medicina salud
# zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

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

www.zonahospitalaria.com añoXIV mayojunio2020 nº83

## SUMARIO

2 Tratamiento de varices, con láser endovascular
3 La prevención médica en el deporte de élite...
4 Rehabilitación del ictus también en tiempos de Covid-19
5 Uso de lentes de contacto y COVID-19
6 ¿Cuándo le retiro el pañal a mi hijo?
7 La esclerosis con microespuma
8 ¿Qué hacer con la medicación de cara a una intervención quirúrgica?
9 COVID-19: Seguridad clínica en tratamientos de implantes dentales
10 Adiposidades localizadas... Obesidad y celulitis
12 Duelos en tiempos de COVID-19
13 Todos los pacientes con varices se pueden tratar...
14 ¿Qué es la osteopatía?
15 Enfermedad de Dupuytren...
16 La puerta de la salud: Tu boca
18 ¿Qué es el helicobacter pylori y a quién afecta?
20 Escoliosis
21 Enfermedad de D'Quervain
22 La sexualidad en el postparto
23 Caidas en personas mayores
24 El olfato y su relación con enfermedades sistémicas
26 Cómo proteger al bebé del calor en verano
28 Tengo el menisco roto, ¿me tengo que operar?
29 Infección urinaria en Pediatría
30 Lactancia materna y frenillo lingual corto...
31 Donación de sangre y COVID-19

GRACIAS ESKERRIK ASKO

**EJEMPLAR GRATUITO**

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

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

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

# Tratamiento de varices, con láser endovascular

ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO
CON LÁSER ENDOVASCULAR

*Dr. Gonzalo Villa*
*Especialista en Cirugía Vascular*
*Nº Colegiado: 313106416*
*Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 644 297 726*

**Una de cada 3 personas padece el problema de las varices con todos los inconvenientes que ocasionan (dolor, pesadez, flebitis, úlceras, ...). Lo importante para tratar esta patología es disponer de los medios más modernos y eficaces y aplicar el más adecuado a cada caso en concreto, no todas las varices se deben tratar igual.**

## ¿Qué son las varices?

Las varices son venas que han dejado de funcionar adecuadamente, provocan un aumento de la presión tanto dentro como fuera de la vena (hipertensión venosa) que lleva a la dilatación de la misma y provoca los síntomas más 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 de esta patología se debe enfocar en eliminar la vena importante que está causando las varices, sobre todo el problema de circulación y, por supuesto, en eliminar las propias varices por el daño que causan a la extremidad y por el componente estético que conllevan siempre esas venas dilatadas.

Para eliminar la vena principal causante del problema de retorno venoso y de las varices podemos realizar el tratamiento tradicional, la cirugía, que supone **"arrancar"** el tronco venoso afectado junto con las colaterales varicosas de cierto calibre. Es decir la vena afectada se extirpa mediante una cirugía **agresiva**, con un postoperatorio que en el mejor de los casos resulta **"doloroso"** pero que en ocasiones resulta un verdadero "calvario" con la aparición de hematomas, cicatrices, posibilidad de infección, etc.

Afortunadamente existen tratamientos menos agresivos y más eficaces que lo que hacen es provocar que la vena a tratar se cierre, es decir la vena deja de funcionar mal pero no es necesario arrancarla, deja de causar problemas sin necesidad de pasar por un procedimiento tan doloroso.

En nuestro centro valoramos al paciente y escogemos el tratamiento más adecuado para cada paciente, en la mayoría de las ocasiones será el **LÁSER ENDOVASCULAR**, se trata de un procedimiento **ambulatorio** por el que se introduce a través de una punción, una fibra láser que desprende calor y provoca que la vena a tratar se cierre. Es necesaria una sedación suave.

Durante el procedimiento además se realiza una microcirugía con la que eliminamos las varices con lo que el problema de la extremidad queda totalmente resuelto en un solo procedimiento de manera **cómoda, rápida y con muy buenos resultados estéticos**.

Varices enormes se solucionan en 30 minutos. El paciente puede realizar una vida prácticamente normal unas horas después pudiendo olvidarse de su problema y sin necesidad de realizar visitas frecuentes a la consulta para tratamientos que pueden resultar largos y más pesados.

Es hoy por hoy el tratamiento más eficaz para solucionar un problema serio de varices de forma muy poco agresiva, rápida y con buenos resultado estéticos.

DOCTOR
GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

EL TRATAMIENTO MAS ADECUADO PARA SU PROBLEMA DE VARICES
LÁSER ENDOVASCULAR. MICROESPUMA. CATÉTER CLARIVEIN

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

# La prevención médica en el deporte de élite:
## la importancia del desfibrilador

ILUSTRACIÓN: MANUEL ÁLVAREZ GARCÍA

*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

**A pesar del estado de alarma, poco a poco todo está volviendo a la normalidad. Los deportistas de élite están retomando su actividad previa a la pandemia, pero los días de confinamiento pueden pasarles factura. Por eso, es imprescindible que se sometan a un control previo de su estado de salud y, para ello, lo más importante es ponerse en manos de un equipo multidisciplinar con experiencia en el diagnóstico precoz y en la prevención de enfermedades cardiovasculares en deportistas.**

Hay que realizar un estudio cardiológico ordenado y orientado a cada paciente, a partir de una historia clínica detallada, una buena exploración física y unas pruebas sencillas, como el electrocardiograma, 'piedra angular' en el diagnóstico de las alteraciones patológicas del corazón, o entre otras, las pruebas de esfuerzo o de capacidad funcional aeróbicas. Sobre la frecuencia con la que se recomienda hacer estos chequeos preventivos, serían preceptivos al inicio, a mitad de temporada y al final de la misma. Esto ayudaría a planificar mejor los entrenamientos, así como a prevenir posibles eventos como la muerte súbita, aún presente en el deporte de élite.

### El problema de la muerte súbita

Son varias las razones por las que los deportistas de élite pueden sufrir la muerte súbita. Jóvenes mueren de repente por patología cardíaca previa no diagnosticada, mientras que otros pacientes, los que menos, fallecen por un sobreesfuerzo para el que el cuerpo no está preparado, o por otros motivos, como un golpe en el corazón.

Sobre todo en las enfermedades del músculo cardíaco, como la miocardiopatía hipertrófica y la displasia arritmogénica del ventrículo derecho, los cambios morfológicos que se producen en el corazón al inicio de la enfermedad son difíciles de encontrar, por lo que su diagnóstico es complejo.

En el deporte extremo puede darse especialmente en los que realizan ultramaratones o triatlones. Igual que puedes tener pequeñas roturas musculares cuando corres, tener una pequeña rotura muscular (inflamación) en el corazón puede provocar una arritmia, y ésta generar una arritmia mala. También hay estados de deshidratación o de hiponatremia, que hacen que algunos maratonianos puedan morir a partir de una determinada distancia, si no han efectuado una hidratación correcta.

A medida que los atletas son más longevos, aparecen también patologías coronarias que pueden causar muerte súbita y que no son debidamente diagnosticadas. De hecho, la enfermedad coronaria no diagnosticada es la causa más frecuente de muerte súbita en los atletas mayores.

A pesar de este escenario, la mayoría de las patologías asociadas a la muerte súbita se diagnostican, cada vez más de manera previa, si bien, en ocasiones, el diagnóstico puede ser difícil, por lo que el desfibrilador se convierte en una herramienta clave para la reanimación cardiopulmonar básica en estos casos.

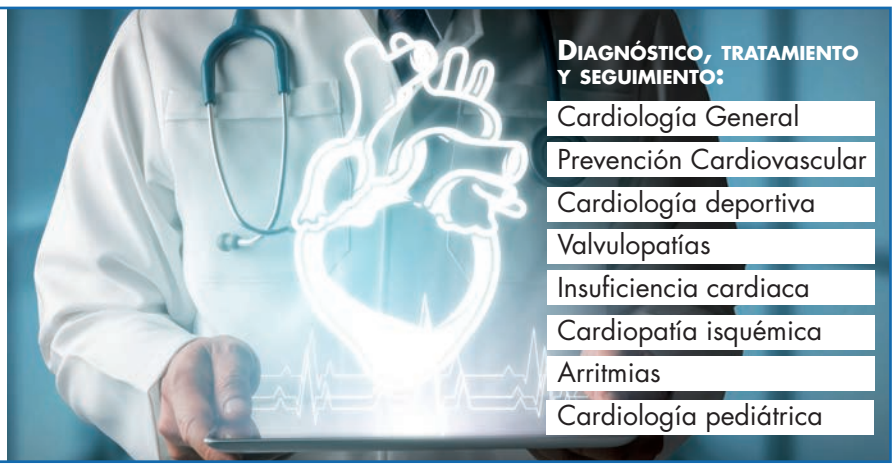
Lo más importante es saber si tienes un paro cardíaco por una arritmia susceptible de solución con el desfibrilador, por eso es tan importante la formación del profesional. Como ahora son automáticos o semiautomáticos, reconocer si el ritmo que tiene el paciente es susceptible de "reanimarse" con un choque eléctrico, ya no es tan decisivo. Por tanto, si el paciente recibe choque/descarga en menos de un minuto, el porcentaje de éxito es superior al 90%. Ese mismo porcentaje decae en 10 minutos hasta el 0% de posibilidades de éxito si no se actúa.

Más información: Estudio por imagen del corazón del deportista. Sociedad Española de Imagen Cardiaca.

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



# Rehabilitación del ictus también en tiempos de Covid-19

***Jaime Gállego.*** *Neurólogo de Grupo 5 CIAN Navarra*

**La crisis sanitaria está agitando nuestras formas de vida pero también el abordaje en la atención hospitalaria con el objetivo de frenar la COVID-19. Los cambios de protocolos continuos también afectan a las personas que han sufrido un ictus, a pesar de que su rehabilitación no puede parar, ya sea con un inicio precoz o en fase crónica.**

## Inicio precoz. Tratamiento multidisciplinar

El tratamiento rehabilitador debe iniciarse tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado el control del estado general del paciente. Se trata de que los pacientes accedan al programa de neurorrehabilitación en el momento más adecuado, independientemente de la gravedad del ictus.

Hoy conocemos que existe un corto periodo de tiempo tras el ictus en el que la recuperación está favorecida, existiendo en este tiempo una máxima respuesta a los tratamientos neurorrehabilitadores, poniendo de manifiesto que el retraso en el inicio del tratamiento se asocia con una disminución de la reorganización cortical y la recuperación funcional.

En los pacientes con recuperación favorable de su déficit suele encontrarse que la mejoría más importante suele tener lugar al inicio. Esta mejoría precoz se debe, en parte, a la recuperación del tejido penumbra o en riesgo de la periferia del área isquémica. La mejoría a largo plazo se atribuye a la plasticidad. En términos generales y de acuerdo al Copenhague Stroke Study, el 95% de la recuperación se habrá logrado hacia el tercer mes, siendo más rápida (el 85%) en el primer mes y medio; entre los meses cuarto y sexto, la pendiente de recuperación es ligera, casi en meseta y a partir del sexto mes es mucho más lenta.

Las unidades multidisciplinares suponen un continuo entre la rehabilitación ingresada y el tratamiento ambulatorio. Una mayor intensidad de terapia (Fisioterapia, Terapia ocupacional, Neuropsicología y Logopedia) mejora los resultados del paciente, especialmente si se aplica en las fases tempranas del ictus. Debe ponerse atención a la atención sociosanitaria en neurorrehabilitación, siempre y cuando el estado del paciente lo permita.

## La rehabilitación en fase crónica

Disponemos de estudios que muestran una mejoría en pacientes en fase crónica con programas de rehabilitación planificados por objetivos y basados en tareas, aplicados de forma intensiva y durante cortos períodos de tiempo. Esto es especialmente significativo en trastornos motores y del lenguaje. Programas de 3-4 semanas de duración con el objetivo de aumentar la velocidad y la resistencia en la deambulación, la movilidad de extremidad superior o afasia han demostrado ser eficaces en algunos pacientes incluso más allá de un años después del ictus, cuando la evolución puede mostrar una fase de estabilización con las terapias convencionales.

Es preciso plantearse un objetivo realista, disponer de una técnica de rehabilitación con evidencia de ser eficaz en la consecución de ese objetivo y medir con una escala práctica y sensible el progreso hacia la meta planteada.

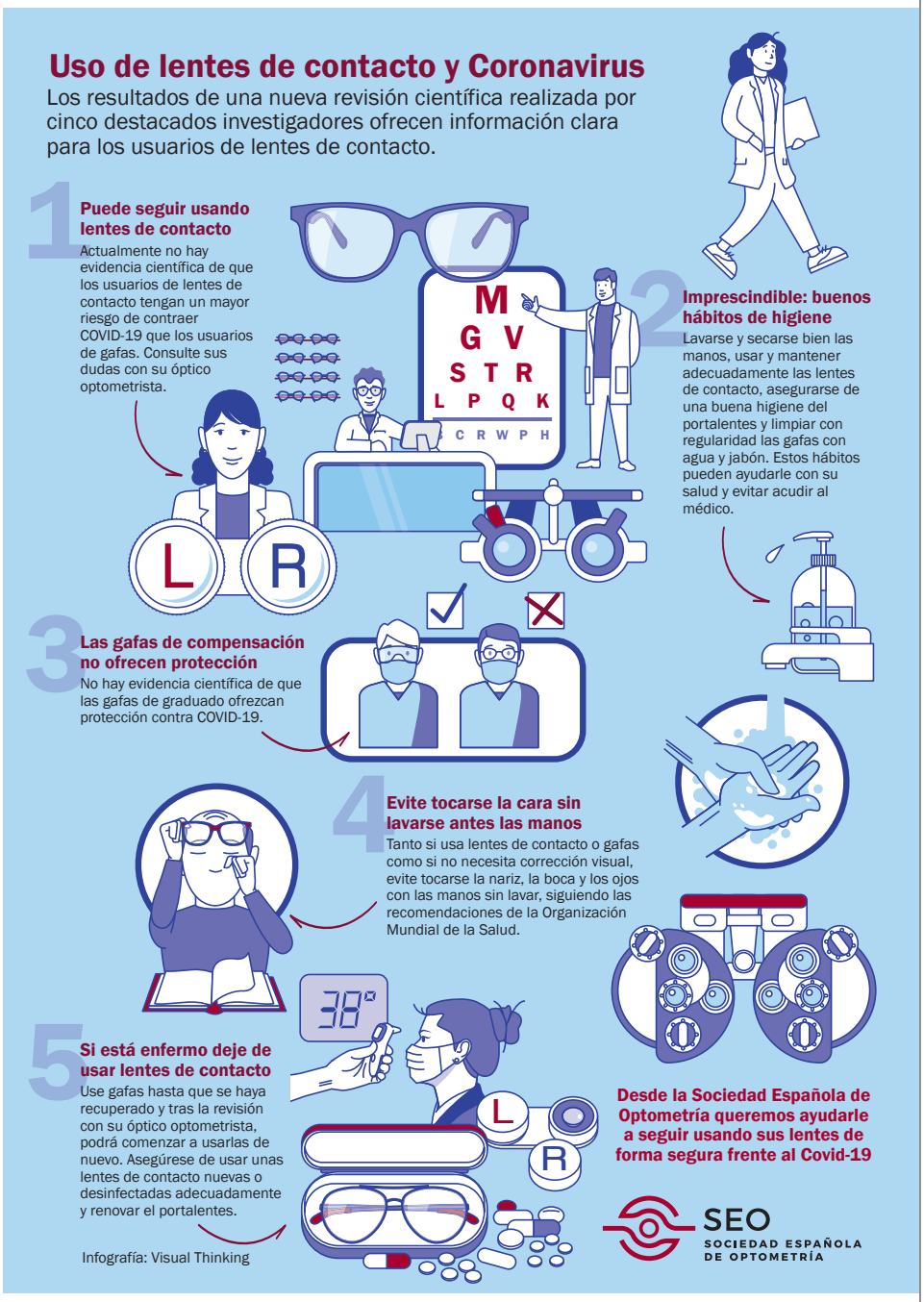
Es necesario insistir en la mejora continua de la atención sociosanitaria al paciente con ictus en todas y cada una de sus etapas. La investigación traslacional representa una oportunidad única para que pacientes, familias, sociedades científicas e industria con sus profesionales sean parte activa e integral hacia el impacto en la práctica clínica. Hoy más que nunca debemos estar abiertos a la incorporación de nuevos abordajes terapéuticos.

