medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

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

www.zonahospitalaria.com añoXIII enerofebrero2019 nº75

SUMARIO

2 Tratamiento de las varices
3 ¿Qué es una angioplastia?
4 Prevención de la maloclusión de los dientes en el niño
5 Importancia de la visión periférica
6 La vacuna antigripal
7 Esclerosis con microespuma y catéter Clarivein
8 La importancia de las plaquetas
9 Clínica Bustillo incorpora el robot X Guide de cirugía guiada
10 Enfermedad celíaca
12 El buen ocio de los niños...
13 Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia...
14 Donación en vida
16 La oxigenación hiperbárica, una terapia eficaz contra la osteonecrosis causada por bifosfonatos
17 No solo de implantes se rehabilita la boca
18 Tratamiento con yodo radiactivo (II)
20 ¿Puede la columna cervical causar mareo?
22 Traqueostomía
24 Consumo de drogas, un "juego" con mucho riesgo
26 Cómo actuar ante un infarto y un atragantamiento
27 Síndrome del túnel del carpo
28 Automedición de la presión arterial
29 Mal aliento o halitosis
30 Parálisis de Bell
31 Psicoterapia y Farmacoterapia en la discapacidad intelectual

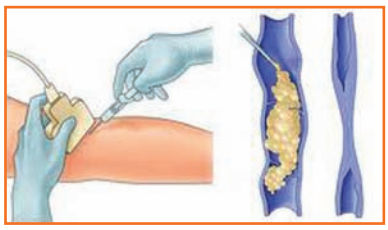
EJEMPLAR GRATUITO
Para recibir el pdf de la revista:
zonahospitalaria.com/suscripciones

Para un invierno más caliente

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.*

Catéter Clarivein



Tratamiento con microespuma

Tratamiento de varices: ¿cirugía o microespuma?

Dr. Gonzalo Villa
Especialista en Cirugía Vascular
Nº Colegiado: 313106416
Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 625 635 691
Consultorio Zurriola | Gran Vía, 3 | 20002 San Sebastián | 943 323 500 - 625 635 691

Aproximadamente el 30 % de la población padece, en mayor o menor medida, el problema de las varices y les puede ocasionar severas molestias además de un problema estético asociado.

¿Qué son las varices?

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

Valoración del problema

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

Tratamiento

El tratamiento tradicional, la cirugía, supone "arrancar" el tronco venoso afectado junto con las colaterales varicosas de cierto calibre.
Es un tratamiento agresivo que precisa de anestesia, baja laboral y habitualmente un postoperatorio que en el mejor de los casos resulta "molesto", pero que en ocasiones resulta un verdadero calvario.
Además, provoca la lesión de los nervios que las acompañan, generando zonas de la piel con menos sensibilidad (acartonadas) generalmente de por vida. Hematomas, cicatrices, posibilidad de infección, etc.

La esclerosis con microespuma

Afortunadamente existen tratamientos menos agresivos y más eficaces.
La esclerosis con microespuma consiste en la inyección, mediante la ayuda del ecógrafo, de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes, para provocar una inflamación que conduce a la desaparición de las varices y del eje venoso principal del que dependen.
Se lleva a cabo de forma ambulatoria, en la consulta, no precisa anestesia y el paciente puede caminar, hacer deporte, trabajar ... desde el primer minuto del tratamiento.

El Catéter Clarivein

Consiste en la administración de la microespuma a través de un catéter que se introduce con un simple pinchazo en el eje venoso lesionado causante de las varices (safena interna o externa). También es ambulatorio, solo requiere de una anestesia local para la punción e introducción del catéter y permite también hacer vida normal tras el procedimiento, caminar y por supuesto ir a trabajar.
A diferencia de la cirugía, permite tratar las dos piernas a la vez.
Para concluir, cualquier variz con indicación de cirugía es tratable con microespuma. Es un tratamiento muy poco agresivo para la extremidad, no afecta a otros vasos sanos o nervios periféricos, no provoca el dolor ni las posibles complicaciones, ni las incomodidades, ni las lesiones e inconvenientes permanentes que genera la cirugía tradicional.

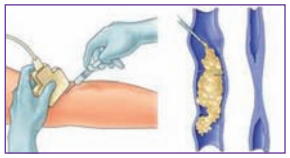
DOCTOR GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

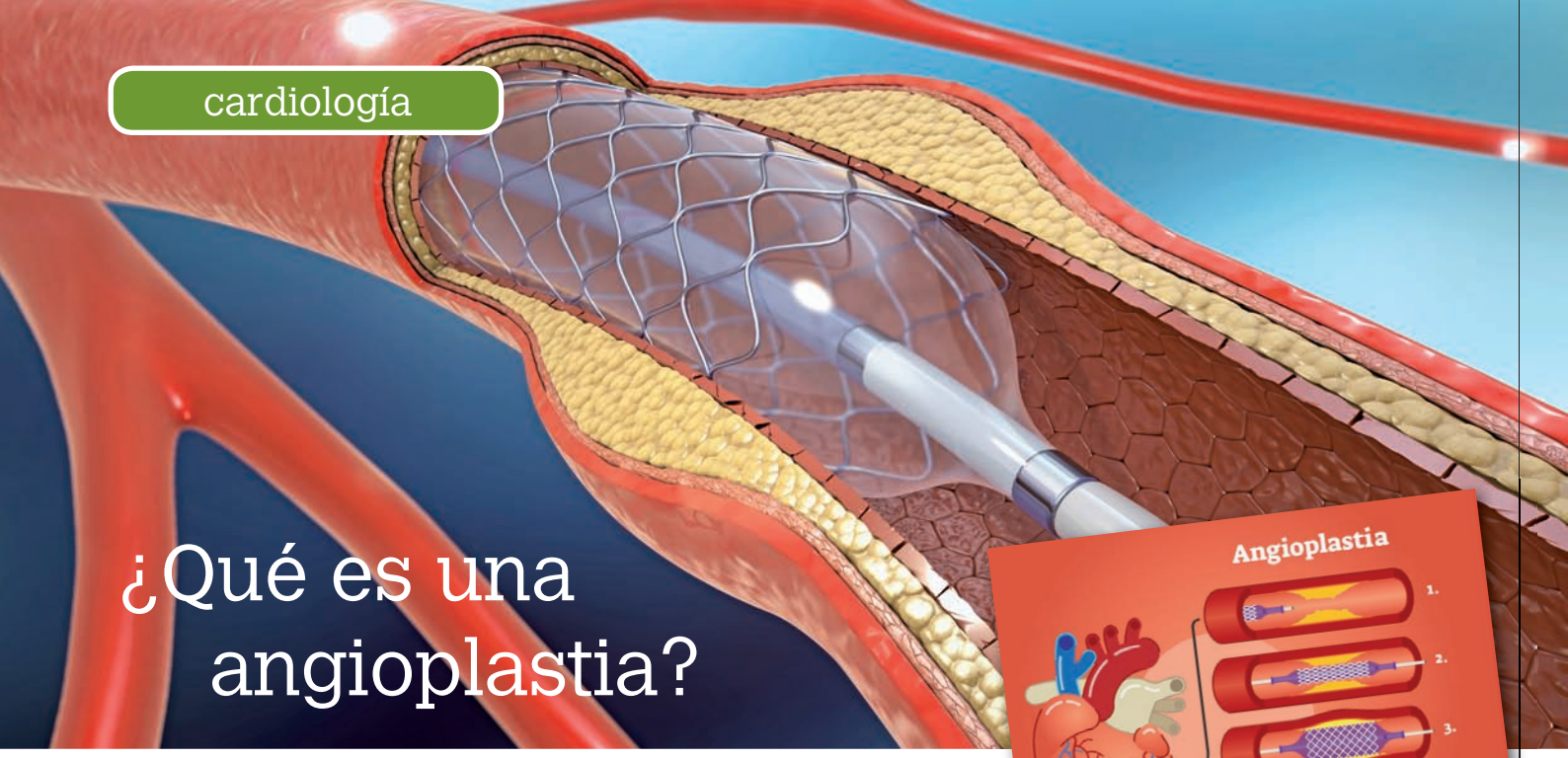
| SIN ANESTESIA | SIN BAJA LABORAL | SIN HERIDAS NI CICATRICES |
| VIDA TOTALMENTE NORMAL AL FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO |

Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 625 635 691
Consultorio Zurriola | Gran Vía, 3 | 20002 San Sebastián | 943 323 500 - 625 635 691
doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es

Catéter Clarivein®



TRATAMIENTO CON MICROESPUMA: 1, 2 y 3



¿Qué es una angioplastia?

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

Se trata de una técnica que se utiliza para tratar la enfermedad coronaria. Con ella se facilita la llegada de sangre al músculo cardiaco y así mejorar los síntomas producidos por la falta de riego coronario como la angina, que es un tipo de síntoma.

Antes de llevar a cabo una angioplastia, se debe realizar una coronariografía para saber cuáles son las zonas afectadas de las arterias coronarias.
La angioplastia coronaria es un procedimiento que se realiza de forma percutánea, es decir, por medio de una pequeña punción en una arteria periférica.

¿Cómo se realiza?

Al comienzo del procedimiento, tras haber anestesiado la zona (anestesia local), se introduce un pequeño tubo flexible (catéter) a través de una arteria del brazo o de la ingle. El médico que realiza la técnica utiliza contraste radiológico y un aparato de rayos X para dirigir el catéter hacia la zona enferma. Posteriormente, es necesario atravesar la lesión introduciendo en la misma un pequeño balón deshinchado. El balón de angioplastia se hinchará poco a poco, para que la placa de colesterol que obstruye la arteria se comprima contra la pared de la misma, de esta manera se restaura un flujo de sangre adecuado.
Actualmente, en la mayoría de los casos, se coloca también un stent para evitar que la obstrucción coronaria vuelva a aparecer.

Está técnica forma parte de lo que se denomina intervencionismo percutáneo coronario, es decir, se incluye en el grupo de los diversos tratamientos que se pueden aplicar en la aterosclerosis coronaria sin necesidad de entrar al quirófano.

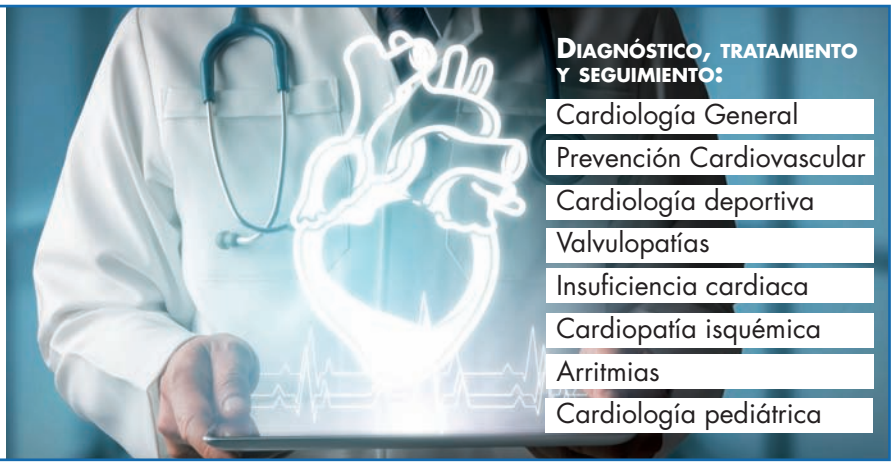
La primera angioplastia con balón

En 1977, Andreas Roland Grüntzig, cardiólogo y radiólogo alemán, realizó con éxito la primera angioplastia con balón. En aquel entonces este procedimiento sólo podía utilizarse en menos del 10 por ciento de los pacientes con enfermedad coronaria sintomática, ya que su uso estaba limitado a lesiones coronarias focales, proximales, no calcificadas y de un sólo vaso.
Posteriormente, debido a la mejora de los materiales y al desarrollo técnico, su realización se ha expandido de forma importante.

Dr. Azcárate
CARDIÓLOGO

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

CONSULTA
C/ Cipriano Olaso, 8 bajo. 31004 Pamplona
T 948 22 13 11
www.doctorazcarate.com



DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO:
- Cardiología General
- Prevención Cardiovascular
- Cardiología deportiva
- Valvulopatías
- Insuficiencia cardiaca
- Cardiopatía isquémica
- Arritmias
- Cardiología pediátrica

Prevención de la maloclusión de los dientes en el niño

Tratamiento temprano para Guiar el Desarrollo de cara y dientes

zalba CLÍNICA DENTAL

CAP centro avanzado en prevención

Dr. José Ignacio Zalba Elizari
Dentista.
Centro Avanzado en Prevención
Nº colegiado: 345

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

La maloclusión se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o de la mandíbula (desarrollo de la cara) y/o posición de los dientes.

¿Porqué casi todos los niños llevan ahora aparatos?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 75% de la población infantil tiene un grado de maloclusión. En el hombre civilizado es difícil encontrar un sistema masticatorio-respiratorio maduro, bien desarrollado, ya que el esfuerzo por sobrevivir es menor que en el pasado. El estilo de vida moderno favorece estos desequilibrios, hace que cada vez más, la deglución, la masticación o la respiración, no se realicen bien, además de otros malos hábitos, lo que lleva a una falta de desarrollo de los maxilares, donde los dientes no encuentran espacio suficiente y se apiñan. Desde el nacimiento, los huesos tienden a ajustarse a las condiciones que les son impuestas. Es, en esta primera infancia, donde tienen sus raíces la mayor parte de los problemas que más adelante encontramos. Ya a los 3 años hay alteraciones graves que están presentes.

Hoy sabemos que al actuar tempranamente, antes del recambio de las piezas de leche (ya en bebés o desde los 4 años de edad), facilita el desarrollo del potencial genético en el niño, con el mínimo de interferencias ambientales. El tipo de tratamiento es más simple y de mejor pronóstico, porque menores son las alteraciones morfológicas y funcionales que haya podido llegar a desarrollar. Normalmente para cuando las manifestaciones clínicas son evidentes, es tarde para prevenir o tratar precozmente. La disfunción viene actuando desde hace tiempo y el tratamiento se hace complejo.

Las caras y bocas más atractivas

El bebé alimentado con biberón entorpece la correcta deglución, respiración, desarrollo musculo-esquelético de la cara que más tarde se continuará con un entorno dieta blanda, todo cocinado, cortado... La forma de la cara, boca y dientes corresponde a la función realizada y diseñada desde hace miles de años para unas fuerzas biomecánicas potentes. A través de una masticación enérgica bilateral y una respiración nasal, se fortalece, refuerza y estimula el correcto desarrollo y crecimiento. Un ejemplo para entenderlo, lo vemos cuando una persona tiene un yeso durante un par de meses y no se mueve o no contrae sus músculos, estos «adelgazan», se debilitan, etc. Imagina lo que sucede si durante todo el desarrollo del niño ese órgano se utiliza poco o mal, como pasa con la boca, se atrofia, se deforma y el resultado se ve en los dientes malposicionados.

Las caras y bocas más atractivas, son el resultado de llevar a cabo correctamente las funciones básicas de supervivencia para el ser humano (la respiración, la deglución, la masticación y evitar malos hábitos), que llevan a un crecimiento hacia adelante y simétrico de los maxilares. Desequilibrios musculares de estas funcionales orales, alteran la forma de la cara, el rostro y la nariz sufren desviación lateral, y una caída del tono muscular y tejidos con la pérdida de belleza a lo largo de la vida.

