor peso, mayor impacto en cada zancada sobre nuestras articulaciones. Es una relación directamente proporcional y por ello debería añadirse un cuidado nutricional.
- **Hidratación y recuperación:** debemos mantener una hidratación correcta antes, durante y después de practicar deporte. La antigua máxima de "beber antes de tener sed" sigue siendo válida en deportes como el running. Una correcta hidratación mantendrá nuestra musculatura activa y evitará calambres o lesiones.
- **Biomecánica:** es importante a la hora de una elección correcta del calzado realizar un estudio de la pisada y de la biomecánica individual. Determinadas marcas de zapatillas ya incluyen este estudio a la hora de vender sus productos, lo cual puede evitarnos lesiones, aumentar el confort en las sesiones de entrenamiento y hacernos más eficientes en carrera.
- **Orografía del terreno:** debemos ser cuidadosos a la hora de elegir el terreno en el que vamos a practicar nuestro deporte, tratando de evitar excesivo desnivel en la misma sesión de entrenamiento o excesivas descompensaciones del terreno que nos obliguen a cambiar la pisada con demasiada frecuencia.
- **Dureza:** a mayor dureza del terreno, mayor impacto y mayor transmisión del mismo a las articulaciones. El impacto es mayor en el corredor de asfalto, mientras que es menor en corredores de cinta y tartán y en corredores de montaña, donde se ha observado que el impacto es el menor de todos.
- **Planificación de los entrenamientos:** la antigua filosofía del "no pain, no gain" americana que se basaba en que sin dolor no hay ganancia deportiva, hace mucho que fue desechada por los profesionales deportivos. Cada persona precisa de unos entrenamientos adaptados a sus necesidades, su resistencia, su capacidad de entrenamiento y debería ser asesorado por un profesional. No tiene ningún sentido que alguien no acostumbrado a sesiones intensas trate de correr 15 kilómetros en una única sesión.
- **Material:** el running es un deporte social y popular y no precisa de una excesiva inversión económica para la práctica del mismo. Las zapatillas son el elemento clave para realizar este deporte. Cada vez con más frecuencia las marcas líder del sector avanzan en I+D y ofrecen calzado muy personalizado y adaptado a las necesidades de cada corredor, tanto en tipo de pisada como en las distancias a recorrer por cada deportista. Conviene dedicar un poco más de tiempo y dinero a algo tan básico como el sustento de nuestro peso en la carrera, teniendo en cuenta que un par de zapatillas bien seleccionadas y utilizadas con una técnica correcta pueden ser nuestras compañeras durante cientos de kilómetros.

Esguince de tobillo

Dr. Rubén Goñi Robledo. *FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra*
Dra. Marta Aguado Sevilla. *MIR Anestesia. Complejo Hospitalario de Navarra*



El esguince de tobillo es una patología muy frecuente en el deporte y también dentro de las lesiones banales que vemos en traumatología. Sucede cuando los ligamentos del tobillo se distienden, pudiendo llegar a producirse la rotura de los mismos.

Lo más habitual es que ocurra en el complejo ligamentario externo debido al mecanismo que lo produce, ya que tobillo y pie se desplazan de tal forma que la planta "mira hacia dentro" pero también puede ser del complejo interno cuando el desplazamiento ocurre al revés. Pueden darse ambos de manera combinada.

Los clasificamos en grados del I al III, dependiendo de si se produce una distensión de los ligamentos, una rotura parcial o una rotura total.

¿Cómo debo actuar ante una lesión de este tipo?

Ante esta lesión lo ideal es ser visto por un médico de urgencias o un traumatólogo para ser correctamente diagnosticado y asesorado en el tratamiento. El tobillo lo encontraremos inflamado, tumefacto, con dificultad para la movilización y en ocasiones, hematoma. Una radiografía simple sirve para diagnosticar posibles fracturas de tobillo.

¿Qué tratamiento debo seguir?

De una manera bastante efectiva, la mayoría de los esguinces de tobillo pueden tratarse con la regla DICE (RICE en inglés):

- Descanso (Rest): limitar el apoyo inicialmente y reanudarlo en la medida que desaparezca el dolor. El retorno a la actividad deportiva debe ser progresivo.
- Hielo (Ice): aplicar hielo durante las primeras 48-72 horas tras la lesión, cada 2-3 horas y durante al menos 20 ó 30 minutos, no directo sobre la piel sino a través de una toalla o similar. Esto disminuirá la inflamación.
- Compresión (Compression): aplicar un vendaje compresivo o funcional.
- Elevación (Elevation): mantener el pie en alto mientras no realicemos ninguna actividad.

Las lesiones más frecuentes en el running

Dr. Rubén Goñi Robledo. *FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra*
Dra. Marta Aguado Sevilla. *MIR Anestesia. Complejo Hospitalario de Navarra*

Vivimos en una sociedad en la que la práctica deportiva está en auge. No es infrecuente encontrar gran número de gente practicando uno de los deportes con mayor aceptación actual: el running. Sin embargo, es un deporte que puede acarrearnos un gran número de lesiones si no se practica de forma adecuada y con un mínimo de técnica y sentido común.

Hay unas prevenciones que se deben tener en cuenta para evitar cualquier tipo de lesión que frene nuestra práctica deportiva. Dentro de las lesiones más frecuentes que solemos ver en la consulta de traumatología podemos encontrar:

- **Fascitis plantar:** la fascia es un recubrimiento fibroso que se extiende desde la zona del talón, donde suele localizarse el dolor, hasta los dedos del pie. Es frecuente encontrar esta patología cuando se utiliza calzado inadecuado o cuando se realiza una pronación excesiva del pie. Su tratamiento pasa por realizar estiramientos de la fascia plantar, fisioterapia e incluso infiltraciones antiinflamatorias en casos más rebeldes.
- **Síndrome de la cintilla iliotibial:** la banda iliotibial se inserta en la zona distal del fémur, en su cara externa, y no es infrecuente encontrar una inflamación de la misma en practicantes del running debido a una excesiva fricción de la misma en esa zona. Generalmente se debe a una sobrecarga de ejercicio y el tratamiento pasa por medicación antiinflamatoria, fisioterapia o infiltraciones en la zona externa de la rodilla.
- **Síndrome del piramidal:** patología frecuente que se debe a una sobrecarga de este músculo, cercano a la musculatura glútea. Es una patología que puede ser confundida con una ciática lumbar, ya que el dolor puede irradiarse hasta la zona de la rodilla. Sin embargo, se localiza en unos puntos gatillo en la zona del piramidal que diferencian este síndrome de una ciática verdadera. Su tratamiento pasa por una higiene postural estricta y estiramientos del músculo piramidal tanto antes como después de la actividad física. Se puede añadir fisioterapia.
- **Tendinitis rotuliana o cuadricipital:** ambas hacen referencia a la inflamación del tendón cuadricipital (se inserta en la parte superior de la rótula) o del tendón rotuliano (se inserta en la parte inferior de la rótula). Suele ser frecuente en deportistas que practican deporte que incluya saltos aunque es bastante frecuente en el running, sobre todo en corredores de asfalto o al incluir mucho desnivel en las sesiones de entrenamiento. El tratamiento debe incluir reposo, fisioterapia y trabajo isométrico muscular. Se deben evitar las infiltraciones de corticoides en las inserciones de estos dos tendones en la medida de lo posible.
- **Condromalacia rotuliana:** se refiere al desgaste inicial del cartílago de la rótula. Muy frecuente, con mayor afectación del sexo femenino y puede deberse a una sobrecarga deportiva o a una descompensación en la musculatura cuadricipital. Solemos tratarla mediante reposo, potenciación de la musculatura y fisioterapia. Se puede añadir un tratamiento condroprotector que proteja el cartílago rotuliano de un mayor desgaste.
- **Esguince de tobillo:** ocurre por una distensión de los ligamentos de la articulación del tobillo, normalmente en la zona externa del mismo. Más frecuente en corredores de montaña, por una mala pisada en desnivel o irregularidades del terreno. Se trata de forma conservadora con hielo, antiinflamatorios, vendaje compresivo y reposo en su fase inicial. Posteriormente se debe añadir fisioterapia y rehabilitación.

Una lesión deportiva es un "aviso" de nuestro cuerpo de que algo estamos haciendo mal, en nuestra técnica deportiva o en nuestra planificación de los entrenamientos. Debemos tratarla y superarla de manera individual, el tiempo de evolución dependerá del grado de lesión y del tratamiento que apliquemos a la misma.

Fascitis plantar

Dr. Rubén Goñi Robledo. FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra
Dra. Marta Aguado Sevilla. MIR Anestesia. Complejo Hospitalario de Navarra

La fascitis plantar es un dolor en la zona del talón, extraordinariamente frecuente en nuestras consultas. Ocurre por una inflamación de la fascia plantar, un tejido grueso en la planta del pie que conecta el calcáneo a los dedos y crea el arco plantar. Cuando se inflama, se denomina fascitis plantar. Se observa en hombres y en mujeres.

Las causas fundamentales, de manera resumida, incluyen:

- Obesidad o aumento rápido de peso.
- Sobrecarga del pie en forma de aumento importante de la marcha, ejercicio físico más intenso de lo normal, técnica de carrera inadecuada.
- Pie plano o cavo.
- Calzado inadecuado o cambio del mismo.
- Problemas en el tendón de Aquiles.

Con frecuencia, se pensaba que la fascitis plantar era causada por un espolón en el talón. Sin embargo, las investigaciones han determinado que no es así. En las radiografías, se observan espolones en el talón en personas con y sin fascitis. En cualquier caso, el espolón puede ser una calcificación de la inserción de la fascia que puede aparecer en casos crónicos.

La sintomatología y el diagnóstico son clínicos: el dolor puede aparecer de manera lenta con el tiempo o repentinamente después de una actividad intensa. Suele ser más acusado por la mañana, tras una actividad o deporte más intenso, o tras actividades de salto, escaleras. El diagnóstico de esta patología es clínico, una buena anamnesis y exploración clínica del paciente suelen ser suficientes.

En cuanto al tratamiento, incluímos: Tratamiento médico con antiinflamatorios y analgésicos, calzado cómodo y una talonera de gel que amortigüe la zona. También inyecciones de corticoide y anestésico, en la inserción de la fascia plantar. En casos rebeldes, de larga duración y realizado todo lo anterior sin mejoría se podría plantear la intervención quirúrgica.

Donación de tejidos:

la gran desconocida

María Barber Ansón
FEA Medicina Intensiva.
FEA Coordinación de Trasplantes.
Complejo Hospitalario de Navarra

Los avances en cualquier campo de la medicina han aumentado de manera exponencial, tanto en número como en importancia y seguramente el mundo de los trasplantes ha sido de los más espectaculares.

La reina dentro de los trasplantes ha sido la donación de órganos sólidos, por su impacto, importancia y resultados inmediatos. Siempre se habla y se escribe en primer lugar acerca de ellos, mientras que la donación de tejidos es la vertiente más desconocida dentro del mundo de la donación y el trasplante.

Fue en 1905, en Olomouc (actual República Checa), cuando el doctor Eduard Zirm logró realizar con éxito un procedimiento en humanos, al trasplantarle la córnea de un niño de once años a un trabajador ciego que se había quemado con cal viva, y quien recuperó la vista en cuestión de horas. Es este trasplante de córnea el que se considera el primer trasplante humano con éxito de nuestra época, realizando los primeros trasplantes de órganos décadas más tarde.

Los tejidos son aquellos materiales biológicos naturales constituidos por un conjunto complejo y organizado de células, de uno o de varios tipos, distribuidas regularmente con un comportamiento fisiológico coordinado y un origen embrionario común. A diferencia de los órganos, no necesitan arterias o venas que sean conectadas en el momento del trasplante ya que sus células reciben la sangre a través de pequeñísimos vasos sanguíneos (imposibles de coser) y que se van desarrollando con el tiempo.

Hoy en día, en términos absolutos, los trasplantes de tejidos superan con creces a los trasplantes de órganos. Así, en 2016 en España se llevaron a cabo 18.456 implantes de tejidos frente a 4.340 implantes de órganos.

En España las actividades relacionadas con la donación de células y tejidos humanos están regidas por el Real Decreto-ley 9/2014, que garantiza la calidad y seguridad de todo el proceso. Al igual que con la donación órganos, la donación de tejidos se basa en la solidaridad, la gratuidad, el altruismo, la equidad y la confidencialidad.

Tipos de donantes de tejidos

Existen dos tipos de donantes según la procedencia del tejido: donante vivo y donante fallecido.

-Donante vivo es aquella persona que realiza la donación en vida. En este tipo de donación se garantiza que la extracción no va a representar ningún problema de salud para el donante. Los tejidos obtenidos de donantes vivos son sangre y sus derivados, progenitores hematopoyéticos, cabezas femorales, membrana amniótica, etc. Dicha donación puede ser para el trasplante autólogo (trasplante para el propio donante) o para el trasplante alogénico (trasplante para otro paciente).

-Donante fallecido es aquella persona que dona sus tejidos tras su fallecimiento. Estos donantes pueden fallecer en situación de muerte encefálica o en asistolia (muerte cardíaca) y pueden donar tejido osteotendinoso, córneas, segmentos vasculares, piel y válvulas cardíacas.