Se está ganando la batalla del ictus, se está avanzando considerablemente en su tratamiento y en el porcentaje de pacientes recuperados para la sociedad y sus familias, pero sigue sin reconocerse ni comprenderse que el ictus es una enfermedad contra la que se puede luchar con la prevención, las intervenciones en fase aguda y el tratamiento neurorrehabilitador así como el abordaje integral sociosanitario adecuado a los pacientes y sus familias.

Hoy más que nunca, desde Grupo 5 CIAN queremos enviar un mensaje de ánimo a todas las familias que están sufriendo y trasladarles que estamos para apoyarles.

# Uso de lentes de contacto y COVID-19

*Dori Callejo*
*Óptico-Optometrista*
*Óptica Unyvisión*




**El coronavirus del sistema respiratorio agudo severo-2 (SARS-CoV-2) produce la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID 19). Los usuarios de lentes de contacto están preocupados por su salud visual, el protocolo de higienización y seguridad en los establecimientos sanitarios de óptica del Colegio de Opticos-Optometristas con fecha de abril 2020 dice :"No hay razones para suspender en un paciente sano el porte de lentes de contacto en la modalidad establecida originalmente si se siguen las medidas establecidas".**

Los comportamientos óptimos de cuidado de las lentes de contacto deben ser los mismos que en circustancias normales, que incluyen lavarse las manos (con agua y jabón) durante al menos 20 sg y secarse con toallas de papel antes de la limpieza y extracción de las lentes de contacto. Se debe evitar la exposición de las lentes de contacto con el agua.

Han de evitar tocarse la cara, los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar y no utilizar las lentes de contacto si tienen síntomas de la enfermedad COVID 19,desechar en este caso, las lentes que se estaban utilizando, al igual que el estuche y la solución desinfectante restante.

En el caso de querer extremar la precaución, se puede utilizar un sistema de mantenimiento basado en peróxido de hidrógen o en povidona yodada con un limpiador diario basado en alcohol isopropílico siguiendo las instrucciones del fabricante.

## Higiene de lentes

En nuestra óptica realizamos un protocolo de higienización y seguridad según las normativas del Ministerio de Sanidad y el Colegio de Opticos-Optometristas.

Tenemos una adecuada desinfección de las lentes oftálmicas, las monturas de graduado y las gafas de sol según las recomendaciones del fabricante, con un desinfectante avalado por el Ministerio de Sanidad, no corrosivo y sin toxicidad para las personas y el medio ambiente.

Utilizamos equipos de protección indiviual (EPiS) y se efectúa una limpieza del mobiliario, las superficies y aparatos del establecimiento, para desarrollar nuestra actividad con la mejor protección sanitaria.

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

# ¿Cuándo le retiro el pañal a mi hijo?

***Jaione Fernández García.*** *Enfermera de Pediatría. Centro de Salud de Ancín*

**Tu hijo acaba de cumplir 2 años ¿Es el momento de retirar el pañal? En la mayoría de los niños sí, pero en otros muchos no. Quitar los pañales no sólo depende de la edad sino también de su nivel de desarrollo psicomotor.**

La mayoría de los niños suelen conseguirlo alrededor de los 2 años, pero hay niños que tardan más y no por eso significa que tengan algún problema.

## Requisitos

Sabemos que un niño está preparado para comenzar este aprendizaje cuando además de la edad cumple los siguientes requisitos:

- Es consciente de cuando a hecho pis o caca (lo verbaliza, demuestra incomodidad, se esconde, llora, etc.).
- Retiene durante un tiempo relativamente largo. A veces miramos su pañal y lo encontramos totalmente seco y otras veces empapado.
- Demuestra buena predisposición: se quita el pañal, pide que lo sentemos en el orinal, lo sentamos y a veces acierta poniéndose contento, ha alcanzado un estrecho vínculo afectivo con sus educadores, etc.

## Lo que no hay que hacer

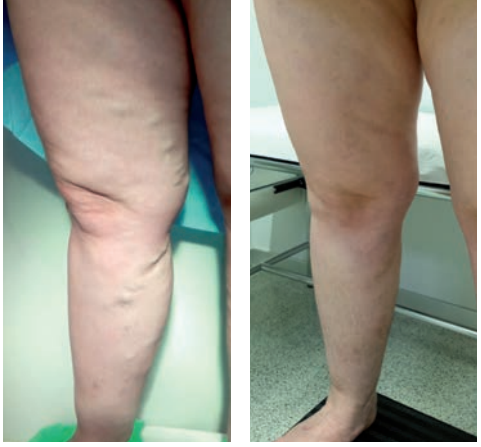
- No utilices nunca el castigo, es humillante, utiliza el error como oportunidad para aprender. Enséñele que lo que importa es la voluntad y el esfuerzo, el logro no siempre es tener éxito.
- Valora lo que hace, no caigas en la tentación de confundir con lo que es. "Un niño que se moja, ha tenido un escape, no es un niño sucio".
- Cuando este enfadado, no actúes, espera a que se le pase. Recuerda que un niño que se expresa con rabieta no sabe hacerlo de otra manera. Tu eres su fortaleza, muéstrale aliento en los intentos y apoyo en los momentos confusos, ayúdale a superar las dificultades, no seas el primero en mostrar desconfianza ni tirar la toalla.
- Evita las prisas e impaciencia. Intenta que no afloren ni en lo que dice, ni en lo que exige.
- La falta de constancia desorienta a los niños.
- Levantar al niño por la noche. El aprenderá a despertarse cuando tenga ganas de ir al baño.
- Restringir la cantidad de líquido. El niño lo necesita.
- Volver a ponerle pañales cuando hayamos comenzado el proceso. Entendería que tiene permiso para orinar.

## Lo que sí hay que hacer

- Vete con calma, sin prisas pero sin pausa. Con actitud comprensiva y positiva.
- Vete con tu hijo a comprar un orinal. ¡Que lo elija él! Se lo presentaremos como algo estupendo y "de niños grandes". Dejaremos que se vaya familiarizando con él, que se siente (aunque sea vestido), que vea que no pasa nada.
- Involucra al niño en el proceso, tendrá que colaborar para quitarse la ropa mojada y sucia. Es importante hacerles responsables de sus actos pero todo con un tono cariñoso, comprensivo y agradable.
- Aprovechar las ocasiones en las que el resto de la familia van al baño para que os vean; para que ellos mismos comprueben que es algo normal y natural y que no pasa nada.
- Siéntale siempre a las mismas horas en el orinal, preferiblemente después de las comidas, y no más de 10 minutos si no desea continuar. Llévale al baño con frecuencia, sobre todo al principio.
- Haz evidente tu disponibilidad generosa y atenta (observar, escuchar, acoger,..)
- Comunica e interpreta sus señales, recuerda que el lenguaje no está perfeccionado. Se creativo y ayúdale a canalizar las inseguridades y temores. Los cuentos y los juegos suelen ser unos gran aliados.
- Sé coherente y estable (somos referente y modelo).
- Es el adulto el que al principio dota de sentido y razones a lo que el niño hace.

Lo más importante en todo este proceso es tener PACIENCIA, celebrar todos y cada uno de los pequeños avances y NUNCA reñirles, castigarles o avergonzarles por los pequeños accidentes que, sin duda, tendrá. Y no olvidemos que cada niño tiene su propio ritmo. ¡A por ello!

# La esclerosis con microespuma



ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON MICROESPUMA

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

**Después de la interrupción debida al confinamiento por la pandemia por Covid-19, seguimos con nuestra actividad habitual. Si quiere usted tratar sus varices puede hacerlo en nuestra Consulta con todas las medidas de seguridad necesarias.**

Las varices consisten en una dilatación anómala y permanente de las venas de las piernas. Estas venas son las encargadas del retorno sanguíneo, esto es, de devolver la sangre al corazón. Su mal funcionamiento comporta una anomalía estética pero, sobre todo, supone un problema circulatorio, al sobrecargar las venas de las piernas.

Por ello, su tratamiento es doble: por un lado, solucionar el problema circulatorio y, por otro, mejorar la estética.

De mayor a menor agresividad hay tres grandes métodos para eliminar las varices: cirugía, procedimientos de termoablación y procedimientos químicos (esclerosis con microespuma). De ellos, la esclerosis con microespuma es la alternativa menos agresiva a igualdad de resultados.

Consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes, lo cual produce su fibrosis y paulatina desaparición. Cuando existe afectación de algún eje safeno, la más efectiva es la técnica MOCA (mecánico/química). Se basa en el uso de un catéter que gira dentro de la vena para lesionar su capa íntima a la vez que se introduce microespuma. La combinación del efecto químico de la espuma con el de la rotación del catéter a gran velocidad hace que el tratamiento sea más rápido y aún más efectivo.

## Tratamiento para todo tipo de varices

La esclerosis con microespuma y las técnicas MOCA son los únicos tratamientos que no precisan anestesia (o, a lo sumo, local). Asimismo, son los únicos métodos no invasivos que permite tratar todo tipo de varices (ejes safenos, varices tronculares, varices reticulares, etc.). A diferencia de los otros sistemas, no es necesario realizar incisiones de ningún tipo para eliminar las colaterales varicosas. Del mismo modo, son las técnicas más seguras, pues son las únicas que respetan el nervio safeno y el sural (que acompañan a la safena interna y la safena externa). La microespuma no produce ninguna molestia, o son muy escasas, y lo mismo puede decirse de la técnica MOCA.

Todo lo anterior hace que sea un procedimiento ambulatorio que no necesita recuperación. El tratamiento se realiza en un número variable de sesiones durante las cuales no hace falta interrumpir las actividades de la vida diaria.

No hay dos varices iguales. Por ello es esencial una consulta con un especialista experimentado en Angiología y Cirugía Vascular. En dicha consulta se realiza un examen de sus varices. Y, lo más importante, unn ECO/Doppler venoso en color. Es el único modo de evaluar los sistemas venosos superficial y profundo para, de ese modo, poder ofrecerle el tratamiento más adecuado para su problema.

El doctor Jiménez Arribas posee una dilatada experiencia de más de 20 años en el tratamiento de varices. Ello le acredita profesionalmente para abordar su problema circulatorio de la forma más eficaz posible; y ello con el trato cercano y cordial que usted merece.

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

anestesiología

# ¿Qué tengo que hacer con la medicación de cara a una intervención quirúrgica?

*Íñigo Rubio Baines. Residente de Anestesiología, Reanimación y Cuidados Críticos en la Clínica Universidad de Navarra*

**Cuando vamos a someternos a un procedimiento anestésico de manera programada, es habitual pasar por la consulta preanestésica con la finalidad de realizar un Informe Preanestésico. Esta consulta se lleva a cabo de cara a una intervención quirúrgica, o para procedimientos menos invasivo como puede ser una endoscopia digestiva o urológica.**

La finalidad de esta consulta es conocer los antecedentes personales de nuestro paciente, realizar una exploración física, valorar el estado actual y solicitar pruebas complementarias. Estas pruebas pueden ser analíticas, pruebas de imagen o solicitar la valoración por otro departamento con el fin de minimizar el riesgo del procedimiento y estar preparados para cualquier eventual dificultad.

## Acudir a consulta con el listado de fármacos que toma habitualmente

Uno de los puntos que más dudas genera a la hora de pasar por la consulta preanestésica es qué hacer con la medicación que toman de manera habitual, por esto es de vital importancia acudir a la consulta con un listado detallado de los fármacos que estamos tomando (anotando la dosis y la posología de cada uno). Aunque podamos pensar que es irrelevante, hemos de comentar todos los productos que estemos consumiendo, aunque no los consideremos fármacos como tal (suplementos alimenticios, infusiones de plantas medicinales, homeopatía...).

Una de las familias que más influye son los fármacos que intervienen en la coagulación de la sangre, ya sea por sus características antiagregantes, o anticoagulantes. A la hora de acudir a consulta, hay que hacerlo con los resultados de los últimos controles que hayan realizado y con las dosis que se está tomando. El motivo por el cual se ha iniciado el tratamiento crónico con estos fármacos también es importante, ya que puede cambiar la actitud a la hora de mantener, retirar o modificar la pauta. No es lo mismo estar tomando uno de estos fármacos de manera preventiva (prevención primaria) que tomarlo tras haber sufrido un evento (prevención secundaria).

Del mismo modo, si en el transcurso entre la consulta preanestésica y la fecha de la intervención hemos tomado algún fármaco, hay que comentarlo con el Anestesiólogo. Fármacos que podemos pensar que son inocuos de cara a la intervención, como puede ser la familia de los antiinflamatorios no esteroideos (ácido acetil salicílico, ibuprofeno, diclofenaco, aceclofenaco, ketorolaco, dexketoprofeno, naproxeno...) influyen de manera relevante en la coagulación de la sangre, alterando la coagulación durante varios días desde su administración.

Existen unas recomendaciones generales en cuanto a la retirada-mantenimiento de la medicación habitual de cara a una intervención, pero en cada caso el Anestesiólogo dará las pautas necesarias atendiendo a las características de cada paciente de manera individualizada.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso

La Salud también Viaja
Servicio Religioso CHN y Colegio de Médicos

el mundo de Raquel

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

▶ SANTUARIO DE LOURDES. 2 DIAS DEL 27 AL 28 JUNIO Y DEL 3 AL 4 OCTUBRE. 3 DIAS DEL 14 AL 16 DE AGOSTO

▶ MINI-ESCAPADAS DE 1 DÍA. 23 JUNIO - GUETARIA Y SAN SEBASTIÁN (NAVEGACIÓN BAHÍA),
9 JULIO - MERCADO BEASAIN/SANTUARIO DE LOYOLA/BASÍLICA DE ARÁNZAZU
21 JULIO - RONCESVALLES (AÑO JUBILAR-EUCARISTÍA) SAINT JEAN DE LUZ
4 AGOSTO - FUENTERRABIA (NAVEGACIÓN)/JAIZKIBEL/SAN SEBASTIÁN
INCLUYEN: AUTOCAR, COMIDA, VISITA Y ACOMPAÑAMIENTO. 55 € POR PERSONA

TODOS LOS PROGRAMAS SE PUEDEN VER EN LAS PÁGINAS WEB

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

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

# CORONAVIRUS COVID-19

# Seguridad clínica en tratamientos de implantes dentales

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

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

**Como establecimiento sanitario en el que se realizan intervenciones quirúrgicas ambulatorias de implantología dental, cirugía oral y maxilofacial, y cirugía plástica facial, en las instalaciones de Clínica Bustillo mantenemos los estándares y protocolos más exigentes en materia de sanidad, seguridad e higiene.**

No obstante, hemos tomado medidas añadidas debido a las condiciones excepcionales que ha creado la pandemia del COVID-19.
Queremos difundirlas para transmitir a las personas las medidas de seguridad con las que siempre se ha trabajado y para que tengan en cuenta las indicaciones que han de seguir cuando acudan a su cita.