Estas disfunciones orales se manifiestan muy a menudo acompañadas con un conjunto de alteraciones de la postura del cuerpo o de dolencias como son dolores de cabeza, cervicales y lumbares, problemas gastrointestinales, respiratorios, oído, sueño, etc.

Un problema común, son los **niños respiradores** orales. En reposo tienden a estar con los labios entreabiertos y la lengua baja, descoordinando musculatura de la masticación y deglución. Con más frecuencia presentan ronquido, resfriados, asma, alergias, amígdalas, problemas en los oídos, además de alteración del sueño, problemas de atención, concentración, peor rendimiento escolar, ...

Contra los músculos jamás se ha de luchar, más bien se deben redirigir, llevando la función anormal hacia la normalidad. Muchos de los problemas que presenta un niño a temprana edad se pueden prevenir mediante métodos de recuperación funcional, con equilibrado y/o trabajo neuromuscular. Para ello, debemos evaluar al niño tempranamente para estimular los mecanismos que permiten obtener el mayor potencial biológico. Un buen momento es alrededor de los 3 años cuando ya han erupcionado todos los dientes de leche.

Importancia de la visión periférica

Beatriz Irigaray
Optometrista corportamental en Óptica Navarra

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

La visión periférica nos da información del entorno, es más sensible a la luz y al movimiento que la visión central y nos permite orientarnos en el espacio. Ocupa una extensión de 180º. Es la que nos ayuda a localizar los objetos. La visión dirige al movimiento, y es la visión periférica la que hará que ese movimiento sea rápido o lento.

La visión central nos permite apreciar los detalles finos, el color de las cosas, identificar las formas y características de los objetos y ocupa una extensión aproximada de 30 grados en nuestra línea de mirada. La visión central es la que nos da la agudeza visual.
Debemos tener bien integrados estos dos sistemas para que nuestro sistema visual funcione correctamente. Esto nos dará estabilidad, equilibrio y tendremos un procesamiento visual más rápido y eficaz. Nos ayudará a integrar el sistema visual con el sistema vestibular, imprescindible en el equilibrio.
Si hay pérdida de visión periférica , o está mal integrada, la visión será como en túnel y la persona se moverá de forma insegura.

Utilizamos la visión periférica en todas las actividades de la vida diaria.

Algunas actividades en las que la visión periferia es crucial son en el deporte, la lectura, conduciendo un coche, para el equilibrio.

▶ **Deporte.** Si hablamos de un deporte en equipo como el fútbol, baloncesto, etc, observamos que los jugadores no miran a sus compañeros de equipo cuando le pasan la pelota o el balón, porque los están visualizando periféricamente.
En deportes individuales como el tenis, ciclismo, carreras de coches, etc. nos daremos cuenta de la importancia de que estos deportistas tengan bien desarrollada esta habilidad. Un certero golpe con la raqueta, esquivar un golpe, evitar una caída dependen casi por completo de la visión periférica.
Nos permite anticiparnos al movimiento. La velocidad de reacción, será mucho más rápida si la visión periférica está bien desarrollada.

▶ **Lectura.** Es muy importante la aplicación de este concepto a la lectura. Significa poder cambiar de fijarte en una sola palabra a conjuntos de palabras según lees. La diferencia en velocidad es muy grande. Si en cada golpe de vista, en lugar de leer una sola palabra lees cuatro, cinco, ... la velocidad que alcanzas es mucho más alta.
La diferencia entre un lector rápido y uno lento, es la visión periférica, resultando en una mayor velocidad lectora.

Nos permite una visión globalizada de las cosas

Con la visión periférica llegamos a percibir y observar la realidad, mediante un proceso global, que nos da la comprensión de nuestro entorno.
Los buenos ajedrecistas declaran que miran de forma global todo el tablero para visualizar las futuras jugadas.

▶ **Conduciendo un coche.** Al conducir necesitamos ser conscientes del entorno.
Por ejemplo, cuando se produce una colisión la persona que llevaba el coche dice que no vio al otro vehículo a veces ocurre porque se colapsa su visión periférica y entonces no percibe lo que hay a su alrededor.
Podemos trabajar nuestra visión periférica para ser visualmente más efectivos y mejoraremos nuestras habilidades en muchas áreas de la vida cotidiana.
La terapia visual nos permite mejorar dichas habilidades e integrarlo con el sistema vestibular para tener una mejor relación con nuestro entorno.

Indicaciones de la vacuna antigripal

Ariñe Goñi Torrea. *DUE Complejo Hospitalario de Navarra*
Elena González Esain. *DUE y Fisioterapeuta. Centro de Salud Rochapea*
Marta Bona Otal. *Médico de Familia. Centro de Salud II Ensanche*
Paula Ayestarán Yubero. *DUE. Complejo Hospitalario de Navarra*

La gripe estacional es una enfermedad infecciosa vírica que se transmite fundamentalmente por vía aérea, con predominio entre personas reunidas en espacios cerrados.

Se inicia repentinamente, tiene un período de incubación de 1 a 3 días y un período de transmisibilidad de 3-5 días desde el comienzo de la enfermedad en personas adultas, y de 3-7 días desde el comienzo de la enfermedad en niños.

Entre los síntomas se incluye la fiebre alta, gran afectación del estado general, dolor de cabeza, dolor muscular, falta de apetito, fatiga, congestión nasal, irritación de garganta, tos, etc.

Los síntomas remiten normalmente sin secuelas en una semana sin tratamiento médico, pero pueden dar lugar a enfermedades potencialmente graves a las personas pertenecientes a los grupos de riesgo.

En la mayoría de los casos es suficiente el reposo en domicilio y el tratamiento sintomático con analgésicos o antitérmicos. Al tener un origen vírico, no está indicado el tratamiento antibiótico de la gripe, ya que no es eficaz.

El tabaco agrava las infecciones respiratorias, ya que debilita los mecanismos de defensa natural del organismo, por lo que se recomienda a las personas fumadoras que eviten fumar para prevenir complicaciones.

En niños, las manifestaciones gastrointestinales (náusea, vómitos o diarrea) pueden acompañar la fase respiratoria, mientras que en pacientes de edad avanzada es más frecuente la aparición de dificultad respiratoria, el empeoramiento de las patologías subyacentes, y la ausencia de fiebre. Las complicaciones más habituales son la neumonía viral primaria o la infección respiratoria bacteriana secundaria, que también puede derivar en neumonía.

Prevención de la gripe

La medida más eficaz para prevenir la gripe es la vacunación. Como el virus cambia, es necesario vacunarse cada año.

La vacuna protege de la enfermedad producida por los virus incluidos en ella aproximadamente en el 80% de los casos.

La vacuna de la gripe no puede producir gripe.

Para reducir la difusión de las enfermedades respiratorias en general, y de los virus gripales en particular, es muy importante la adopción de medidas de higiene generales que incluyen:

- Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar, bien con un pañuelo de papel o bien con la parte interior del codo.
- Lavarse regularmente las manos.
- Se recomienda que, en la medida de lo posible, el paciente con gripe permanezca en su domicilio para evitar la infección de otras personas.

Objetivos de la campaña

El propósito principal de la campana de vacunación antigripal es reducir la morbimortalidad por gripe en la población de Navarra mediante la inmunización a los grupos de personas mas vulnerables por sus características clínicas individuales, y de aquellas en las que la gripe puede ocasionar una repercusión social mayor.

Grupos de población diana

- Personas de 60 años o más.
- Personas menores de 60 años que presentan un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe:

1. Adultos y niños/as (mayores de 6 meses) con:

- Enfermedad crónica cardiovascular, excluyendo hipertensión arterial aislada.
- Enfermedad neurológica
- Enfermedad pulmonar crónica, incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma.
- Diabetes mellitas.
- Obesidad mórbida (índice de masa corporal ≥40 en adultos, ≥35 en adolescentes, o ≥ 3 DS en niños).
- Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico.
- Hemoglobinopatias y anemias.
- Hemofilia y trastornos hemorrágicos crónicos, así como receptores de hemoderivados y transfusiones múltiples.
- Asplenia
- Enfermedad hepática crónica, incluyendo el alcoholismo crónico.
- Enfermedades neuromusculares graves.
- Inmuno supresión (incluida la originada por la infección por VIH, por fármacos –incluyendo tratamiento con eculizumab- y en los receptores de transplantes)
- Cáncer y hemopatías malignas.
- Implante coclear o en espera del mismo.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo.
- Enfermedad celiaca.
- Enfermedad inflamatoria crónica.
- Trastornos y enfermedades que conllevan disfunción cognitiva.

2. Mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

3. Niños/as y adolescentes, de 6 meses a 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetil salicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe.

4. Personas que conviven en residencias, instituciones o en centros que prestan asistencia a enfermos crónicos de cualquier edad.

- Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen alto riesgo de complicaciones.

Otros grupos en los que se recomienda la vacunación:

- Personas que trabajan en servicios públicos básicos o esenciales.
- Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado de dependencia nacional, autonómica o local.
- Bomberos.
- Servicios de protección civil.
- Personas que trabajan en los servicios de emergencias sanitarias.
- Trabajadores de instituciones penitenciarias y de centros de internamiento por resolución judicial.
- Personal docente de todos niveles educativos.
- Personas con exposición laboral directa a aves domesticas o a cerdos en granjas o explotaciones avícolas o porcinas y también a aves silvestres.

Características y pautas de vacunación

- A partir de los 9 años se administrará una sola dosis (0,5 ml).
- En niños menores de 9 años que no hayan sido previamente vacunados se administrarán 2 dosis de vacuna con un intervalo de 1 mes entre ambas.
- En niños con edades entre 6 meses y 35 meses, cada una de las dosis a administrar será la mitad de la habitual (0,25 ml).
- La vacunación no está indicada en niños menores de 6 meses.

Esclerosis con microespuma y catéter Clarivein

Antes y después del tratamiento

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

Las varices no son sólo un problema estético. De hecho, son la expresión visible de una insuficiencia venosa en mayor o menor grado. Consiste en una lesión de las válvulas venosas que impide el correcto retorno de la sangre de las piernas hacia el corazón.

A pesar de que exista un problema circulatorio, en ocasiones no causan molestias. No obstante, lo más habitual es que produzcan dolor, cansancio, pesadez, picor, etc. Sus complicaciones son las **tromboflebitis** o las **hemorragias**. Por otro lado, con el tiempo puede irse deteriorando la piel e incluso aparecer una úlcera.

Es imprescindible un diagnóstico preciso antes de plantear la mejor estrategia terapéutica. Ello requiere una consulta especializada de Cirugía Vascular. En ella, aparte de un examen físico detallado, se realiza una ecografía/Doppler venosa en color. En base a la distribución de las varices y, sobre todo, al estado de los sistemas venosos profundo y superficial, se adopta el mejor tratamiento individualizado para cada paciente.

Las varices se pueden eliminar con un tratamiento quirúrgico. Supone su extirpación. Requiere anestesia raquídea o general, la realización de incisiones y, dado que es un tratamiento relativamente agresivo, implica la necesidad de un período de recuperación de aproximadamente 6 semanas.

La esclerosis con microespuma

La esclerosis con microespuma es una alternativa a la cirugía pero sin sus inconvenientes. Consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de las varices. Ello produce su cierre y paulatina desaparición. Requiere un número variable de sesiones en función del calibre de las varices, su número, etc. Cualquier variz susceptible de ser intervenida puede tratarse con microespuma; es más, su efectividad es máxima en varices ya de cierto calibre.

Cuando en la Consulta se objetiva insuficiencia de algún eje safeno, la forma más rápida y eficaz de administrar la microespuma es el **catéter Clarivein**. Es un procedimiento similar, salvo que se introduce la microespuma a través de un catéter, que gira dentro de la vena a gran velocidad. La combinación del efecto químico de la esclerosis con el mecánico de la rotación del catéter permite eliminar un eje safeno insuficiente en **una sola sesión**. Posteriormente, habrá que tratar las colaterales permeables a través de sesiones de microespuma.

En ambos casos no se requiere anestesia (o sólo local), no hace falta ingreso puesto que son procedimientos ambulatorios, ni existe período de recuperación. El paciente puede incorporarse a sus actividades habituales nada más finalizar el tratamiento.

En definitiva, la microespuma ofrece unos resultados equiparables al tratamiento quirúrgico habitual, pero con una agresividad mucho menor y sin tener que interrumpir las actividades habituales del paciente.

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. Clínica San Fermín. Avda. Galicia, 2
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3

CONSULTA MÉDICA
948 235 850
644 722 549

Plaquetas, ¿por qué son importantes?

Marta Aguado Sevilla. *FEA Anestesiologia y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra*
Guillermo Napal Ongay. *FEA Anestesiología y Reanimación. Hospital García Orcoyen. Estella*
Ruben Goñi Robledo. *FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra*

Las plaquetas además de su función hemostática primaria, también participan en otros procesos importantes, como la inflamación, la remodelación tisular y los mecanismos de defensa innata, formando parte de un gran número de procesos fisiológicos y patológicos: inflamación, infección, cicatrización de las heridas, fibrosis, arterioesclerosis o diseminación de las neoplasias.

Su principal función, o al menos la que más conocemos, es participar en la hemostasia primaria mediante adhesión, activación, y agregación para terminar formando el tapón plaquetario. Su principal manifestación de su alteración es el sangrado.

Ya que la primera en actuar ante una lesión vascular es la hemostasia primaria, entendemos por que una alteración de la misma nos conlleva un sangrado inmediato, a diferencia de lo que ocurre con un sangrado propio de los trastornos de coagulación o hemostasia secundaria. Se suele tratar de un sangrado superficial, cuya localización suele ser en piel y mucosas y que además puede dar lugar a la aparición de petequial, púrpuras, equimosis, epístaxis y sangrados en el aparato genitourinario o digestivo.

Las plaquetas se originan por fragmentación de los megacariocitos, se trata de células grandes poliploides de la médula ósea mediante un proceso conocido como trombocitopoyesis. Se producen una media de 35.000 a 45.000 ul cada día. Estas tras abandonar la médula ósea, cerca de un tercio de las plaquetas es secuestrado o retenido fuera de la circulación, fundamentalmente en el bazo. Los otros dos tercios que restan circulan durante 7-10 días. Normalmente solo una pequeña parte de la masa total de plaquetas se consumen en el proceso de la hemostasia, de tal forma que la mayoría de las plaquetas circulan hasta que envejecen y serán eliminadas por el sistema macrófago - fagocítico.

El recuento normal de plaquetas es de 150.000 a 450.000 ul.

¿ Por que son importantes en anestesia?

Además de por el riesgo de sangrado postquirúrgico que debemos tener en cuenta, otros de los aspectos por los que su cifra la tenemos en cuenta es en aquellos pacientes que requieren anestesia neuroaxial, donde:

- Debemos evaluar el nivel de riesgo de las complicaciones hemorrágicas que nos puede desencadenar el procedimiento a realizar.
- Evaluar en número de plaquetas y la velocidad en la que descienden.
- Debemos además corregir otras coagulopatías o esperar a su resolución en el caso por ejemplo de fármacos antiplaquetarios.
- Evaluar si existe la necesidad de transfundir plaquetas.
- Si debemos transfundir, solicitar el número de las mismas previo al procedimiento, y después de dicha transfusión volver a evaluar los posibles riesgos asociados.