Tipos de trasplantes de tejidos

Los tejidos que se pueden trasplantar son: tejido osteotendinoso, córneas, piel, válvulas cardíacas, segmentos vasculares, membrana amniótica y progenitores hematopoyéticos.

Tejido osteotendinoso

Incluye hueso, tendón y otras estructuras osteotendinosas. En 2016 fueron 12.356 los trasplantes de este tipo de tejido que se llevaron a cabo a nivel nacional, siendo el tejido más implantado. Fundamentalmente se emplea en los recambios de prótesis, tanto de cadera como de rodilla, así como en ciertos casos de rotura de ligamentos cruzados de la rodilla. Además el disponer de un injerto óseo, puede también evitar la amputación de un miembro por cáncer.

Córneas y tejido ocular

Su implante en personas que tienen ciertas enfermedades oculares o daños específicos, permite restaurar la visión y en ocasiones evitar la pérdida de un globo ocular. En 2016 se realizaron 4.187 trasplantes corneales en España.

Piel

La piel actúa como barrera biológica frente a

las agresiones, por lo que en aquellas personas que presentan quemaduras extensas su utilización puede salvarles la vida. En el año 2016 se trasplantó de piel a 64 enfermos.

Válvulas cardíacas

Se utilizan en ciertas enfermedades valvulares de los adultos y en niños con patologías valvulares congénitas como única opción terapéutica.

Segmentos vasculares

Incluye venas y arterias. Hay pacientes con problemas arteriales severos en los miembros inferiores, en los que la única opción para evitar la amputación de un miembro es poder disponer de arterias humanas. 109 pacientes recibieron el 2016 uno de estos segmentos vasculares.

Membrana amniótica

La membrana amniótica que recubre la placenta puede utilizarse como cobertura en pacientes quemados o en cirugía ocular en determinadas patologías. Se trasplantaron 1.702 pacientes con membrana amniótica en 2016.

Progenitores hematopoyéticos

Las células progenitoras de la sangre son la fábrica del sistema sanguíneo. De forma permanente, realizan nuevas copias de sí mismas y producen células que fabrican casi todos los demás tipos de células sanguíneas. Tienen la capacidad de implantarse en la médula ósea de un paciente y dar lugar a un sistema inmune sano. El trasplante de progenitores hematopoyéticos se emplea en la actualidad para tratar enfermedades que afectan directamente a las células de la sangre (leucemia, linfoma, aplasia medular, inmunodeficiencias,...) o porque determinados tratamientos que se necesitan para tratar una enfermedad tumoral o inmune causan daños irreversibles a la médula ósea y es necesario reponerla. Según la fuente de la que se obtengan los progenitores hematopoyéticos, podemos hablar de trasplante de progenitores hematopoyéticos de médula ósea, de sangre periférica o de sangre de cordón umbilical.

Extracción de tejidos

La extracción de tejidos, a diferencia de la de los órganos, no precisa ser tan inmediata y puede ser realizada a "corazón parado". Dicha extracción la realizan profesionales cualificados y se lleva a cabo en centros sanitarios autorizados, bajo condiciones de asepsia. Una de las obligaciones del equipo de extracción es la de restaurar el cuerpo del donante hasta lograr su apariencia inicial, tratándolo con el respeto y la dignidad debidas.

Los tejidos pueden ser preservados durante cierto tiempo, lo que permite organizar todo el operativo de implante de una forma relativamente más tranquila que en el caso de los órganos. Dicha preservación tiene lugar en los Bancos de Tejidos.

Voluntad de donación

El papel de los ciudadanos en los procedimientos de donación es fundamental. Ante el deseo de donación se pueden emplear los siguientes medios:

- Expresar a los familiares y allegados la voluntad de donación en caso de fallecimiento.
- Donar en vida.
- Solicitar la tarjeta de donante de órganos y tejidos a la Organización Nacional de Trasplantes (http://www.eresperfectoparaotros.com), o a ALCER NAVARRA (Tel. 948 278 005).
- Inscribirse en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas.
- Dar el consentimiento a la donación cuando pueda ser consultado sobre la voluntad de familiares fallecidos.

Donación de componentes sanguíneos:

Una opción presente con un gran futuro

Dr José María Domingo
Director Técnico del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón
Dr. José Antonio García Erce
Director del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra

La donación de sangre es uno de los pilares básicos de la Salud. Es fundamental para el aseguramiento de una Sanidad moderna y de calidad. Toda la asistencia quirúrgica, oncológica, de transplantes y de los servicios de Urgencias se sustenta, entre otros hechos, en la disponibilidad de componentes sanguíneos. El aseguramiento de este suministro de sangre, componentes sanguíneos y hemoderivados necesita, entre otras cuestiones, la solidaridad y generosidad del colectivo de donantes sanos, altruistas y voluntarios. Uno de los pilares del Plan Nacional de Hemoterapia, junto a la seguridad y el uso óptimo, es el autoabastecimiento de los mismos.

Estamos inmersos en un sistema que busca ofrecer el nivel más elevado de seguridad y calidad para los pacientes, a la vez que busca volver a humanizar nuestras relaciones. Para conseguirlo son diversas las partes del circuito transfusional en las que podemos y debemos actuar. Una de ellas es la donación de componentes sanguíneos mediante sistemas de aféresis. Se trata básicamente de efectuar la donación de aquellos componentes que son más adecuados atendiendo a las características del donante y a las necesidades de los pacientes y del Centro de Transfusión.
Para ello se deben seleccionar adecuadamente a los donantes candidatos, de modo que cumplan como mínimo, además de los requisitos generales para ser donante, los siguientes: Ser donantes asiduos y tener buen acceso venoso; es muy importante además un elevado nivel de compromiso con el proyecto, de cara a mantenerse sanos en la medida de sus posibilidades y a acudir a donar cuando se les cite para ello; lo deseable en este aspecto es que el donante abandone la sala de donación con la cita para el próximo proceso, siendo esa la mejor señal de que el donante está satisfecho con su donación.

Duración del proceso

Para este tipo de donación se emplean separadores celulares; los hay de diferentes marcas y modelos, pero todos ellos emplean sistemas cerrados en los que la sangre extraída al donante es centrifugada, los componentes son separados, y aquellos que deseamos obtener son transferidos a las correspondientes bolsas de recolección, mientras que los que no son necesarios se devuelven al donante.
La duración del proceso es variable en dependencia del componente obtenido, del flujo venoso y del recuento celular del donante, pero se suele situar aproximadamente en 40 minutos para la obtención de 600 cc de plasma, 45 minutos para obtener una doble eritrocitaféresis y entre 60 y 80 minutos para obtener dos unidades de plaquetas; en el caso de una donación multicomponente la duración suele estar entre 35 y 50 minutos.
Los productos obtenidos tienen las mismas indicaciones de utilización que los obtenidos tras donaciones de sangre total, es decir, el empleo de concentrados de hematíes, plaquetas o plasma para uso transfusional se ciñe a las recomendaciones establecidas y que vienen perfectamente reflejadas en la Guía de la SETS del año 2015.
Los efectos adversos de la donación son mínimos y absolutamente equiparables a la donación estándar de sangre total. Los equipos empleados son de un solo uso, por lo que no existe posibilidad de contagio para el donante. Los sistemas tienen protocolos de seguridad para evitar cualquier riesgo para el donante y los problemas más habituales pueden derivar del propio acceso venoso, con la aparición de un hematoma en la zona de punción o cierto dolorimiento por estar conectado durante un tiempo prolongado. El empleo de soluciones anticoagulantes (citrato) puede producir parestesias en algunos donantes, pudiendo ser mitigadas con la toma de suplementos de calcio.

