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 julioagosto2020 nº84

SUMARIO

2 Tengo varices, ¿qué tratamiento es el más adecuado para mi?
3 Enfermedades de las válvulas del corazón
4 El retorno al hogar tras sufrir un daño cerebral adquirido
5 Vértigo posicional paroxístico benigno
6 ¿Qué es el codo de tenista?
7 La esclerosis con microespuma y las técnicas MOCA
8 Padezco de fascitis plantar, ¿tiene solución?
9 Tratamiento del fracaso de implantes dentales
10 Frenillo lingual alterado y logopedia
12 Reconquistar el nicho social en tiempos de incertidumbre
13 Tratamiento de varices grandes con adhesivo (venaseal®)...
14 El ácido docosahexaenoico en la gestación y lactancia
15 Manejo de la pirosis durante la gestación
16 Edificio Policlínica Artica: tu nuevo centro médico
18 El miedo a estar enfermo
19 Impacto emocional del coronavirus y el confinamiento
20 Beneficios del ejercicio físico...
21 Vendaje neuromuscular
22 Exploración sensorial del pie diabético: test del monofilamento
24 El consumo de alcohol durante el confinamiento
26 Enfermedades transmitidas por garrapatas
28 Sistema de monitorización continua de glucosa
29 ¿Y este bulto en la muñeca?
30 Síndrome de dolor femoropatelar
31 Tomo Sintrom, ¿qué debo saber?

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

¡Feliz verano!

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.*

Tengo varices, ¿qué tratamiento es el más adecuado para mi?

ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON LÁSER

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

Durante estos meses de verano muchas personas van a sufrir de pesadez, dolor y edema en las extremidades inferiores. La mayoría de las veces por un problema de varices que tiene un tratamiento rápido, eficaz y poco agresivo.

¿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), ocasionando una dilatación de la misma y provocando los síntomas que todos conocemos como son la pesadez, dolor de piernas, cansancio, calambres, picor, piernas inquietas y, en casos avanzados, flebitis, hemorragias, lesiones en la piel e incluso úlceras de difícil tratamiento.

Valoración del problema

Ante la presencia de varices no dude en acudir a un cirujano vascular con experiencia para llevar a cabo una exploración física SIEMPRE con un ECODOPPLER VENOSO a 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

Lo más importante es acudir a un especialista con experiencia para valorar su caso en concreto para poder aconsejar el tratamiento más adecuado a su caso. **NO TODAS LAS VARICES SE TRATAN IGUAL.**

Láser endovascular

Se trata de un procedimiento ambulatorio, se realiza con una sedación suave y consiste en realizar un simple pinchazo en la vena a tratar por el que se introduce una fibra LÁSER que desprende calor y provoca que la vena a tratar se cierre, la ventaja de este tratamiento es que piernas con varices enormes se solucionan en 30 minutos, el paciente puede realizar una vida prácticamente normal el mismo día, puede ir a trabajar en unas 24 horas y olvidarse de su problema sin necesidad de realizar visitas frecuentes a la consulta médica.
Es el método más moderno, rápido, menos agresivo y con menos índice de recidiva para tratar varices de gran calibre.

La esclerosis con microespuma

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

El catéter Clarivein

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

Conclusión

Cualquier variz con indicación de cirugía es tratable con una de estas técnicas. Son tratamientos muy poco agresivos, no afectan a otros vasos sanos o nervios periféricos, no provoca el dolor ni las posibles complicaciones ni las incomodidades ni las lesiones e inconvenientes permanentes que genera la cirugía tradicional.
Consulte con un Cirujano Vascular con experiencia para aplicar el tratamiento más adecuado a su caso en concreto.

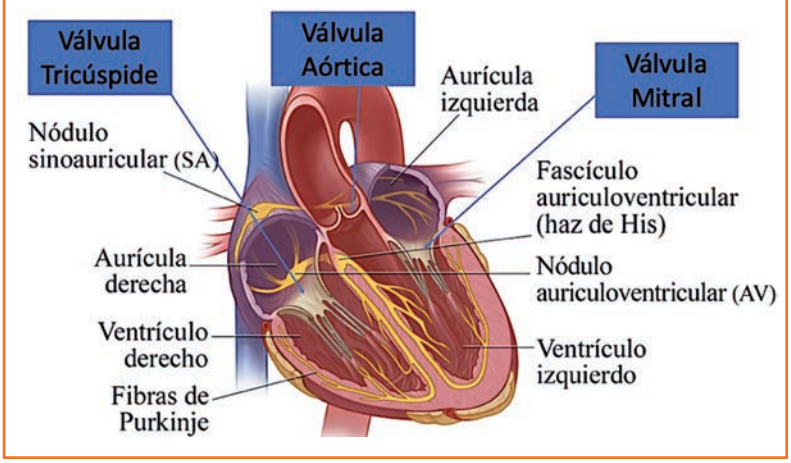
DOCTOR
GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

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

Enfermedades de las válvulas del corazón

Figura 1: Anatomía del corazón



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

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

Dr. Azcárate CARDIÓLOGO

A menudo acuden pacientes a mi consulta de cardiología en Pamplona para que les trate y les explique bien en qué consisten las enfermedades de las válvulas del corazón.

¿Qué son las enfermedades de las válvulas del corazón?

Como ya he explicado en otras ocasiones, el corazón es un órgano del cuerpo compuesto sobre todo de tejido muscular, que tiene cuatro cámaras, cuatro válvulas y un sistema eléctrico que coordina su correcto funcionamiento. Además, necesita energía (oxígeno y nutrientes) que obtiene a través de las arterias coronarias. *(Ver Figura 1: Anatomía del corazón).*

Las cuatro válvulas de nuestro corazón funcionan como compuertas que al abrirse y cerrarse de forma coordinada permiten el adecuado movimiento de la sangre a través del corazón. Gracias a estas compuertas el corazón bombea sangre al organismo de forma eficaz.

Video 1: las cuatro válvulas del corazón.
https://youtu.be/70OZ_4osp2s

Cuando estás válvulas (compuertas) se estropean por exceso de uso (enfermedad valvular degenerativa) o por distintas enfermedades, pueden suceder básicamente dos cosas, que las compuertas dejen de abrirse bien o que dejen de cerrase bien.
Cuando una válvula no se puede abrir bien, la palabra médica que se utiliza para describir este mal funcionamiento se denomina estenosis: término utilizado para denotar la constricción o estrechamiento de un orificio o conducto corporal.
Por otro lado, cuando una válvula no se cierra bien, la palabra médica que se utiliza se denomina insuficiencia: la válvula es incapaz de mantenerse completamente cerrada cuando tiene que estarlo, y permite que se escape sangre hacia atrás.
Yo suelo decir que el mecanismo por el que las válvulas no funcionan bien es parecido al de una puerta estropeada. Las puertas tienen bisagras, un pomo o manilla, un marco…. Las válvulas de nuestro corazón tienen estructuras parecidas. Con el paso del tiempo, por el mal uso o porque las puertas estaban mal fabricadas, pueden desgastarse y funcionar mal.
De las cuatro válvulas del corazón las que se estropean más frecuentemente son la mitral y la aórtica. La causa más frecuente por las de que dejan de abrirse o cerrarse bien en los pacientes de Pamplona es el exceso de uso: enfermedad valvular degenerativa. En concreto, las dos enfermedades de las válvulas más frecuentes, son la estenosis aórtica (mala apertura) y la insuficiencia mitral (cierre inadecuado). En ambos casos la consecuencia es parecida, el bombeo de sangre por parte del corazón deja de ser eficaz porque estas compuertas funcionan mal. En un caso la sangre tiene dificultad para salir (estenosis) y en el otro caso la sangre vuelve para atrás (insuficiencia).

Video 2: estenosis aórtica.
https://youtu.be/ntq4XBl7kqE

Video 3: insuficiencia mitral.
https://youtu.be/t6bqWqfUBe8

¿Qué síntomas puede provocar tener una válvula estropeada?