## Recepción y salas de espera

Las zonas de recepción y espera están separadas de las áreas quirúrgicas y los gabinetes de consulta para evitar la concentración de personas y facilitar la comodidad de los pacientes.
Allí se seguirán los protocolos habituales de información al paciente y distancia de seguridad, y se evitará el contacto.
El personal administrativo llevará los equipos de protección necesarios y aplicará los protocolos de higiene y seguridad para zona de bajo riesgo.
El flujo de pacientes se ha organizado para determinar el uso de las cuatro salas de espera.

## Espacios quirúrgicos

La zona de quirófano está separada del resto de las estancias y en ella siempre se han aplicado protocolos de seguridad especiales.
El espacio quirúrgico es sometido a protocolo de uso, a lo que se suma una limpieza técnica al finalizar la jornada por parte de personal especialmente preparado para ello.
Todas las personas llevan equipos completos de protección individual (EPI), que incluye gorro, mascarilla, bata desechable impermeable, guantes y calzas.

## Medidas de protección para el paciente

Hemos ajustado la dinámica de citas y los tiempos de espera para asegurar que en la clínica el número mínimo de pacientes.
Los pacientes deben acudir a la clínica sin acompañantes. Conviene que acudan sin objetos esenciales para evitar la contaminación.
Al llegar, el personal le tomará la temperatura y le informará de las medidas de seguridad.
El paciente tendrá que colocarse su equipo de protección según las instrucciones del personal. Se le proporcionará una bolsa para depositar su ropa de abrigo u otros objetos personales.
A continuación, pasará a la sala de espera (donde permanecerá solo) y, posteriormente, al gabinete, quirófano o despacho del doctor, según la fase de tratamiento.
En el caso de que el paciente esté citado para una intervención de cirugía mayor en la Clínica San Miguel, se le aplicarán protocolos específicos, de los que se le informará personalmente días antes de la operación.

## Mejoras en las instalaciones

Hemos equipado las instalaciones de la clínica con nuevos dispositivos para contribuir a erradicar la posible contaminación.
Contamos con una cámara termográfica para medir la temperatura de las personas que se encuentran en la clínica, y que ayuda a detectar parámetros fuera de las condiciones normales.
Asimismo, hemos incorporado un generador de ozono en la zona quirúrgica que purifica el oxígeno y ayuda a mitigar la contaminación del aire.

## Equipamiento para diagnóstico integral

Por otra parte, en estas circunstancias resulta clave poder realizar el diagnóstico y la planificación de las intervenciones de forma ágil y precisa para reducir al máximo el tiempo de estancia en clínica y minimizar los efectos de cualquier actuación.
En ese sentido, la alta tecnología aplicada a los tratamientos ayuda a lograr estos objetivos. En Clínica Bustillo disponemos de dos escáneres CBCT (Tomografía Computerizada de Haz Cónico), dos escáneres intraorales y un completo software de diagnóstico y planificación presente en gabinetes y quirófanos para facilitar el flujo de trabajo, y favorecer la comodidad de los pacientes en su estancia en la clínica.
Estos equipos se completan con un robot de cirugía guiada como apoyo para la implantología dental. La instalación y mantenimiento de los dispositivos cumple rigurosamente con la normativa sobre instalaciones de radiodiagnóstico.

Si quiere más información o desea solicitar cita previa, puede hacerlo en el teléfono **948152878** o a través del correo electrónico **consulta@clinicabustillo.com**

# Adiposidades localizadas y generalizadas. Obesidad y celulitis

ing instituto navarro de ginecología

SOLICITA TU CITA
O MÁS INFORMACIÓN
948 22 73 28
C/ LEYRE, 4 BAJO
31002 PAMPLONA

*Dr. Toño Lara González. Nº Colegiado: 2990*
*Instituto Navarro de Ginecología. C/ Leyre, 4 bajo. 31002 Pamplona. T 948 22 73 28*
*Especialista en Ginecologia y Obstetricia*
*Experto Universitario en Ginecología Funcional, Regenerativa y Estética*
*Experto Universitario en Medicina Estética y del Envejecimiento*

**La obesidad se ha convertido, tras el tabaquismo, en la segunda causa de mortalidad evitable. Constituye un importante problema en todos los países desarrollados, resultando evidente que la obesidad se identifique como un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como la HTA, aumento de ácidos grasos (dislipemias) y diabetes mellitus tipo 2, aunque también se han asociado otras, como cardiopatía, accidente vascular cerebral, síndrome de hipoventilación y apnea del sueño, hígado graso, colelitiasis (piedras en vesícula biliar), artrosis por sobrepeso en articulaciones y alteraciones en la vida reproductiva de la mujer directamente relacionadas con su fertilidad, el embarazo, parto y recién nacido.**

La obesidad no sólo genera un impacto sobre la morbimortalidad, sino también sobre la calidad de vida de aquellos que la padecen. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del obeso está afectada en otros aspectos como problemas directamente relacionados con el exceso de grasa corporal, que condicionan tanto problemas físicos (alteración del rendimiento físico), como mentales (alteración de la autoestima, depresión) o sociales (alteración de la relación con los demás, integración social, relaciones sexuales, etc.).

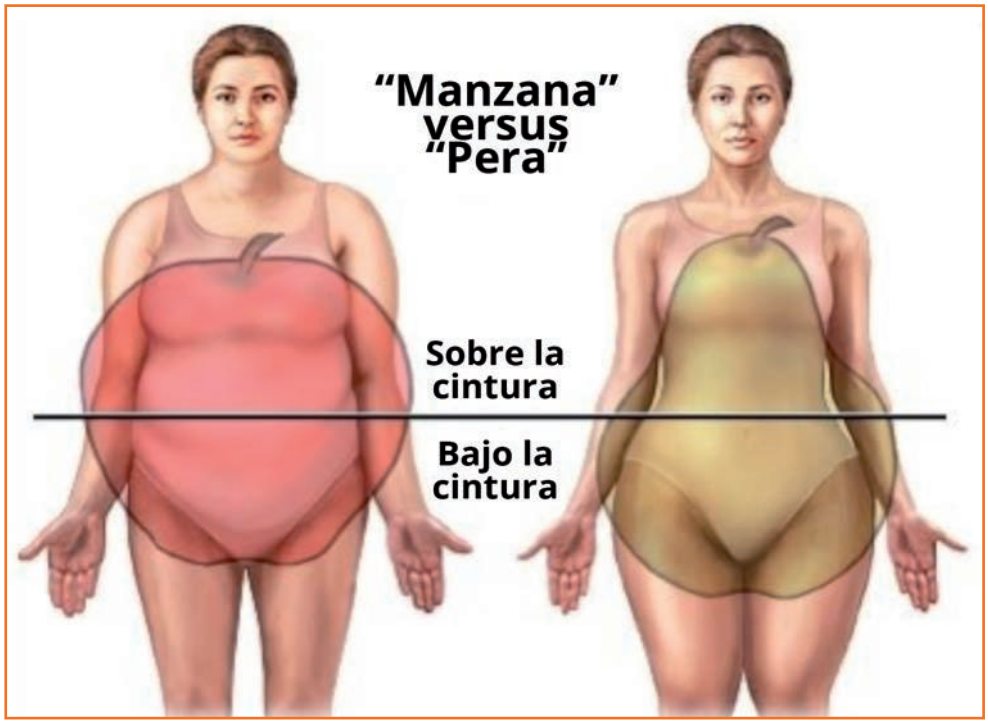
El Ginecólogo, como especialista de la Mujer, está obligado a ser el punto de partida, del diagnóstico, prevención y si está debidamente capacitado, del tratamiento de aquellas mujeres obesas que así lo deseen, en las diferentes etapas a lo largo de su vida, donde se ven implicadas patologías y situaciones que tienen que ver con el sobrepeso no deseado, como son el síndrome del ovario poliquístico, anticoncepción, embarazo y puerperio y menopausia con la implicación que supone los cambios hormonales particulares en cada situación.
De manera muy esquemática, la obesidad se define como aquellas personas con Indice de Masa Corporal superior o igual a 30. Hay que saber diferenciar mediante diagnóstico apropiado, las obesidades subcutáneas o periféricas, tambien denominadas ginoides, de las obesidades abdominales o centrales (androides), para su correcto tratamiento.

## Adiposidades Superficiales o Localizadas (Ginoides)

Se trata de una hipertrofia (agrandamiento de las células grasas o adipocitos) en zonas donde se acumulan y suelen estar presente de forma natural. Su distribución suele ser localizada (sobrepeso local) en forma de acúmulos delimitados, los llamados "michelines", "rollitos", "lorzas", "cartucheras"... y suelen romper la armonía de la silueta. Son directamente debidos a una diferencia entre las calorías ingeridas y las consumidas.

## Adiposidades Abdominales o viscerales (Androides)

La grasa visceral es la grasa que rodea los órganos internos de la cavidad abdominal. Sabemos que la grasa que almacenamos en nuestro cuerpo no es igual ni tiene las mismas características según su ubicación.



Todos tenemos algo de grasa visceral, pero algunas personas pueden desarrollar más, sobre todo aquellas con un estilo de vida sedentario y hábitos alimenticios poco saludables. La obesidad visceral es la que mayor impacto negativo tiene sobre la salud. Es propia de las personas obesas.

## Celulitis

Un caso particular de adiposidad localizada, muy frecuente en la mujer con diferentes connotaciones es la **Celulitis.**

En medicina el sufijo "itis" significa inflamación. Sin embargo, la celulitis no es una inflamación celular, sino una alteración del tejido intersticial o, dicho de otra forma, de los tejidos que rodean a las células grasas, llamadas adipocitos.

Hay que saber y tener en cuenta que la celulitis precisa, en primer lugar, de una alteración del metabolismo y composición de ese tejido intersticial, con acúmulo de líquido (edema) y un aumento del volumen graso de dichos adipocitos.

En segundo lugar, se produce retracción y alteración de los tabiques conjuntivos o sostén de nuestro organismo, motivo por el cual da lugar a la formación de la "piel de naranja". Finalmente, se da la retención de la sangre venosa y contenido linfático con la aparición de varicosidades y edemas en extremidades inferiores.

Por lo tanto, en la Medicina Estética, el concepto celulitis es inapropiado. Su denominación correcta es PEFS, según las tres fases de su progresión: 1. **Paniculopatía**, alteración del tejido adiposo; 2. **Edema**, retención acuosa del tejido intersticial; y 3. **Fibrosa-esclerótica**, alteración de los tabiques conjuntivos de sostén.

La celulitis tiene un componente de disconformidad estética muy importante en la mujer. En Ginecología Médico Estética se debe abarcar como una alteración metabólica, que precisa de su tratamiento para restablecer y mejorar el equilibrio orgánico y la figura corporal. La celulitis, en su progresión, si no es tratada oportunamente, puede convertirse en sintomática. Es decir, puede generar dolor al tacto, pesadez en la extremidades inferiores, retención líquida y retención venosa y linfática, aumentando la posibilidad de trombosis venosa, entre otros síntomas.

Es fundamental establecer un correcto diagnóstico (conocer su causa o conocer la procedencia de la disfunción orgánica) de la celulitis para ofrecer un tratamiento completo y eficaz: su localización específica o generalizada, tipo y/o gravedad.

## Tratamientos

Podemos concluir muy resumidamente, que el Ginecólogo es el especialista que puede y debe diagnosticar la las diversas adiposidades en la mujer. Debe transmitirle la conveniencia de su tratamiento correcto para evitar las connotaciones negativas, que ya hemos repasado y conlleva la obesidad. El tratamiento correcto de las diferentes formas de obesidad se debe basar en un correcto y minucioso diagnóstico.

No es posible en este artículo repasar los medios diagnósticos necesarios pero si señalaremos que son de fácil aplicación (medición por impedancia, ecografía del tejido graso y vascular, termografía, analítica en sangre...).

Una vez realizado el diagnóstico preciso, los tratamientos deben ser adecuados para cada tipo de obesidad, siendo los pilares fundamentales en las obesidades generalizadas, el equilibrio de la dieta y el ejercio físico, asi como la disminución del estres oxidativo.

En las adiposidades superficiales y celulitis los tratamientos standar en resumen van dirigidos a eliminar los excesos de grasa mediante técnicas médico estéticas, como mesoterapia, ondas de choque, ultrasonidos..., sin olvidar en equilibrar dietas, encaminadas generalmente a dietas desintoxicantes y drenantes en el caso de la celulitis y el ejercicio físico adecuado en todas ellas.

Por ello, la situación ideal es que el ginecólogo esté preparado mediante capacitación adecuada, al diagnóstico y tratamiento, no sólo del tratamiento de los desajustes hormonales propios de las diferentes etapas de la mujer, sino también de aconsejar nutricionalmente una dieta adecuada con sus diferentes aportes de nutrientes, así como conocer la aplicación y fundamentos de las diferentes opciones terapéuticas (mesoterapia, ondas de choque, ultrasonidos...) minimizando al máximo los casos que precisaran de cirugía liporeductora.

# Duelos en tiempos de COVID-19

***Raquel Guijarro Buendía.*** *Psicóloga Clínica*

**La crisis sanitaria actual está teniendo un gran impacto en nuestro ritmo de vida. Están cambiando las formas de morir y de despedir a los nuestros. La experiencia de perder a un ser querido es una experiencia que implica dolor y transitar por distintos estados emocionales.**

El objetivo final es poder asimilar, aceptar y reubicar a esa persona de una manera diferente. Todo ello necesita ser compartido por otros que nos puedan sostener emocionalmente. La negación de lo ocurrido, la ira, la negociación con la realidad, la depresión y la aceptación de la pérdida, son las etapas que se suelen dar en el proceso de duelo. Todo ello abarca un periodo de tiempo que no suele ser inferior a un año y depende de muchos factores como la personalidad, el vínculo con el fallecido, la causa de la muerte...

Estamos viendo cómo los procesos de duelo durante el confinamiento pueden verse influidos negativamente por la crisis sanitaria. Una situación excepcional donde nos encontramos ante muertes inesperadas, falta de información del estado de salud de nuestros familiares, dificultades para realizar los procesos de despedida habituales (ceremonia, entierro, reuniones con los más allegados...). Situaciones excepcionales que pueden generar intensos sentimientos de soledad, impotencia, tristeza, culpa...o, en el extremo opuesto, un embotamiento emocional que nos dificulta conectar con lo ocurrido.