Es cierto que no existe un número seguro de plaquetas con evidencia significativa, sobretodo si coexisten otros problemas que nos aumenten el nivel riesgo de sangrado; por ello siempre debemos evaluar riesgo-beneficio en cada paciente.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

▶ SANTUARIO DE **LOURDES** 9 al 11 Febrero. Festividad de la Virgen de Lourdes y aniversario de las Apariciones. Todo incluido. Gran concentración de peregrinos en Lourdes. 225€
▶ FIN DE SEMANA EN **MADRID** 29/31 Marzo. Escapada con todo incluido en hotel céntrico****. 350€
▶ RECORRIDO **PORTUGAL Y FÁTIMA** 11 al 15 de Mayo.Visitamos: Fátima, Batalha, Alcobaca, Coímbra, Salamanca. 530€

▶ **NUEVA YORK** del 26 abril al 2 Mayo con vuelo desde Pamplona ida/vuelta. 4 excursiones incluidas con guía de 4 h. duración. Estancia hotel media pensión. ÚLTIMAS DOS PLAZAS. Grupo reducido VIP personalizado

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR
Reservas e Información: Raquel Izpura Roteta M 647 679 821

el mundo de Raquel
C.I.E.: 21746MY

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

Clínica Bustillo incorpora el robot X Guide de cirugía guiada

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

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

En Clínica Bustillo hemos apostado por la implantología moderna, con un modelo de trabajo en el que la clave es la calidad en todos los apartados, tanto en los materiales que utilizamos, el equipamiento y la tecnología que facilitan nuestra tarea y, por supuesto, la experiencia y capacitación de nuestro equipo profesional.

En el campo de la tecnología, procuramos disponer siempre de los últimos avances técnicos que nos ayuden a realizar mejores diagnósticos y a abordar los tratamientos de forma precisa, con el objetivo final de resolver los problemas de los pacientes de la mejor manera y en el menor tiempo posible.
Por ello, estamos al día de las constantes novedades en el ámbito de la tecnología médica. Hace unos meses incorporamos un dispositivo de Tomografía Computerizada de Haz Cónico (CBTC), que permite obtener imágenes y fotografías en 3D, imágenes cefalométricas 2D y panorámicas digitales en un solo equipo. Asimismo, contamos con un nuevo escáner intraoral ligero y de diseño compacto que obtiene imágenes de la cavidad intraoral con gran nitidez y detalle.

Robot X Guide de cirugía guiada

A estos equipos, de indudable ayuda para el diagnóstico digital, se une ahora una de las últimas innovaciones para implantología dental. Se trata del robot X Guide de cirugía guiada, que supone un cambio cualitativo en los tratamientos de implantes.
Clínica Bustillo es una de las primeras clínicas privadas del norte de España en incluir este dispositivo en su práctica diaria. Ha implicado un importante esfuerzo por parte del equipo para integrarlo en los protocolos de trabajo, y los resultados están siendo muy satisfactorios.
X Guide, con el apoyo del software de diagnóstico y planificación de tratamientos DTX Studio Suite, contribuye a lograr una disminución significativa de los tiempos de tratamiento y permite realizar una intervención menos invasiva. Ambas tecnologías han sido desarrolladas por Nobel Biocare.

¿Qué significa esto?

Entre otros aspectos, reduce enormemente la necesidad de realizar injertos de hueso en los casos en que existe escasa masa ósea para colocar los implantes. El robot proporciona en tiempo real una guía 3D de la posición de la fresa y la anatomía del paciente. De ese modo, como si se tratara de un sistema GPS, indica al cirujano el lugar más adecuado para ubicar el implante, teniendo en cuenta el volumen de hueso disponible.
En consecuencia, el tratamiento tiene una menor duración y hace posible la colocación inmediata de las piezas dentales, ya que no es necesario esperar largos procesos de cicatrización y consolidación del implante.
Con ello, también alivia el post-operatorio. Disminuyen las posibles molestias causadas por cualquier intervención quirúrgica y el paciente puede retornar antes a la normalidad con una boca plenamente funcional. Incluso, está indicado para tratamientos de emergencia, puesto que permite diagnosticar y tratar a un paciente en el mismo día.
La utilización del robot X Guide implica un nuevo paso en la digitalización de procesos de cirugía bucal, algo que resulta clave para ofrecer una odontología moderna y de calidad a los pacientes. Brinda nuevas posibilidades al especialista a la hora de diagnosticar y ejecutar los tratamientos.

Y al mismo tiempo, gracias a la mayor precisión y rapidez, contribuye a que más personas puedan acceder a tratarse de sus problemas bucales.

Enfermedad celíaca, ¿cuándo debemos sospecharla?

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

La Enfermedad Celiaca (EC) es una enfermedad crónica intestinal originada por la intolerancia permanente al Gluten. El gluten es una proteína que se encuentra en los cereales como el trigo, la cebada, centeno o la avena (entre otros), así como en los productos derivados de estos cereales.

Se encuentra entre las enfermedades crónicas intestinales más frecuentes en España, afecta aproximadamente a una de cada cien personas. Pueden padecerla tanto la población adulta como los niños y afecta dos veces más a mujeres que a hombres.

La EC se presenta en individuos genéticamente predispuestos que desarrollan una reacción inflamatoria, de base inmune, en la mucosa del intestino delgado que dificulta la absorción de macro y micronutrientes.

La ingesta de pequeñas cantidades de una manera continuada, ocasiona el deterioro de las vellosidades intestinales. Como consecuencia puede producirse malabsorción de nutrientes (principios inmediatos, sales minerales y vitaminas) que conduce a diversos estados carenciales responsables de un amplio espectro de enfermedades.

Aunque en ocasiones los síntomas pueden ser atípicos o estar ausentes, los pacientes suelen sufrir pérdida de peso, fatiga, naúseas, vómitos, diarrea, distensión abdominal, retraso del crecimiento, incluso alteraciones del carácter (irritabilidad, apatía, introversión..)

En cuanto al tratamiento, la Federación de Asociaciones de Celiacos de España, recuerda que para controlar la enfermedad hay que hacer dieta estricta sin gluten, toda la vida. Esto conlleva normalización clínica y funcional asi como la reparación de la lesión vellositaria intestinal.

¿Cómo sospecho que tengo enfermedad celiaca?

- **En el niño pequeño:** los síntomas intestinales, retraso de crecimiento sobre todo si se acompaña de irritabilidad y anorexia constituyen un cuadro clínico muy sugestivo
- **En el niño mayor y adolescente**, el hallazgo de retraso de talla o de la pubertad, asi como ferropenia o una hipertransaminasemia sin otra justificación obliga a descartar la existencia de celiaquía.
- **En los adultos** la presentación clásica en forma de diarrea es mas infrecuente, siendo mas frecuente la presencia de síntomas poco específicos: digestiones pesadas, ardor de estómago, alteraciones deposicionales que pueden incluir tanto la diarrea como el estreñimiento.

Hay que tener en cuenta la probabilidad de padecer una celiaquía aumenta en determinados grupos de riesgo. Estos incluyen primordialmente a los familiares de primer grado, pacientes afectos de otras enfermedades autoinmunes (Diabetes tipo I, hipotiroidismo) y algunas cromosomopatías como el Sindrome de Down.

Además, debe valorarse la posibilidad de Enfermedad Celiaca, en las situaciones siguientes cuando no existe una explicación demostrable:

- Mujeres en edad fértil con ferropenia.
- Infertilidad y abortos recurrente.
- Pacientes con elevación de transaminasas de forma recurrente sin otra causa justificante.
- Pacientes con historia de fracturas óseas ante traumatismo mínimos o una osteoporosis/osteopenia detectada antes de la menopausia o en un varón adulto joven.

Y si sopecho que tengo enfermedad celiaca, ¿cómo se diagnostica?

El estándar de referencia es el examen serológico (realizado a través de una analítica de sangre). Consiste en la determinación de los anticuerpos antitransglutaminasa IgG (tTg) IgA o IgG. También se puede determinar serológicamente la presencia de los anticuerpos antiendomisio (EMA) y antigliadina (AA).

Hay que tener en cuenta, que una serología negativa no permite excluir el diagnóstico, ya que un porcentaje de pacientes con EC, con formas histológicas leves e incluso con atrofia de vellosidades, no expresan anticuerpos antitransglutaminasa en el suero.

Por otro lado, cabe la posibilidad de realizar un estudio genético (HLA DQ2/DQ8), muy útil en el manejo de la Enfermedad Celiaca, dado que casi la totalidad de los pacientes celiacos son HLA DQ2 o DQ 8 positivos. Su determinación tiene utilidad clínica en casos de pacientes con sospecha clínica bien fundada y estudio serológico negativo.

El estudio genético debe realizarse en niños con sospecha clínica fundada y serología positiva, para realizar el diagnóstico sin tener que realizar biopsia intestinal.

En niños asintomáticos pero con riesgo aumentado (Síndrome de Down, historia familiar de celiaquía entre otros), también se recomienda el estudio genético como prueba inicial.

Si el estudio genético es positivo, se indicará una biopsia duodenal, si no es así no son necesarias nuevas investigaciones.

Biopsia duodenal

La toma de biopsias para el diagnóstico de EC debe realizarse mientras el paciente sigue una dieta con gluten. La biopsia intestinal ante una clínica y una serología sugestivas de enfermedad celiaca asegura un diagnóstico correcto antes de iniciar una dieta sin gluten para toda la vida.

La biopsia intestinal es una prueba invasiva, pero no es dolorosa ya que se somete a sedación al paciente. Consiste en introducir un endoscopio (tubo flexible) por la boca del paciente y recoger unas muestras para analizar. Los expertos recomiendan que se tomen en concreto tres muestras de la segunda o tercera porción del duodeno, la parte del intestino delgado que une el estómago con el yeyuno, y una muestra del bulbo, la primera sección del duodeno.

¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad celiaca?

El tratamiento consiste en Dieta sin Gluten y esta dieta debe mantenerse durante toda la vida.

Se debe eliminar de la dieta cualquier producto que lleve trigo y otros cereales, como el centeno, cebada y avena a los que puede existir intolerancia. También se deben excluir aquellos productos que contengan triticale (híbrido o cruce de trigo y centeno) y/o productos derivados. Pueden comer arroz y maíz que no contienen gluten.

Esta dieta que puede parecer sencilla en apariencia puede resultar difícil en la práctica diaria por varios motivos:

- En las etiquetas de los productos no tiene por qué figurar el término gluten y sí figurar ingredientes que lo contengan: espesantes, almidones modificados, malta, hidrolizados de proteínas, etc.
- Muchos productos elaborados, manufacturados, elaborados artesanalmente, en conserva o de venta a granel pueden contener gluten y no figurar en la etiqueta. Así pueden contener gluten embutidos, helados, golosinas, algunas bebidas alcohólicas, medicamentos, etc.
- La lista de alimentos que pueden contener gluten es muy amplia y debe ser proporcionada por el especialista que realiza el seguimiento del enfermo. También, existen asociaciones de celíacos a nivel regional que proporcionan estas listas actualizadas y que ofrecen consejos sobre los términos empleados en las etiquetas de los alimentos, las comidas en restaurantes, colegios, etc.

psiquiatría

El buen ocio de los niños empieza por el buen ocio de los padres

Dra. María Divar. Psiquiatra
Beatriz Gutiérrez. Psicóloga clínica
Equipo Infanto-Juvenil de Fundación Argibide

Érase una vez un niño que era capaz de controlar el tiempo de uso de las pantallas y que aprendió a jugar con otros niños en equipo. Este cuento nos puede parecer una irrealidad en el momento actual.

¿Existe una adicción a las pantallas?

¿Qué hago si mi hija no quiere darme el móvil cuando se lo pido? ¿Cuánto tiempo es el adecuado para que socialmente no estén "fuera de juego", pero a la vez el móvil no sea una prolongación de su mano?

Estas son muchas de las preguntas que nos hacemos con frecuencia y no sabemos contestar.

No cabe duda que el juego de los niños ha cambiado, pero no por ello podemos perder la oportunidad de enseñar a nuestros menores los beneficios del ocio: "del buen ocio". La RAE en su segunda acepción define ocio como "Tiempo libre de una persona". Y así es: "es tiempo, y es libre". Entonces, "¿cómo decido yo emplear ese tiempo, que es libre?"

Para poder enseñar a nuestros menores el buen ocio, tal vez nosotros tengamos que redescubrirlo. Nos puede ocurrir que, por trabajo, asuntos familiares, enfermedad, pensemos que no hay tiempo para el descanso, para desconectar de nuestras ocupaciones o preocupaciones, y encontrar un espacio para la desconexión o para la conexión sincera con nosotros mismos o con los demás.

Buen ocio y Tiempo libre

Juegos participativos, juegos de mesa, juegos de estrategia, juegos de equipo. Momentos de hacer planes en los que estamos en familia o con los amigos. Momentos que se pueden definir como "estar en un contexto diferente del habitual, en un contexto distendido o en un contexto para conectar de verdad con lo que somos". "¿Cuánto tiempo le dedicas tú a este ocio?".

Que mis hijos me vean disfrutar de la naturaleza, de una puesta de sol, del encuentro con amigos. Que noten que vale la pena llegar a la cima a pesar del esfuerzo que supone. Que sepan valorar lo bueno que es participar en un equipo porque me hace poner por delante de mis intereses personales los intereses de los demás. Que sepan disfrutar y descansar con lo ordinario. ¿Necesito de cosas extraordinarias para desconectar, para descansar?

Quizá lo que comentamos para ti resulte sencillo, pero para otros puede suponer un cambio de chip.

Ejemplo reciente: adolescente. Viaje navideño, atasco en la carretera. Dos horas parados en el coche familiar. Bajan el respaldo de uno de los asientos y se convierte en mesa. Y se ponen a jugar todos. "¿Llevabais un juego de mesa en el coche?", le pregunto asombrada. "Si, siempre que viajamos llevamos juegos. Así, cuando estamos con el resto de la familia (tíos, abuelos, primos) también jugamos allí con ellos". No puedo negar que me sorprendió.

¿Qué alternativas de ocio se nos plantean hoy?

Niños y adultos metidos en casa, música individual, pantallas, quizá hablando con otros, sí, pero por la red. Conversaciones (a veces profundas, no decimos que no), pero impersonales. Adolescentes que se lanzan a las redes sociales y destapan su intimidad más profunda pero luego no son capaces de hablar con sus iguales a la cara.

"¡Y qué decir del aburrimiento!": qué importante es haber tenido la experiencia del aburrimiento y de descubrir qué es aquello con poder suficiente para sacarnos del mismo. En estas circunstancias somos capaces de reinventarnos, de desempolvar antiguos gustos o de ingeniar nuevos hobbies. "¡Qué bueno sería enseñar todo esto a nuestros niños!".

Y para finalizar, nos preguntamos: **"¿estamos los adultos preparados para mantener un buen ocio?"** o "¿seguiremos pidiéndoles a nuestros niños y adolescentes que hagan lo que muchos de nosotros somos incapaces de hacer?". El buen ocio de los niños empieza por el buen ocio de los padres.

fundación ARGIBIDE

42 AÑOS AL SERVICIO DE LA SALUD MENTAL EN NAVARRA

- Psiquiatría y psicología adultos
- Psiquiatría y psicología infanto-juvenil
- Psicogeriatría
- Psiquiatría legal y peritajes
- Unidad de Trastornos de Personalidad
- Tratamientos grupales

C/ Iturrama, nº 7 Entreplanta | 31007 Pamplona | T. 948 26 65 11
info@fundacionargibide.org | www.fundacionargibide.org

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

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

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

En los últimos años han ido apareciendo otras técnicas en el tratamiento de las varices (Láser, Radiofrecuencia, Clarivein, etc.), con menores requerimientos anestésicos y una más pronta reincorporación de los pacientes a la vida normal. Sin embargo, de todas ellas, la **'ESCLEROSIS ECOGUIADA CON MICROESPUMA'** es, hasta la fecha, **la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y la única que permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal**. **Durante más de 15 años nuestro equipo ha tratado más de 3.500 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

Donación en vida

María Barber Ansón. *FEA Medicina Intensiva. FEA Coordinación de Trasplantes. Complejo Hospitalario de Navarra*
José Roldán Ramírez. *Coordinador de Trasplantes del Complejo Hospitalario de Navarra. Coordinador Autonómico de Trasplantes de Navarra*

La mayoría de las donaciones de órganos y tejidos se realizan después de que el donante ha fallecido. Sin embargo, algunos órganos y tejidos se pueden donar en vida.