En la mayoría de los casos, como la afectación en la función de las válvulas no es severa (no importante) normalmente no notaremos nada o casi nada. Es el médico el que escuchará un soplo cuando nos ausculte. Posteriormente el médico nos solicitará un ecocardiograma donde se ve por dentro el corazón y estudiaremos con precisión como está de estropeada la válvula y su repercusión sobre el corazón (perdida de eficacia del bombeo de la sangre).
Por otro lado, cuando la afectación de la válvula es severa, podemos notar fatiga, dolor en el pecho, latidos fuertes en el corazón, edemas en las piernas, mareos… . Son síntomas que se producen porque el bombeo de sangre por parte del corazón empeora: las compuertas funcionan ya muy mal.
¿Qué tratamiento necesitaré?
El tratamiento que se indica depende del grado de afectación valvular y de su repercusión funcional y clínica en el paciente: si es leve no se suele notar nada (soplo) y se deben realizar revisar revisiones periódicas mediante ecocadiografía en función de cada caso concreto; cuando la afectación es moderada puede ser necesario dar medicación que ayude a la sangre a circular mejor, y en los severos puede ser necesario realizar una intervención quirúrgica.

El retorno al hogar tras sufrir un daño cerebral adquirido

Elena Urrea Sanjuán y Andrea Yerro Astrain

Elena Urrea Sanjuán. Nº de col.: 784
y Andrea Yerro Astrain Nº col: 31/217
Terapeutas ocupacionales en Grupo 5 – CIAN Navarra

El alta hospitalaria al domicilio es un momento lleno de dificultades inesperadas y nuevos retos a los que una persona que ha sufrido un daño cerebral adquirido (DCA), tiene que enfrentarse. Para ello, es importante trabajar la trasferencia de aprendizaje de las actividades de la vida diaria (AVD) al contexto real del paciente.

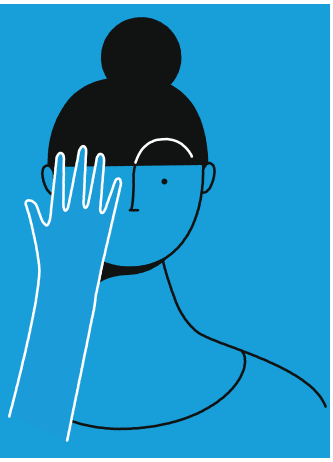
Al sufrir un DCA, la persona puede ver mermadas sus capacidades funcionales debido a déficits motores, sensoriales, cognitivos y/o psicosociales, que interfieren en el desempeño ocupacional de la vida de la persona. En este sentido, desde el área de terapia ocupacional, se llevan a cabo programas de intervención neurorehabilitadora desde los estadios más precoces del daño hasta una fase posthospitalaria.

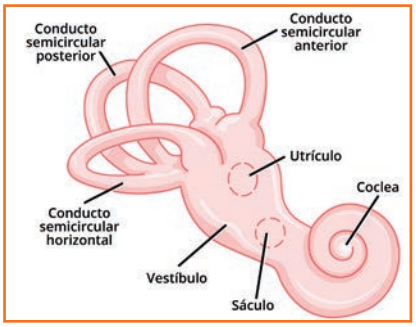
En una primera fase de la intervención, se trabajan y reentrenan las destrezas y habilidades requeridas para la posterior ejecución de las AVD básicas, instrumentales y avanzadas. Conforme la evolución del paciente, se ponen en marcha estrategias de aprendizaje que aporten la máxima autonomía a la persona, en actividades como alimentación, vestido y desvestido de ropa, aseo personal y movilidad funcional, entre otras. En caso de que fuese necesario, este entrenamiento también implica el uso y manejo de equipo adaptado (productos acondicionados para la higiene personal, facilitadores para el vestido y desvestido, cubiertos adaptados, ayudas para las transferencias, etc.), que aumenten la independencia del paciente y mejoren las limitaciones encontradas para la realización de dichas actividades.

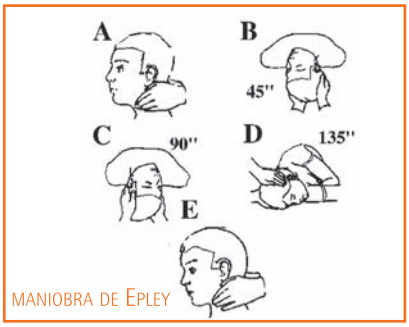
Sin embargo, no nos podemos quedar simplemente en una intervención basada en la esfera del entorno hospitalario, sino que es necesario proseguir con el tratamiento rehabilitador teniendo en cuenta el contexto y entorno real de la persona. De esta manera, una rehabilitación integral supone observar el desempeño ocupacional en el domicilio, valorando la ejecución y accesibilidad del entorno, así como posibles adaptaciones en el mismo, que conlleven una práctica segura en las AVD y en definitiva, una mejor calidad de vida de la persona. Todo este proceso, engloba la participación activa tanto del paciente, como de cuidadores y familiares.

Tras recoger diversas reflexiones de pacientes que se encuentran en este proceso de retorno al hogar en Grupo 5 CIAN Navarra, se evidencia una necesidad común de anticipar y entrenar la transferencia de aprendizaje en este cambio de entorno. Por este motivo, es importante que el/la terapeuta ocupacional sirva de guía y asesoramiento en dicha transición, de forma que la persona se sienta capacitada para ello y la vuelta al domicilio suponga un impacto positivo.

GRUPO 5
CIAN
CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN NEUROREHABILITADORA
PLAZA DE EUROPA, 9
IMÁRCOAIN (NAVARRA)
TEL: 948 481 000
contacto.ciannavarra@grupo5.net
www.cian.grupo5.net
REHABILITACIÓN POST COVID
TERAPIA OCUPACIONAL
LOGOPEDIA
FISIOTERAPIA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
ENFERMERÍA
NEUROLOGÍA
ÁREA SOCIAL
NEUROPSICOLOGÍA







Vértigo posicional paroxístico benigno

Dr. Andrés González Fernández. Mir ORL. Complejo Hospitalario de Navarra
Dr. Ignacio Arruti González. Jefe de Sección ORL. Complejo Hospitalario de Navarra

El VPPB es una enfermedad del oído interno caracterizada por la aparición de mareo con movimiento de objetos cuando el paciente gira la cabeza. Las crisis son de escasa duración y se resuelven por sí mismas.

El origen de la enfermedad se encuentra en una parte del oído interno llamado vestíbulo, que alberga, entre otras estructuras, los tres conductos semicirculares, responsables de la enfermedad.
El mecanismo por el que se produce el cuadro es por liberación de partículas presentes en el oído interno hacia estos conductos. De esta forma, al girar la cabeza hacia alguno de los conductos, se producen las crisis. Este es el motivo por el que el tratamiento consiste en la recolocación de esas partículas.
El vértigo postural paroxístico benigno es más frecuente en las personas de 50 años de edad o más, pero puede padecerse a cualquier edad, también es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Anatomía

Existen tres conductos semicirculares en cada uno de los oídos, de modo que existen tres posibilidades de que las partículas se depositen en alguno de estos tres, y produzcan tres posibles situaciones:

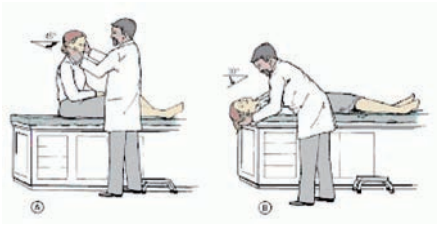
- Conductolitiasis del conducto semicircular posterior. Sin duda alguna lo más habitual, suponiendo el 80-90 % del total de los VPPB.
- Conductolitiasis del conducto semicircular lateral.
- Conductolitiasis del conducto semicircular anterior.

Cuadro clínico

El VPPB se caracteriza por crisis de vértigos con sensación de movimiento de objetos, de menos de un minuto de duración, típicamente por la noche, al realizarse movimientos de cuello en la cama. No hay otros síntomas como pérdida de audición o dolor de oído. Lo que sí es común es que las crisis se acompañen de náuseas y vómitos.
Mareos | Sensación de que tú o tu entorno dan vueltas o se mueven (vértigo) | Inestabilidad o pérdida del equilibrio | Náuseas | Vómitos.
Los signos y síntomas del vértigo posicional paroxístico benigno pueden ser intermitentes. Los episodios de vértigo posicional paroxístico benigno pueden desaparecer por algún tiempo y luego volver a aparecer.

Diagnóstico

El diagnóstico del VPPB del conducto semicircular posterior, que es el más frecuente, se basa en la realización de la prueba de Dix-Hallpike; con una historia clínica del paciente sugestiva de vértigo posicional.