Periodos entre donaciones

Los periodos que deben respetarse entre donaciones son diferentes a los habituales, y dependen del tipo de componente obtenido. De este modo se pueden donar plaquetas cada 2 semanas si se precisa, sin superar las 24 donaciones al año; se puede donar 600 ml de plasma por sesión con un máximo de 15 litros /año, mientras que se pueden realizar 2 eritroféresis dobles cada año; en el caso de donaciones multicomponente se respeta el tiempo del componente cuyo intervalo entre donaciones sea superior. Esta mayor frecuencia de donación se debe a la recuperación más rápida en el donante de algunos componentes

como las plaquetas o el plasma, cuya reposición es casi inmediata.

De hecho, las ventajas superan con creces a los problemas que puedan surgir; existen ventajas para el donante como son la satisfacción de estar ayudando anónimamente a una persona que lo necesita con unos productos de elevada calidad y rendimiento, la posibilidad de efectuar donaciones de sangre total intercalando entre ellas donaciones de componentes, siempre respetando los tiempos mínimos entre ellas; además el donante va adquiriendo un compromiso firme con el procedimiento, dada su mayor frecuencia de donaciones y el tiempo que pasa efectuando su donación, conformando de manera casi imperceptible pero cierta una sensación de pertenencia al proceso y de interacción con el equipo técnico.

Existen además ventajas notables para los receptores de estos productos, entre las que están: La mayor frecuencia de donaciones hace que los donantes estén sometidos a un mayor control clínico y analítico; permite además obtener plasma cuarentenado con mayor facilidad que las donaciones estándar; de hecho el plasma ideal para uso transfusional es el procedente de aféresis y sometido a cuarentena. En el caso de los concentrados de plaquetas dado el elevado rendimiento de los procesos de aféresis, el contenido de una unidad es el requerido para una dosis en un paciente adulto, mientras que se precisan las plaquetas de 5 donaciones estándar para el mismo objetivo; esto reduce en 5 veces los riesgos transfusionales, tanto infecciosos como inmunes, y adquiere especial relevancia en pacientes pediátricos, mujeres jóvenes o adultos sometidos a múltiples transfusiones (trasplantes, hemopatías agudas...). Lo mismo ocurre si los dos concentrados de hematíes procedentes de una doble eritrocitaféresis se administran al mismo paciente, reduciéndose a la mitad los riesgos transfusionales.

Actualmente la mayoría de Centros de Transfusión y Bancos de Sangre del país estamos inmersos en campañas de sensibilización, información y captación de donantes para incrementar el número de aféresis a nivel nacional; contamos para ello con la inestimable colaboración de las Hermandades de Donantes y a buen seguro que conseguiremos el propósito de mejorar aún más la seguridad de los pacientes transfundidos; no debemos olvidar que para ello precisamos a donantes con un elevado grado de compromiso.

Sería nuestro deseo que, del mismo modo que debemos conseguir que el hecho de donar sangre sea algo totalmente natural e integrado en nuestra sociedad, lograr que los donantes que cumplan los requisitos para ello se conviertan en donantes de aféresis, haciendo de este tipo de donación una opción con un futuro prometedor y apasionante para todos.

Donación de aféresis

Invitamos a todos nuestros donantes a que, mientras continúan donando, al menos dos veces al año - como mejor indicativo de seguridad y calidad-, pregunten por la donación de aféresis. Esta donación sabemos que es incluso más segura y muy bien tolerada. Nuestro sistema sanitario les necesita, esta donación es fundamental para acercarnos a la autosuficiencia de hemoderivados. También nos dirigimos a aquellos que nunca han donado, para que se acerquen a preguntar y lo intenten, y a aquellos que no puedan donar para que nos ayuden en la promoción.

Referencias

- Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. Sociedad Española de Transfusión Sanguínea. 5ª edición. 2015.
- Mollison's Blood Transfusion in Clinical Medicine. 12th Edition. Wiley Blackwell. 2014.
- Manual práctico de Medicina Transfusional. JM Domingo, JA Moreno, M. Paricio eds. Marzo 2013.

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS, DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

RUEBER

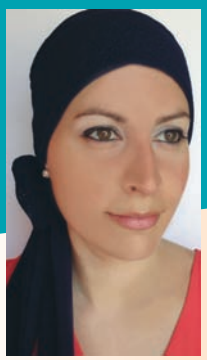


Imagen real de una prótesis capilar **RUEBER**

- 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

De vez en cuando recibimos visitas sorpresa que alegran a los niños

Una mañana en el Hospital de Día Oncológico Infantil

Maider Donoso Binué y Belén Astiz Goñi
Enfermeras del Hospital de día de Oncohematología Infantil del Complejo Hospitalario de Navarra B
Isabel Vázquez Lafuente. *Coordinadora de Consultas y Hospitales de día Infantiles*

Marcos es un niño de 4 años que fue diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda hace tres meses. Viene a las nueve de la mañana acompañado de sus padres, preparado para iniciar una nueva fase de su tratamiento, llamada fase de consolidación.

Cuando fue diagnosticado se le colocó un acceso venoso central de larga duración (reservorio), que facilita la canalización de una vía y evita el deterioro de sus venas, lo que ha supuesto una mejora en la calidad de vida de estos niños. Este se encuentra debajo de la piel, en un lugar discreto del tórax, por lo que Marcos puede hacer vida con él con total normalidad.

Antes de acudir al hospital de día, sus padres le aplican una pomada anestésica en la zona del reservorio para evitar el dolor en la zona al pincharle.

A su llegada lo pesamos y tomamos constantes (tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno), pinchamos el reservorio y sacamos una analítica. Mientras llegan los resultados (1 hora aproximadamente), Marcos se entretiene pintando un dibujo de la Patrulla Canina y jugando con algunos de los otros niños.

Ha venido en ayunas, ya que si los valores de la analítica lo permiten, se le administrará quimioterapia intratecal (mediante una punción lumbar, el tratamiento se inyecta en el espacio intratecal, que contiene líquido cefalorraquídeo) e intravenosa.