## Permitir todos los estados emociones

Para iniciar la elaboración del duelo, es importante que podamos permitirnos todos los estados emociones que vayan surgiendo, permitiéndonos un espacio y un tiempo para poder ir transitando con el dolor de la pérdida. Permitirnos pasar por todos ellos es una manera de validarnos, de empezar a asumir la pérdida, de poder recordar, llorar, enfadarse... sin juicio, sin crítica. De esta forma, evitamos que surjan emociones secundarias que pueden entorpecer la elaboración de lo ocurrido (como sentirse enfadado por sentir tristeza).

Los procesos de despedida son un acto simbólico que nos ayudan a iniciar el duelo. Por ello, y a pesar de las circunstancias, hay que reinventar las despedidas. Escribir una carta al fallecido, mantener un espacio de la casa que nos recuerde a él, posponer un acto de despedida con los seres queridos o incluso realizar reuniones virtuales para poder darle un espacio son actos que nos pueden ayudar a compensar las dificultades de la crisis sanitaria.

No nos tenemos que olvidar de los más pequeños de la casa. Incluir a los menores en el proceso de duelo implica no ocultarles información, compartir con ellos lo ocurrido con naturalidad, adaptando nuestro lenguaje a su desarrollo cognitivo, resolver las dudas que puedan plantear, involucrarlos en las despedidas y crear espacios donde se compartan las emociones de lo que vamos transitando. Es importante acompañar, sostener y validar sus emociones, así como entender que sus formas de expresar el dolor pueden ser diferente.

Más de 40 años apostando por la Salud Mental

Infancia-Adolescentes-Adultos-Mayores

Psicología-Psiquiatría-Psicogeriatría-Peritajes

FUNDACIÓN ARGIBIDE

C/ Iturrama, 7 Entreplanta
Tfno.: 948 266 511
Fax: 948 266 650
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. Desde hace 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 vasculares"). 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 "troncales", 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
drleopoldofernandez@gmail.com

**www.leopoldofernandez.com**

CPS-C2261/1/14-NA

# ¿Qué es la osteopatía?

***Zaira Sánchez Cuevas.*** *Fisioterapeuta. Centro de Salud Santa Ana. Tudela*
***Sandra Plasencia Serra.*** *Fisioterapeuta. Complejo Hospitalario de Navarra*

**Es una medicina alternativa que se utiliza para el diagnóstico y tratamiento, tanto de las disfunciones de movilidad articular, como de los tejidos, que pueden provocar la aparición de enfermedades.**

El principio a destacar es que *hay que tratar a la persona de forma global, no solo hay que centrarse en el foco del dolor e ignorar el resto del cuerpo.*

Los osteópatas hacen preguntas exhaustivas sobre la historia clínica de cada paciente, buscan asimetrías observándolo de pie, observan los movimientos globales del paciente en diferentes acciones, palpan y hacen pruebas diagnósticas para determinar la disfunción, una vez realizado este proceso de estudio, diagnóstico, empiezan el tratamiento mediante un conjunto de técnicas manuales no invasivas de masaje sobre los músculos, ligamentos, tendones, fascias… y de manipulación de las articulaciones.

Andrew Taylor Still (Estados Unidos, 1874), fue el primero en destacar y dar importancia a las relaciones entre el sistema músculo-esquelético y los otros sistemas orgánicos. También se centró en la relación entre la movilidad y la libertad de esos distintos sistemas y la salud.

## Teorías fundamentales

Las cuatro teorías fundamentales que continuan en la actualidad son:

- Una estructura (huesos, músculos, fascias, vísceras, glándulas...) en disfunción produce el origen de las enfermedades.
- El cuerpo tiene memoria, tiene la facultad de reencontrar el equilibrio tanto físico como mental.
- La autocuración implica que el cuerpo tiene los mecanismos necesarios para combatir las enfermedades siempre y cuando todas las estructuras funcionen correctamente.
- La sangre es el medio de transporte de todos los elementos que permiten asegurar una inmunidad natural.
- Holismo, somos una unidad y no un conjunto de órganos.

Especialidades dentro de la osteopatía:

- **Osteopatía estructural:** trabaja la falta de movilidad en el sistema músculo esquelético, la biomecánica articular y la postura del paciente. Columna vertebral y otras articulaciones.
- **Osteopatía visceral:** busca el equilibrio del sistema visceral para restablecer la normalidad de la circulación sanguínea, mejorar la movilidad global y el movimiento propio de las vísceras.
- **Osteopatía craneal:** se enfoca en la correcta movilidad de los huesos del cráneo y de su relación con el sistema nervioso central.

## Formación de un Osteópata en España

En España para acceder a la formación en osteopatía (más de 1500 horas) se ha de cursar una carrera universitaria de fisioterapia (5000 horas). En 2010, el Consejo de Colegios de Fisioterapeutas de España reconoció la Osteopatía como una formación complementaria para ampliar conocimientos una vez terminada la carrera de fisioterapia. Pero los osteópatas reclaman un reconocimiento independiente dentro del sector de la salud. Actualmente no existe un reglamento oficial para las medicinas no convencionales, pero si existe un Registro de los Osteópatas Fisioterapeutas de España (ROFE) y el Registro de Osteópatas de España (ROE).

## ¿Para que esta indicado?

- Osteo-articulares y músculo-esqueléticas: esguinces, contracturas tendinitis, radiculopatías…
- Digestivas: colon irritable, estreñimiento, gases, hernias de hiato, gastritis…
- Genito-urinarias: incontinencia, amenorrea, dismenorrea, cistitis, trastornos menopáusicos…
- Sistema respiratorio: asma, tos, bronquitis…
- Neuronales: cefaleas, neuralgias, migrañas…
- Pediatría y obstetricia: pagiocefalias, colico del lactante, otitis, estatismo, displasia de cadera…
- Post operatorios
- Trastornos del sueño, fatiga, vértigos, cansancio, ansiedad, estrés…

## Contraindicaciones

- Artritis reumatoide cervical.
- Enfermedad carotídea o vertedorbasilar.
- Metástasis óseas.
- Osteopenia grave.
- Fracturas óseas.
- Tendones rasgados.
- Articulaciones inestables.
- Heridas abiertas, trastornos de la piel, cirugías recientes…
- Trombosis venosa profunda, problemas de coagulación , aneurisma aórtico…
- Infecciones.
- Hidrocefalia, hemorragia intracerebral, isquemia…
- Apendicitis aguda.
- Glaucoma.
- Malformaciones congénitas.

traumatología

# Enfermedad de Dupuytren o por qué se me encogen los dedos

*Maitane Fernández Pérez, Irene Romero Redondo, Amaia Arbizu Araiz e Isabel Ayechu Díaz.* MIR de Cirugía ortopédica y traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra
*Alba Pérez Cintas.* FEA de Cirugía ortopédica y traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra

**La enfermedad de Dupuytren es un trastorno benigno, que se caracteriza por el desarrollo de un tejido nuevo bajo la piel de la mano (fibrosis). Este tejido forma nódulos y cuerdas, que provocan la retracción de los dedos hacia la palma.**

## ¿Cuál es la causa?

La que por un tiempo fue considerada la enfermedad de los Vikingos, sigue siendo de causa desconocida. No obstante, se ha asociado a ciertos factores de riesgo; como por ejemplo, el hecho de que algún familiar directo sufra la enfermedad o si padece de diabetes mellitus. Pese a ello, es raro desarrollarla antes de los 50 años.

Aunque se ha intentado relacionar con diferentes causas como traumatismos repetitivos (en relación con el trabajo, vibraciones ), el consumo de alcohol, el tabaquismo o el consumo de fármacos antiepilépticos, aún no se ha conseguido demostrar ninguna de estas asociaciones.

En ocasiones, el desarrollo de esta fibrosis también puede ocurrir en otros lugares como en la plantar del pie (fibromatosis nodular plantar) o en el pene (enfermedad de Peyronie).

## ¿Cuáles son sus síntomas?

El desarrollo de este tejido fibroso, produce adherencias a las estructuras vecinas y a la piel, lo que produce contracturas y hace que gradualmente, los dedos vayan perdiendo la capacidad de extenderse. Esto puede resultar en contracturas que flexionan los dedos de forma progresiva, permanente e irreversible; aunque la evolución en el tiempo es muy variable.

El primer síntoma en la mayoría de las ocasiones, es la aparición de engrosamientos, en forma de nódulos o cordones, en la palma de la mano. Generalmente, suele cursar de forma indolora y los dedos que más frecuentemente se suelen afectar son el 4º y 5º. El diagnóstico es clínico, no hace falta realizar ninguna prueba complementaria.

## ¿Cómo y cuándo se debe tratar?

Cuando la rigidez en flexión del dedo es limitante, se debe tratar. El objetivo principal del tratamiento es restaurar el movimiento de los dedos, pero se debe tener en cuenta que todos los tratamientos existentes son paliativos. Existen diferentes tipos de tratamientos, sin embargo, a día de hoy no hay ningún tratamiento que cure la enfermedad.

Los ejercicios de estiramiento y masajes, no han demostrado ningún tipo de beneficio en la enfermedad y ni tampoco que prevengan su progresión. A pesar de que el tratamiento estándar es la cirugía, hay otras opciones. Como por ejemplo ya inyección de corticoides (en la fase precoz de la enfermedad) o de una toxina llamada Clostridium Histolyticum; pero ambos tratamientos, sobretodo el segundo, tienen por ahora una alta tasa de complicaciones.

Por todo esto, cuando la deformidad es incapacitante se opta por la cirugía. Aunque hay diferentes tipos de la misma, todas consisten en romper o quitar ese tejido nuevo (fasciotomía o fasciectomía), para evitar que produzcan rigideces. A pesar de la cirugía, en ocasiones no se consigue una buena movilidad del dedo, ya que al haberse mantenido flexionado durante tiempo, se producen rigideces también a nivel articular. Es por este motivo que en ocasiones, tras la cirugía es necesaria la rehabilitación precoz e intentar movilizar los dedos cuanto antes. En resumen, el resultado de la cirugía es incierto en cuanto a funcionalidad de los dedos.

## ¿Puedo volver a padecerla tras el tratamiento?

Sí, tras el tratamiento puede volver padecer la enfermedad en el mismo lugar o en otro dedo, y no tenemos señales que puedan orientarnos a saber en qué casos puede ocurrir o no esto. Además, existe la posibilidad de que, tras ciertos tratamientos, en pacientes con cordones o nódulos leves, la afección evolucione a más velocidad que previamente.

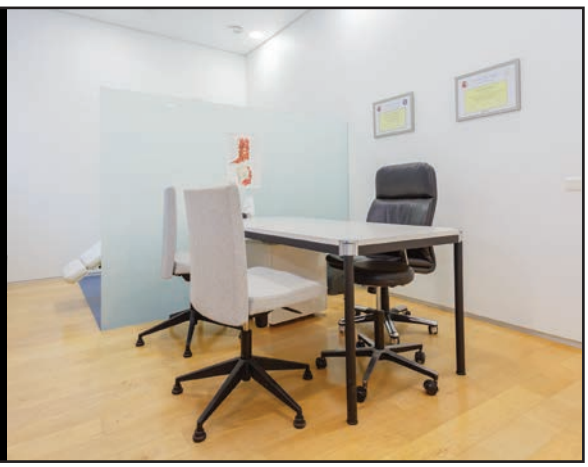
## ¿Qué debo saber?

Debe saber que la enfermedad de causa desconocida y de curso variable, pero en raras ocasiones produce dolor. Para el diagnóstico no es necesario realizar ninguna prueba y los tratamientos existentes son paliativos. Y por último, que existe riesgo de que recidive tras el tratamiento.

alGine
alquiler de espacios sanitarios
2000 - 2020

**Alquiler de espacios sanitarios en el centro de Pamplona.**
Flexibilidad de horarios.

C/ Cipriano Olaso 8, bajo
31004 Pamplona
T. 948 22 13 11



# La puerta de la salud: Tu boca

## La revolución diagnóstica y el tratamiento avanzado en odontología

*Felipe Rivas*
*Director Médico | Grupo Sannas*

sannas
DENTOFACIAL

**Desde hace unos años hemos asistido, en el ámbito de la odontología, a lo que ha sido un cambio de modelo de servicio, de modelo de negocio. Con la aparición de las franquicias y cadenas de clínicas dentales, se ha normalizado el acceso de estos servicios a gran parte de la población, llevando consigo la creación de numerosos puestos de trabajo. Muchas clínicas privadas han adoptado y adaptado algunos conceptos de estos modelos con el fin de adecuarse al mercado.**

Esto ha traído cosas buenas, pero también algunas cosas no tan positivas; algo nos hemos dejado por el camino. Hemos descuidado el aspecto médico integral del paciente, se le ha "deshumanizado" y se ha convertido en una ficha, un número de historia clínica, se ha separado la boca del resto del cuerpo,... en una profesión con importantes connotaciones dentro de lo que es la salud general del paciente, es decir, **el paciente no es solo la boca**, o el empaste, o el implante, es una unidad y como tal debe ser tratado. Además, el aspecto quirúrgico de la profesión se ha banalizado de forma preocupante, perdiendo su rigor y en muchos casos generando numerosas complicaciones, fracasos, así como yatrogenias.

Algunos centros odontológicos hemos trabajado en la línea de **recuperar el carácter médico quirúrgico de la profesión, humanizar y particularizar al paciente**. Desde el primer contacto, la primera visita, la realización de la anamnesis, la monitorización, la interconsulta con profesionales de las diferentes ramas de la odontología, y con otros profesionales especialistas de la medicina: internistas, anestesistas, cardiólogos, reumatólogos, etc. Todo ello, con el fin de realizar diagnósticos más completos para poder establecer pautas de tratamiento protocolizadas en un entorno de seguridad sanitaria. Esto supone "redescubrir" la profesión, revolucionar los diagnósticos y tratamientos en un entorno más médico, más quirúrgico, más seguro; en definitiva, **un entorno de bioseguridad sanitaria**.

Además, **un entorno de bioseguridad** debe incluir rigurosos protocolos de esterilización, implementación de las EPIS adecuadas al paciente y al profesional.

La realización de tratamientos "ARO" (**Alto Rendimiento Odontológico**) la experiencia en el dentista se transforma en una vivencia relajada y de gran seguridad, en la que permite abordar los casos desde los más sencillos hasta los más complejos con la tranquilidad y la confianza que puede aportar el entorno de un "hospital dental".

Hoy más que nunca **la bioseguridad sanitaria es un valor en auge**. Este tipo de situaciones (Covid19) hacen que todos estemos más sensibles, más alertas y que busquemos entornos seguros, preparados que den respuestas sólidas a nuestros problemas de salud dental, general, y con un trasfondo más humano.

## Decálogo de bioseguridad Sannas

1º **Experiencia en protocolos antivirus, implementación de EPIS, y bioseguridad sanitaria.**

2º Más de 10 años de experiencia en la implementación de la **esterilización hospitalaria.**

3º **Alto Rendimiento Odontológico (metodología ARO)**, agrupando numerosos actos dentales en una sola sesión, pudiéndose realizar con sedación en cualquiera de sus variables.

4º **Estrictos y diferenciados circuitos de circulación de pacientes y personal,** evitando las posibles contaminaciones cruzadas.