En esta prueba, con el paciente sentado en una camilla, en sentido longitudinal, giraremos su cabeza unos 90º grados hacia el lado hacia el que el paciente siente mareo. Posteriormente tumbaremos súbitamente al paciente con la cabeza colgando por detrás del cabecero de la camilla, continuando ésta girada hacia el lado en cuestión.
En este momento, y tras esperar menos de diez segundos, veremos un movimiento ocular en ambos ojos hacia arriba, y rotando hacia el oído que queda en una posición más declive. En menos de un minuto el nistagmo desaparecerá.

Tratamiento

El tratamiento es postural. El objetivo es reconducir las partículas liberadas hacia su ubicación original, Para esto, debe seguirse la **maniobra de Epley (ver figura arriba)**, que es continuación de la maniobra anterior.
Partiendo de la posición donde el paciente ha empezado ha desarrollar el movimiento de ojos, debemos esperar a que termine. En este momento seguir los siguientes pasos:

1. Girar la cabeza 90º. De este modo la cabeza quedará colgado hacia el lado contrario al lado en el que vimos el movimiento de ojos. Esperar un minuto.
2. Rotar el cuerpo hacia el lado al que giramos la cabeza en el paso anterior, y en bloque, giraremos también la cabeza. De esta forma el paciente quedará tumbado del costado contrario al que comenzamos la maniobra, y con la cabeza rotada hacia el suelo. Esperaremos un minuto.
3. El paciente pasará a reincorporarse desde la posición anterior, para ello primero sacará las piernas hacia adelante y luego se reincorporará desde el decúbito lateral, con la barbilla apoyada en el pecho.

Seguimiento y pronóstico

Aunque el vértigo postural paroxístico benigno puede ser un problema molesto, muy pocas veces es grave, excepto cuando aumenta las posibilidades de sufrir caídas.
Es posible solucionar las crisis del paciente solo con una maniobra, pero a veces es necesario realizar hasta tres. Se podrá considerar la remisión cuando, pasado un mes desde la última maniobra terapéutica, la maniobra diagnóstica no ofrezca movimientos oculares. No obstante, hay que saber que se trata de un proceso crónico, gobernado por crisis y remisiones; de forma que, a pesar de no volver a aparecer el vértigo tras la maniobra diagnóstica; puede volver a aparecer en algún otro momento de la vida.

Cuando acudir al médico con urgencia

Si bien es poco frecuente que los mareos indiquen una enfermedad grave, consulta con el médico de inmediato si tienes mareos o vértigo junto con alguno de estos síntomas: | Un dolor de cabeza nuevo, diferente o muy fuerte | Fiebre | Visión doble o pérdida de la visión | Pérdida de la audición | Problemas para hablar | Debilidad en las piernas o los brazos | Pérdida del conocimiento | Caídas o dificultad para caminar | Entumecimiento u hormigueo.

¿Qué es el codo de tenista?

Anaïs Navarro Alonso. *Fisioterapeuta. Complejo Hospitalario de Navarra*

La epicondilitis, también conocida como codo de tenista, es una patología muy frecuente tanto entre los jugadores de deportes de raqueta como entre la población actual. En este artículo trataremos esta común afectación definiéndola, describiendo sus síntomas, su tratamiento y su prevención.

¿Qué es la epicondilitis?

Esta lesión consiste en la inflamación de la parte lateral del codo provocada por la afectación de la musculatura del antebrazo. Esta musculatura, se encarga de realizar gran parte de los movimientos de la mano y del antebrazo, como son los movimientos de extensión de muñeca y dedos y la supinación (giro de la palma de la mano hacia arriba). Anatómicamente, esta musculatura, que es básica para muchas de las funciones de la extremidad superior, se inserta en una región muy pequeña del húmero: el epicóndilo lateral. Esto la hace susceptible a episodios de inflamación y dolor agravados si se produce un sobreesfuerzo de esta musculatura. Los músculos más frecuentemente afectados son el extensor radial corto del carpo, el extensor común de los dedos y a veces el supinador corto; aunque cualquiera de los músculos de dicha región podría provocar esta afectación por un uso excesivo o sobrecarga.

¿Qué síntomas produce?

Generalmente, se manifiesta en forma de dolor en la cara lateral del codo que irradia hacia el antebrazo y mano. Estos síntomas aumentan con la palpación de la región, además de con el estiramiento y contracción de los músculos implicados. En una primera fase, el dolor aparece en la práctica deportiva o al desempeñar la actividad laboral, pero con el tiempo, se puede ir agravando hasta aparecer al realizar pequeños gestos de la vida cotidiana como apretar una mano, girar una llave, sostener una botella etc.

¿Por qué se produce?

La afectación en esta zona es el resultado de la solicitación repetitiva y constante de la musculatura lateral del antebrazo, combinada con un mal uso de esta (por ejemplo, con un mal gesto deportivo o gestos que pongan a la muñeca en una situación forzada). Esto, provoca microrroturas fibrilares que van lesionando al músculo y que son las responsables de la inflamación y del dolor.

¿A quiénes afecta?

Aunque su nombre derive de una lesión producida en el saque de revés del tenis, ya venimos comentando que no solo la encontramos en el ámbito deportivo, sino que es muy común en personas que realizan una actividad manual importante a lo largo del día. Como consecuencia de la realización de movimientos repetitivos a lo largo de la jornada laboral, no es raro encontrarla en determinadas profesiones como las basadas en la reparación, en el manejo de pesos o en el constante uso del teclado y del ratón del ordenador. En cuanto a la edad de aparición, diremos que es más habitual encontrarla a partir de los treinta años (principalmente entre 35 y 55).

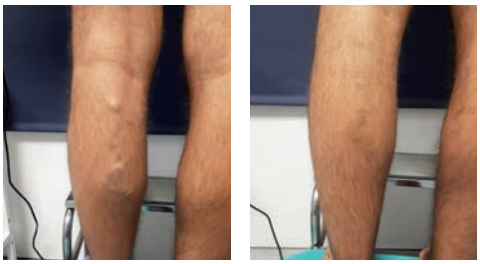
¿Cuál es su tratamiento?

El tratamiento más efectivo es la fisioterapia y la prevención. Serían medidas de prevención corregir el gesto deportivo y adecuar, en la medida de lo posible, el puesto de trabajo para el menor daño del trabajador; el uso de coderas de descarga de la zona durante la actividad, la aplicación de hielo y la práctica de estiramientos para la región epicondílea después de realizar las tareas que la pueden dañar.

En cuanto a la fisioterapia, existen múltiples técnicas y tratamientos que ayudan a resolver esta patología: como la corrección de las alteraciones articulares y musculares (a nivel del codo y en articulaciones vecinas), el masaje local, los estiramientos y el fortalecimiento mediante el trabajo excéntrico de la zona o el uso de técnicas instrumentales como la punción seca o la fibrólisis diacutánea. También se pueden usar técnicas de electroterapia como ultrasonidos, TENS o iontoforesis.

En los casos en los que la patología no se resuelve, se puede optar por el tratamiento médico como la realización de infiltraciones (con corticoides, AINES etc.) o la cirugía en casos muy concretos.

La esclerosis con microespuma y las técnicas MOCA



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 Covid19, 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** son una dilatación anómala y permanente de las venas de las piernas encargadas del retorno sanguíneo. Esta dilatación supone una anomalía estética pero, sobre todo, supone un problema **circulatorio**, al sobrecargar las venas de las piernas y dificultar el retorno de la sangre hacia el corazón.

Su **tratamiento** persigue un doble objetivo: 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). **La esclerosis con microespuma** es la alternativa menos agresiva para eliminar las varices a igualdad de resultados. Además es la única técnica que permite tratar todo tipo de varices independientemente de su calibre, localización, etc.

Tratamiento para todo tipo de varices

Consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de los segmentos venosos insuficientes, lo cual induce a su fibrosis y paulatina desaparición. Cuando hay afectación de algún eje safeno, la variante más efectiva de la microespuma 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. De hecho, permite eliminar un eje safeno en una sola sesión.