Antes de la punción lumbar

Los resultados de la analítica han llegado, y la médica, tras explorar a Marcos, confirma el tratamiento. Los valores de la hemoglobina y defensas son los adecuados, pero la cifra de plaquetas es inferior a la requerida, por lo que decide administrar media aféresis de plaquetas antes de la punción lumbar. Previamente se extrae una analítica a Marcos y se manda al Banco de Sangre, donde se realizan las pruebas necesarias (pruebas cruzadas) para asegurar la compatibilidad de las plaquetas antes de la transfusión. Mientras llegan las plaquetas, administramos a Marcos medicación para evitar posibles reacciones transfusionales, y le tomamos las constantes antes y después de la transfusión.

Una vez que tenemos el tratamiento quimioterápico de Marcos en el Hospital de Día suministrado por el Servicio de Farmacia, avisamos a los anestesistas, ya que, en el caso de los niños (a diferencia de los adultos), este tipo de procedimientos se realizan bajo sedación para que sufran lo menos posible. Los padres de Marcos permanecen a su lado hasta que se queda dormido, con su juguete favorito en la mano, y también están con él cuando despierta.

Se informa a los padres de Marcos que tiene que permanecer al menos una hora tumbado boca arriba y en ayunas. Para facilitarlo se le ponen sus dibujos animados preferidos en la televisión y, pasada una hora se le ofrece algo de comida y bebida (unas galletas, zumo, un yogurt...) que tolera bien. Durante su reposo en la cama, se le administra el tratamiento de quimioterapia intravenosa que le corresponde hoy por protocolo. La duración es de dos horas, y parte de ese tiempo juega con su amigo Miguel (niño de 6 años que también ha venido hoy para la administración de tratamiento) y Ana (voluntaria de la Asociación de ayuda a Niños con Cáncer de Navarra), mientras sus padres aprovechan para tomar un café.

Una vez acabado el tratamiento de Marcos, aunque quiere seguir jugando, le decimos que le tenemos que quitar la vía para que se vaya a casa. Pregunta por qué a Miguel no, y le explicamos que él tiene que volver al día siguiente para continuar con su tratamiento y le dejamos la vía puesta, protegida, y le ponemos medicación para que no se obstruya.

En el momento de despinchar a Marcos, le animamos a que sople como si fuera a apagar las velas de su tarta de cumpleaños. Le explicamos y suministramos a sus padres la medicación pautada por la médica en caso de que tenga náuseas en casa, y también les recordamos que es mejor que Marcos pase la tarde tranquilo descansando.

Como ya hemos acabado todo, Marcos se va contento y él y sus padres nos dicen adiós desde la puerta.

Gimnasia abdominal hipopresiva en la recuperación postparto

Teresa Senar Zúñiga. *Matrona CAM Andraize-Buztintxuri*

La Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH) fue descrita por el Dr. Marcel Caufriez en 1980 para la recuperación postparto. La GAH es un conjunto ordenado de ejercicios posturales rítmicos que disminuyen la presión intraabdominal y activan las fibras musculares tipo I del suelo pélvico y la faja abdominal. Las fibras tipo I son fibras pequeñas, inagotables que confieren el tono. Por contra, las fibras tipo II son de mayor tamaño, fatigables y aportan la fuerza. En el suelo pélvico el 80% de las fibras son de tipo I y el 20% son de tipo II (éstas últimas se potencian con los ejercicios de Kegel). Así mismo, los músculos abdominales también son ricos en fibras tipo I.

La faja abdominal está constituida por el transverso, los oblicuos (mayores y menores) y los rectos. Son músculos posturales que intervienen en el vaciado abdominal (micción, defecación, vómitos), en la respiración y mantienen las vísceras abdominales en su sitio. El suelo pélvico es el conjunto de músculos que se situa en la parte baja de la pelvis, sujeta los órganos pélvicos, interviene en la micción, defecación y en las relaciones sexuales.

En el embarazo los abdominales tienen que estirarse para permitir el crecimiento uterino. Los rectos mayores se alargan y separan provocando una diástasis fisiológica. En el parto los ligamentos de suspensión y los músculos del suelo pélvico se estirarán por la presión de la cabeza fetal, y más aún si los empujones se realizan en bloqueo.

Para favorecer la involución durante el puerperio es primordial el descanso, evitar coger pesos y la bipedestación de forma prolongada. Éste es un periodo vulnerable en el que la hiperpresión puede provocar un estiramiento aún mayor en ligamentos y músculos. Harán falta 6 semanas para que los rectos vuelvan a su longitud normal y se acerquen.

A partir de la sexta semana

Con la GAH se favorece la recuperación del tono de la cincha abdominal y el suelo pélvico tras su distensión en embarazo, parto y postparto. También recoloca las vísceras por el descenso de la presión intraabdominal y la tonificación muscular mencionada anteriormente.

Puede empezar a practicarse a partir de la 6º semana postparto y precisa de un periodo de aprendizaje. Para crear una postura hipopresiva es necesario activar los músculos hipopresivos y relajar los músculos hiperpresivos. Cada postura se realiza en una apnea de 25 segundos y se repite tres veces, manteniendo en todo momento la postura. Tras cada serie de 3 es conveniente realizar 2 respiraciones con periodo espiratorio prolongado para así activar el sistema nervisos parasimpático (contrarresta la activación del simpáico que se produce con los ejercicios).

Son necesarias 8-10 sesiones para integrar los ejercicios, repartidos 1-2 veces por semana. Posteriormente se recomienda realizar 20-30 minutos al día durante 6 meses. Se obtiene un mayor beneficio cuando los ejercicios se hacen en una sola vez por el efecto sumatorio que se produce en los músculos. Los ejercicios se realizan en una secuencia ordenada de posturas que comienzan en bipedestación y terminan en decúbito supino. La dificultad de los mismos habrá que adaptarla a las condiciones físicas y capacidades de cada usuaria.

Durante la realización de los ejercicios se liberan radicales libres por las apneas producidas. Es recomendable acompañar el entrenamiento con una buena hidratación y una dieta rica en frutas y verduras.

La GAH está contraindicada en personas con hipertesión e hipertiroidismo ya que estimula el Sistema Nervioso Simpático.

Así mismo, la GAH mejora diástasis y hernias abdominales, lumbalgias, prolapsos, la postura y descongestiona la zona pélvica.

TANATORIO LA FUENTE

Pol. Talluntxe Calle A, Nº 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**

El insomnio se puede combatir

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

El insomnio es un mal frecuente que afecta al descanso de cada vez un mayor número de personas. Determinadas estrategias, consejos y trucos pueden ayudarte a combatirlo con eficacia.