5º **Preparación adecuada de los boxes**, incluyendo un tiempo de parada entre pacientes. Cada profesional dispondrá de dos boxes para facilitar la eficiencia de los tratamientos y minimizando los tiempos de espera.

6º **Espaciosas salas de espera que permiten garantizar una estancia segura y confortable.**

7º Todos nuestros equipos funcionan con suministro de **agua osmotizada**, garantizando así que los tratamientos se realizan con **altas exigencias de calidad.**

8º **El cuidado y mantenimiento de las instalaciones está a cargo de empresas especializadas en ambientes hospitalarios**, garantizando la limpieza y asepsia de todas las superficies y espacios de la clínica.

9º **Aspiración tipo EGA (evacuación de gases ambientales)** que ha sido modificada para la aspiración extraoral de los posibles aerosoles.

10º **La profesionalización de todo nuestro personal** permite una asignación de tareas y responsabilidades diferenciadas, permitiendo una bioseguridad entre el personal que beneficia al paciente.


EDIFICIO POLICLÍNICA ARTICA

Entorno de bioseguridad sanitaria

sannas DENTOFACIAL · lab·o · OXIEN Medicina Hiperbárica · QIBU Quirófanos-Consultas · FIVE ESTÉTICA Y MEDICINA

www.policlinicaartica.com

# ¿Qué es el helicobacter pylori y a quién afecta?

*Dra. Susana Clemos Matamoros. F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofia. Tudela*

**El Helicobacter pylori (H. Pylori), es una bacteria que vive en nuestro estómago y duodeno, y es responsable de la infección crónica más común que existe en humanos y suele persistir toda la vida.**

Según la Fundación española del Aparato Digestivo (FEAD), más del 60% de la población porta esta bacteria en su interior, aunque la mayoría nunca llegan a saberlo.

## ¿Qué es el Helicobacter pylori?

Es una bacteria con forma de espiral y unos filamentos móviles llamados flagelos, que posee la increíble capacidad de sobrevivir en uno de los ambientes más hostiles de nuestro organismo: el estómago, que presenta un medio extremamente ácido con un ph inferior a 4.

De hecho, la acidez del estómago es uno de los mecanismos de defensa de nuestro organismo contra las bacterias que son ingeridas con los alimentos.

Esta bacteria produce sustancias que neutralizan los ácidos, formando una especie de nube protectora a su alrededor, permitiendo que la misma se movilice dentro del estómago hasta encontrar un punto para fijarse.

Además logra sobrepasar la barrera de moco que el estómago posee para protegerse de la propia acidez, adhiriéndose al moco, donde la acidez es mucho menos intensa. Por lo tanto, además de producir sustancias contra la acidez, el H. Pylori logra penetrar en partes del estómago done el ambiente es menos agresivo.

## ¿Qué vías de contagio de esta bacteria existen?

El modo de contagio aún no es plenamente conocido.

Dado que es una bacteria presente en la saliva, las heces y la placa dental, el contagio puede producirse entre personas por contacto directo con la saliva, el vómito o el material fecal.

En los países desarrollados, normalmente tiene lugar en el ámbito familiar, entre padres e hijos o hermanos, donde existe contacto en forma de beso y se comparten objetos con frecuencia. También puede darse entre las personas que viven en residencias de ancianos y otros recintos donde es habitual el contacto cercano.

En los países en vías de desarrollo, en cambio, es más común que el contagio se produzca a través de alimentos o aguas contaminadas con heces (vía fecal-oral). En todo caso, el riesgo de contraerla es mayor para personas que viven en condiciones de hacinamiento o insalubres, sin acceso a agua limpia y potable.

## ¿Qué síntomas y complicaciones se derivan de la infección por H. Pylori?

Como ya hemos comentado, el H. Pylori suele alojarse en la pared del estómago, justo debajo de la capa protectora de moco. Esa capa es esencial para la protección del estómago, impidiendo que el ácido clorhídrico agreda su mucosa. El problema es que el H.Pylori produce una serie de enzimas, algunas de ellas directamente irritantes para las células del estómago, otras activas contra la capa de moco, tornándola más débil, dejando la pared del estómago desprotegida contra el contenido ácido.

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com
SUSCRIPCIÓN GRATUITA

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

Estas acciones provocan inflamación de la mucosa del estómago, lo cual lleva a la gastritis y, en algunos casos, a la formación de úlcera péptica y hasta tumores.

## Síntomas

La gran mayoría de los pacientes no presenta ningún tipo de síntoma o complicación. Existen cepas de la bacteria más agresivas y cepas más indolentes, lo cual explica, en parte, la ocurrencia de síntomas en pocas de las personas contaminadas.

Es importante destacar que el helicobacter en si no causa síntomas. Los pacientes contaminados con H. Pylori que presentan síntomas lo hacen por la presencia de gastritis o úlceras pépticas provocadas por la bacteria.

En estos casos, los síntomas comunes son:

- Dolor o incomodidad, generalmente como quemazón en la parte superior del abdomen.
- Sensación de hinchazón del estomago.
- Saciedad rápida del hambre, generalmente después de comer tan solo una pequeña cantidad de alimento.

Todos estos síntomas reciben en nombre general de DISPEPSIA.

El H. Pylori también parece ser responsable de la aparición de aftas recurrentes en algunos pacientes.

## Diagnóstico

Actualmente existen varios métodos para diagnosticar la presencia de la bacteria.

Más importante que el diagnóstico en sí, es saber en quien se debe investigar su presencia.

Antiguamente el diagnóstico del H. Pylori se realizaba solo a través de la endoscopia digestiva, por medio de biopsias de estómago.

Hoy en día, contamos con pruebas no invasivas a través de análisis de heces, sangre o test del aliento.

## En que consiste el Test del Aliento?

El test se realiza ambulatoriamente. No es preciso el ingreso.

Mientras se realiza la prueba, el paciente está sentado. En una primera fase se realiza una determinación basal, en la que deberá soplar de forma continua en el interior del contenedor de muestras, que será cerrado inmediatamente.

Posteriormente se le suministra un comprimido/solución que contiene 13C-urea.

Transcurridos 20 minutos se recogerá la segunda muestra respiratoria. Las muestras pueden ser analizadas inmediatamente o bien ser remitidas al laboratorio de referencia para su análisis.

Tras la prueba el paciente puede regresar a su domicilio.

El paciente debe realizar ayuno durante las 8 horas previas a la prueba. Debe informar al médico de la medicación habitual. En caso de consumir antiácidos es necesario interrumpir dos semanas antes aquellos que corresponden al grupo de los IBP (omeprazol, lansoprazol, esomeprazol, pantoprazol). En caso estar en tratamiento con antibióticos la prueba deberá diferirse un mínimo de un mes tras finalizar el tratamiento.

Es totalmente indolora y no genera molestias.

## Razones por las que se realiza el test del aliento

La erradicación del Helicobacter pylori se asocia a una mejoría de síntomas digestivos, sin embargo no está claro que esté indicado hacer el test del aliento a todos los individuos con dispepsia.

Puede ser recomendable realizar el estudio en los siguientes casos:

- Pacientes con síndrome ulceroso o historia de úlcera sin tratamiento previo.
- Confirmar la erradicación del H. pylori en pacientes tratados con antecedente o presencia de úlcera.
- Confirmar la erradicación del Helicobacter pylori en pacientes con tratamiento antisecretor crónico y persistencia de síntomas.
- Pacientes tratados con reaparición de síntomas.
- Confirmación de la erradicación al menos 4 semanas después de finalizado el tratamiento erradicador.

No obstante, en los pacientes que se quejan de dolores estomacales, la Endoscopia sigue siendo la prueba de elección para evaluar el estado del estómago, sirviendo también para el diagnóstico de gastritis, úlceras o tumores.

Los pacientes menores de 55 años, que presentan clínica de dispepsia, sin señales que puedan indicar un tumor o úlceras activas (sangrado, anemia, pérdida de peso..) pueden ser sometidos a un examen no invasivo, con miras a un tratamiento en caso de que sean positivos para H. Pylori. La endoscopia estaría indicada sólo si no hay mejoría de los síntomas con el tratamiento.

## Tratamiento

El tratamiento para el H.Pylori es habitualmente realizado con entre 3 y 4 fármacos durante al menos 10 días ( el facultativo responsable decidirá la pauta más adecuada según se trate primera infección, infección no erradicada tras una primera tanda de tratamiento..)

Después de 4 semanas del fin del tratamiento, el paciente realizara un test del aliento para confirmar la eliminación de la bacteria.

# Escoliosis

***Alba Pérez Cintas.*** *Facultativa Especialista de Cirugía Ortopédica y Traumatología*
***Isabel Ayechu Díaz, Amaia Arbizu Araiz, Maitane Fernández Pérez e Irene Romero Redondo.*** *MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra*

**La columna vertebral de toda persona se curva un poco de manera natural, pero las personas con escoliosis, presentan una mayor curvatura.**

La escoliosis es la deformidad de la columna vertebral más frecuente en niños y adolescentes. Se trata de una curvatura lateral de la columna vertebral que ocurre con mayor frecuencia durante el periodo de crecimiento anterior a la pubertad.
Se considera que existe una escoliosis cuando existe una curva vertebral superior a los 10º Cobb en una radiografía en bipedestación. Esto puede dar lugar a una asimetría del tronco leve en alrededor del 10% de la población, aunque se considera una variante de la normalidad. Sin embargo, menos del 10% de la población con escoliosis llegará a necesitar tratamiento a lo largo de su vida.

## ¿A qué se debe?

En la mayoría de los casos, la escoliosis es de origen idiopático, es decir, no se conoce la causa por la que se produce. Se cree que se debe a una causa multifactorial.
Frecuentemente se descubre de forma accidental. Existe la denominada "escoliosis escolar", que se da en aquellos pacientes con una mínima asimetría del tronco que son remitidos al médico sin llegar a presentar una escoliosis propiamente dicha. Los pacientes con escoliosis pueden presentar:

- Asimetría de hombros.
- Prominencia de una de las escapulas.
- Asimetría de la cintura, presentando un lado de la cintura más elevado que otro.

## En la consulta del médico

Cuando acuda a la consulta de su médico, este le realizará una anamnesis y una exploración completa para valorar su escoliosis
Su médico se encargará de descartar posibles anomalías neurológicas, cardiacas o renales que se pueden dar en escoliosis que se deban a otras causas. Los tipos menos frecuentes de escoliosis pueden ser a causa de:

- Afecciones neuromusculares, como la parálisis cerebral infantil o la distrofia muscular.
- Defectos de nacimiento que afectan la formación de los huesos de la columna vertebral.
- Lesiones o infecciones de la columna vertebral.

Además, su médico recabará información sobre factores que le indiquen el riesgo de progresión de la curva. Esta progresión generalmente se asocia al pico de crecimiento que se da en la adolescencia. Esto normalmente ocurre entre los 10-13 años en las chicas y entre los 12-15 años en los chicos.

## ¿Qué síntomas produce?

En la mayoría de los casos, la escoliosis no produce dolor de espalda. Sin embargo, un dolor de espalda leve no es infrecuente en la escoliosis idiopática del adolescente debido al desequilibrio muscular originado por la curvatura vertebral.
Su médico le realizara también un estudio por imagen para poder valorar la escoliosis. Para ello, se considera a las radiografías simples el método de elección.

## ¿Cómo se trata?

Una vez diagnosticado de escoliosis, se debe tener en cuenta que el 90% de las desviaciones son leves y solo requieren observación por parte de su médico, por lo que el paciente no debe preocuparse al recibir este diagnóstico.
En caso de ser necesario el tratamiento, el objetivo será evitar la progresión de la escoliosis
En la mayor parte de casos casos en los que sea necesario el tratamiento, este será de tipo ortopédico mediante corsés. Estos tienen como finalidad prevenir la progresión de deformidad y se usan en paciente que aún se encuentran en la fase de crecimiento. Es importante que el corsé se use durante el tiempo indicado por su médico, ya que su efecto depende del tiempo que se lleve puesto. Los corsés permiten realizar las actividades de la vida diaria. Se realizará un seguimiento por parte de su médico que mantendrá el corsé normalmente hasta finalizar el desarrollo.
En escasos casos será necesario realizar un tratamiento quirúrgico. Este se reserva para aquellas escoliosis que presenten una curva superior a los 45º en pacientes que aun sean esqueléticamente inmaduros o que presenten riesgo de progresión de la curva a pesar del tratamiento ortopédico. El objetivo de la cirugía será corregir la deformidad y mantener la corrección.

# Enfermedad de D'Quervain

***Amaia Arbizu Araiz e Isabel Ayechu Díaz.*** *MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología*
***Alba Pérez Cintas.*** *Facultativa Especialista de Cirugía Ortopédica y Traumatología*
***Maitane Fernández Pérez e Irene Romero Redondo.*** *MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología*
*Complejo Hospitalario de Navarra*

La enfermedad de D'Quervain, también conocida como tenosinovitis estenosante del 1er compartimento dorsal del carpo, es una patología extraordinariamente frecuente en las consultas de Traumatología. Es una patología que genera dolor a nivel de la muñeca con actividades cotidianas como coger una taza.

## Causas y epidemiología

Se produce por una inflamación de los tendones que discurren por la primera corredera dorsal de la muñeca, que son el abductor largo y el extensor corto del pulgar.
Es una enfermedad mucho más frecuente en mujeres de entre 30 y 50 años, por sobreuso (trabajadoras manuales como peluqueras, limpiadoras...). También asociado a la práctica deportiva como el golf o deportes con el empleo de raquetas.

## Síntomas y diagnóstico

Se caracteriza por dolor en cara lateral de la muñeca, de semanas de evolución que empeora con los movimientos del dedo gordo. El dolor puede irradiarse por el dedo gordo y por todo el antebrazo. El diagnóstico es eminentemente clínico, lo que significa que no se necesita pedir pruebas de imagen para confirmarlo.

## Tratamiento

Inicialmente recomendamos tratamiento conservador mediante férulas inmovilizadoras, modificar actividades que generan dolor y los antiinflamatorios para épocas de más dolor. Si lo anterior no fuera suficiente, se pueden realizar infiltraciones de anestesia local y corticoides que ayudan a desinflamar los tendones. El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos casos que llevan más de 6 meses de tratamiento conservador sin mejoría. Consiste en la liberación de ambos tendones a nivel de la muñeca.

# La sexualidad en el postparto

***María Begoña Moreno-Dueñas.*** *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla*
***Ana María Gómez Abero.*** *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra*
***Marta Rodríguez-Villalón.*** *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional de Málaga*
***Désirée Díaz-Jiménez.*** *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla*

**La sexualidad es entendida como una capacidad que proporciona placer y bienestar. A lo largo del embarazo se producen muchos e importantes cambios en la pareja que pueden afectar a muchos aspectos de su relación, entre ellos la esfera sexual. Asimismo, después del parto la actividad sexual suele verse reducida por diversos factores (físicos, psicológicos, sociales, etc.).**

Durante el puerperio el estado hormonal es comparable a un hipogonadismo, con disminución de estrógenos y liberación de prolactina. Este estado influye negativamente en el deseo sexual y el estado emocional de la mujer. La respuesta sexual se va recuperando poco a poco, y a los tres meses la capacidad orgásmica puede ser igual o algo superior a la que existía, habiendo reanudado la mayoría de las mujeres las relaciones coitales.