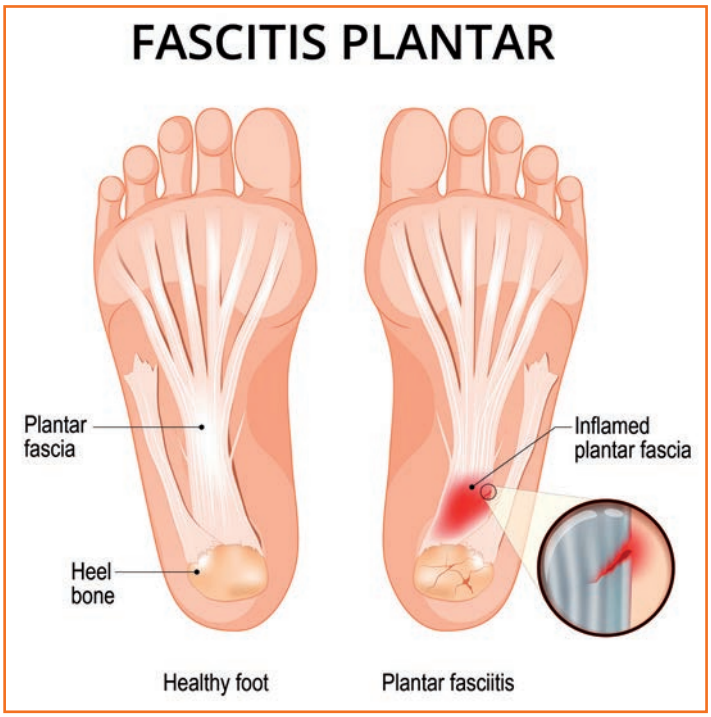
La esclerosis con microespuma y las técnicas MOCA son los únicos tratamientos que **no precisan anestesia** (o, a lo sumo, local). Asimismo, son los únicos métodos no invasivos que permite tratar **todo tipo de varices** (ejes safenos, varices tronculares, varices reticulares, etc.). A diferencia de 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.

Como no hay dos varices iguales, es esencial una consulta con un especialista experimentado en **Angiología y Cirugía Vascular** para realizar un examen de sus varices y, lo más importante, un ECO/Doppler venoso en color. Esta es la mejor prueba para evaluar los sistemas venosos superficial y profundo y, de ese modo, poder ofrecerle el tratamiento personalizado 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.

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
CLARIVEIN® – MICROESPUMA
SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL
VARICES MICROESPUMA
CIRUGIA VASCULAR
drjimenezarribas@gmail.com
http://varicessincirugia.org
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



Padezco de fascitis plantar, ¿tiene solución?

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

La fascitis plantar es una de las causas más frecuentes de dolor en el talón que se produce por inflamación de la fascia plantar, un tejido fibroso que recubre la planta del pie. Pese a que antes era más frecuente en mujeres entre 40 y 60 años, hoy en día debido al cambio de actividad se puede producir a cualquier edad.

El dolor suele ser agudo y bien localizado, puede ser quemante o punzante y habitualmente es a primera hora de la mañana o cuando uno empieza a caminar. Los pacientes lo describen como si pisaran cristales. El dolor puede aparecer también si el día anterior anduvo mucho o a última hora del día y de forma progresiva tras permanecer mucho de pie.

Hay muchas causas como realizar una caminata larga, estar de pie mucho tiempo..., un cambio de calzado...
Los factores de riesgo que más se relacionan con la fascitis y que hay que evitar o tratar son:

- El sobrepeso
- Traumatismo o estrés repetitivo
- Contractura muscular
- Pie cavo o plano

El **diagnóstico** es básicamente clínico ya que la radiografía suele ser negativa. Los últimos estudios científicos dicen que el espolón no es útil en el diagnóstico ya que se encuentra también en la población sana.

Tratamiento

En cuanto al tratamiento es importante decir que alrededor del 95% de las personas mejoran al año independientemente del tratamiento.

Inicialmente el tratamiento consiste en el reposo relativo, calzado cómodo y almohadillado y en la pérdida de peso. Se pueden tomar antiinflamatorios en función del dolor. Otra medida fundamental para prevenir y/o mejorar este problema es la realización de ejercicios de estiramiento de la fascia plantar y del tendón de Aquiles. El hielo después del ejercicio puede ayudar a aliviar el dolor y desinflamar la zona.
Si no hay mejoría con todo el tratamiento previo, se puede tratar mediante infiltraciones, tratamiento rehabilitador, ondas de choque...y en última instancia la cirugía.
Es importante recordar que es un proceso a veces largo pero que en la mayoría de las ocasiones es favorable. El proceso pude durar 10-12 meses por lo que es fundamental la paciencia, el buen calzado y la realización de ejercicios de estiramientos.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso
La Salud también Viaja
Servicio Religioso CHN y Colegio de Médicos
el mundo de Raquel

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

▶ MINI ESCAPADA: 21 JULIO -RONCESVALLES + SAN JUAN DE LUZ CON ALMUERZO. 55 €
▶ MINI ESCAPADA: 4 AGOSTO - FUENTERRABIA + NAVEGACION* + SAN SEBASTIAN 55 €
▶ ENCANTOS DE ASTURIAS: 8 AL 11 DE SETIEMBRE - ESCAPADA PARA CONOCER ASTURIAS. BUEN HOTEL CON VISITAS POR EL LITORAL INCLUYENDO OVIEDO Y COVADONGA. PLAZAS LIMITADAS. 370 €/ PERSONA.
▶ GREDOS DEL 21 AL 24 SETIEMBRE. EN PROGRAMACION.
▶ SANTUARIO DE LOURDES: 3 AL 4 OCTUBRE. TODO INCLUIDO. GRUPO REDUCIDO 129 €

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

Tratamiento del fracaso de implantes dentales

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Especialista en Cirugía Maxilofacial e Implantología
Nª Col. 6114-NA
www.clinicabustillo.com

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

Uno de los apartados que más relevancia ha adquirido en el campo de la implantología dental es el tratamiento del fracaso de los implantes dentales. Aunque la tasa de éxito de los implantes se sitúa alrededor del 90% de los casos, el elevado número de pacientes tratados desde hace más de diez años lleva a que existan más casos que necesitan ser intervenidos de nuevo.

De hecho, se calcula que cerca de un 25% de los pacientes experimenta patologías similares a las de los dientes naturales, como la enfermedad periodontal, que pueden derivar en la pérdida de los implantes.

En Clínica Bustillo estamos especializados en este ámbito. Resulta importante señalar que el fracaso de los implantes no se produce por un supuesto rechazo del organismo, ya que están hechos de materiales completamente biocompatibles. El detonante de dicho fracaso suele ser la pérdida de las propiedades de la masa ósea que acoge al implante. Al deteriorarse el hueso, los implantes pierden estabilidad y no pueden cumplir con su función.

De acuerdo con esta realidad, hemos desarrollado protocolos propios de regeneración ósea para devolver la estabilidad a la zona afectada y llevar a cabo una nueva restauración dental. Al mismo tiempo, hemos diseñado un detallado plan de mantenimiento de implantes dentales, en el que se incluye una técnica pionera, GalvoSurge, para la limpieza por irrigación de los restos biológicos que se acumulan en los distintos componentes que forman parte del implante.

Actualmente, menos de diez clínicas en el mundo ofrecen este sistema, que asegura una completa limpieza, ayuda a conservar las piezas en estado óptimo y contribuye a prevenir la peri-implantitis.

Causas del fracaso de los implantes

En el fracaso actúan diversos factores, no existe una sola causa. En primer lugar, puede deberse a un diagnóstico o tratamiento inadecuados. Quizá no se ha calibrado bien la densidad ósea, algo que influye en la estabilidad primaria del implante (funcionalidad plena del implante desde el primer momento), tal vez la colocación ha sido inexacta, o los materiales y componentes no poseen la calidad necesaria para asegurar una larga duración.

Evidentemente, se trata de una operación quirúrgica que siempre puede desencadenar consecuencias negativas que se deben subsanar: la aparición de infecciones, deficiencias en la integración ósea, afecciones en el tejido blando que rodea al implante o, incluso, lesiones en los nervios. Las complicaciones postoperatorias tienen que abordarse de inmediato para asegurar la viabilidad del tratamiento.

Vías para evitar el fracaso

La conducta de los pacientes es decisiva en la aparición de patologías peri-implantarias. Cabe la posibilidad de que manifestaciones inconscientes como el bruxismo, el estrés, o problemas de maloclusión no diagnosticados favorezcan un deterioro del tratamiento. Pero, sobre todo, está la actitud negligente y despreocupada sobre la salud dental la que conduce a nuevos fracasos.