El insomnio es la falta de capacidad de una persona para conciliar el sueño, permanecer dormido y/o dormir las horas que necesita para descansar adecuadamente. En la actualidad, el acelerado ritmo de vida, el estrés o los problemas económicos hacen que el número de personas que sufren insomnio crezca cada vez más. Se puede diferenciar entre un insomnio transitorio (si se produce durante un corto periodo de tiempo menor a tres meses) o insomnio crónico (cuando persiste durante meses e incluso años).

También podemos distinguir entre insomnio de inicio (problemas para iniciar el sueño en menos de 30 minutos) o insomnio de mantenimiento (problemas para mantenerse dormido, produciéndose despertares nocturnos o despertando antes de tiempo).

Por lo general, el insomnio es el resultado de una combinación de factores médicos, psicológicos y personales que varían de una persona a otra.

¿Cuáles son las causas del insomnio?

Entre las causas médicas que pueden ocasionar insomnio están las enfermedades del sueño, los trastornos psiquiátricos, las enfermedades metabólicas y hormonales, neurológicas, reumatológicas, digestivas, cardiovasculares, las que pueden interrumpir el sueño por dolor o las urológicas por la necesidad urgente de micción. El embarazo y la menopausia también son factores a tener en cuenta.

Las causas externas, por otra parte, suelen implicar factores ambientales que influyen de modo negativo sobre nuestra capacidad para conciliar y/o mantener el sueño: malos hábitos, uso y abuso de sustancias y medicamentos, un horario de trabajo inadecuado, frecuentes viajes transoceánicos, problemas personales, etc.

Los hábitos de vida poco saludables (como trasnochar en exceso, una falta de rutina para irse a la cama, hiperactividad física, ver la TV o navegar por Internet justo antes de irse a dormir) también son factores condicionantes.

¿Cuáles son sus síntomas?

El principal síntoma del insomnio es la dificultad para quedarse o mantenerse dormido. El resultado es la falta de sueño y el cansancio consecuente. Hay tres síntomas principales:

- Una gran dificultad para conciliar el sueño (la persona pasa mucho tiempo acostada o dando vueltas en la cama antes de poder dormirse).
- Despertarse con frecuencia durante la noche o dormir a ratos.
- Despertarse demasiado pronto por la mañana sintiéndose cansado y mostrando somnolencia, irritabilidad y dificultad para concentrarse durante el día.

¿Cuáles son sus consecuencias?

El insomnio ocasiona una falta considerable de horas de sueño que tienen consecuencias visibles en el día a día de las personas que lo sufren.

No dormir, dormir poco o dormir mal puede llegar a convertirse en una auténtica "pesadilla". No descansar adecuadamente durante la noche tiene consecuencias directas sobre el rendimiento físico, mental y emocional.

Entre los principales efectos de la falta de sueño se encuentran:

- Agotamiento y malestar general.
- Angustia, depresión e irritabilidad.
- Cambios de humor.
- Disminución de la capacidad de atención.
- Deterioro de la respuesta motora.
- Retraso en la capacidad de reacción ante estímulos.
- Disminución de la capacidad de toma de decisiones.
- Empeoramiento de la memoria.
- Posibilidad de desarrollo de cambios sensoriales como la reducción del campo visual o la ralentización del habla.
- Deterioro de determinadas funciones cerebrales, como la flexibilidad y la originalidad de pensamiento o perspicacia.

Las consecuencias del insomnio repercuten negativamente en el rendimiento de las tareas diarias, así como disminuyen la calidad de vida y la salud de los afectados.

Además, la falta de sueño de manera continuada está relacionada con el desarrollo de ciertas enfermedades o patologías. También puede causar situaciones de riesgo como somnolencia al volante o caídas practicando deporte o trabajando en determinadas situaciones laborales.

Consejos para combatirlo eficazmente

Si sufres insomnio, estos son algunos consejos que te pueden ayudar a combatirlo eficazmente:

1. **Lleva un control.** Apúntate cuánto duermes y a qué horas, cuándo te despiertas, los síntomas que tienes y en qué momentos del día se presentan. Esto te ayudará a identificar

las actividades o costumbres que te impiden conciliar el sueño, y lo tendrás ya a mano si al final decides consultar con un especialista, ya que le será de mucha ayuda (y te la va a pedir de todas formas).

2. Establece una rutina saludable. Encuentra alguna actividad que te relaje y/o agote justo antes de irte a la cama, evita ver la televisión o navegar por la red y establece unos horarios para acostarte y despertarte que sean adecuados y puedas seguir incluso los fines de semana. Tampoco es conveniente que fuerces demasiado la mente antes de irte a dormir. En lugar de ello, puedes disfrutar de un baño o una ducha caliente.

3. Utiliza la cama solo para dormir. No veas la tele ni comas en ella, busca otro lugar para relajarte o leer y no te lleves trabajo a la cama. Asegúrate de que tu cama y tu colchón son confortables. En caso contrario, sustitúyelos.

4. Evita el tabaco, el alcohol y las bebidas excitantes. El insomnio es otro motivo más para dejar de fumar. El tabaco es un excitante y los síntomas de abstinencia pueden hacer que te levantes durante la noche si no consigues dormir. La cafeína y la teína también son nocivos para el sueño. Consumir alcohol justo antes de dormir rompe los ciclos del sueño una vez se pasa el sopor inicial.

5. Haz ejercicio físico durante el día. Practicar deporte de forma regular durante el día mejora la calidad del sueño. Procura hacer ejercicio unas tres horas antes de irte a la cama, para que el cuerpo tenga tiempo de relajarse físicamente antes de irse a dormir.

6. Las siestas deben ser cortas. Para que no nos quiten el sueño por la noche, las siestas no deben durar más de 10 ó 20 minutos y nunca se debe dormir pasadas las 16:00 horas.

7. Practica técnicas de relajación. Las estrategias de relajación, tales como la meditación, las técnicas de respiración o la relajación progresiva pueden ser muy efectivas.