El trasplante de donante vivo es un procedimiento quirúrgico para retirar un órgano o una parte de él de una persona viva y colocarlo en otra persona cuyo órgano ya no funciona correctamente. Este tipo de trasplantes se realiza con la garantía de que la extracción no va a representar ningún problema de salud para el donante.

Puede ser donante vivo toda persona mayor de edad, con plenas facultades mentales y que goce de buen estado de salud. Estas situaciones serán verificadas y certificadas por médicos ajenos a los que realizarán el trasplante y deberán ser aprobadas por los Comités de Ética y por el Juzgado del Registro Civil.

La popularidad de la donación de órganos de donantes vivos ha aumentado drásticamente en los últimos años como alternativa a la donación de órganos de pacientes fallecidos debido a la creciente necesidad de órganos para trasplante y de la escasez de órganos disponibles de donantes fallecidos.

Una persona puede donar uno de sus dos riñones, y el riñón restante podrá realizar todas las funciones necesarias. En vida también se puede donar una parte del hígado, y el hígado restante se regenerará, volverá a crecer prácticamente hasta alcanzar su tamaño original y realizará las funciones normales.

El riñón y el hígado son los órganos más frecuentes en los procedimientos con donantes vivos, pero las personas vivas también pueden donar otros órganos o tejidos para trasplante, como un pulmón o un lóbulo del pulmón, una parte del páncreas, progenitores hematopoyéticos (sangre periférica, médula ósea y sangre de cordón umbilical), tejido óseo, membrana amniótica y piel.

Tipos de donación de órganos en vida

▶Donación directa

Este es el tipo más frecuente de donación de órganos de donante vivo y en el que el donante dirige el órgano a un receptor específico del trasplante. El receptor puede ser:

- Un familiar de primer grado, tal como un padre, hermano, hermana o hijo adulto.
- Una persona biológicamente no relacionada que tenga una conexión con el candidato para el trasplante, como un cónyuge o pareja, un amigo o un compañero de trabajo.
- Una persona que haya sido escuchado por el donante acerca de su necesidad de trasplante.

▶Donación indirecta o de donante vivo no dirigido

Un donante vivo no dirigido es una persona viva que dona un órgano, generalmente un riñón, y no designa ni tiene un receptor previsto. El órgano se dona como un regalo sin expectativas de retribución y sin conexiones entre el donante y el receptor del trasplante.

En la donación indirecta, también conocida como donación del buen samaritano o altruista, el donante no nombra al receptor del órgano donado. La correspondencia se basa en la necesidad médica y la compatibilidad.

Hace unos años en España no se permitía este tipo de donación, pero en la actualidad es perfectamente legal.

Para ser donante de órganos no dirigido, tu centro de trasplante evaluará tu salud general y te realizará varios exámenes para determinar tu elegibilidad como donante vivo de órganos.

Una vez que te aprueben como donante, se programará el procedimiento y se dispondrá la distribución del órgano a través del sistema de asignación de órganos establecido.

▶Donación cruzada y cadenas de donación.

La donación de órganos cruzada (también denominada intercambio cruzado) puede ser una opción cuando un donante y un receptor previsto tienen grupos sanguíneos incompatibles, o cuando el receptor tiene anticuerpos inaceptables contra los antígenos del tejido del donante.

En la donación cruzada, dos o más parejas de receptores de órganos intercambian donantes para que cada receptor reciba un órgano que sea compatible con su grupo sanguíneo. Un

donante vivo indirecto también puede participar en la donación de órganos cruzada para ayudar a unir parejas incompatibles.

¿Por qué se realiza?

El trasplante con donante vivo ofrece una alternativa a tener que esperar un órgano proveniente de un donante fallecido para personas que necesitan el trasplante de un órgano.
Asimismo, los trasplantes de órganos con donante vivo están asociados a menos complicaciones que los trasplantes con donante fallecido y, en general, a una mayor supervivencia del órgano donante.
Así, el trasplante de donante vivo de riñón en comparación con el trasplante renal de donante fallecido, ofrece estos beneficios:

- Menos tiempo en la lista de espera, lo cual puede prevenir posibles complicaciones y deterioro de la salud.
- Existe la probabilidad de evitar la diálisis si aún no se ha iniciado.
- Mejores tasas de supervivencia a corto y largo plazo.
- Un trasplante programado una vez que el donante ha sido aprobado, frente a un procedimiento de trasplante de urgencia no programado de un donante fallecido.
- Los riñones de donantes vivos casi siempre comienzan a funcionar inmediatamente después del trasplante en comparación con los riñones de donantes fallecidos que pueden tardar en comenzar a funcionar.

Riesgos

Los riesgos asociados con la donación de órgano en vida comprenden riesgos de salud a corto y largo plazo relacionados con el procedimiento quirúrgico, la función del órgano y los problemas psicológicos que se presentan después de la donación del órgano.
El trasplante de riñón de donante vivo es el tipo de donación de órgano en vida más estudiado con más de 50 años de información de seguimiento. En general, los estudios demuestran que la expectativa de vida para las personas que donaron un riñón es la misma que para las personas igualmente compatibles que no lo hicieron.
Los riesgos de la donación de hígado con donante vivo también son bajos, pero la experiencia con este procedimiento es más limitada, ya que éste se introdujo en la práctica médica más recientemente que la donación de riñón. El primer trasplante de hígado con donante vivo se realizó en 1989.
Para el receptor del órgano, el riesgo de la cirugía de trasplante generalmente es bajo porque es un procedimiento que potencialmente salva la vida.

Voluntad de donación

En el caso de la donación directa, una vez que el nefrólogo o hepatólogo haya planteado a tu familiar o conocido enfermo esta posibilidad, puedes ponerte en contacto con dicho médico para manifestar tu deseo de donación dirigida.
En el caso de la donación indirecta o altruista la forma más sencilla es contactar con la Organización Nacional de Trasplantes.
En la donación de vivo, el sistema español de trasplantes establece controles a tres niveles: primero por parte de un equipo médico independiente a la donación, segundo por parte del Comité de Ética del hospital y tercero por parte de un juez que se entrevista con el donante. La donación no se llevará a cabo si en cualquiera de dichos niveles se detectan dudas acerca de la decisión libre, consciente y desinteresada del donante.

La oxigenación hiperbárica, una terapia eficaz contra la osteonecrosis causada por bifosfonatos

OXIEN
Rehabilitación Hiperbárica

Los bifosfonatos son un grupo de medicamentos utilizados en la prevención y el tratamiento de enfermedades con resorción ósea, como osteoporosis o cáncer con metástasis ósea, muchas veces asociada al cáncer de mama y próstata. También se prescriben en la enfermedad de Paget y en otras alteraciones que provocan fragilidad ósea, como la enfermedad renal crónica tratada con diálisis.

Posibles efectos secundarios: osteonecrosis de los maxilares

Son medicamentos muy eficaces, aunque en los últimos años se ha constatado un aumento en el número de casos clínicos en los que el **uso de los bifosfonatos se relaciona con la osteonecrosis de los maxilares**. Por ello, el odontólogo debe estar muy alerta sobre las posibles complicaciones en los pacientes que los toman.

En estos casos, será fundamental la colaboración con el oncólogo y el cirujano maxilofacial para tomar las **medidas necesarias para la prevención de osteonecrosis**, tales como el control de caries o el empleo de prótesis atraumáticas en la zona lingual.

Cómo puede ayudar la oxigenación hiperbárica

La **osteonecrosis** se manifiesta con dolor agudo, infecciones recurrentes constantes, olor característico debido a la necrosis o inflamación crónica. Actualmente, existe una **terapia complementaria** efectiva para su tratamiento como es la **medicina hiperbárica**. Así lo indica la **Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS)** americana, que la incluye dentro de sus indicaciones aprobadas y ha desarrollado un protocolo específico para su tratamiento.

La presencia de **oxígeno medicinal** a una presión dos o tres veces mayor que la presión atmosférica normal **produce una serie de cambios en los tejidos**, que van desde el aumento de la angiogénesis (creación de nuevos vasos que irrigan los tejidos), lo que a su vez favorece la cicatrización; a la reducción de la presencia de bacterias anaerobias, de difícil eliminación en muchos casos; o al control de la inflamación gracias al mismo aumento de la presión.

De esta forma, **los pacientes con osteonecrosis**, como hemos podido constatar en varios casos tratados en Oxien, **mejoran su calidad de vida** porque disminuye el dolor, y la inflamación y las infecciones recurrentes desaparecen.

Para que se produzca este control o eliminación de las secuelas, es imprescindible que un médico hiperbarista valore al paciente y marque un plan de tratamiento adecuado. Este trabajará en coordinación con otros médicos para **abordar la osteonecrosis de forma interdisciplinar**.

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

En Navarra contamos con la única **cámara hiperbárica**, avalada por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y Sanidad Navarra, en el centro **Oxien**, del Grupo Sannas.

Oxien cuenta con un equipo de expertos que hacen vivir una **experiencia inolvidable** al paciente.

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

No solo de implantes se rehabilita la boca

sannas
DENTOFACIAL

Dr. Felipe Rivas
Directorm édico
del Grupo Sannas

En los últimos años, la odontología ha experimentado numerosos cambios, novedades y evolución en los conceptos de valoración, diagnóstico y planificación de los tratamientos que la encaminan hacia un nuevo concepto de odontología integral e interdisciplinar.

Si nos remontamos hasta hace 35, 40 años o más, la odontología se centraba básicamente en hacer **exodoncias** (sacar muelas). Después vino la época de la **odontología restauradora** con los empastes, las endodoncias, las prótesis, etc. para intentar preservar los dientes y reemplazar de alguna manera los que faltaban.

Posteriormente, comenzó otra época con la **aparición de los implantes.** Pasamos a intentar solucionar muchos de los casos, retirando las piezas afectadas y reemplazándolas mediante implantes. El galeno se limitaba a "rellenar" los huecos de las piezas que faltaban, mediante los implantes dentales.

El presente y el futuro de la odontología

La realidad actual exige otros criterios, en los cuales **se combina la odontología que preserva**: mediante sus terapias busca salvar y mantener las piezas dentales; complementándola **con nuevas terapias**: terapia de regeneración de tejidos, cirugías planificadas en 3D, distintos tipos de escáner o la implantología. Pero todo ello orientado al **nuevo concepto de rehabilitación oral del paciente**, que, por cualquier causa, se halla convertido en lo que se denomina un **"inválido oral"**.

Rehabilitación del "inválido oral"

Hoy hablamos del inválido oral total o parcial y de su rehabilitación oral. Esto conlleva el **dominio de diferentes disciplinas de la odontología**: la periodoncia, la endodoncia, la implantología oral, la valoración de la disfunción temporomandibular, la ortodoncia en adultos, la estética dental y facial, etc. enfocándolas todas ellas hacia la valoración **y planificación de tratamientos integrales**, que están destinados a tratar las patologías no solo de la boca, sino del paciente en general. No se concibe una odontología moderna que se centre en tratamientos parciales, sino en **valoraciones y tratamientos dirigidos a la rehabilitación oral integral, funcional y estética** de los pacientes.

Tratamientos integrales e interdisciplinares

La boca debe entenderse en la nueva era de la odontología como parte integrada en el paciente y en la situación de su salud general. Se conciben **equipos interdisciplinares que combinan terapias tradicionales con las actuales y con los avances tecnológicos**, dando como resultado un "cóctel" de gran valor añadido que revierta en el beneficio del paciente.

Acerca de Sannas

La Clínica Sannas, tras 30 años de esfuerzo e innovación, ha logrado posicionarse como un **centro de referencia en Navarra**, redefiniendo los conceptos de la **odontología de vanguardia** para ofrecer un servicio excelente y de calidad.

Un **equipo de doctores** expertos trabaja de forma **interdisciplinar** para ofrecer al paciente un **tratamiento integral** que contemple su salud oral dentro de su estado de salud general.

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

Tratamiento con yodo radiactivo I-131 para pacientes con cáncer de tiroides (Parte II)

Jara Intxaurrondo Martín y Virginia Eraso Pérez
Enfermeras de la Unidad de Oncología del Complejo Hospitalario de Navarra

El yodo radiactivo I 131 es un isótopo radiactivo de yoduro capaz de destruir las células del tiroides. El tiroides fabrica la hormona tiroidea a partir de yodo que capta de la sangre.

La terapia con yodo radiactivo 131 es un tratamiento efectivo para los pacientes con hipertiroidismo y del cáncer de tiroides. Se administra una cápsula de yodo radiactivo por vía oral. En cuanto el yodo llega a la sangre, el tiroides lo capta rápidamente y lo acumula en su interior como si fuera yodo normal. Al tratarse de yodo radiactivo, esta radiación irá destruyendo la glándula tiroides poco a poco. El carácter radiactivo del I 131 exige de un sistema de aislamiento para los pacientes tratados y para la recogida y eliminación segura de los residuos generados en el proceso del tratamiento, a fin de proteger a su entorno y a la población general de los riesgos de contaminación y radiación.

Instrucciones generales para el paciente hospitalizado

Dentro de la habitación existe tanto riesgo de irradiación como de contaminación por ello es importante que el paciente siga estas instrucciones:

- Las puertas de acceso a la habitación deben de permanecer cerradas.
- El paciente no puede salir de la habitación, salvo en caso de emergencia.
- Seguir las instrucciones de uso de inodoro.
- No se debe orinar en la ducha, porque el desagüe lo transporta al alcantarillado general.
- Beber abundantes líquidos (agua, caldos...) como mínimo 2 litros al día.
- Ducharse, al menos, una vez al día.
- Las visitas están restringidas y con un tiempo de estancia limitado debido al riesgo de irradiación y contaminación. Están prohibidas a menores de edad y embarazadas.

Pasos a seguir el día del tratamiento

- Desde las 6 h. de la mañana del día de la administración del tratamiento no tomará nada sólido (sí puede beber agua).
- El personal de la Unidad explicará el funcionamiento de la cama, el timbre, las luces, la televisión, el manejo de las ventanas y persiana, el teléfono (cómo llamar al Control de enfermería), y de especial importancia el uso del inodoro. Se ensenará al propio paciente cómo se mide la tensión arterial y temperatura.
- El día del ingreso, previo a la toma del yodo 131, se realizará una extracción de sangre y si es mujer, habrá que realizar una prueba de embarazo.
- Una vez que el paciente se instale en la habitación, el personal facultativo de Medicina Nuclear visitará y proporcionará la medicación de yodo 131 para que lo tome.
- Por la seguridad del paciente, el personal de enfermería le verá a través de una pantalla colocada en el Control de Enfermería. El paciente tendrá en cuenta que el personal debe evitar entrar en la habitación. En el cambio de turno se pondrá en contacto con el paciente a través del teléfono de la habitación. A medio turno, la enfermera responsable, llamará por teléfono, para que le indique los valores de la tensión arterial y la temperatura. Y puede llamar al timbre siempre que lo necesite.