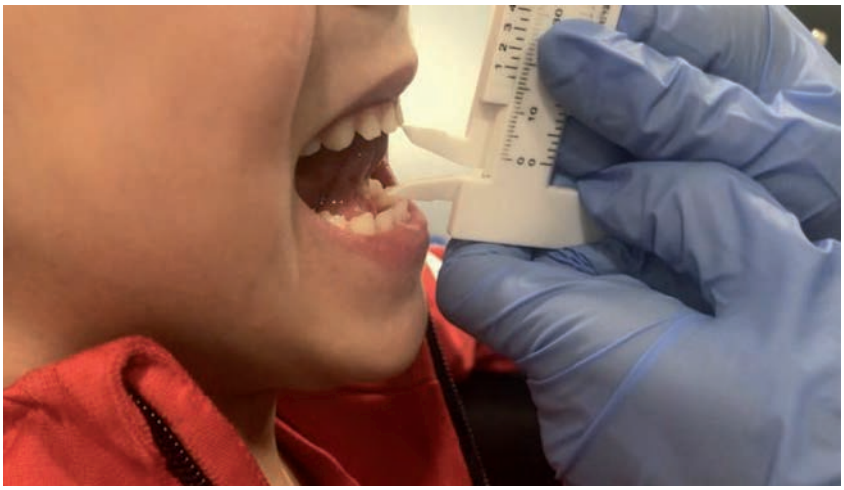
Las personas olvidamos que la colocación de implantes es fruto del deterioro de las piezas naturales. Después de un tratamiento de implantología, si seguimos incurriendo en la falta de higiene bucal, o en hábitos nocivos como el tabaquismo y la alimentación deficiente, es muy probable que suframos enfermedades implantarias.

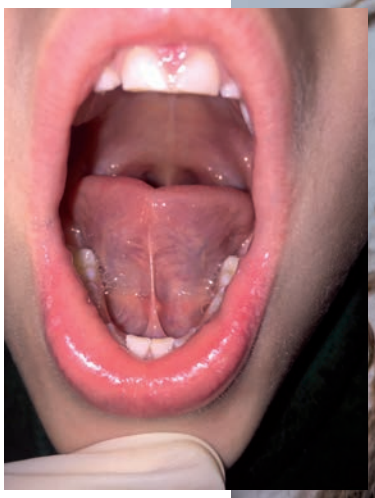
Del mismo modo en que acudimos regularmente al odontólogo a revisar nuestra salud bucal en general, también tenemos que seguir un protocolo de mantenimiento de implantes dentales. En Clínica Bustillo, los pacientes reciben un documento en el que se recoge el tratamiento realizado y los productos y materiales utilizados en el proceso, cada uno de ellos con su correspondiente código de trazabilidad. Es un recurso de gran utilidad para la conservación y futuras intervenciones, en su caso. En consonancia, cada paciente dispone de un programa individualizado de mantenimiento que incluye visitas periódicas para valorar el estado de los implantes y cuestiones clave como la estabilidad mecánica, el estado de hueso y encía, y la oclusión.

La duración de un implante, una responsabilidad compartida

Como en cualquier área de la medicina, el médico tiene que hacerse responsable del tratamiento que ha realizado. Un acto médico no es un producto con garantía, pero el profesional debe comprometerse con los futuros problemas que puedan surgir. De hecho, el carné del paciente que damos en Clínica Bustillo es una muestra de la responsabilidad y transparencia con la que trabajamos.

A la vez, como ya hemos apuntado, el paciente tiene mucho que hacer para favorecer la durabilidad de los implantes. Mejoran las técnicas, los materiales, o aparecen nuevos sistemas de mantenimiento como el método GalvoSurge que hemos mencionado. Sin embargo, nunca son suficientes si las personas renuncian a implicarse en el cuidado de su salud.





Frenillo lingual alterado y logopedia

Amaia Salbarredi Lazcano
Logopeda especialista en Daño Neurológico y Terapia Miofuncional Orofacial. Nº Colegiado 480543.
Elena Bueno Cubas.
Logopeda especialista en Terapia Miofuncional Orofacial. Nº Colegiado 50209. Psicóloga Sanitaria. Nº Colegiado A-1850.

El frenillo lingual no es un tejido conectivo, sino un pequeño pliegue en la línea media que incluye variaciones morfológicas de la mucosa, fascia del piso de la boca y algunas fibras del geniogloso, conectando la lengua con el suelo de la boca. Las variaciones hacen referencia a la persistencia de tejido embrionario en la cara sublingual de la lengua, que debería haber sufrido apoptosis durante el desarrollo. De modo que, el movimiento de la lengua se ve restringido.

La incidencia de estas alteraciones se sitúa entre el 3% y 12%. La gran variación se justifica por las diferentes definiciones y clasificaciones. Los criterios diagnósticos no están bien establecidos, no hay parámetros estandarizados de clasificación.

En cuanto a la etiología, los estudios sugieren un carácter hereditario. Las alteraciones pueden estar causadas por mutaciones del gen T-Box, con predominio en el sexo masculino (relación con el cromosoma X).

Los criterios no solo difieren en los diagnósticos y en la clasificación. También en las implicaciones que produce un frenillo lingual alterado. La literatura parece estar de acuerdo en afirmar las limitaciones que produce en los movimientos linguales. Y con ciertas diferencias, en las alteraciones de funciones orofaciales (succión, masticación, deglución, respiración y habla).

Frenillo y lactancia materna

La lactancia materna está relacionada de forma inequívoca con las funciones de succión y deglución, coordinadas con la respiración. Cualquier restricción en la movilidad lingual podrá comprometer la lactancia materna. Las consecuencias pueden ser diversas: destete precoz, baja ganancia ponderal, duración de tomas más larga, agarre en el pecho inadecuado, dolor, heridas en el pezón, irritabilidad en el bebé en el momento de la lactancia. Y durante la succión pueden observarse compensaciones como chasquidos, acción excesiva de los buccinadores y temblores de la mandíbula, entre otros.

El frenillo lingual alterado también interfiere en la masticación (Cross M, et al., 2014). Se aprecian dificultades de movilidad lingual. Y diferencias en el modo de trituración de alimentos utilizándose los dientes anteriores (en vez de los posteriores), amasamiento con la lengua y movimientos más verticales de la mandíbula. La acumulación de los restos de comida en los surcos vestibulares y entre los dientes es común. También aparecen atipias (compensaciones) en la musculatura perioral durante la masticación, como la contracción exagerada del músculo del mentón y de los labios.

Igualmente, la deglución requiere de elevación y presión de la lengua contra el paladar duro. Sin embargo, cuando el frenillo lingual está alterado dicho funcionamiento fisiológico se ve condicionado y la lengua tiene que adaptarse a sus posibilidades. Aparece una deglución disfuncional (conocido con el término deglución atípica).

Al estudiar las alteraciones del habla que cursan con un frenillo lingual alterado (Marchesan I., 2004), el 50% de los pacientes presentaron errores de omisión y sustitución de /r/, y grupos consonánticos de /r/, además de alteraciones de fonemas /s/ y /z/.

En 2012, otro estudio del departamento de Logopedia de Universidad Federal de Santa María (Morrisso M, et al.), encontró dificultades en la pronunciación de fonemas /t/, /d/, /n/, /l/ además de la /r/, /s/ y /z/.

Posición de la lengua al dormir

Cabe mencionar la posición de la lengua en reposo y su relación con la respiración. Durante el sueño, un frenillo lingual alterado no mantiene la lengua protruida y elevada, por lo que se retrae y cae hacia atrás, favoreciendo una respiración oral y pudiendo colapsar parcial o totalmente la cavidad faríngea. La obstrucción de la faringe debido a la lengua es una de las causas de la apnea obstructiva del sueño (AOS).

Un frenillo lingual alterado produce no solo cambios funcionales, sino también estructurales. Se observa una prevalencia más alta de maloclusión dental. Dado que la lengua tiende a colocarse baja y/o adelantada en posición de reposo, y en lugar de dar forma a la arcada superior, presiona contra el arco inferior, lo que produce un sobredesarrollo mandibular y un subdesarrollo maxilar. Puede derivar en maloclusiones Clase III.

Existe bibliografía que respalda otras consecuencias en movimientos orofaciales como lamer helados, besar, tocar instrumentos de viento, causar vergüenza social y alteraciones emocionales.

Cirugía

Respecto al tratamiento, se sabe que el frenillo lingual no se estira con ejercicios. La literatura recomienda realizar la cirugía cuanto antes para evitar complicaciones mayores. La técnica quirúrgica empleada y la experiencia del profesional que realiza la cirugía, son determinantes. Hay que recalcar la importancia de la rehabilitación miofuncional lingual para éxito total del abordaje de frenillo lingual alterado. La Logopedia Miofuncional ayudará a evitar queloides, mejorar la movilidad y adecuar las funciones estomatognáticas que estén alteradas.