## Factores físicos de la vida sexual tras el embarazo

Entre los factores físicos que afectan al reinicio de la vida sexual tras el embarazo y el parto se suelen destacar las lesiones perineales (por desgarros o episiotomías), las cicatrices abdominales (después de cesáreas), las hemorroides, los entuertos...en todos los casos existe dolor o molestias que hacen más difícil el reinicio de las relaciones sexuales. Del mismo modo, cualquier alteración en el suelo pélvico que afecte a la fuerza, resistencia o flexibilidad del mismo puede ocasionar disfunción (prolapsos genitales, incontinencia urinaria, fecal o de gases) e interferir en la respuesta sexual de la mujer.

El miedo al dolor y la penetración, junto con el temor a que el cuerpo no se haya recuperado, son muy comunes. La falta de estrógenos disminuye la lubricación genital y facilita la dispareunia y la coitorragia. Pero en multitud de ocasiones, y a pesar de que la mujer se encuentre preparada físicamente, no se reanudan las relaciones por múltiples factores psicosociales.

El postparto es un momento muy intenso emocionalmente en el que se mezclan muchos sentimientos: alegría, ansiedad, inseguridad y tristeza, que en algunos casos desencadenan un cuadro de depresión postparto. Por otra parte, toda la atención y el interés de la madre están centrados en su bebé y suele mostrar indiferencia por todas aquellas actividades que no son estrictamente necesarias, como las relaciones sexuales.

## Fuente de conflictos en la pareja

La autoestima y la autopercepción se ven afectados en la mayoría de los casos, ya que la mujer siente que su cuerpo ha perdido su erotismo. También le preocupa su desempeño sexual; aparecen dudas sobre si su vida sexual será similar a la que tenían antes del embarazo (si podrán recibir penetraciones, si podrán alcanzar el orgasmo, etc.), o si su pareja podrá sentir la misma satisfacción.

La carga de las tareas domésticas, el cuidado de otros hijos o personas a cargo, la actividad laboral, la disminución del tiempo para el descanso y el autocuidado son fuente de conflictos en la pareja que deben ser abordados adecuadamente por ambos. También algunos padres pueden sentirse desplazados por el bebé. En definitiva, la relación de pareja cambia y ambos tienen que ser conscientes de dicho cambio y flexibles para mejorar la convivencia. Compartir las responsabilidades familiares proporciona más complicidad y propicia el acercamiento de los dos.

Lo ideal sería que el reinicio de las relaciones se produzca cuando los dos miembros de la pareja se encuentren preparados y no por la percepción de necesidad de satisfacer al otro. Por eso es muy importante que ambos vayan expresando lo que sienten.

El comienzo puede hacerse de manera progresiva y lenta, con calma. Puede ser útil que sea la mujer quien dirija la penetración para detener la relación si sufre dolor. O realizar nuevas prácticas sin penetración. Las nuevas relaciones pueden no ser iguales, pero podrán ser igual de placenteras.

Se puede concluir que tanto los factores físicos como los psicosociales influyen en el área sexual de la relación de pareja. Es muy importante la normalización de todos estos aspectos y no considerarlos un tema que no se aborda.

## Recomendaciones

Por todas estas razones, es la matrona, en la consulta que realiza a la puérpera en el postparto, quien mejor puede abordar el tema sexual, ya que en muchas ocasiones la pareja no lo demanda por vergüenza. Se pueden dar unas nociones generales dejando abierta la posibilidad de que la pareja consulte ante miedos, sentimientos o dificultades que aparezcan.

# Caidas en personas mayores

*Idoia Domínguez Andueza. DUE. Centro de Salud II Ensanche*
*Aitziber Idoate Ramírez. DUE. Servicio de Urgencias Extrahospitalarias*
*Marta Bona Otal. Médica de Familia. Centro de Salud II Ensanche*
*Lorena San José Santo Tomás. DUE especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud II Ensanche*

**La incidencia de caídas en la población de edad avanzada es mucho mayor que en el resto de la población. El 75% de las caídas se producen en personas mayores de 65 años. La importancia de las caídas en personas ancianas radica en la aparición de complicaciones como lesiones, fracturas o heridas importantes, que conllevan problemas físicos, pérdida de la movilidad, que pueden dan lugar a una larga y difícil rehabilitación.**

Otra de las consecuencias, a menudo poco reconocida, es la pérdida de confianza que ocurre después de una caída. Esta puede llevar a la persona a limitar sus actividades de la vida diaria y recluirse en su hogar, deprimirse y deteriorar, como consecuencia, su capacidad funcional.

Pese a que las caídas constituyen un fenómeno frecuente durante la vejez y que pueden originar graves consecuencias, son un problema frecuentemente ignorado y muchas veces no se les presta la atención necesaria. Por su elevada frecuencia y sus complicaciones, las caídas constituyen un problema importante de salud tanto médico como social.

## Factores que predisponen a las caídas

Hay numerosos factores que aumentan el riesgo de tener una caída.

**Factores propios de la persona:**

- Cambios en el cuerpo que genera el propio envejecimiento: alteración de la marcha y del equilibrio, debilidad muscular, reflejos más lentos, alteraciones visuales y/o auditivas...
- Patologías o enfermedades como vértigos, Parkinson, problemas osteoarticulares, accidentes cerebrovasculares (ictus)...
- Efectos secundarios de determinados fármacos: algunos medicamentos pueden alterar el equilibrio o darle más sueño. Puede consultarlo en su Centro de Atención Primaria.

El consumo de alcohol también puede aumentar el riesgo de caídas.

**Factores ambientales o ajenos a la persona:**

- Acondicionamiento del hogar: muebles que dificulten el paso, escaleras, baño no adaptado...
- Suelos resbaladizos, alfombras...
- Mala iluminación (tanto escasa como excesiva).
- Entorno poco conocido.
- Calzado o ropa inadecuada.

## Prevención de las caídas

La mayoría de las caídas se producen en el hogar (cocina, baño, dormitorio) o en sus alrededores, generalmente durante el desempeño de actividades cotidianas como caminar, cambiar de posición e ir al cuarto de baño. Es por ello, el hogar y los hábitos, unos de los puntos clave en el que debemos incidir para prevenir las caídas pero no el único.

**Mejorar la movilidad/estabilidad:**

- Evitar el sedentarismo. Realizar ejercicio adaptado a la capacidad de cada uno.

El ejercicio físico contribuye a mantenerse más ágil, a conservar la fuerza muscular y el equilibrio...

- Evitar conductas de riesgo (subirse a una escalera, cruzar con el semáforo casi en rojo...).
- Levantarse de la cama o del sofá poco a poco. Espere unos segundos sentado en el borde para evitar mareos.
- Utilizar, si es necesario, ayudas para deambular como andadores, muletas o bastón.

**Acondicionamiento del hogar:**

- Iluminación adecuada.
- Evitar suelos deslizantes o mojados y eliminar los obstáculos en el suelo (alfombras, cables...).
- Baño: es preferible el plato de ducha a ras de suelo que la bañera, colocar alfombrilla antideslizante dentro y fuera de la ducha/bañera, colocar barras de apoyo para entrar y salir de la bañera/ducha y al lado de inodoro.
- Cocina: colocar los utensilios de uso más común en sitios de fácil acceso evitando utilizar las estanterías superiores, evitar usar taburetes o escaleras para subirse.
- Tener cuidado con las mascotas pequeñas, pueden hacer tropezar.

**Hábitos personales:**

- Revisión de la vista y la audición y uso de aparatos correctores (gafas, audífonos...).
- Evitar andar descalzo o con calcetines. Se recomienda el uso de calzado cerrado y con suela antideslizante.
- Evitar llevar ropa que arrastre por el suelo o que dificulte la movilidad.
- Vestirse sentado.

Recuerde, para evitar las consecuencias orgánicas y psicológicas que las caídas acarrean, debe conocer las causas más frecuentes que las provocan y lo más importante, como prevenirlas.

# El olfato y su relación con enfermedades sistémicas

***Dr. Diego Regalado Bermeo.*** *Facultativo Especialista ORL. Hospital Reina Sofia de Tudela*
***Dr. Ignacio Arruti González.*** *Jefe de Sección ORL. Complejo Hospitalario de Navarra*

**A día de hoy cuando la importancia del diagnóstico precoz tiene más relevancia que nunca se menciona al olfato y sus alteraciones como un importante marcador de sospecha en el debut de variadas patologías que abarcan desde obstructivas, inflamatorias, infecciosas, autoinmunes, neurodegenerativas hasta neoplásicas.**

Este olvidado sentido ha tomado gran relevancia en el contexto de la infección por el coronavirus SARS CoV-2, en algunos casos (hasta el 80%) ha sido relacionado con alteración súbita en la funcionalidad de éste sentido y en algunos medios ha hecho pensar que la presencia de modificaciones en el sentido del olfato sin signos o síntomas de obstrucción nasal podrían valorarse como un marcador precoz de enfermedad y facilitar el diagnóstico temprano de la infección y así evitar la tan temida COVID 19.

## Recuerdo anatomofisiológico

Partiendo del hecho de que hay aún mucho desconocimiento respecto al estudio del olfato debido a que este es un sentido subjetivo y difícil de cuantificar, se intentará sintetizar en breves rasgos la anatomía y fisiología del olfato.

La membrana olfatoria es la zona de epitelio nasal de aproximadamente 2.4cm2 ubicada en el techo de cada fosa nasal y distribuida desde la parte más alta del tabique en forma de cúpula hasta la porción más alta del dorso del cornete medio.

Esta membrana es donde se encuentran los receptores del olfato que son alrededor de 100 millones de células en donde se realiza la transformación de señales químicas, originadas por sustancias volátiles, en eléctricas que a continuación continúan su ascenso dentro del sistema nervioso central.

Cuando una partícula odorífera estimula el sistema de recepción del olfato aproximadamente el 50% de los receptores se adaptan al estímulo en el siguiente segundo y progresivamente se van adaptando hasta que alrededor de los primeros 5 minutos se han adaptado casi en su totalidad dando la impresión de que el olor ha disminuido o nos hemos acostumbrado a él.

La función básica del olfato radica en permitirnos identificar peligros o contaminantes en el aire sin embargo interviene también en la capacidad para seleccionar alimentos, identificar potenciales parejas sexuales y modular la capacidad del sentido del gusto, por ello al alterarse suele dar la impresión de que también el gusto se altera, incluso se han documentado relaciones con la capacidad de memoria y emotividad.

## Alteraciones en el olfato

Hay documentadas varias vías patológicas como causa de alteraciones en la olfación que se pueden clasificar en 3 grupos:

▶**CONDUCTIVA**: desviaciones septales, poliposis nasosinusal, tumores en las fosas nasales, inflamación con producción de moco o edema de la mucosa, etc.

▶**NEUROSENSORIAL:** post traumática, post viral, genética, lesiones intracraneales, etc.

▶**MIXTA:** combinaciones de dos o más causas de los otros grupos.

Independientemente de la vía por la cual se genere la afección los tipos de disfunción descritos en el olfato pueden ser:

- **Hiposmia:** disminución de la capacidad de percibir los olores.
- **Anosmia:** ausencia completa de percepción del olor.
- **Parosmia:** alteración en la percepción de un determinado olor.
- **Fantosmia:** percepción de olor sin presencia de estímulo.
- **Presbiosmia:** deterioro de la capacidad olfativa asociada al envejecimiento.
- **Hiperosmia:** Aumento en la percepción de los olores.
- **Agnosia olfativa:** Incapacidad de reconocer estímulos olfativos percibidos.

## Exploración del olfato

Dada la amplia variedad de posibles lesiones en el olfato y a la relativa dificultad en notar las deficiencias en el mismo es muy difícil estudiar objetivamente este sentido.

- *Historia Clínica completa.*
- *Exploración ORL completa.*
- *Resonancia Nuclear Magnética:* necesaria para valorar la vía olfativa ante todo paciente

con sospecha de problemas neurológicos.

- *Tomografía axial computarizada:* para evaluar senos paranasales, cavidad nasal, huesos de base del cráneo...

La radiología simple aporta poca información, la evaluación rutinaria con imágenes no está recomendada salvo que la historia clínica así lo justifique.

- *Olfatometría:* Se presentan diferentes estímulos odoríficos mediante frascos o tiras, el resultado va a depender mucho de la colaboración, instrucción, edad y patologías asociadas del paciente. Una dificultad añadida es que también se puede estimular el nervio trigémino (sensitivo) y así confundir los resultados.

## Incidencia

Una de cada 5 personas adultas sufre problemas de olfato. En estudios realizados en diferentes poblaciones y con grandes series de datos se ha identificado que según la edad hay una prevalencia de anosmia relativamente más alta en las mujeres que en los hombres.

## Causas

- Infección respiratoria nasal.
- Rinosinusitis crónicas.
- Neoplasias intracraneales y nasales.
- Déficit cognitivo leve.
- Alzheimer.
- Parkinson.
- Demencia frontotemporal.
- Demencia vascular.
- Esclerosis múltiple.
- Desordenes psiquiátricos.
- Epilepsia.
- Enfermedades endocrinas.
- Enfermedades hepáticas y renales.
- Discinesia ciliar primaria.
- Envejecimiento.
- Consumo de fármacos múltiples.
- Exposición a tóxicos/drogas nasales.
- HIV.
- Déficit de Zinc.
- Síndrome de Kallman.
- Otras.

La asociación de alteraciones olfativas con las infecciones virales del tracto respiratorio superior ha sido ampliamente documentada siendo estas una de las causas más comunes de este fenómeno con hasta 1/3 del total de casos.

Las alteraciones post infecciosas del olfato muy generalmente se autolimitan con mejoría espontanea entre uno y tres dias cuando las condiciones de la mucosa nasal mejoran (14 días en estudios actuales con resultados preliminares específicamente relacionados con SARS CoV-2), sin embargo hay un pequeño grupo de pacientes generalmente femeninos entre 40-60 años que no recuperan la percepción de los olores pese a la mejoría de los otros síntomas, de este grupo aproximadamente hasta 2/3 presentan cierta mejoría con el paso de los años.

Respecto a la infección con SARS CoV-2 hay que recordar que los coronavirus son causantes de hasta el 15% de los resfriados comunes adquiridos en la comunidad generalmente de evolución muy leve, de todas las causas documentadas de alteraciones en el olfato hay hasta un 40% que son atribuidas o se estiman causadas por infecciones virales; actualmente hay varios grupos de investigadores en diferentes países buscando la posible relación de las alteraciones en el olfato en pacientes sin clínica nasal obstructiva en relación a determinar si este tipo de alteraciones podrían considerarse como marcadores aislados de infección por SARS CoV-2 lo que facilitaría una detección precoz y de esta manera contener la acelerada diseminación de esta actual infección pandémica.

El envejecimiento cerebral y las exposiciones ambientales podrían disminuir la capacidad regenerativa documentada en el nervio olfativo, en este contexto la edad se ha documentado con un riesgo de 1.55 veces más alto con cada 5 años de envejecimiento.