Informacion para el paciente

- En la mesilla encontrará vasos de plástico, botella de agua, servilletas, bolsas para vómitos, aparato de toma de tensión arterial, termómetro y teléfono.
- Cuando el personal entre en la habitación, el paciente debe colocarse sentado en el punto más alejado de la entrada y el personal detrás de la mampara plomada.
- Se pasará la comida pasadas 2 horas de la toma del yodo radiactivo 131.El personal de la unidad, introducirá la bandeja, dejándola en una mesa. El paciente utilizará cubiertos y vasos de plástico que después de utilizarlos, los tirará en una bolsa de basura que hay en el baño. Cuando termine de comer volverá a dejar la bandeja en la mesa para su retirada.
- En el armario de la habitación tiene sábanas para realizar el cambio de las mismas, así como pijamas, esponjas, toallas y papel higiénico.
- Como mínimo, realice una ducha diaria para eliminar el sudor.
- El sillón de la habitación debe estar cubierto por una sabana que cambiará si se mancha de sudor.
- No orine en la ducha, porque se eliminará al alcantarillado general.
- Durante el lavado habitual y lavado de dientes, dejar el grifo abierto para que corra el agua..

• En el baño existen dos tiradores de emergencia de color rojo, una fuera de la ducha y otro dentro, que suenan en el control de enfermería como asistencia urgente. A la hora de ir al baño, incluso si es varón, orinar sentado, limpiarse con papel higiénico y tirarlo en la parte posterior del inodoro. Después tirar de la cisterna dos veces.

• Es importante lavarse las manos cada vez que se utiliza el baño. Si se produce algún derrame o salpicadura fuera del inodoro, limpiar con papel de baño y avisar al Control de enfermería.

• **USO DEL INODORO:** El interior del inodoro está diferenciado en dos zonas: la parte posterior para la recogida de heces y la parte anterior para la recogida de la orina. Después de ser utilizado tirar 2 veces de la cadena o presione dos veces el pulsador.

Durante el ingreso deberá orinar en el inodoro para almacenar la orina en unos contenedores especiales., para evitar su vertido directo al alcantarillado general.

En la parte frontal del inodoro aparece una imagen que debe estar en color verde, para utilizarlo. Si la imagen está apagada o de color rojo avise al Control de enfermería y no utilice el inodoro.

En el inodoro no tire nada que no sea el papel higiénico y únicamente en la zona posterior del inodoro.

Pasos a seguir después de recibir el tratamiento

• Al día siguiente de la administración del tratamiento, estimulará la salivación mediante la toma de caramelos ácidos, chicles o zumos de cítricos.

• Podrá abrir la ventana cuando lo precise.

• La mayor parte del yodo radiactivo sobrante se elimina por la orina. Por eso, es muy recomendable que aumente la ingesta de líquidos.

• Durante el tiempo de ingreso deberá tener especial precaución con el contacto con el personal sanitario.

• El especialista de Medicina Nuclear pasará visita diariamente y medirá los niveles de radiación.

• Durante el tratamiento puede sentir náuseas y vómitos. Para prevenirlos, se le prescribirá un tratamiento oral. Si precisa, en la mesilla dispone de una bolsa para su recogida.

• Ante cualquier síntoma e incidencia avisar al Control de enfermería. Antes de cada entrada del personal en la habitación, se comunicará llamando por teléfono para que se situé en el punto más alejado del punto de entrada y si es posible, sentado.

Consejos al alta hospitalaria

Durante la semana posterior al tratamiento:

• Si es posible, utilice un baño independiente. En caso de usar el baño familiar o compartir un baño, siéntese en el inodoro y tire la cadena dos veces después de cada uso. Tras orinar, debe secarse los genitales con papel y lavarse las manos.

• Durante los primeros días después del tratamiento **duerma solo**.

• Es aconsejable mantener una **ingesta abundante de agua**.

• **Utilice cubiertos desechables** o lave sus cubiertos de forma separada a la de los demás.

• **Evite pasar** periodos prolongados, más de dos horas, cerca de otros **adultos, particularmente con los niños y las mujeres embarazadas.**

• Lave su ropa de cama, toallas y vestimenta diaria en su casa de forma separada a la del resto de la familia.

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

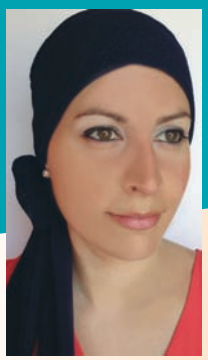


Imagen real de una prótesis capilar **RUEBER**

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

¿Puede la columna cervical causar mareo?

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

La columna cervical es una región formada por siete vértebras apiladas una sobre otra formando funcionalmente una estructura compleja en su conjunto y cuyas alteraciones pueden dar síntomas de lo más diversos tales como dolor, limitación de la movilidad, aumento del tono muscular, dolores de cabeza, trastornos de la orientación en el espacio o mareo entre otros.

¿Cómo se define el mareo?

Se trata de una sensación desagradable que sufre el individuo con respecto al medio que le rodea, que le provoca inseguridad, malestar o embotamiento, es decir, se trata de un trastorno en la representación de las relaciones entre nuestro cuerpo y nuestro espacio y de una pérdida de la orientación espacial.

El mareo en sí mismo, no es una enfermedad sino un síntoma, a veces indicativo del principio de otras disfunciones como pueden ser dolor, parálisis, sordera o procesos inflamatorios. Este síntoma, puede desencadenarse aisladamente, siendo una manifestación puramente subjetiva, o acompañado de signos objetivables como alteraciones motoras, neurológicas o vegetativas.

Términos con los que a menudo se confunde

- **Vértigo:** se define como una ilusión del paciente de movimiento falso entre sí mismo y el mundo exterior.
- **Presíncope:** es la sensación que tiene el paciente de que está a punto de desmayarse. Suele acompañarse de signos y síntomas como sensación de zumbidos, de piernas flojas, constricción del campo visual, palidez, sudoración y/o náuseas.
- **Desequilibrio:** es la sensación de perder el propio equilibrio sin percibir movimiento ilusorio o pérdida inminente de la conciencia. Por lo general, los pacientes lo sienten en bipedestación o en la marcha. Normalmente el desequilibrio se da como consecuencia de una alteración de la integración entre las informaciones que llegan de los sentidos y las que van a los músculos. Aunque no es raro el desequilibrio en la ancianidad, este síntoma en pacientes jóvenes sugiere la existencia de enfermedad neurológica.
- **Inestabilidad mal definida:** es una sensación vaga que no cabe en ninguna de las otras categorías, y que a menudo se describe de manera imprecisa por el paciente. Sin embargo, algunos enfermos se sensibilizan debido a los problemas psicológicos relacionados con ansiedad o a otras alteraciones que ya causaron antes ataques agudos de desequilibrios. La inestabilidad que acompaña a los trastornos de ansiedad por lo general se acompaña de hiperventilación.

¿Por qué se da el mareo?

Entendemos que esta sensación incómoda se da por una incoherencia entre las informaciones de los diferentes centros que regulan nuestro equilibrio y la postura.

Los mecanismos de control postural del ser humano se regulan en base a las informaciones procedentes del exterior, siendo los receptores situados en los pies, la articulación temporomandibular y el sistema óculo-cérvico-vestibular los receptores sensitivos encargados de informar al individuo acerca de su propia postura. Dependiendo de estas informaciones, el sistema nervioso central regula el tono postural. Así, es imprescindible que todas las piezas del puzle de la postura encajen perfectamente, ya que si no, si existe una información que no concuerda con el resto, esta producirá una sensación de mareo.

Dentro de la columna cervical, la región más importante para la propiocepción (conciencia del propio cuerpo y de la postura) es la columna cervical alta (C1-C3), destacando

en esta la musculatura suboccipital. Por esta región pasan nervios que relacionan el aparato vestibular y visual, y cuyas informaciones de las tres regiones convergen en el cerebelo (órgano responsable del control postural y la coordinación).

En condiciones de normalidad, el control postural funciona correctamente. Sin embargo, ante cualquier alteración, entra en juego el sistema nocioceptivo (responsable del dolor), provocando una hiperactividad de la musculatura profunda, que envía desde los mecanorreceptores (receptores que informan de la contracción muscular y de la presión en las articulaciones) una información constantemente alterada y produciendo así una incoherencia entre las diferentes informaciones que llegan al sistema nervioso central responsables del control postural. Esta especie de "cortocircuito" entre las informaciones, asociado al hecho de que la información visual prevalece sobre la de los mecanorreceptores, son los causantes de la sensación de malestar del paciente.

¿Qué región es la que más habitualmente se afecta en estos casos?

Como se puede deducir, este tipo de síntomas suelen ser predominantemente causados por una afectación en la región cervical alta, pudiendo afectarse este segmento de forma aislada, o afectándose la región cervical en su conjunto.

Cuando existe una rigidez en el cuello, aumentan las posibilidades de irritación en la región que estamos analizando; C1-C3. La información alterada que llega al cerebro desde esta región no coincide con la que llega procedente de cabeza y ojos, ni con la que llega del sistema coclear (encargado de que podamos conocer la posición y el movimiento de nuestro cuerpo en todo momento) por lo que se produce el mareo. Otras causas de mareos pueden ser el espasmo muscular, y a veces, alteraciones vasculares (principalmente de la arteria vertebral).

¿Con que frecuencia se manifiesta?

La mayoría de los casos hallados corresponden a personas de una franja de edad comprendida entre los 30 y los 50 años y principalmente de sexo femenino. Además, la mayoría de pacientes con un diagnóstico de vértigo cervical no presentan sensación de vértigo (ilusiones rotatorias) sino más bien sensaciones de inestabilidad y desequilibrio.

¿Cómo se diagnostican este tipo de problemas?

Ante la presencia de este tipo de síntomas, es necesaria una exploración completa que abarque los sistemas comentados: vestibular, visual, cervical, y descartar patología del sistema nervioso central. Por lo general, el diagnóstico del mareo cervical se hace por descarte, cuando el resto de exploraciones son normales y existe una alteración en la exploración de la región cervical (dolor, limitación, cambios en los tejidos, alteraciones de la columna objetivables en radiografías, etc.)

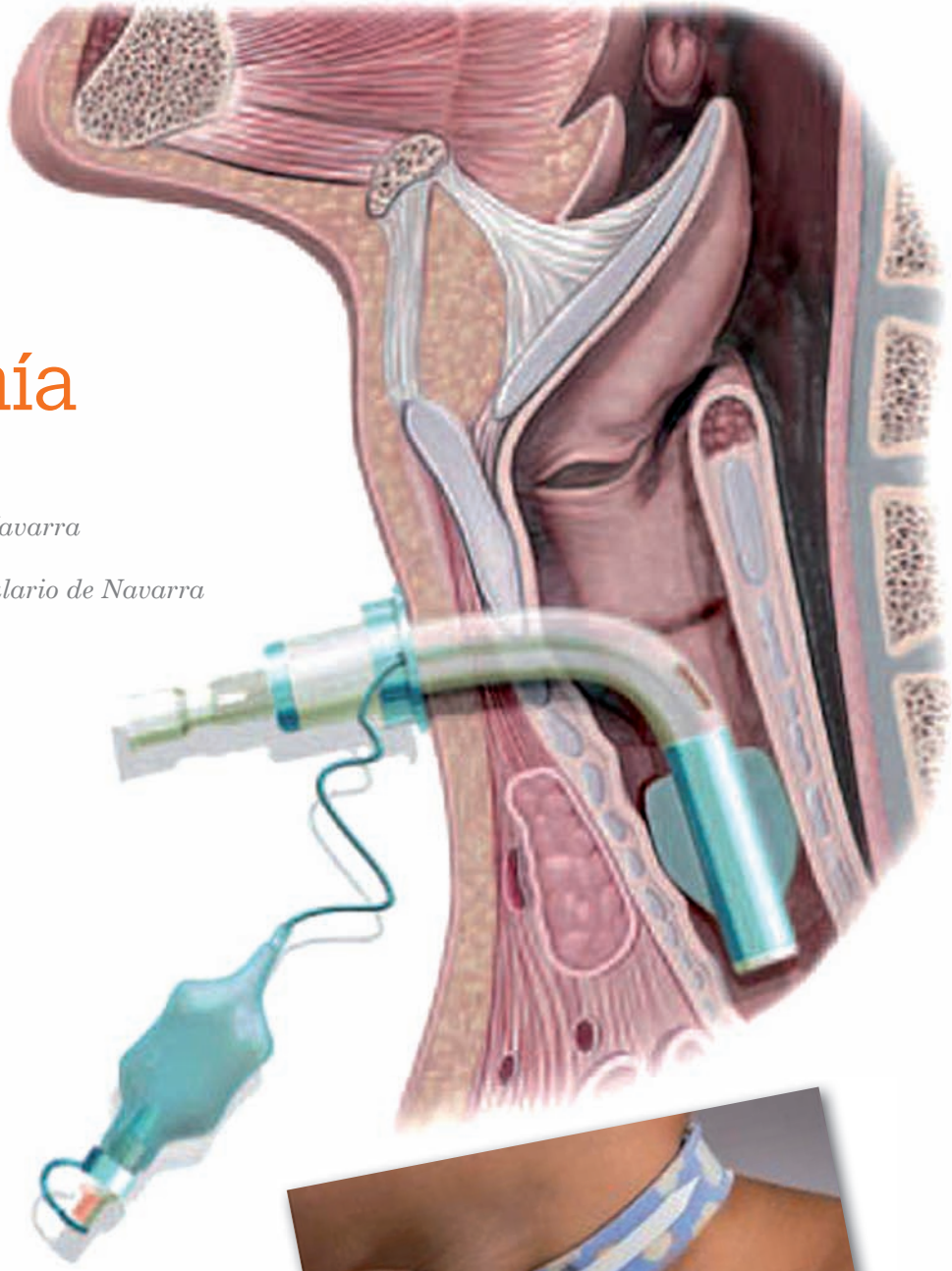
¿Cómo podemos mejorar este tipo de síntomas?

Ante la confirmación de este diagnóstico y habiendo descartado patologías de mayor gravedad, los mareos cervicales se pueden tratar de diferentes maneras: fisioterapia, ejercicios (de estiramiento y de potenciación de la musculatura debilitada), trabajo de coordinación del sistema óculo-cérvico-vestibular, etc.

En todas estas situaciones, el mareo se trata de un síntoma muy desagradable para quien lo padece, pero no tiene que entenderse como una patología que siempre signifique gravedad. En cualquier caso, ante la presencia de este tipo de sensaciones, el paciente debe ponerse en manos del personal sanitario para que se le realicen las exploraciones y pruebas pertinentes.

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

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



Traqueostomía

Dr. Diego Regalado Bermeo
MIR-ORL. Complejo Hospitalario de Navarra
Dr. Ignacio Arruti González
Jefe de Sección ORL. Complejo Hospitalario de Navarra

Etimológicamente la traqueostomía deriva como gran parte de la nomenclatura médica del griego, en este caso de las palabras trakhea-tomé-ía que significa hacer un corte sobre la tráquea.