En 2016, el servicio de Cirugía Maxilofacial y el servicio de logopedia del Hospital de Nens de Barcelona, presentó un protocolo de acción para el tratamiento de frenillo lingual alterado. Se trataron 101 pacientes de edades comprendidas entre 4 y 14 años. La técnica elegida para casos moderados-severos era la frenectomía y la plastia lingual asociada a la rehabilitación miofuncional lingual pre y post cirugía. El problema se corrigió en el 28% de los pacientes, alcanzando el 96% tras rehabilitación postoperatoria orofacial. El protocolo comienza con ejercicios linguales una semana antes de la intervención (para aprender la praxis sin dolor). Los ejercicios se repiten 24 horas después de la cirugía (2 secuencias de 15 veces) y a las 48 horas (3 secuencias de 15 veces). Se debe realizar controles a las 72 horas, a los 15 y a los 45 días para evaluar la realización de los ejercicios, el desarrollo de la musculatura lingual, cicatriz, y funciones orofaciales.

Recomendamos el manejo terapéutico del frenillo lingual alterado de forma interdisciplinar: pediatras, logopedas, cirujanos maxilofaciales, odontólogos y otorrinolaringólogos. Generalmente es el médico de atención primaria quien deriva al paciente al cirujano maxilofacial o al logopeda (más si se observan dificultades de succión, masticación, respiración o habla). La exploración funcional y anatómica pormenorizada, garantizará la mejor manera de llegar al correcto diagnóstico.

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

Reconquistar el nicho social en tiempos de incertidumbre

Fermín Goñi Sáez.
Psicólogo Clínico. Director Científico de Fundación Argibide

La situación socio-sanitaria que estamos viviendo –excepcional tanto por las características de la enfermedad (COVID-19) como por factores económicos, informativo-comunicativos y sociológicos- ha provocado la emergencia de problemas psicológicos relacionados –entre otras variables- con la restricción social (primero) y (segundo) con el regreso a los escenarios interpersonales de relación.

Somos seres sociales, lo que implica que transitar los espacios de interacción comunicativa directa (no mediada por una pantalla) donde se produce el contacto humano es necesario para un buen estado psicológico. La pregunta que emerge en la actualidad es: ¿cómo volver a nuestro nicho social combinando estabilidad psicológica y convivencia cívica?

Exposición controlada ante miedos desadaptativos

Un número significativo de personas está experimentado miedos inespecíficos y no controlados relacionados con la enfermedad (COVID-19). Seguramente, esta manifestación -de corte ansioso- es una de las reacciones psicológicas más frecuentes en este nuevo escenario de retorno a la "normalidad". No en vano, las personas que han estado expuestas directa o indirectamente a la infección pueden desarrollar temores generalizados sobre su salud, preocupaciones de infectar a otros y miedo a infectar a los miembros más vulnerables de la familia. La recomendación en estos casos sería (1) ir retornando progresivamente a los espacios sociales, (2) iniciar la exposición desde los entornos más seguros (sentidos así por la persona) y satisfactorios, y (3) aceptar que inicialmente emergerán sensaciones incómodas que pueden hacernos dudar sobre la conveniencia de la exposición (por tal motivo, resulta muy importante que la exposición sea gradual).

Cognición social en espacios tan satisfactorios como seguros

El concepto cognición social hace referencia a un conjunto de capacidades cognitivas que permite a los seres humanos (a) atribuir estados mentales a otras personas (intenciones, creencias, deseos, etc.) y (b) explicar, predecir, entender y responder de manera apropiada ante el comportamiento de otros individuos. La cooperación humana pivota de forma radical sobre esta función. Durante el confinamiento hemos experimentado emociones (angustia, aburrimiento, aislamiento social, frustración, etc.) que dificultan el buen funcionamiento de los procesos socio-cognitivos. En la fase actual -donde retornamos a nuestros nichos sociales-, advertimos cómo pueden emergen emociones positivas (ante, por ejemplo, reencuentros con seres queridos) que vividas en exceso y con cierta desinhibición pueden dificultar la convivencia cívica en esta situación socio-sanitaria tan excepcional. La recomendación en esta "reconquista segura" de lo social se dirige a promover la cognición social: ser conscientes de los estados mentales de nuestros congéneres (y de los nuestros) con el objetivo de (i) entenderles-entendernos y (ii) actuar de forma cooperativa con el objetivo de combinar seguridad y satisfacción en nuestros espacios sociales compartidos.

Seres sociales en espacios comunes.

La mesura emocional –donde el miedo desadaptativo se reduce mediante la exposición gradual y la euforia desmedida mediante la promoción consciente de la cognición social- es el principio psicológico que puede guiarnos en la complicada –más no imposible- empresa de reconquistar nuestro nicho social (fundamental para el buen estado psicológico) mediante conductas cooperativas gobernadas por el civismo, la seguridad y la satisfacción de "recuperar" nuestra naturaleza social.

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

Tratamiento de varices grandes con adhesivo (venaseal®) y esclerosis con microespuma:
combinacion de tecnologías con el mejor resultado

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

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices troncularares (grandes) y muchos necesitan tratamiento quirúrgico (Safenectomía) y, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

El tratamiento de las venas safenas enfermas mediante sellado con cianocrilato (Venaseal®) ha supuesto un avance muy importante en el manejo de esta patología.
La técnica trata las varices mediante el sellado de la vena enferma liberando en su interior una pequeña cantidad de un adhesivo médico especialmente formulado que ocluye la vena, haciéndola desaparecer. El organismo absorberá el adhesivo con el paso del tiempo. Los resultados en miles de pacientes respaldan la seguridad y eficacia del procedimiento.

Sin necesidad de vendajes ni medias de compresion

Tras el tratamiento de varices mediante sellado adhesivo NO son necesarias las medias de compresión aunque en algunas ocasiones pueden ser recomendables. Esto añade comodidad a la técnica y permite realizar el procedimiento en épocas de más calor o en pacientes que las toleran mal.

Permite tratar el mismo dia las dos extremidades

Esto aumenta la comodidad para el paciente con varices bilaterales y permite el tratamiento de un modo mucho más rápido que con otras técnicas.

SIN manchas y hematomas

Tras la cirugía de varices suelen aparecer hematomas, incluso con láser o radiofrecuencia. Con el sellado adhesivo, al no existir rotura o daño de la pared de la vena, esto no se produce.

SIN anestesia , sin ingreso y sin baja

La cirugía se lleva a cabo mediante la aplicación de una pequeña cantidad de anestésico local en el lugar de punción por lo que no es necesario ingreso hospitalario ni baja laboral y la recuperación es inmediata.

¿En que consiste el tratamiento con Venaseal®?

Antes del procedimiento, que se realiza en la consulta, se efectuará una ecografía de la extremidad o extremidades afectadas. Esta exploración es imprescindible para planificar el tratamiento.

Una vez insensibilizada la zona de punción, el médico introducirá el catéter en la pierna y lo situará en zonas concretas de la vena con el fin de liberar pequeñas cantidades del adhesivo médico. Se usa la ecografía durante todo el procedimiento aumentando así la seguridad de la técnica.
Después del tratamiento, se retirará el catéter y se colocará una tirita en el lugar de la punción. Habitualmente no es necesario colocar ningún tipo de vendaje ni media de compresión.
La intervención dura aproximadamente una hora y al finalizar podrá irse a casa caminando, incorporándose a su vida normal.
En algunas ocasiones, pasados unos días, es necesario realizar alguna sesión de esclerosis con microespuma en las venas más pequeñas para completar el tratamiento.

Durante más de 15 años nuestro equipo ha tratado más de 3500 pacientes con varices utilizando técnicas poco invasivas y la incorporación de esta nueva técnica nos permite seguir ofreciendo tratamientos personalizados, más cómodos para nuestros enfermos y con mejores resultados.

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

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

El ácido docosahexaenoico en la gestación y lactancia

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*
Ana María Gómez Abero. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra*
María Begoña Moreno-Dueñas. *Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla*

Recientemente, muchas entidades científicas han recomendado aumentar la ingesta de ácidos grasos n-3, y más concretamente de ácido docosahexaenoico (DHA) en embarazadas y niños, fundamentalmente en prematuros y neonatos donde se ha demostrado su influencia en el desarrollo visual y neurológico.