## Tratamiento

Las alteraciones mecánicas que son la causa de las deficiencias conductivas del olfato deben ser tratadas según su origen con irrigaciones nasales con solución salina, esteroides tópicos sistémicos o cirugía. En determinados casos de rinosinusitis crónica refractaria a tratamientos con esteroides se ha aceptado la aplicación de tratamientos biológicos los mismos que aparte de mejorar la clínica obstructiva puede mejorar el olfato.

Las alteraciones neurosensitivas generalmente no tienen buena solución sin embargo estudios recientes han demostrado que la terapia con estimulación con olores usada diariamente por varios meses puede llegar a mejorar la calidad de la percepción de los olores.

## Conclusión

El olfato es uno de los sentidos filogénicamente mas primitivos y es justamente por lo cual es tan difícil de individualizar ya que tiene múltiples relaciones con una muy variada cantidad de áreas del sistema nervioso central, actualmente hay un gran campo de investigación abierto tanto en modelos experimentales apoyados en el creciente desarrollo de la tecnología con la finalidad de encontrar el máximo número de asociaciones del olfato dentro del sistema nervioso central así como ofrecer opciones terapéuticas que puedan mantener o devolver la integridad a este tan misterioso sentido.

En el actual contexto de pandemia se debe contemplar la anosmia aguda aislada -sin otros síntomas virales, sin mucosidad y sin mejor causa que la justifique- como un posible síntoma atribuible al Covid-19, aconsejando, en esos casos, un aislamiento de 14 días, prestando atención y comunicando al médico el desarrollo de nuevos síntomas.

**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 proteger al bebé del calor en verano

***Jaione Fernández García.*** *Enfermera de Pediatría. Centro de Salud De Ancín*
***Eva María Manso Perú.*** *DUE de AP. C.S. Estella – Lizarra*

**Se acerca el verano y con ello nuestra preocupación, como padres, para proteger a nuestros bebés en esta época de las altas temperaturas.**

Durante los meses más calurosos, los cuidados hacia tu bebé deben incrementarse ya que cuando las temperaturas son muy elevadas y se está expuesto al sol, se corre el riesgo de perder abundantes líquidos corporales que nos lleva a la deshidratación. Pudiendo producirse lo que se conoce como un golpe de calor. Los lactantes son muy sensibles al golpe de calor por la inmadurez del sistema que regula la temperatura corporal. Entre las señalas que pueden alertar a los padres destacan la irritabilidad, la irritación de la piel en cuello, pecho y axilas, tener piel seca y caliente, la aparición de calambres musculares, cansancio, debilidad, vómitos y náuseas, desmayos, pérdida de conciencia, dolor de cabeza, deshidratación y fiebre de más de 40 grados. Si se mantiene en el tiempo puede llegar al coma y la muerte del bebé.

## La hidratación es fundamental

Los más pequeños son especialmente sensibles a la pérdida de líquidos. Por este motivo, hay que aumentar el número de tomas de pecho o en su defecto de biberón, en niños que toman lactancia artificial o materna no sería necesario administrar agua porque sus requerimientos de líquidos están cubiertos con la leche.

Por otro lado, son más propensos a perder fluidos corporales más rápido que los adultos y, por ello, tienen a deshidratarse con mayor facilidad. Transpiran mucho más y es muy difícil que tengan conciencia de no realizar ejercicios o esfuerzos durante las olas de calor, ya que su pequeña mente no les permite razonar con esa complejidad.

## Atención con las horas de sol

En primer lugar, debes evitar la exposición solar prolongada o el calor extremo, piensa que los bebés tienen la piel muy sensible y además de padecer golpes de calor, también podrían quemarse rápidamente.

Evita la exposición al sol entre las 11 h y las 16 h o bien, busca siempre un lugar con sombra y lo más fresco posible. La temperatura recomendada para un bebé es de entre 22 y 25º C..

Ten en cuenta que tanto los pies como las manos de los bebés suelen estar más fríos que el resto de su cuerpo, incluso en días muy calurosos. Para saber si tiene calor, fíjate en la temperatura de su tórax y cuello, zonas más indicativas de su temperatura corporal.

Si tu bebé tiene menos de 6 meses, el agua del mar no es recomendable por el exceso de sal ya que puede llegar a dañar su piel. Respecto a las piscinas comunes, evita en la medida de lo posible exponerle al cloro.

## Vestimenta

Te recomendamos ropa ligera, tejidos transpirables como el algodón , el lino y colores claros para no retener el calor. Y por la noche, no dudes en taparlo con una sábana fina para evitar que el contraste haga que se resfríe.

Eso sí, no lo abrigues demasiado, ya que el exceso de calor podría producirle irritaciones o erupciones en la piel, conocido como sudamina.

No olvides el gorrito y en los meses centrales de verano, el bebé puede estar solo vestido con el pañal, eso sí, siempre a la sombra y con la cabeza protegida con un gorro.

Evitar las mochilas portabebés, ya que pueden transmitir calor al pequeño los días muy calurosos.

## Protección solar

Los expertos recomiendan evitar la playa o la exposición directa al sol hasta los 6 meses de vida debido a la alta sensibilidad de su piel. Después de pasar esta edad, el bebé en verano puede acudir a la playa siempre con protección solar y bajo la sombrilla.

En caso de tener que aplicar cremas de protección solar, utilizaremos las que contienen filtros físicos y no las que contienen filtros químicos (contienen parabenos y pueden provocar alergias e irritaciones). Ten en cuenta:

- En primer lugar, la protección solar debe aplicarse unos 30 minutos antes de la exposición.
- Prueba primero en una zona pequeña de su piel y espera a ver si hay o no reacción en su piel.
- Utiliza un factor de protección alto y repite la aplicación cada 2 o 3 horas máximo.

## Protección de ojos

Los ojos están expuestos igualmente al efecto del sol. Existen gafas de sol que protegen sus ojos de la radiación invisible. Es importante fijarse en:

- La categoría de la lente (número 3 a ser posible).
- En la presencia del filtro de rayos UV en la lente.
- Presencia del sello homologado de la Unión Europa.

## Cuida la alimentación

El apetito puede disminuir durante los meses de calor. Si tu bebé tiene menos hambre en verano, no es preocupante. Eso sí, la hidratación es fundamental. La fruta fresca o en zumos le refrescará y ofrécele agua más a menudo.

Durante el verano es conveniente evitar alimentos crudos o a punto de caducar y por supuesto, cuidar mucho más la conservación de la comida. El calor provoca la proliferación de bacterias o la presencia de insectos. En caso de transportar comida, hazlo siempre en una nevera o conservera.

## Protección frente a los insectos

Proteger del calor a tu bebé también significa alejarle de posibles picaduras. Tanto alrededor de parques como de zonas con agua o humedad suelen proliferar los insectos y los tan molestos mosquitos. Precauciones a tener en cuenta:

- Colocar una mosquitera o tul en el carrito o zona donde esté tu bebé.
- Utilizar lámparas o bombillas antimosquitos.
- Evita los antimosquitos que contengan DEET, una sustancia química no apta para menores de 2 años.
- En general, no se recomienda el uso de ningún repelente en menores de 2 años.

## Precaución con el aire acondicionado

- Antes de poner en marcha el aparato, revisa su funcionamiento y limpia los filtros que han acumulado polvo e incluso algún insecto durante el año.
- Evita los cambios bruscos de temperatura entre una habitación y otra. Lo mismo ocurre al salir de casa y entrar en el coche. Prepara con antelación la temperatura del interior del vehículo.
- Nunca dejes al bebé cerca o debajo de la fuente directa del aire acondicionado.
- Aunque la temperatura sea más agradable gracias al aire acondicionado, lo cierto es que provoca sequedad tanto en las fosas nasales como en los ojos. Intenta conseguir cierto grado de humedad (no más del 50%).
- La temperatura no debe bajar de los 22 grados.
- Si las noches son especialmente calurosas, enfría la habitación y antes de acostar al bebé, apaga el aparato. No dejes el aire acondicionado encendido toda la noche.

## Recomendaciones para viajar

Si tienes que viajar en coche, es necesario combatir también el calor que puede sufrir tu bebé dentro del vehículo. Ventila siempre el interior abriendo y cerrando las ventanillas de vez en cuando para que corra el aire. No mantengas constantemente el aire acondicionado dentro del automóvil, ya que se podrían resecar las mucosas de las vías áreas del pequeño. Durante las paradas, siempre descansa en áreas sombreadas. Y lo más importante, nunca dejes a tu bebé encerrado dentro del coche ni aunque sea por un momento y esté estacionado a la sombra, ya que puede sufrir un golpe fuerte de calor y deshidratación.

## El sueño

Cuando hace mucho calor, a los lactantes les puede costar un poco más dormir. Hay que tener paciencia para calmar su llanto y tratar de templar la habitación en la que duerma, peros sin olvidar los cuidados: nunca dejarlo expuesto a corrientes de aire y taparlo siempre, aunque sea con ropa ligera.

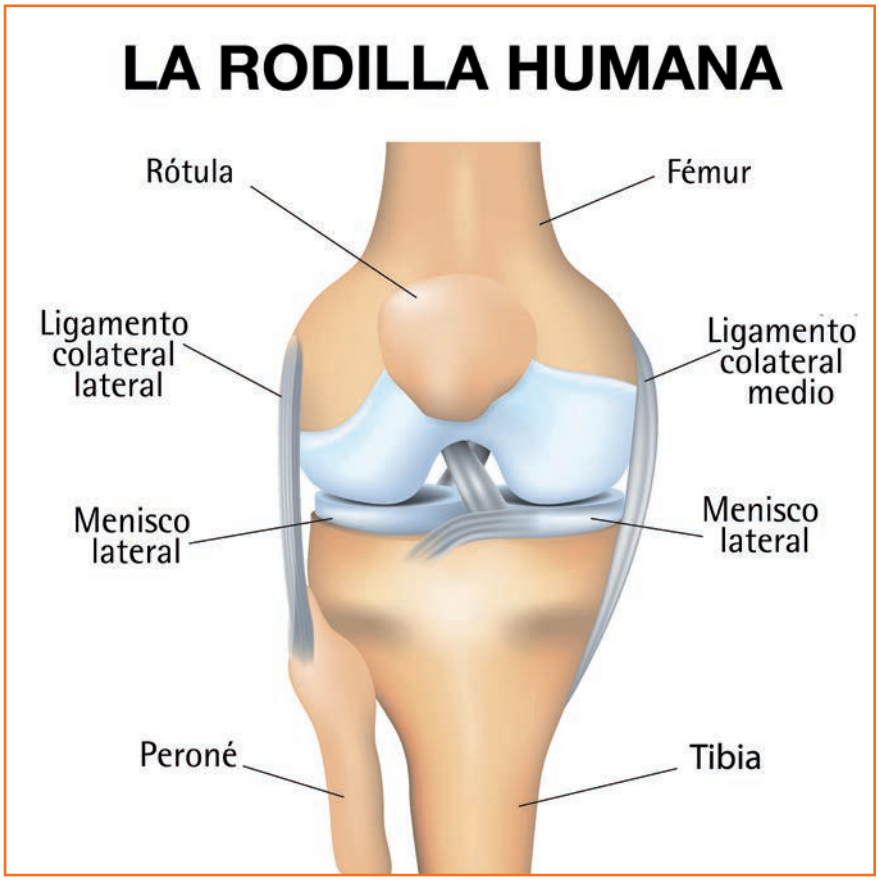

TANATORIO LA FUENTE
FUNERARIA SAN PEDRO NAVARRA

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.




# Tengo el menisco roto, ¿me tengo que operar?

***Jon Marti Ayerdi.*** *FEA Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra*
***Carlos Sanz García.*** *MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra*

**Los meniscos son una estructura fibrocartilaginosa que se encuentran en la articulación de la rodilla entre el fémur y la tibia. Poseen varias funciones entre las que destacan: regular la transmisión y reparto de cargas, aumentar la superficie de contacto, lubricación y nutrición, estabilidad…**

La rotura es la patología más frecuente dentro de las lesiones meniscales, siendo su etiología principalmente: traumática, relacionada con la actividad física, o degenerativa.

La **rotura traumática** suele producirse en pacientes jóvenes tras movimientos bruscos o forzados con el pie fijo en el suelo.

La **rotura degenerativa,** por otro lado, se produce en meniscos previamente degenerados debido a la pérdida progresiva de sus propiedades viscoelásticas. Estos meniscos que son más frágiles, se suelen romper sin un traumatismo o movimiento brusco, llevando en ocasiones varios años rotos hasta que producen daño al paciente.

El diagnóstico inicial se realiza con la clínica. Los síntomas más habituales son el dolor en la zona de en medio de la articulación de la rodilla, inflamación o derrame articular, sensación de inestabilidad y los bloqueos. Para la confirmación del diagnóstico además de en la exploración física el médico se apoyara en las pruebas de imagen como la radiografía y la resonancia magnética que confirmará el diagnóstico.

El tratamiento dependerá del tipo de rotura y fundamentalmente de la sintomatología del paciente. Hay roturas que no duelen y son hallazgos en resonancia magnética y otras que inicialmente duelen pero con el paso del tiempo dejan de doler.

El tratamiento inicial es reposo, vendaje compresivo, hielo y elevación de la extremidad. También se recomienda inicialmente ejercicio que no implique impacto como la bici o natación. Los ejercicios de rehabilitación irán enfocados a potenciar y aumentar los rangos de movilidad de la articulación a través de ejercicios isométricos e isotónicos, además de trabajar la propiocepción.

## Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico únicamente se recomienda en roturas agudas con síntomas de bloqueo y/oinestabilidad y roturas que no responden a un correcto tratamientoconservador. La cirugía consiste en la realización de una artroscopia y en función del tipo de rotura una resección parcial o sutura.

Los factores de buen pronostico son la edad menor de 40 años, alineación correcta y que no haya cambios degenerativos ya que en este último caso, pese a una mejoría inicial existe el riesgo de con el paso del tiempo acelerar el proceso artrósico con aparición de osteofitos, aplanamiento de cóndilos y disminución de espacio articular.

# Infección urinaria en Pediatría

***Paula López Moreno, Tamalai Estrella Munárriz Granado y Marta Sueiro Tejada,***
*DUE Pediatría. Pamplona. Servicio Navarro de Salud*

**La infección urinaria es la presencia de bacterias en la orina con síntomas asociados. Lo más frecuente es que estas bacterias lleguen a la uretra desde el ano. Cuando afectan a vejiga y uretra (tracto urinario inferior) se llama cistitis. Cuando afectan a uréteres y riñones (tracto urinario superior) se llama pielonefritis. Si hay ausencia de síntomas se llama bacteriuria asintomática y no precisa tratamiento generalmente.**

Es más frecuente en niños en menores de 6 meses y en niñas a partir del año de vida.
Se estima que al finalizar la edad pediátrica el 8-10% de las niñas y el 2-3% de los niños ha padecido una infección urinaria confirmada.

## ¿Cuáles son los síntomas?

▶**Cistitis:** dolor/escozor al orinar, aumento de la frecuencia o urgencia de las micciones, que suelen ser de escasa cantidad, mal olor y pueden provocar dolor en la zona baja del abdomen. Pueden cursar sin fiebre o con fiebre/febrícula y sin afectación del estado general.