Antes de poder profundizar en el tema es necesario saber diferenciar entre traqueotomía y traqueostomía ya que aunque suenen muy similares y su técnica sea esencialmente la misma hay un pequeño detalle que las diferencia y radica en su finalidad; la primera se autolimita en el tiempo y culmina en el mismo acto quirúrgico con el cierre de la tráquea, usada básicamente para extracción de cuerpos extraños, control local de patología o toma de biopsias; mientras que la segunda se utiliza para el manejo a corto o largo plazo de la vía aérea mediante la apertura de la tráquea y la colocación de un tubo.

El origen

La existencia de este procedimiento ya se describe en épocas tan lejanas como en el antiguo Egipto (año 3000 AC), su verdadero origen es incierto y ha tenido que pasar por varias etapas y modificaciones antes de poder ser aceptado como el procedimiento estándar de control quirúrgico de la vía aérea.
Curiosamente fue ampliamente cuestionada durante la época del oscurantismo pero actualmente goza de gran aceptación en el ámbito de la cirugía de cabeza y cuello así como en las unidades de cuidados intensivos.

Las indicaciones

Su importancia viene dada por la necesidad de un adecuado control de la vía aérea en un paciente con compromiso vital de la misma. Ha sido ampliamente indicada ante diversos escenarios clínicos empezando por necesidades en las que se prevé una intubación prolongada o terapia intensiva postoperatoria y pasando por grupos de patologías más concretas como:

- Obstrucción mecánica de la vía aérea (cuerpos extraños, alergias, tumores, traumatismos, infecciones....).
- Enfermedades pulmonares.
- Enfermedades del sistema nervioso central.
- Profilaxis quirúrgica y radioterápica.
- Mala eliminación de secreciones bronquiales.
- Enfermedades neuromusculares.
- Depresión del centro respiratorio.
- Uso prolongado de respiradores mecánicos.

Técnica

Hoy en día se han descrito varios métodos y procedimientos para realizarla que variarán según las necesidades y situación de cada caso.

- **Técnica quirúrgica reglada:** se realiza en quirófano, bien con anestesia general o local.
- **Técnica percutánea:** se introduce una guía de alambre flexible entre el primer y segundo cartílago traqueal, a través de una aguja introducida de forma percutánea con ayuda de una pequeña incisión de 1-2 cm a este nivel. La abertura creada se dilata de forma progresiva a través de la guía de alambre formando un agujero del tamaño necesario para acomodar una cánula de traqueostomía .

Complicaciones

Las complicaciones de una traqueostomía reglada aunque posibles no son frecuentes ya que generalmente se trata de un procedimiento en el cual se tiene un adecuado y preciso control de la anatomía quirúrgica, salvo en los casos en los que la presencia de tumores o malformaciones distorsione los campos.

- **Inmediatas:** Hemorragia, Enfisema subcutáneo, neumotórax, Fístula traqueo-esofágica y Obstrucción de la cánula, desplazamiento...

• **Tardías:** Hemorragia, Estenosis traqueal y Cicatriz inestética.

Cuidados

• Existen una gran variedad de pautas para cuidar el estoma (orificio). En general la piel del traqueostoma debe lavarse diariamente con agua y jabón.

• Partiendo del hecho de que los pacientes usuarios de una traqueostomía necesitan respirar aire más húmedo y preferentemente más limpio que el resto de la población, es recomendable episódicamente, sobre todo en etapas iniciales, introducir una pequeña cantidad de suero fisiológico a través de la cánula para favorecer la tos y la fluidificación de secreciones.

Los cuidados del estoma con limpieza y lubricación adecuada para evitar la infección, erosión o formación de granulomas contribuyen a bajar la tasa de sangrados y cierres anómalos en la ostomía.

• En caso de que se necesite un balón de seguridad el mantenerlo a mucha presión puede favorecer la presencia de estenosis mucosas o granulomas dentro de la tráquea por lo que es recomendable vaciar o bajar la presión del balón cuando no se necesite.

• Los cambios de cánula externa se deben hacer en función del mantenimiento y las condiciones en las que se encuentre el dispositivo, al principio puede ser razonable realizarlo cada 10 días. Las cánulas de plástico pueden, con los cuidados adecuados, durar 1-2 meses y las de silicona 6 meses aproximadamente, las de plata pueden durar años con una limpieza adecuada.

• Para realizar el cambio de cánula en los adultos el paciente deberá usar un espejo para observar sus gestos, aunque hay quien con el tiempo prescinde de él.

• Tanto en niños como en adultos la endocánula (parte interior) se debe sacar y limpiar las veces que haga falta sobre todo cuando haya catarro, es recomendable aspirar las secreciones incluso durante la noche especialmente en los niños.

• En el momento del cambio de cánula es fundamental tener todos los materiales necesarios al alcance de la mano para evitar dificultades durante el procedimiento, la posición del cuello siempre será en extensión, es decir levantando la punta de la nariz incluso si se hace acostado (se puede poner una toalla doblada bajo los hombros).

• No es necesaria una esterilidad estricta para los cuidados de la traqueostomía, sin embargo, no olvidar que debe ser un procedimiento limpio por lo que si se necesita reutilizar algo del instrumental este debe estar siempre limpio y desinfectado, las cintas o velcros de sujeción de la cánula se pueden cambiar las veces que se precise sin necesidad de sacar el dispositivo.

• Una parte fundamental es comprender que los usuarios de traqueostomía deben modificar unos pocos aspectos de su vida dentro de los que los más importantes son el momento del baño por la posible entrada de agua a la vía aérea, también hay que vigilar a los niños muy pequeños ya que en el contexto del juego podrían llegar a introducirse objetos extraños a través de la cánula de traqueostomía con el consiguiente compromiso para su respiración.

Tipos de cánula

▶Según el material:

1. **Metálicas:** Normalmente de plata.
2. **De polivinilo:** Son más rígidas pero más sencillas de introducir. Se pueden usar para traqueotomía de corta duración.
3. **De silicona:** Son mas blandas ideales para traqueostomías de larga duración.

▶Según la presencia o no de balón:

1. **No balonados:** Son las recomendadas en niños.
2. **Balonados:** Se usan en pacientes que requieren ventilación con altas presiones.

▶Según la presencia de fenestración (ventana):

1. **No fenestrados:** Lo habitual en niños. El tubo siempre debe dejar cierto paso de aire alrededor del mismo, para no dañar la traquea y permitir el lenguaje.
2. **Fenestrados:** Permiten la eliminación de secreciones y el lenguaje.

Independientemente de los tipos, el dispositivo en general, salvo las de silicona, se compone de dos estructuras tubulares acoplables entre si conocidas como la cánula externa y la cánula interna (las cánulas infantiles debido a su pequeño tamaño no tienen estas dos partes) , la cánula externa lleva en su parte superior generalmente un soporte de plástico/goma el mismo que hace de límite para evitar una excesiva introducción o angulación en la vía aérea y sitio de anclaje de la válvula de insuflación en caso de que la cánula sea con balón y las cintas de seguridad; la cánula interna va acoplada y asegurada dentro de la externa y permite la limpieza y cuidados del dispositivo sin necesidad de tener que cambiarlo entero.

En vista de que existe un importante abanico de modelos de cánulas, el paciente y sus cercanos deben conocer adecuadamente la estructura de la cánula usada así como entender su funcionamiento, objetivo y manejo.

La decanulación

La traqueostomía es en la gran mayoría de casos un procedimiento reversible, generalmente la decanulación y el cierre de la comunicación tráquea/piel es un procedimiento sencillo, aunque hay que ser metódicos antes de intentarlo ya que de esa forma se reducen las complicaciones. En primer lugar hay que confirmar que la causa que haya motivado la necesidad de hacer la traqueostomía haya desaparecido por completo mediante la exploración clínica pertinente, una vez confirmado la mejoría del cuadro inicial se debe ir destetando progresivamente la cánula, mediante la oclusión del agujero de esta durante el día, hasta conseguir que el paciente respire espontáneamente todo el día y la noche con el agujero de la cánula tapado. Una vez conseguido la tolerancia por lo menos durante 24-48 horas seguidas se puede retirar la cánula y aproximar la piel del estoma para favorecer un cierre espontáneo durante los días siguientes o incluso se puede si se desea en ese momento revitalizar los bordes de la comunicación tráquea/piel previamente anestesiada y aproximar mediante sutura la piel, generalmente luego del cierre completo de la traqueostomía persiste un defecto cutáneo que se puede llegar a corregir quirúrgicamente con el tiempo si el paciente lo desea.

Conclusión

La traqueostomía es una técnica quirúrgica que va a permitir ventilar a un paciente a través de un orificio realizado en la tráquea. Este procedimiento puede ser reversible o permanente según la causa que haya obligado a realizarlo.

En manos expertas es una técnica que cursa con pocas complicaciones, aunque una traqueostomía de extrema urgencia puede hacer temblar a los cirujanos más avezados.

Los cuidados del orificio traqueal y de la cánula deben ser meticulosos para evitar complicaciones.

En los niños las indicaciones deben ser más estrictas ya que se va a alterar el crecimiento normal de los anillos traqueales siendo más costosa la decanulación.

Consumo de drogas, un "juego" con mucho riesgo

Olga Lucía Correa
Médico Especialista en Psiquiatría. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Reina Sofía de Tudela.

El consumo de drogas no es un juego, a pesar de que por desgracia se esté expandiendo su uso y cada vez en personas más jóvenes, para quienes realmente puede ser un juego. Uno de los asuntos más preocupantes es la tendencia a normalizar su consumo dentro de los núcleos juveniles (cuadrillas, reuniones de jóvenes), sin considerar ni por un momento el riesgo que este hábito trae consigo.

Una buena explicación para que esto se esté dando radica en la desinformación. No es raro que un consumidor de sustancias psicoestimulantes (drogas) no considere tener ningún problema siempre y cuando no incurra en lo que para él o ella sería un abuso de la sustancia. Es decir, que tanto para los consumidores de estas sustancias como para los no consumidores parece que el riesgo sólo radica en la posibilidad de caer en una adicción. Sin embargo, esto no corresponde a la realidad que observamos los clínicos de la salud mental.
La adicción es sólo unos de los riesgos que se corre al iniciarse en el consumo de drogas psicoestimulantes. Por desgracia el abanico de desenlaces negativos es algo más amplio que sólo eso.

En la busqueda del placer

El ser humano responde a un sin número de estímulos de forma instintiva: el hambre, la sed, el amor... y otro de ellos y que tiene un papel fundamental en la conservación de la especie y la vida saludable es el placer. Una vez que un estímulo nos ha generado placer, la respuesta natural es buscar repetir la sensación. Éste sería el principio básico del mecanismo de la adicción, que para el caso de las sustancias psicoactivas, con un consumo repetido van consiguiendo incluso modificaciones a nivel del funcionamiento de ciertos sistemas cerebrales con las que se consigue que cada vez que el cerebro sea más ávido de placer por la vía del consumo de sustancias y cada vez menos receptivo para otros estímulos potencialmente placenteros. Por este motivo para una persona que adquiere el hábito y posteriormente una adicción a una sustancia empieza a ser difícil obtener placer de otras fuentes que no sean las sustancias en cuestión. El cerebro ha cambiado. Se va perdiendo entonces el interés por las actividades escolares, las reuniones familiares, los amigos, el deporte...todo aquello que no signifique una fuente de placer inmediato y sin mucho esfuerzo.
Por suerte esto es reversible. No resultará fácil reentrenar al cerebro para recibir y disfrutar de otros estímulos placenteros, pero es posible. A este punto solo se puede llegar empezando con consumos en algún momento de la vida, por lo que la mejor manera de evitar llegar al punto de la adicción es evitar que nuestro cerebro tenga contacto con este tipo de sustancias.

El juego de la ruleta

Que una persona puede hacerse adicta a una sustancia digamos que es algo que todos sabemos. Pero sabíamos que las sustancias psicoactivas también pueden despertar o generar una enfermedad mental grave y/o crónica.
La esquizofrenia y el abanico de enfermedades relacionadas con ésta, el trastorno bipolar, la depresión, son algunas de las enfermedades más graves e incapacitantes que enfrentamos los profesionales de la salud mental. Su causa no está aún claramente identificada. Se conocen varios factores que pueden estar relacionados, y uno de los factores que más relación directa se ha identificado es el consumo de tóxicos. Otros son la vulnerabilidad genética (estar genéticamente predispuesto), los antecedentes familiares, traumas en la infancia, etc.
Un tóxico o droga puede o bien despertar la vulnerabilidad que una persona de por sí ya tiene inscrita en su código genético o bien producir directamente una de estas enfermedades mentales. El hecho de que podamos estar genéticamente predispuestos a sufrir una enfermedad mental no implica que la vayamos a sufrir sí o sí, significa que es una posibilidad. Pero si una cierta posibilidad, desconocida porque no conocemos lo que hay en nuestro código genético, la aumentamos con un factor claramente identificado como riesgoso, la posibilidad se hace evidentemente mayor. Por este motivo, el consumo de tóxicos también se convierte en juego de azar, porque

no sabemos nuestra predisposición a sufrir una enfermedad mental grave, y entrar en contacto con el consumo de tóxicos podría hacer que la sufriéramos de forma transitoria o de forma permanente.
Las enfermedades mentales graves pueden ser muy deteriorantes y discapacitantes para el cerebro humano. No son un juego.
En el caso del cannabis (marihuana-hachís) la relación con desarrollo de esquizofrenia está más que evidenciada dentro de los servicios de salud mental. Casi que podríamos decir que es de las sustancias con mayor relación observable. Le sigue el consumo de anfetaminas y cocaína, dentro de las sustancias psicoactivas más consumidas en la población joven, fuera del consumo de alcohol, que es otro problema añadido para mucho de nuestros jóvenes.
Así mismo existe la tendencia del joven consumidor de sustancias psicoactivas a tornarse más agresivo, intransigente, impulsivo, intolerante, principalmente dentro del núcleo familiar. Esto le aísla, y le vincula cada vez más al entorno del consumo, porque allí no hay exigencias ni límites.

Y entonces, ¿qué hacer?

No todo son malas noticias. Hay mucho que se puede hacer, pero requiere antes que todo una gran concienciación. Abandonar la normalización, y minimización, y afrontarlo como lo que es, un grave problema para la salud actual y futura de los jóvenes afectados. Esto sin considerar la afectación que genera en el núcleo familiar y social cercano.
El peor enemigo de la salud mental y de los hábitos saludables es una mente aburrida. Una mente aburrida, sin nada que hacer, puede caer en una distracción fácil, como lo es el consumo de estimulantes. Las mentes y los cuerpos de nuestros jóvenes hay que estimularlas desde la primera infancia.
Fomentar las actividades deportivas, recreativas, artísticas, sus capacidades creativas..., es decir, que sea una mente entrenada para buscar estímulos en su entorno. Y esto ha de intentarse mantenerlo durante las edades posteriores a la niñez, fomentando actividades fuera o dentro de casa pero sobre todo que estimulen.
El deporte y las actividades artísticas las recomendamos principalmente para que los chicos se envuelvan en un entorno de estímulos placenteros saludables y enriquecedores.
Conversaciones abiertas y claras. No hablar de un tema por miedo a darle importancia, puede ser interpretado como que no se considera importante. Perder el miedo a hablar claro con nuestros hijos, hablar de los riesgos, de las consecuencias potenciales, y comunicar nuestra posición al respecto como familia y como las cabezas del núcleo familiar.
Por desgracia, en ocasiones no cabe desplegar medidas preventivas, ya que hay muchos casos de consumo de droga claro dentro de nuestros jóvenes. En estos casos hay que actuar con rapidez y acudir a los recursos que se ofrecen desde los servicios de salud.