Igualmente, se han observado efectos positivos en otras situaciones como en la prevención de enfermedades inflamatorias y mejoría en diversas enfermedades crónicas.
Esta mejoría cognitiva y desarrollo de la visión asociada con un buena ingesta de DHA, intensifica la necesidad de su aporte durante el crecimiento y desarrollo del lactante.

Requerimientos e ingesta recomendada de DHA durante la Lactancia Materna

El DHA no se considera un ácido graso esencial ya que se puede sintetizar a partir de los ácidos linoleico (LA) que si es considerado esencial. No obstante, dada la limitada y alta variabilidad en la formación del DHA a partir de su precursor y debido a su importancia en sus funciones sobre el desarrollo visual y neurológico, y sobre otros sistemas, es considerado esencial en etapas tempranas de la vida. Las etapas de embarazo y lactancia son críticas y precisan que estas mujeres aseguren una ingesta suficiente de DHA. Igualmente, el ofrecimiento de la lactancia materna durante al menos 6 meses asegura unos niveles de DHA mayores respecto al consumo de fórmulas artificiales.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiende al menos 200 mg de DHA a mujeres con deseo de concepción, embarazadas y madres lactantes mediante el consumo de pescado (dos raciones de pescado a la semana). En niños con enfermedades crónicas se debe valorar la suplementación de manera individualizada.
Cabe destacar que el pescado azul tales como sardina, atún, salmón entre otros son un alimento con unos niveles significativos de DHA. Asimismo, los mariscos son también una fuente importante de DHA.

DHA y Fórmulas Infantiles

En aquellos casos donde no es posible una lactancia materna y es necesario el uso de fórmulas infantiles, el DHA incluido en las mismas suele provenir del aceite de pescado, del huevo u organismos unicelulares, entre otros. La leche materna contiene un .32% de DHA del total de ácidos grasos, una fórmula infantil suplementada debe contener al menos el .2% y no exceder el .5% según las diversas organizaciones internacionales.

DHA y Enfermedades Crónicas

En algunas enfermedades donde existe una disminución del DHA y se ve comprometida la funcionalidad de la misma, es muy importante realizar la suplementación nutricional para cubrir las deficiencias. En muchas de estas enfermedades, la herramienta nutricional es el único tratamiento a realizar y gracias a la misma puede proporcionar una mejora en la calidad de vida.
Las deficiencias de DHA están asociadas a enfermedades tales como hiperactividad, déficit de atención, fibrosis quística o enfermedad de Alzheimer entre otras donde la suplementación con DHA mejora los resultados visuales, tests de coordinación y función motora, etc.

Recomendaciones

Los ácidos grasos omega-3 manifiestan tener beneficios sobre el sistema cognitivo y visual, y además presentan propiedades antiinflamatorias y sobre el sistema inmune.
El DHA es esencial en determinadas situaciones tales como prematuridad o en enfermedades crónicas como la fibrosis quística. En estos casos se debe asegurar su ingesta mediante suplementos y alimentos ricos en este ácido graso.
En mujeres con deseo de concebir, embarazadas y durante la lactancia materna, es importante asegurar la ingesta de pescado (al menos 2 veces por semana), hasta que los niños incluyan alimentos ricos en n-3 en la alimentación complementaria.

Manejo de la pirosis durante la gestación

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*
Désirée Díaz-Jiménez. *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*

Los problemas digestivos durante el embarazo, son de las molestias más frecuentes por las que las gestantes consultan al personal sanitario, ya que pueden dar lugar a muchos síntomas, de los cuales, algunos pueden convertirse en verdaderos problemas de salud.

La pirosis, es la sensación de ardor que sube desde el estómago hasta la faringe, producida por la regurgitación del líquido estomacal cargado de ácido. Ésta, es una de las molestias más comunes en el embarazo, sobre todo en el tercer trimestre, cuando la presión del útero sobre el estómago es mayor.

¿Por qué se produce la pirosis?

El cardias, es el esfínter que une el esófago con el estómago, dejando pasar la comida e impidiendo que los jugos gástricos refluyan. Cuando el cardias no realiza bien su función, se produce la pirosis; y si este hecho se produce con bastante frecuencia hablamos de la enfermedad de reflujo gastroesofágico.

El cardias ve alterada su función debido a:

- Modificaciones hormonales: el aumento de la progesterona, produce digestiones lentas y pesadas, debido a que provoca relajación de la musculatura lisa del estómago, vaciándose más lentamente y también del cardias, que tiende a retener menor cantidad, permitiendo así el paso del contenido gástrico al esófago.
- Y al aumento del tamaño del útero, ya que conforme aumenta la gestación, el útero va creciendo y ocupando más espacio en la cavidad abdominal, tendiendo a empujar y a producir mayor presión sobre el estómago.

Tratamiento

Medidas higiénico-dietéticas

Las gestantes con una clínica leve suelen aliviar sus síntomas siguiendo una serie de medidas como:

- Evitar comidas abundantes.
- Evitar fritos, alimentos procesados o muy especiados, quesos curados, chocolate...que requieren una digestión más lenta y aquellos como el café, vinagre, cítricos, alcohol, tomate...ya que estimulan la acidez gástrica.
- No irse a dormir justo después de comer. Mantenerse incorporada al menos un par de horas después de las comidas.
- Masticar lentamente.
- Evitar las bebidas gaseosas y el consumo de chicles.
- Levantar la cabecera de la cama 15-20cm respecto al abdomen y evitar ciertos cambios posturales que puedan exacerbar los síntomas.

Si la pirosis persiste a pesar de seguir estas medidas, se hace necesario el uso de medicación específica.

Medidas farmacológicas

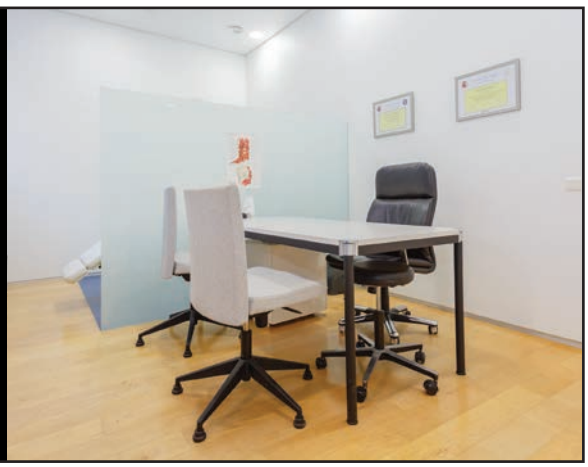
- Uso de antiácidos: derivados de aluminio, magnesio, calcio, así como el alginato de sodio. Su función es neutralizar el ácido del contenido gástrico o proteger el recubrimiento del estómago y esófago. Estos fármacos no aumentan el riesgo para el desarrollo embrionario y fetal.
- Antagonistas de los receptores H2 de la histamina (anti-H2): se usan cuando la pirosis no se controla con las dosis habituales de antiácidos. Gran cantidad de trabajos avalan la seguridad de la Ranitidina, que es el fármaco de elección, durante el embarazo. A pesar de ello, el pasado 01/10/19, la Asociación Española del Medicamento y Productos Sanitarios ordenó la retirada, como medida preventiva de todos los medicamentos que contienen Ranitidina vía oral ante la detección de nitrosaminas, que son potenciales carcinógenos. Dentro de este criterio de precaución, los medicamentos con Ranitidina intravenosa permanecen en el mercado y no son objeto de retirada.
- Inhibidores de la bomba de protones (IBP): se usan cuando los anti-H2 no resultan eficaces. Actúan inhibiendo las enzimas del estómago involucradas en la producción ácida. En diversos análisis se ha demostrado que no incrementan los riesgos para el desarrollo del embrión y feto. El omeprazol es un fármaco de este tipo, y es considerado seguro.

La pirosis tiende a disminuir tras el parto y a desaparecer tras la conocida cuarentena (6 semanas postparto) que es el tiempo necesario para que el útero recupere el tamaño previo a la gestación.