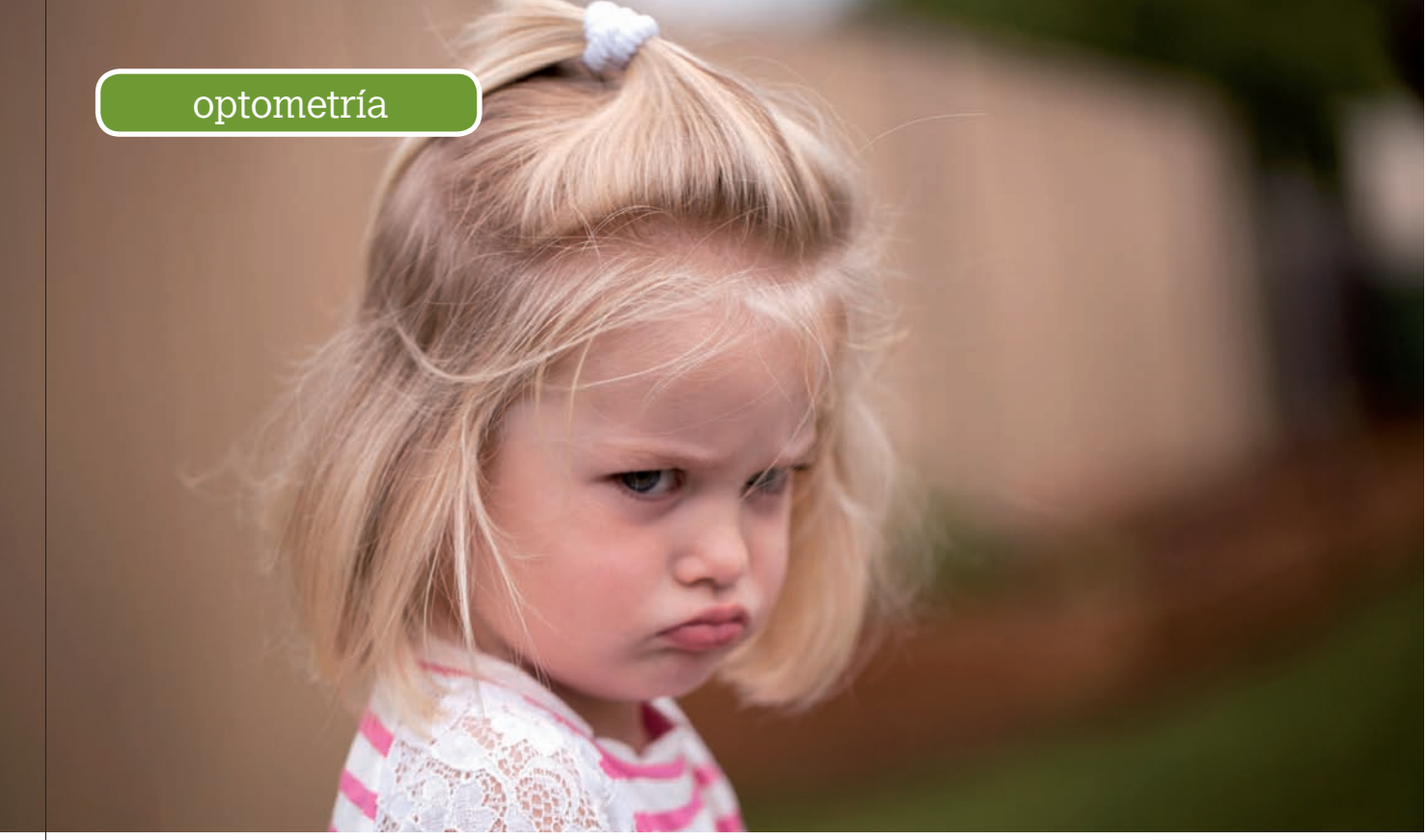
8. Cuida tu dieta. Evita las cenas copiosas de digestiones pesadas y toma infusiones relajantes naturales como la valeriana o la manzanilla, que ayudan a reducir la ansiedad y a conciliar mejor el sueño.

9. Crea un ambiente adecuado. Reduce la intensidad de la luz unas 2 horas antes de irte a dormir. Una iluminación suave con luz ambiente afecta menos a nuestro sistema nervioso y nos ayudará a conciliar el sueño. También puedes escuchar música instrumental relajante o sonidos de la naturaleza para inducir el sueño. Por último, mantén el dormitorio oscuro y fresco.

Como regla general, no es aconsejable insistir en intentar dormir si no se tiene sueño. Ante esta situación lo más recomendable es hacer alguna actividad relajante (meditar, escuchar música o leer) hasta que comencemos a sentir cierta somnolencia.

Si los efectos del insomnio comienzan a hacerse presentes en tu día a día, lo mejor es que acudas al médico. Dado que sus causas pueden ser múltiples y variadas, cada caso debe estudiarse de manera individualizada.

Nunca debes iniciar una medicación **SIN** haber consultado con un profesional previamente.



Ojo vago o Ambliopía

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

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

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

Causas

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

- La diferencia de la calidad vista por cada ojo con la consecuente diferencia de graduación entre un ojo y otro.
- Al desalineamiento de los ejes visuales o estrabismo. Se dice que el ojo vago está "mal llamado", ya que en realidad al ojo no le ocurre nada, sino que se está produciendo una mal funcionamiento neurológico de la visión.

Afectaciones y repercusiones

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

Estas son las habilidades visuales que el óptico-optometrista podrá evaluar en un examen visual completo. También es importante conocer que existe una estrecha relación entre la visión, el aprendizaje y el rendimiento escolar, laboral y deportivo. Más del 80% de la información que recibe nuestro cerebro lo hace a través de la ruta visual. Por eso, muchas veces nos encontramos un mal rendimiento escolar asociado a esta disfunción.

Tratamiento optométrico

El tratamiento más habitual y antiguo para tratar este tipo de condición es con un incómodo parche opaco pegado a la cara o la gafa, la oclusión.

Por otro lado, los optometristas comportamentales utilizamos la **terapia visual para enseñar a los dos ojos a trabajar a la vez**. La visión se aprende, se aprende a ver.

La terapia visual es un programa de tratamiento individualizado para mejorar la función visual y el rendimiento de la persona en el que se combinan ejercicios de repetición en casa y visitas a consulta. Para lograr objetivos son imprescindibles la motivación, la colaboración y constancia del paciente.

En nuestra consulta diaria nos encontramos con padres que cuentan que a sus hijos no les gusta llevar el parche, les provoca alergias, inseguridad y baja autoestima ante los comentarios de sus compañeros de clase. Además, es muy incómodo estar más de 2 horas con el ojo que no ve bien... Con el tratamiento de terapia visual mejoran su ojo vago y su rendimiento académico de una manera divertida.

Intolerancia a la lactosa, ¿cómo vivir con ella?

Marta Montañés Guimerá, María José Guillén Sosa, Elisa Martínez Monreal, Maitane Aguirre Eguaras, Yoana Martínez Cilleros.
Enfermeras Servicio de Digestivo. Complejo Hospitalario de Navarra.

La lactosa es un azúcar o disacárido que está presente en todas las leches de los mamíferos: vaca, cabra, oveja y en la humana, y que también puede encontrarse en muchos alimentos preparados. Es el llamado azúcar de la leche, disacárido natural compuesto de glucosa y galactosa.

¿Qué es la lactasa?

La lactasa es un enzima producida en el intestino delgado, que juega un papel vital en el desdoblamiento de la lactosa en sus dos azúcares simples glucosa y galactosa (proceso necesario para su absorción por nuestro organismo ya que éste sólo puede absorber azúcares simples).