▶**Pielonefritis:** Suele aparecer fiebre mayor de 38ºC, dolor abdominal o en zona lumbar y puede ir acompañada de afectación del estado general. y niños pequeños el síntoma más frecuente es la fiebre sin otra sintomatología añadida.

## Factores de riesgo

- Anomalías en el tracto urinario.
- Uretra corta.
- Fimosis en lactantes varones.
- Estreñimiento.
- Sondajes urinarios repetidos.

## Diagnóstico

Para detectar una infección urinaria se necesita una muestra de orina. Existen diferentes métodos para su recolección.
Es fundamental para que la muestra esté lo menos contaminada posible:

- Realizar previamente una adecuada higiene de manos con agua y jabón.
- Realizar la higiene de los genitales externos con agua jabonosa, separando los labios mayores de las niñas y retirando bien el prepucio en niños. Realizar el secado con gasas estériles.

## Recogida de la muestra de orina

➡**Si hay control de esfínteres:** Desechar el primer chorro de orina para recoger una muestra de la mitad de la micción. El bote donde se recoge la muestra deberá ser estéril.

➡**Si no hay control de esfínteres:**

1. **Bolsa estéril adhesiva.**

*¿Cómo colocar la bolsa?*

- Realizar la completa higiene perineal explicada anteriormente.
- Retirar el papel protector de la parte inferior del adhesivo de la bolsa. Separar las piernas del niño y poner la abertura de la bolsa alrededor del orificio de salida de la orina. Se retira el resto del papel protector y presionando se pega bien sobre la piel.

Según las últimas recomendaciones, la orina recogida mediante bolsa puede servir para un despistaje inicial pero en ningún caso se mandará a cultivar.

2. **Recogida "al vuelo" o "al acecho":**

Existen técnicas de estimulación de la vejiga:

- Lactantes hasta 6 meses de edad: dando golpecitos suaves en la zona suprapúbica y dando un ligero masaje en la zona sacra de la espalda.
- Mayores de 6 meses sin control de esfínteres: contacto con el agua, escuchar el sonido del agua, beber líquidos...

La muestra de orina se recoge a mitad del chorro en un bote estéril.
Para mayor fiabilidad de la muestra existen los métodos invasivos los cuales son pertinentes en algunos casos: Sondaje vesical y punción suprapúbica, que se realizarán exclusivamente en centros sanitarios y por personal sanitario debidamente entrenado.
En todos los métodos de recogida de la muestra, la orina debe ser procesada lo antes posible o ser conservada a una temperatura de 4ºC, máximo 24 horas.

## ¿Cómo prevenirlas?

- Hidratarse adecuadamente, con especial atención en las situaciones de riesgo (calor, deporte..).
- Enseñar a mantener una higiene íntima adecuada.
- No aguantarse las ganas de orinar.
- Evitar el estreñimiento.
- En el caso de las niñas: limpiarse de delante hacia atrás.
- Evitar prendas estrechas, ajustadas, sintéticas y húmedas por largos periodos de tiempo.

## Tratamiento

Habitualmente, el tratamiento de las infecciones urinarias en la infancia se realiza con antibióticos. Sin embargo, la elección del tratamiento varía según la edad del niño, el tipo de infección y el análisis realizado.

# Lactancia materna y frenillo lingual corto, ¿son compatibles?

***Désirée Díaz-Jiménez.*** *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla*
***Marta Rodríguez-Villalón.*** *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional de Málaga*
***María Begoña Moreno-Dueñas.*** *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla*
***Ana María Gómez Abero.*** *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra*

**La alimentación en los recién nacidos es una actividad compleja, que requiere una coordinación eficaz entre los procesos de succión, deglución y respiración.**

Además de un buen acoplamiento boca-pecho con ambos labios evertidos para adaptarse en todo el contorno de la areola y que estos hagan un masaje en la zona de los senos lactíferos, los niños deben ser capaces de efectuar cuatro movimientos con la lengua:

- La lengua se proyecta por delante de la encía inferior (se extiende).
- La porción anterior de la lengua envuelve el pezón y parte de la areola, y los presiona suavemente contra la encía superior y el paladar (se eleva, movimiento que más influye en la lactancia).
- La lengua se puede mover hacia los lados (lateralización).
- El movimiento ondulante de la lengua y la mandíbula produce un efecto de émbolo, que permite que la leche extraída vaya al fondo de la boca (peristaltismo).

Una de las causas para no poder realizar estos movimientos correctamente, y sus posibles consecuencias es la presencia de un frenillo lingual corto o anquiloglosia, una anomalía congénita. Esta anomalia mantiene la lengua sujeta al suelo de la boca, impidiendo en diferente medida los movimientos de la misma que permiten al bebé mamar de manera placentera y eficaz.

## ¿Cómo afecta el frenillo lingual corto a la lactancia?

Las más importantes son: dificultad para iniciar y mantener la lactancia materna (afecta tanto a la madre como al niño), problemas en la articulación del lenguaje y alteraciones de los dientes.

### Consecuencias para la madre

- Pezones doloridos y grietas, por la fricción y mal agarre.
- Mal drenaje de los conductos. Junto con las grietas, pueden favorecer la aparición de infección en la mama, mastitis.
- En algunos casos, disminución de la producción de leche al no tener una estimulación eficaz.
- Tomas largas.

### Consecuencias para el bebé

- Mal agarre al pecho: cabeceo, ruidos al mamar, irritabilidad. El niño se suelta frecuentemente.
- Tomas largas y cansadas.
- Mayor ingesta de leche del inicio de la tetada, rica en lactosa y mayor dificultad de digerir. Como consecuencia, más problemas digestivos como regurgitación, cólicos y gases.
- Menor ingesta de leche con escasa ganancia de peso.
- Alteración en la mordida cuando se produce la salida de los dientes.
- Problemas relacionados con el habla.

## ¿Cuándo recurrir al tratamiento quirúrgico?

El frenillo no tiene ninguna función específica cuando está situado fuera de la lengua por lo que seccionarlo, si es necesario, no perjudica en nada al bebé.

El tratamiento definitivo es el quirúrgico. Se trata de cortar el frenillo (frenotomía o frenectomía). Debe hacerse lo antes posible para evitar un destete precoz. No es necesaria anestesia para llevarla a cabo.

Por otro lado, la intervención puede mejorar la movilidad de la lengua, pero no asegura la corrección estética del defecto.

## ¿El tratamiento quirúrgico es eficaz?

Es eficaz siempre que sea bien indicado, para ello cada binomio madre-hijo con problemas en la lactancia debe ser valorado de manera individual y determinar que el acortamiento del frenillo lingual es la causa de las dificultades con la lactancia.

La frenotomía ha resultado un procedimiento rápido, fácil y sin complicaciones y en determinadas situaciones ayudar a disminuir el dolor materno y a aumentar la cantidad de leche que se produce, aunque no hay suficiente evidencia de calidad que respalden el uso de esta técnica.

## Recomendaciones

La evidencia actual indica que a pesar de la presencia de frenillo lingual corto o anquiloglosia, la mayoría de los bebés son capaces de alimentarse al pecho con éxito. Esto se debe a la capacidad del pecho materno de variar su forma. Si un niño tiene frenillo lingual corto, pero aumenta de peso y la madre no tiene dolor, no hace falta ninguna intervención.

En cambio, si hubiera dificultades, la puérpera debe acudir a una consulta de lactancia como intervención inicial. La matrona como especialista en lactancia observará una toma verificando que el bebé tiene la boca bien abierta con los labios hacia fuera, la nariz y el mentón tocando el pecho con gran parte de la areola dentro de la boca, ambos muy pegados, buscando la alineación oreja-hombro-cadera del bebé. Cambiar la postura, puede facilitar el agarre más profundo del bebé, logrando que abra más la boca, (postura de amamantamiento biológico), y otra medida que también puede valorarse es la utilización de pezoneras, porque dan firmeza al pezón durante el enganche y las pausas de succión.

donación

# Donación de sangre y componentes en tiempos de COVID-19

*Dr. José Antonio García Erce. Banco de Sangre y Tejidos de Navarra. https://www.adona.es/es*
*Dr. José María Domingo Morera. Banco de Sangre y Tejidos de Aragón. http://www.bancosangrearagon.org*

**En estos momentos deberíamos estar volviendo progresivamente a recuperar la normal actividad asistencial, aunque ésta no volverá a ser igual que antes, después de las graves consecuencias sanitarias, asistenciales y económicas que el manejo de la pandemia del nuevo coronavirus (Covid-19) ha provocado en nuestra sociedad.**

Lo han sido a lo largo de estos meses, pero en estas próximas semanas de atenuación, ahora más que nunca, son necesarias las donaciones de sangre total, de plasma, de médula ósea y tejidos, además de optimizar a los pacientes potencialmente transfundidos.

Nos sumamos a lo expresado, en una reciente carta al Diario de Navarra, el Dr. D. Antonio Medarde: *"Es reconfortante constatar la gran cantidad de personas que en estos difíciles momentos han mostrado generosidad, solidaridad, altruismo o, simplemente, un encomiable buen hacer profesional. Para que nuestra sociedad siga funcionando es necesaria la colaboración de distintas profesiones y grupos sociales, entre los que se encuentran los donantes de sangre"*. Los donantes de sangre de nuestras dos Comunidades Autónomas, vecinas y hermanadas, han venido acudiendo desde el momento de la declaración oficial por la Organización Mundial de la Salud de pandemia a finales de febrero.

Por supuesto que hubo preocupación, dudas sobre la seguridad, pero la responsabilidad de todos nuestros profesionales, la puesta en marcha de medidas de higiene, de control, de distanciamiento físicos, de autoexclusión en caso de síntomas o contactos durante las semanas anteriores y posteriores, han permitido con éxito mantener nuestros stocks y abastecer a nuestros centros hospitalarios con la máxima seguridad.

A nivel mundial se han reportado caídas de la donación y del suministro a los hospitales entre el 60 al 80% en China, Irán o los mismos EE.UU. Estos días ha llegado a salir en la prensa la situación desesperada del Estado de Nueva York, o los llamamientos en algunas comunidades autónomas o países de nuestro entorno. Los datos de los informes semanales del Ministerio de Sanidad indican una caída de la donación durante las primeras ocho semanas del confinamiento alrededor del 30%, con un descenso promedio en algunas semanas superior al 35%.

Tanto en Aragón como en Navarra hemos experimentado un descenso, controlado por nuestra parte, por las restricciones o imposibilidades de la realización de algunas colectas en algunas localidades o lugares públicos o instituciones cerradas. Por ello, hemos potenciado las medidas de seguridad y redoblada esfuerzos y medios, para potenciar la donación en nuestros centros de transfusión.

## Seguridad de las transfusiones

Hasta el momento actual, aunque se haya encontrado ARN en algunos donantes chinos y coreanos, el riesgo de transmisión y desarrollo de infección de COVID-19 a través de la transfusión parece ser teórico. No obstante, como de forma genérica se conoce que los coronavirus son sensibles a los sistemas de inactivación existentes, estamos procediendo a la inactivación del plasma y de las plaquetas. Sin embargo, la existencia de viremia durante el periodo de incubación o tras la resolución de los síntomas, de pacientes y contactos asintomáticos, aconsejan mantener algunas medidas de precaución, tales como "cuarentena" y autoexclusión. Es por ello, que a los donantes les informamos y solicitamos "que si durante los 14 días post-donación presentan síntomas compatibles con enfermedad por COVID-19 lo comunique al centro de extracción" e intentamos realizar una "cuarentena" de los concentrados de hematíes de dos semanas antes de su transfusión (al menos 5 días en el centro).

## Donantes convalecientes

Los donantes confirmados positivos para este virus pueden donar sangre y/o plasma si han transcurrido al menos 14 días desde la resolución completa de los síntomas, y con resultado negativo de la prueba de laboratorio (eliminación del ARN viral del tracto respiratorio superior), o bien, han transcurrido al menos, 28 días a partir de la resolución completa de los síntomas. Su donación tras la recuperación confirmada es más importante que nunca. Por un lado, a partir de su plasma podremos obtener por fraccionamiento industrial inmunoglobulinas inespecíficas que podremos tener disponibles dentro varios meses, para el otoño, para ayudar a pacientes inmunodeprimidos o con algunas patologías autoinmunes.

En el informe del CCST con fecha 6 de mayo se reconoce que *"El plasma procedente de pacientes recuperados de COVID-19, puede ser una alternativa terapéutica potencialmente útil para esta enfermedad"*. A principios del mes de abril, se puso en marcha un *"Programa común europeo sobre obtención y transfusión de plasma de convaleciente"*, que ha creado una plataforma de datos a nivel europeo, al objeto de demostrar su eficacia y seguridad.

Según este informe *"Es conveniente que los Centros de Transfusión (CT), evalúen su capacidad de extracción, preparación y almacenamiento de este tipo de donación, con la finalidad de disponer de stock de plasma hiperinmune para futuras demandas"*. Nuestros CT tenemos que contemplar en nuestro Plan de Contingencia para la COVID-19 la obtención de stock - como ya ha hecho Aragón y casi todos los CT del país-, o *"en su defecto, habilitar acuerdos con otros CT, de forma que llegado el caso quede garantizado el suministro"*.

## Era post-COVID

Como ya hemos insistido con anterioridad en esta revista, la donación de sangre, acto voluntario y altruista, es uno de los pilares básicos de la salud para el aseguramiento de una sanidad moderna y de calidad. Uno de los pilares del Plan Nacional de Hemoterapia, junto a la seguridad y el uso óptimo, es el autoabastecimiento de sangre y sus derivados. Para obtenerlo invitamos que sigan acudiendo a nuestros llamamientos porque la donación es ahora más necesaria. La importante caída de la donación, va a agravar más la dependencia exterior, porque el consumo mundial de inmunoglobulinas y de albúmina lleva más de una década creciendo, con previsiones casi exponenciales.

# CENTRO ECUESTRE CIZUR

## CAMPAMENTOS DE VERANO 2020

### REGALA CAMPAMENTOS

REGÁLALOS COMO FINAL DE CURSO, CUMPLEAÑOS, PRIMERA COMUNIÓN, PARA HACER DEPORTE Y AMIGOS, PARA DISFRUTAR DE LA NATURALEZA, PARA DESARROLLAR OTROS VALORES... ¡¡ LA RAZÓN LA PONES TÚ !!

### FECHAS - HORARIOS - ACTIVIDADES

**Junio, Julio y Agosto de Lunes a Viernes***

- **Semanas:** 22-26 junio /29 junio al 3 julio / 6-10 julio / 13-17 julio / 20-24 julio / 27-31 julio / 3-7 agosto / 10-14 agosto / 17-21 agosto / 24-28 agosto

* Grupos reducidos (máximo 12 personas/semana).

* Siguiendo el protocolo higiénico/sanitario frente al COVID-19.

- **Horario de 9 a 14 h.**

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

**Actividades para todas las edades y niveles:**

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

### PRECIOS - DESCUENTOS - INSCRIPCIONES

- **190 € / semana**

15% Descuento para los alumnos de la escuela
10% Descuento para hermanos de alumnos

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

### OBSERVACIONES

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


CENTRO ECUESTRE CIZUR

**JESÚS GONZÁLEZ AYARRA/ MARTA ERROZ FERRER**

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