En primer lugar el médico de atención primaria que es quien mejor nos va a orientar y aconsejar, en caso de que lo considere adecuado, sobre cuál es la vía de actuación más indicada para el caso en particular.

Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.
Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones
Enviar artículos a: redaccion@zonahospitalaria.com

Cómo actuar ante un infarto y un atragantamiento

Lain Nagore. *Celador. Complejo Hospitalario de Navarra*
Mónica San Juan. *Enfermera.Complejo Hospitalario de Navarra*

En cualquier momento o lugar podemos tener una situación en la que alguien cercano a nosotros puede sufrir un atragantamiento o un infarto, puede también que seamos testigos de un incidente semejante en un lugar público como puede ser un restaurante, la piscina o en el patio del colegio de nuestros hijos. Por eso saber como practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP) o la maniobra de Heimlich frente a un atragantamiento puede ayudar a salvar vidas.

La reanimación cardiopulmonar son el conjunto de técnicas o maniobras básicas que se realizan inicialmente a las personas que han sufrido una parada cardiorrespiratoria, por eso el conocer estas técnicas es esencial para la recuperación de dichos pacientes. Es mejor hacer algo que no hacer nada. Estas técnicas incluyen maniobras de abertura de la vía aérea y las comprensiones de pecho que sustituyen la función del corazón y la respiración.

La reanimación cardiopulmonar

Cuando el corazón se detiene, la falta de sangre oxigenada puede causar daño cerebral en solo unos minutos. Una persona puede morir en 8 o 10 minutos, por eso es importante iniciar las tareas de reanimación lo más rápido posible para asegurarnos las mínimas secuelas posibles.

Antes de comenzar la reanimación cardiopulmonar hay que comprobar varias cuestiones:

1. Asegura el lugar de los hechos. Elimina los peligros que amenacen tu seguridad, la del paciente o la de las personas que ahí se encuentren.

2. Comprueba el estado de consciencia de la víctima. Arrodíllate a la altura de sus hombros y sacúdelos con suavidad. Acércate a su cara y pregúntale en voz alta si se encuentra bien. **Si responde:** deja a la víctima en la posición en que se encuentra y pasa a realizar una valoración secundaria.

Si no responde: pide ayuda sin abandonar a la víctima y colócale en posición de reanimación. Boca arriba con brazos y piernas alineados sobre una superficie rígida.

3. Abre la vía aérea. Coloca una mano sobre la frente y con la otra tira del mentón hacia arriba, para evitar que la lengua impida el paso del aire a los pulmones.

4. Comprueba si la víctima respira normalmente manteniendo la vía aérea abierta (ver, oír, sentir durante no más de 10 seg.)

Si la víctima respira normalmente:

- Colócala en posición lateral de seguridad (PLS).
- Llama al 112 o busca ayuda.
- Comprueba periódicamente que sigue respirando.

Si la víctima no respira normalmente:

- Pide ayuda, llama al 112 o pide a alguien que lo haga e inicia 30 compresiones torácicas en el centro del pecho.

5. Realiza 2 insuflaciones con la vía aérea abierta (frente-mentón) y la nariz tapada. Si el aire no pasa en la primera insuflación, asegúrate de estar haciendo bien la maniobra frente-mentón y realiza la segunda insuflación, entre o no entre aire.

6. Alterna compresiones - insuflaciones en una secuencia 30:2 (30 compresiones y 2 insuflaciones) a un ritmo de 100 compresiones por minuto.

7. Continuar hasta que la víctima inicie respiración espontánea, te agotes o llegue ayuda especializada.

El atragantamiento y la maniobra de Heimlich

El atragantamiento es bastante común, el conocer como solventar ese problema puede ayudar a salvar más de una vida. Para ello hay que utilizar una técnica muy sencilla, la maniobra de Heimlich.

Dicha maniobra es un procedimiento que se usa para ayudar a una persona que se está asfixiando y es incapaz de hablar, lo que hace es provocar tos a la persona atragantada lo que hace que la fuerza de la tos pueda sacar el objeto alojado en las vías respiratorias.

Para realizar la maniobra hay que seguir los siguientes pasos:

- Poner los brazos alrededor de la cintura de la persona atragantada e inclinarlo un poco hacia delante.
- Con una de nuestras manos hacemos un puño y colocamos el dedo pulgar entre el ombligo y la parte baja de sus costillas.
- Colocamos la otra mano sobre el puño y presionamos contra el abdomen con una comprensión hacia adentro y hacia arriba. Hay que repetir la operación hasta que el objeto salga.
- Si el objeto sigue atascado a pesar de realizar la maniobra de Heimlich, dale a la víctima unas cinco palmadas en la espalda con el talón de la mano. Hazlo en la zona ubicada entre los omóplatos.

Síndrome del túnel del carpo

Dr Rubén Goñi Robledo. *FEA traumatologia y ortopedia. Complejo hospitalario de Navarra*
Dra Marta Aguado Sevilla. *MIR anestesia y reanimación. Complejo hospitalario de Navarra*

El síndrome del túnel del carpo es una patología extraordinariamente frecuente en nuestras consultas de traumatología. Es una patología que produce clínica en la mano y muñeca que acaba limitando las actividades de la vida diaria.

Se produce en pacientes de entre 30-60 años y es más frecuente en mujeres. El nervio mediano es un nervio que inerva y da sensiblidad a los tres primeros dedos de la mano y parte externa del cuarto. Atraviesa la muñeca por un "túnel" cuyo techo es un ligamento que es el responsable de la compresión.

Causas

Se ha asociado el túnel carpiano a movimientos repetitivos laborales con bastante frecuencia, así como al uso de productos de limpieza.
Otros factores son el alcoholismo, secuelas de fracturas, obesidad y enfermedades que acumulan líquido como el embarazo.

Síntomas y diagnóstico

Generalmente el inicio de la clínica es progresivo y suele debutar con entumecimiento de la mano, torpeza y hormigueo en los tres primeros dedos y parte del cuarto. Progresa con dolor irradiado al codo, debilidad y pérdida de movimiento fino de la mano y en casos avanzados, atrofia muscular.
El diagnóstico es clínico, con test para provocar la compresión del nervio en la muñeca de una forma resumida. Puede solicitarse una electromiografía que nos informarán de cómo conduce la señal el nervio mediano a la musculatura

Tratamiento

Inicialmente recomendamos el uso de férula nocturna que sirve como descarga para la muñeca. Se puede añadir fisioterapia como complemento y medicación analgésica con un complemento vitamínico del tipo B.
Tras un período razonable de tratamiento conservador, si no es efectivo, se puede plantear la intervención quirúrgica, que consiste en abrir el ligamento anular del carpo para que el nervio mediano deje de estar comprimido.

TANATORIO LA FUENTE
FUNERARIA SAN PEDRO NAVARRA

A su lado en los momentos más difíciles.
Pol. Talluntxe Calle A, Nº 2
31110 Noáin (Navarra) España
M: 618 989 761
T: 948 312 765
www.funerariasanpedronavarra.com

SERVICIO FUNERARIO COMPLETO
SERVICIO DE FLORISTERÍA Y CONTRATACIÓN DE ESQUELAS
TRASLADOS NACIONALES / INTERNACIONALES

Todo ello de la forma más cercana, respetuosa y profesional, gracias a nuestra amplia experiencia en el sector.

- Precio competitivo y excelentes condiciones de financiación.
- Trabajamos con todas las compañías aseguradoras.
- Amplio aparcamiento gratuito.

Automedición de la presión arterial

Marta Bona Otal. *Médico de Familia. Centro de Salud II Ensanche*
Paula Ayestarán Yubero. *DUE. Complejo Hospitalario de Navarra*
Ariñe Goñi Torrea. *DUE. Complejo Hospitalario de Navarra*
Elena González Esain. *DUE y Fisioterapeuta. Centro de Salud Rochapea*

La medición de la presión arterial es una técnica frecuente que realizamos en las consultas médicas, farmacias, revisiones del trabajo... pero además de las tomas de tensión realizadas por profesionales sanitarios, las mediciones que el propio paciente o su cuidador pueden realizar en su domicilio resultan muy útiles tanto para establecer el diagnóstico de hipertensión arterial como para el control del paciente que ya está en tratamiento.

Este registro de la tensión arterial que realiza el propio paciente es lo que denominamos AUTOMEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL.
Su médico/enfermera decidirán la indicación de realizar esta automedición, así como la frecuencia y durante cuánto tiempo realizará las tomas.

¿Qué aparato debo utilizar para medirme la tensión?

Existen distintos aparatos para medir la tensión. Si está pensando en adquirir uno, debe confirmar que esté validado clínicamente. Si tiene dudas sobre cuál comprar, lo mejor es que pregunte a los profesionales sanitarios de su centro de salud. Los dispositivos más adecuados son aquellos que miden la tensión en el brazo. El tamaño del manguito tiene que adaptarse al tamaño de su brazo, por lo que antes de comprarlo deberá comprobar que es adecuado para usted. Antes de comenzar a registrar su tensión con un aparato nuevo, es recomendable que lo compare con un aparato fiable, como puede ser el de la farmacia o en la consulta de su centro de salud.

¿Cómo debo realizar la toma de tensión?

Tiene que estar en un sitio cómodo, sentado en una postura relajada.
Debe estar tranquilo y sin haber realizado un esfuerzo físico antes de la medición.
Si tiene que ir al servicio, vaya antes de realizar la medición. Hay que evitar distracciones como la televisión o el teléfono.
Es mejor hacer la medición antes de las comidas. Para realizar la toma, retire la ropa del brazo sobre el que va a realizar la medición y extiéndalo apoyándolo sobre una mesa.
Coloque el manguito en el brazo unos 2 cm sobre la flexura del codo y después, presione el botón para activar el tensiómetro.
Mientras el aparato realiza la medición no se mueva ni hable. Cuando el tensiómetro haya terminado la medición, usted podrá ver en su pantalla tres cifras: la superior es la que corresponde a su presión arterial sistólica, debajo estará otra cifra que corresponde a su presión arterial diastólica y la cifra inferior es su frecuencia cardíaca. Pasados uno o dos minutos es recomendable que realice una segunda medición. Es muy probable que las cifras de tensión varíen de una toma a otra y a lo largo del día. No se preocupe por esto, es normal.

¿Cómo registro la tensión?

En su centro de salud le entregarán unas hojas de registro para que usted anote de manera ordenada sus cifras de tensión según fecha y momento de la toma: mañana y tarde. Para su médico es importante observar las diferencias de tensión a lo largo del día, ya que así podrá ajustar la dosis y el momento del día en que deberá tomar los medicamentos antihipertensivos para un control óptimo.
A algunos pacientes les genera ansiedad y preocupación tomarse la tensión ellos mismos porque tienen miedo de hacerlo mal o de que salgan cifras elevadas y no saber cómo actuar. Si cree que éste es su caso, coméntelo en su centro de salud antes de comenzar la automedición de la tensión arterial. Los profesionales de su centro de salud adaptarán el control de su tensión a las circunstancias de cada paciente.
No se ajuste usted mismo su tratamiento médico para la tensión según las cifras que obtenga de su registro. Los cambios en los tratamientos crónicos debe realizarlos su médico cuando acuda a los controles.
Recuerde que el tratamiento de la hipertensión arterial no sólo consiste en tomar medicamentos: una dieta saludable, realizar ejercicio de manera habitual y evitar el sobrepeso es fundamental para controlar su tensión arterial.

Mal aliento o halitosis

Eduardo Ripalda Ansa. *Médico de Familia. C.S. Alsasua*

La halitosis se define como el olor desagradable que procede del aliento de una persona y que proviene de la boca, cavidad nasal, senos o faringe. Es la tercera causa de consulta al dentista. Su presencia en la población ronda entre un 20 y 40%, es muy variable al no haber criterios diagnósticos que la definan.

Su presencia se relaciona con la descomposición de partículas de alimentos, células, sangre y algunos componentes de la saliva junto con un aumento de bacterias que dan lugar a la emisión de derivados sulfúricos volátiles y otros gases.

Las causas más frecuentes se deben a trastornos de la cavidad oral, sobre todo a una higiene oral deficiente, la enfermedad crónica periodontal y la gingivitis. Hay otras causas como enfermedades respiratorias, otorrinolaringológicas y digestivas, así como fármacos que pueden estar implicados.

Para confirmar que un paciente presenta halitosis, en primer lugar, un miembro de la familia o un amigo ha de afirmar su presencia. Posteriormente, en ocasiones, puede objetivarse y para ello se dispone de los siguientes métodos:

1. Características organolépticas determinadas por un observador externo: consiste en la percepción del aliento por parte de un examinador que puntúa en una escala de 0 a 5. Se realiza en dos o tres días diferentes para conseguir un diagnóstico más preciso y en ocasiones es necesario un control por parte de otro examinador. Debe evitarse comer, beber y mascar chicles 2 horas antes de la cita, así como fumar e ingerir cebolla, ajo o comidas especiadas en las 24 horas previas. Tampoco usar lápiz de labios con olor, aftershave o perfumes el día del estudio y no debe realizarse si el paciente está tomando antibióticos en los 21 días previos a la visita. Aunque este procedimiento es altamente subjetivo, es el más utilizado, porque si se realiza por profesionales expertos los resultados son equiparables al monitor portátil de sulfuro.

2. Monitor portátil de sulfuro (Halimeter y OralChroma): analiza el contenido total de sulfuro en aire expirado. La medida se correlaciona con el diagnóstico clínico, el grado de lengua saburral y la profundidad de la bolsa gingival. El Halimeter solo sería útil para detectar halitosis de origen oral. El médico determinará si es preciso realizar esta prueba.

Una vez confirmada la halitosis, es preciso determinar su origen mediante una historia clínica orientada a conocer las características organolépticas de este síntoma, consumo de alimentos, fármacos o sustancias implicadas en su etiología, higiene dental o presencia de enfermedades sistémicas y psiquiátricas relacionadas con ella. No existen datos de laboratorio o pruebas complementarias específicas, salvo las relacionadas con las enfermedades que la provocan

¿Cuál es su tratamiento?

Para el tratamiento de la halitosis, dado que fundamentalmente su causa es en relación a patología oral, se podría valorar los siguientes aspectos:

1. Mantener una buena higiene y salud dental. Realizar una dieta rica en frutas frescas y verdura, prescindiendo al máximo de grasas y carne. Evitar alimentos que favorecen el mal aliento, como cebollas, ajos y bebidas alcohólicas. Abstenerse del tabaco.

2. Reducción mecánica de microorganismos. Sería el primer paso para el control de la halitosis. Utilizar diariamente el hilo dental en los espacios interdentales más cerrados y los cepillos interdentales en los espacios más abiertos (el cepillo de dientes no es capaz de eliminar la placa bacteriana ni restos de alimentos de los espacios interdentales).

También es necesario el cepillado con pasta fluorada al menos dos veces al día, incluyendo el dorso de la lengua y el paladar.

Los raspadores linguales en lenguas blanquecinas o que se descaman con facilidad han demostrado mayor eficacia que el cepillo de dientes. Por otro lado, personas que porten dentaduras postizas y materiales protésicos han de retirárselos y deben lavarse una vez al día.