¿Qué es la intolerancia a la lactosa?

Decimos que existe una intolerancia a lactosa cuando en el intestino delgado no se produce suficiente cantidad de lactasa o ésta no realiza bien su labor desdobladora, aparecen dificultades para digerir la lactosa.

¿Cuáles son sus síntomas?

- Dolor abdominal
- Diarrea
- Distensión abdominal
- Flatulencia
- En ocasiones, se puede acompañar de pérdida de peso.

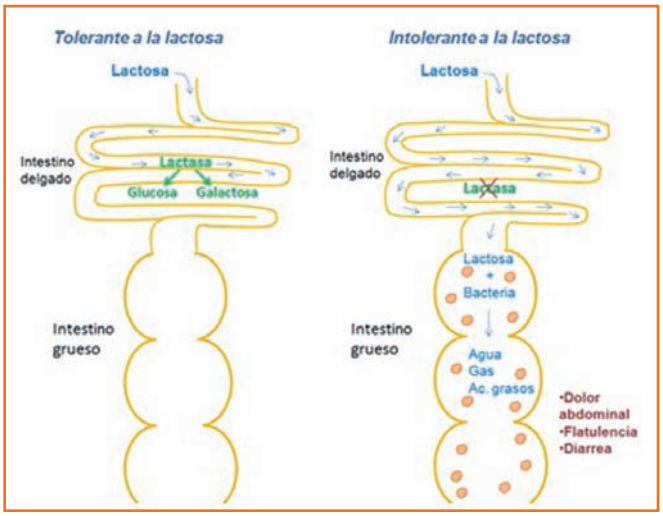
Además del nivel de lactasa intestinal, la variabilidad de los síntomas y su intensidad dependerá en cada persona de varios factores:

- Cantidad de lactosa ingerida.
- Tipo de lácteo ingerido (leche, yogur, etc.)
- Velocidad de vaciado gástrico.
- Motilidad intestinal.
- Macrobiota particular del individuo.
- Capacidad absortiva de agua del colón.
- Consumo simultáneo con otra comida.

¿Cómo se diagnostica?

- **Test de tolerancia a lactosa:** tras la ingesta de 100 gramos de lactosa se toman muestras de sangre a los 30,60 y 120 minutos, debiendo aparecer normalmente un aumento de 2 mg/dl de glucosa a las 2 horas de la ingesta de la lactosa.
- **Test de hidrógeno en la respiración:** aumento de hidrógeno en la respiración tras la ingesta de lactosa.
- **Test de acidez de las heces:** aumento de acidez en la intolerancia a lactosa.

Gastroscopia: par poder realizar un biopsia de la mucosa del intestino delgado y comprobar la presencia de lactasa.



¿Tiene tratamiento?

La falta de leche en la dieta puede producir falta de importantes minerales (Calcio, Fósforo, Potasio, Magnesio, Cinc y Hierro), vitaminas (A, D, E, K, B1, B2, B6, B9, B12 y C). Las complicaciones más comunes pueden ser la pérdida de peso y malnutrición. Por tanto, resulta esencial consumir otros productos ricos en estas sustancias.

Fuentes alternativas de minerales:

- Calcio: Pescado, espinacas, almendras.
- Fósforo: Nueces, sardinas, huevos.
- Potasio: Plátanos, pollo, aguacate.
- Magnesio: Frutos secos, alubias.

Fuentes alternativas de vitaminas:

- Zanahoria, legumbres.
- Organismo por el sol, hígado bacalao.
- Aceites vegetales, frutos secos.
- Tomates, apio, moras.

¿Tengo que dejar de tomar lácteos?

Desde hace algunos años en el mercado hay marcas de leche que han eliminado la lactosa, así como quesos, yogures, natas...

Es importante saber que los productos lácteos fermentados, como quesos curados-semicurados, yogures, leches fermentadas, cuajadas, etc. son mejor tolerados porqué:

- En el proceso de fermentación los fermentos lácticos hidrolizan la lactosa produciendo ácido láctico y reduciendo su presencia.
- En el caso del yogur, los fermentos lácticos al ser ingeridos continúan consumiendo la lactosa presente en el producto final, facilitando así la digestión de la lactosa.
- La consistencia o viscosidad de este tipo de productos ralentiza su digestión haciendo que la lactosa se libere más lentamente en el duodeno y haciendo que se mantenga más tiempo en el intestino delgado. Esta ralentización, hará que la lactosa presente esté más tiempo en el intestino en contacto la lactasa, optimizando su acción.

También se puede encontrar en la farmacia suplementos de lactasa que te permitirán consumir productos lácteos. Se recomiendan para uso uso esporádico, para comer fuera de casa. Estas pastillas lo que hacen es aportar a nuestro organismo la lactasa que necesitamos para desdoblar la lactosa de una comida en concreto, así que se debe tomar cada vez que se haga una comida porque su efecto es momentáneo.

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CAMPAMENTOS DE VERANO 2018

SEMANAS - HORARIOS - ACTIVIDADES

Julio y Agosto de Lunes a Viernes

- **Semanas: 2-6 julio / 9-13 julio / 16-20 julio / 23-27 julio / 30 julio-3 agosto / 6-10 agosto / 13-17 agosto / 20-24 agosto / 27-31 agosto**

- **Entrada (8:30-9 h) y salida (13:30-14 h)**

Posibilidad de entrada desde la 8 h y salida 14:30 h con un suplemento de 20 € /semana

Actividades para todas las edades y niveles:

- **Aprender los cuidados del caballo**
- **Volteo**
- **Juegos y gincanas**
- **Aprender a dar cuerda**
- **Clases de equitación: Doma / Salto / Horseball**
- **Trenzado**
- **Paseos a caballo**

PRECIOS E INSCRIPCIONES

- **190 € / semana**

Descuentos no acumulables:
15% para los alumnos de la escuela
10% para hermanos de alumnos

- **Inscripciones por email o teléfono:**
  Marta Erroz 606 652 361
  info@centroecuestrecizur.com

OBSERVACIONES

- **Será obligatorio tener la licencia federativa en vigor y el uso del casco en las clases**

CENTRO ECUESTRE CIZUR

JESÚS GONZÁLEZ AYARRA
MARTA ERROZ FERRER

Autovía A-12 Pamplona-Logroño, Salida 9
31190 Astrain - Navarra
618 757 284 - 606 652 361
info@centroecuestrecizur.com

Durante el año: **CLASES DE INICIACIÓN Y DE TECNIFICACIÓN (doma y salto), PASEOS, COMPETICIÓN, EQUINOTERAPIA, PUPILAJES...**
Nuevo concepto de hípica – Innovadoras instalaciones ¡¡APÚNTATE!!