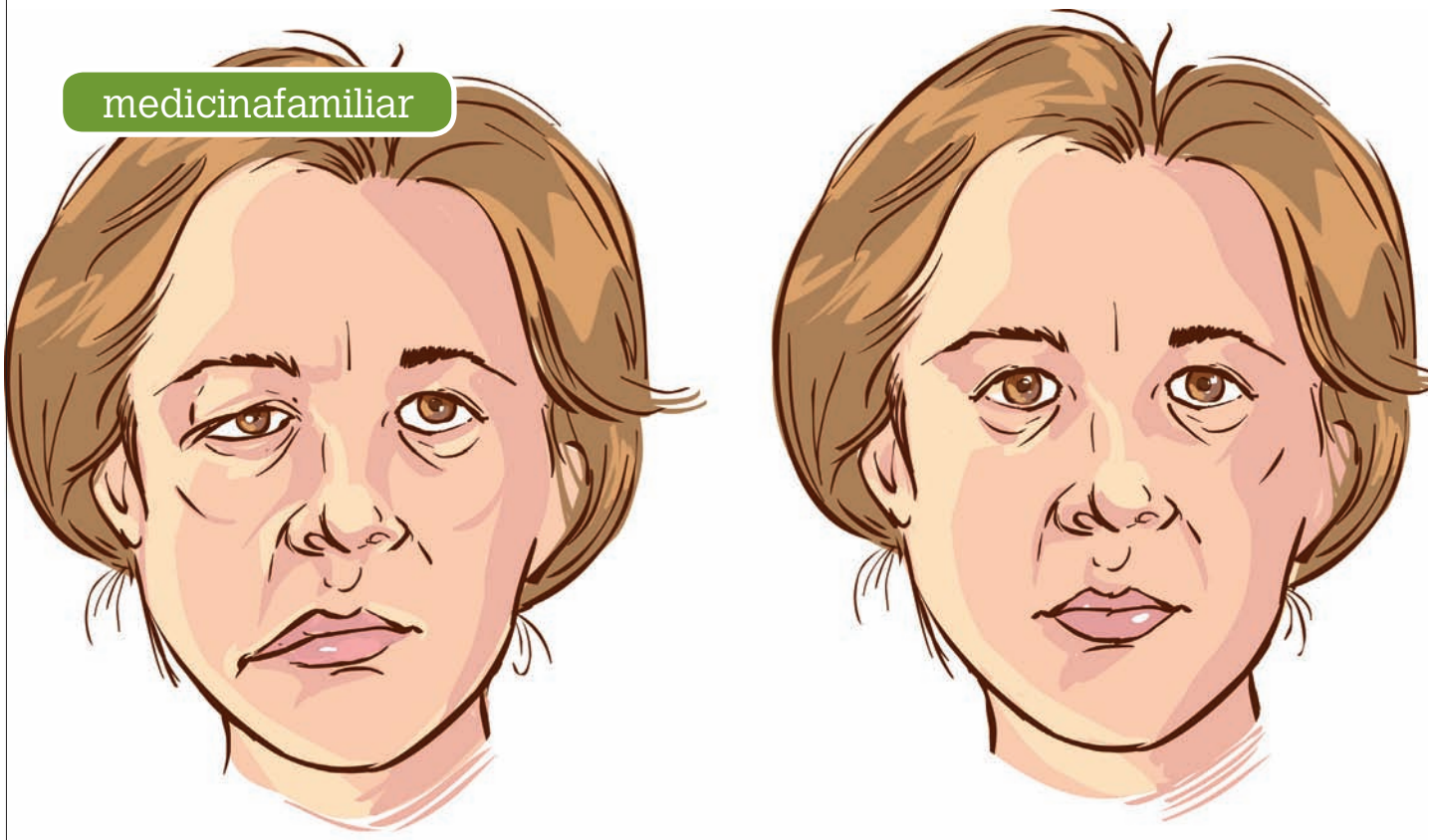
3. Revisiones periódicas por el odontólogo, al menos cada seis meses.

4. Reducción química de microorganismos. Los colutorios que contienen clorhexidina (CHD) y cloruro de cetilpiridinio (CC) reducen los niveles de halitosis relacionados con el crecimiento bacteriano en la lengua y los que contienen dióxido de cloro (DC) y zinc (Z) neutralizan mejor los componentes volátiles de sulfuro. Los colutorios que contienen CHD + CC + Z y los que contienen cloruro de Z + CC son los que disponen de mayor evidencia de eficacia. Los colutorios de clorhexidina cuya concentración está entre 0,12%y 0,2% producen decoloración de los dientes, sabor metálico y descamación, por lo que no es aconsejable su uso a largo plazo. El mejor momento para usarlos es por la noche, ya que los restos del producto quedan en la boca, que es cuando la actividad bacteriana es mayor y el flujo de saliva menor. Deben mantenerse en la boca durante 30 segundos.

5. Agentes que enmascaran la halitosis: sprays, pastas dentales y chicles con productos similares a los colutorios y aceite mentolado, pueden tener efecto a corto plazo.

Además de todas estas medidas, cuando se detecten causas orales o extraorales específicas, el tratamiento debe orientarse hacia su manejo.

En los casos de halitosis refractaria, puede estar indicada la realización de pruebas diagnósticas para la detección del Helicobacter pylori, ya que se ha observado una clara correlación entre ambos, y si se confirma la presencia del germen, proceder a la terapia de erradicación.



Parálisis de Bell

Laura Sánchez Iñigo. *Médico de Familia. Urgencias. Hospital García Orcoyen*
Ilka Stefanova, DUE. *Servicio Urgencias Extrahospitalarias. UVI-Móvil Parque de Bomberos Trinitarios*

La parálisis periférica del nervio facial o parálisis de Bell es una disfunción de la motilidad de la cara, que representa el 75% de las parálisis faciales. Suele afectar únicamente un lado de la cara, con un curso generalmente benigno, aunque puede dejar alguna secuela irreversible.

El nervio facial también llamado séptimo par craneal, dirige los músculos de la cara incluidos aquellos que controlan el parpadeo y el cierre del ojo, y las expresiones faciales como sonreír o fruncir el ceño. Además el nervio facial, transporta impulsos a las glándulas lacrimales, salivales y transmite sensaciones del gusto provenientes de la lengua.

La parálisis de Bell es una patología que puede afectar a cualquier persona y su causa es desconocida. Afecta por igual a hombres y a mujeres y puede producirse a cualquier edad, pero es menos común antes de los 15 años y después de los 60. Además, es más frecuente en personas que padecen diabetes, pacientes embarazadas, tras un traumatismo del nervio facial, tras la exposición al frío o aires acondicionados, o tras una infección viral que provoca hinchazón o inflamación del nervio facial.

Síntomas

Los síntomas de la parálisis de Bell aparecen de forma repentina en 24-72 horas. Como el nervio facial tiene tantas funciones y es tan complejo, su afectación puede generar muchos problemas. Los síntomas varían entre las personas y suelen ser temporales. Los síntomas dependen del grado de afectación de los músculos de la cara, desde una debilidad leve a una parálisis total.

Los síntomas de la parálisis de Bell son:

- Caída del párpado y de la comisura de la boca del lado afecto.
- Incapacidad para elevar la ceja.
- Entumecimiento, debilidad leve o parálisis completa de un lado de la cara.
- Sequedad del ojo o lagrimeo excesivo.
- Dificultad para cerrar el ojo y guiñarlo.
- Dificultad para masticar del lado afecto.
- Espasmos de músculos faciales.
- Pérdida del sentido de gusto y aumento del sonido percibido por el oído (hiperacusia).

La afección alcanza su punto máximo alrededor de uno o dos días después de la aparición de los síntomas.

Diagnóstico de la parálisis de Bell

El diagnóstico con la parálisis de Bell es clínico y tras excluir otras enfermedades. La realización de pruebas complementarias se realiza sólo en casos de duda, para determinar la severidad de la parálisis y buscar otras causas diferentes.

Tratamiento de la parálisis de Bell

El tratamiento de la parálisis de Bell se aplica de forma individual teniendo en cuenta los antecedentes personales y la severidad de los síntomas. Algunos pacientes desarrollan síntomas leves que desaparecen por si solos en unas semanas y no requieren tratamiento. En ocasiones se inicia de forma temprana el uso de corticoides para reducir la hinchazón e inflamación facial. Medicamentos antivirales (aciclovir) pueden ser útiles para acelerar la recuperación cuando se objetiva una infección por herpes simple previa.

El dolor puede tratarse con analgésicos y antiinflamatorios. Algunos médicos también recomiendan masajes suaves en el lado afectado.

Las personas con parálisis de Bell tiene que tener especial cuidado con el ojo afectado para evitar complicaciones de ojo seco y úlceras corneales, por lo que el tratamiento incluye el uso de lágrimas artificiales durante el día, un parche ocular o gafas protectoras.

Pronóstico de la parálisis de Bell

El pronóstico para los pacientes con parálisis de Bell es generalmente muy bueno. La extensión del daño del nervio es lo que determina el alcance de la recuperación. La mejoría es gradual, y la mayoría de los pacientes comienza a mejorar en las primeras dos semanas del inicio de los síntomas, con o sin tratamiento. La recuperación puede durar hasta 3 meses, aunque el 75% de los casos se resuelve de forma espontánea en 4-6 semanas. En casos infrecuentes, la parálisis puede reaparecer en el mismo lado o en el lado opuesto de la cara. En casos muy raros, los síntomas permanecen toda la vida.

CEPE Editorial y Fundación Iberoamericana Down21
Madrid 2018
Páginas: 200
ISBN: 978-84-1694-186-5
Precio: 21,50 euros
Descripción y páginas interiores:
http://www.editorialcepe.es/titulo/psicoterapia-y-farmacoterapia-en-la-discapacidad-intelectual/

Psicoterapia y Farmacoterapia en la discapacidad intelectual

Beatriz Garvía y Jesús Flórez

La psicoterapia y la farmacoterapia son dos grandes instrumentos que se complementan al abordar el tratamiento de situaciones especiales de las personas con discapacidad intelectual. Medicamos en exceso; es cierto que la medicación puede ser necesaria, pero la daremos una vez realizado el diagnóstico y conocido el problema.

Por otra parte, tendemos a aplicar técnicas de modificación de conducta, muy rígidas a veces, sin que el sujeto sepa o entienda que eso es un tratamiento y no un castigo.

En la **psicoterapia**, el terapeuta ha de adaptarse al nivel de desarrollo cognitivo y emocional del paciente y tiene que estar dispuesto a escuchar, comprender y ayudar al ser humano que tiene ante sí. La psicoterapia aquí presentada con personas con discapacidad, tiene un enfoque psicodinámico, como el utilizado en los pacientes sin discapacidad, y va encaminado a producir cambios en la posición subjetiva del paciente y un alivio del padecimiento inicial. Las preguntas hacen que el paciente, al responderlas, se plantee el tema que estamos tratando y no se limite a dejarse llevar. El instrumento es la palabra. El libro muestra con realismo el curso de varias entrevistas.

La **farmacoterapia** aborda el empleo de los numerosos medicamentos psicotropos que se aplican a las personas con discapacidad intelectual, con la finalidad de aliviar o mejorar algunas de las consecuencias mentales que en ellas se observan, incluidas las llamadas conductas conflictivas.

La obra explica las bases científicas de los diversos grupos farmacológicos empleados, y ofrece orientaciones y pautas para su empleo en las personas con discapacidad intelectual.

En algunas situaciones, la conducta surge a partir de una patología específica que se asocia a la discapacidad intelectual. Es el caso de la enfermedad dual. El problema y la preocupación surgen cuando la medicación es prescrita con el único objetivo terapéutico de tratar una conducta en sí misma, es decir, el síntoma y no la causa. Es entonces cuando aparece con mayor frecuencia el abuso inapropiado en la administración de fármacos psicotropos, que este libro denuncia y aconseja.

Una obra fundamental para cuantos atienden a personas con discapacidad intelectual.

Beatriz Garvía es Licenciada en Psicología, Especialista en Psicología Clínica, y Especialista en Psicoterapia. Trabaja en la Fundación Catalana Síndrome de Down como psicóloga clínica desde 1989, en donde atiende como psicoterapeuta, coordina el Servicio de Atención Terapéutica y participa en el Comité de Formación. Actúa como docente en cursos, jornadas, masters, congresos, etc., y ha publicado numerosos artículos en revista médicas y revistas especializadas en síndrome de Down. Es autora de los libros Síndrome de Down. Relaciones afectivas y sexualidad (FCSD, Barcelona 2011) y ¿Cómo favorecer la Autonomía personal de mi hijo con síndrome de Down" (Fundación Iberoamericana Down21, Santander 2018), y coautora del libro Síndrome de Down: Neurobiología, neuropsicología y salud mental (Fundación Iberoamericana Down21 y CEPE Editorial, Madrid 2015).

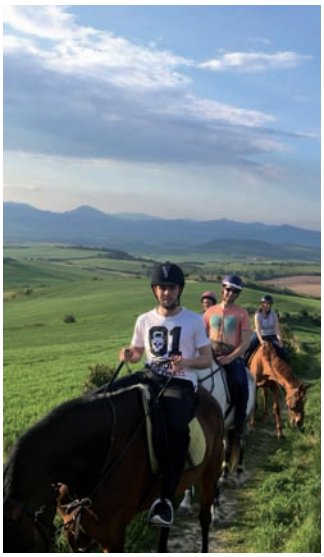
Jesús Flórez es doctor en Medicina y Cirugía, doctor en Farmacología y Catedrático de Farmacología de la Universidad de Cantabria. Preside la Fundación Iberoamericana Down 21, en la que dirige sus páginas web: www.down21.org, www.downciclopedia.org, y www.sindromedownvidaadulta.org.

Es asesor científico de la Fundación Síndrome de Down de Cantabria en donde dirige la Revista Síndrome de Down.

En el campo de la Farmacología es editor/coautor de los libros, entre otros: *Farmacología Humana*, 6ª edición (Elsevier, Madrid 2014), *Tratamiento farmacológico del dolor* (Ars XXI, Barcelona 2007) y *Neurofarmacología Fundamental y Clínica* (Eunsa, Pamplona 1983). En el campo de la discapacidad intelectual es editor/autor de los libros, entre otros: *Síndrome de Down: Neurobiología, Neuropsicología, Salud Mental* (Fundación Iberoamericana Down21 y CEPE Editorial, Madrid 2015), *Síndrome de Down y Educación*, 5ª edición (Fundación Síndrome de Down de Cantabria y Masson, Barcelona 2001), *Pilares y actitudes: Evocaciones sobre la discapacidad*, 3 tomos (Editorial Masson, Madrid 2012) y *Síndrome de Down. Comunicar la noticia: El primer acto terapéutico*, 3ª edición (Fundación Iberoamericana Down21, Santander 2017).

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CURSOS 2019



ACTIVIDADES

CURSOS POR MESES ¡¡APÚNTATE!!

- Clases de Iniciación y de Tecnificación de doma y salto
- Participación en las ligas de doma y salto
- Participación en los campeonatos nacionales
- Txiki Pony
- Equinoterapia, Paseos, Pupilajes...

INSCRIPCIONES

- 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
www.facebook.com/centroecuestrecizur

Nuevo concepto de hípica - Bar restaurante
Innovadoras instalaciones
LO QUE SIEMPRE HAS SOÑADO PARA TI
Y TU CABALLO. ¡¡TE ESPERAMOS!!

10% descuento

SI PRESENTAS ESTE ANUNCIO al inscribirte en el **CURSILLO DE INICIACIÓN (8 clases)**. Válido para TODAS LAS EDADES hasta el 31 de marzo de 2019.