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



Edificio Policlínica Artica: tu nuevo centro médico

EDIFICIO POLICLÍNICA ARTICA

Ha nacido Edificio Policlínica Artica con la incorporación del nuevo centro, **Qibu.clinic.** Este nuevo espacio de salud, está dotado de consultas de diferentes especialidades, quirófanos, salas de terapia, habitaciones para pernoctar, gimnasio, salas de recuperación para el uso de profesionales sanitarios de diferentes especialidades como traumatólogos, cirujanos plásticos, neurólogos, oftalmólogos, unidad del dolor, unidad del sueño, entre otros. El **objetivo**, de esta nueva edificación, es **brindar una óptima atención médica, quirúrgica y rehabilitadora a los pacientes que así lo requieran.**

Aunque somos nuevos como policlínica, no nacemos de "cero". La experiencia, el bagaje, el *"modus operandi"*, la adecuada gestión que nos caracteriza desde hace ya más de 30 años, y cuya evolución ha demostrado que este **"modelo de gestión saludable"** no solo funciona, sino que **nos ha permitido crecer, diversificar y sobre todo crear alianzas con otros profesionales de diferentes especialidades** y así, **construir esta nueva clínica.**

En Edificio Policlínica Artica **somos un grupo de profesionales especialistas en la salud**, que uniendo nuestro buen hacer, la preocupación constante por la innovación, una fuerte dosis de experiencia y principalmente, la búsqueda del bienestar y el buen trato a los pacientes, hemos decidido **crear un espacio único de salud**. El centro busca contribuir a la prestigiosa sanidad navarra con un novedoso modelo sanitario, basado en la calidad, la excelencia y el desarrollo de la carrera profesional como máximas. Está formado por más de 3.000m2 de instalaciones en el que se acomodan los servicios ofrecidos por Sannas Dentofacial, LAB-0, Oxien, FIVE y la nueva incorporación al grupo, Qibu.clinic.

POR QUÉ ELEGIR QIBU CLINIC

COWORKING MÉDICO: Trabajo en equipo con el respaldo de otros profesionales con los que compartir experiencias.

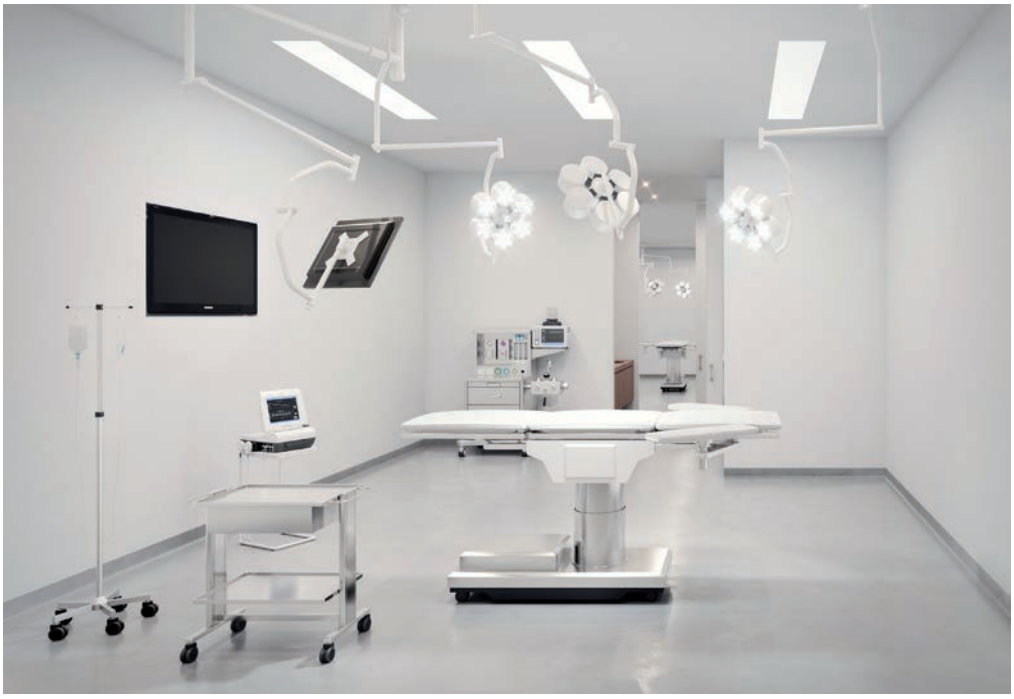
Un equipo de expertos que viven con pasión el sector sanitario.

QIBU CLINIC

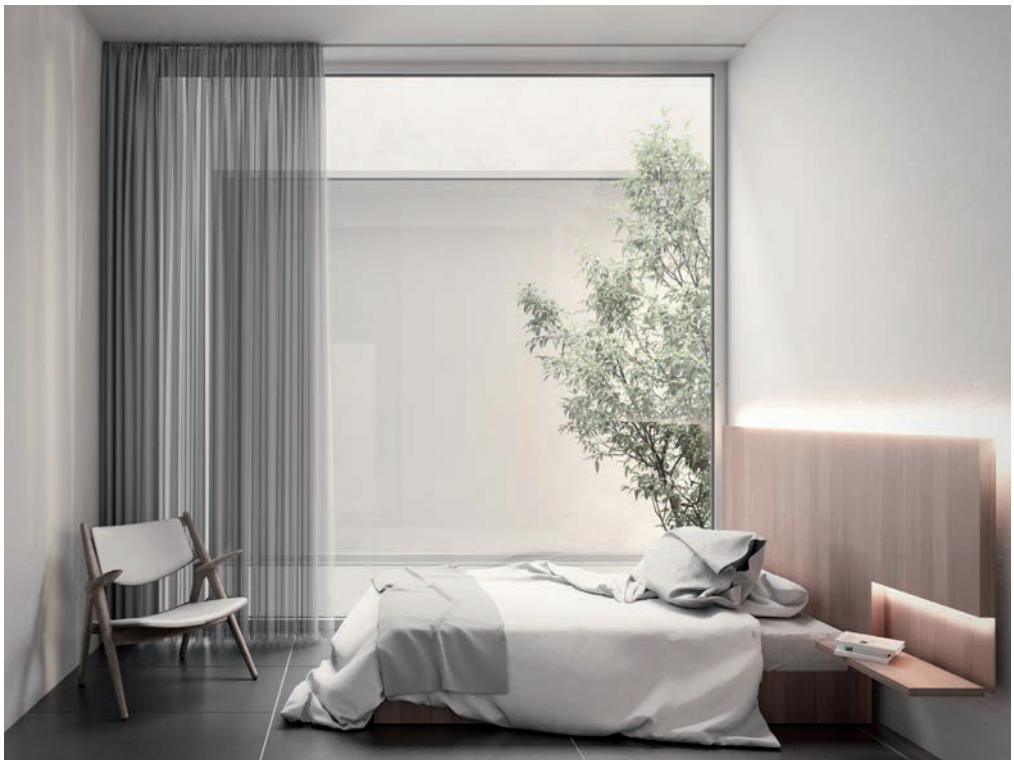
Un espacio de salud, que comprende la creación de despachos médicos, concebidos en torno a un quirófano totalmente equipado y de uso compartido para profesionales.

Este **"modelo de gestión saludable"**, ha sido probado durante décadas con éxito. **Permite al profesional volcarse en lo que realmente importa, el paciente**, y delegando el resto de "preocupaciones" como el manejo de la agenda, el personal, la gestión documental y de contabilidad, las facturas, los cobros, los presupuestos o la comunicación a profesionales con experiencia en estas gestiones. De esta manera, **el profesional sanitario mejora su eficiencia, la atención humana y dedicación personal a cada paciente**. La salud y la calidad en la atención a las personas han unido en un mismo proyecto a un equipo de expertos en diferentes especialidades médicas, así como profesionales de la gestión y dirección de empresas.

www.policlinicaartica.com



DISPONEMOS DE UN AMPLIO QUIRÓFANO Y UNA SALA DE INTERVENCIÓN CON UN EQUIPAMIENTO ALTAMENTE CUALIFICADO Y CON PERSONAL ESPECIALIZADO. LA AMPLIA DISPONIBILIDAD DE FECHAS Y HORARIOS ES CLAVE PARA OFRECER LA MAYOR COMODIDAD, ATENCIÓN Y FLEXIBILIDAD A NUESTROS PACIENTES Y DOCTORES.



EL AMBIENTE TRANQUILO E ÍNTIMO ES PERFECTO PARA DAR EL MEJOR SERVICIO DE PERNOCTACIÓN A NUESTROS PACIENTES QUE REQUIERAN DE HOSPITALIZACIÓN. EL PACIENTE DISPONDRÁ DURANTE TODA SU ESTANCIA DE LA ATENCIÓN PERSONALIZADA POR PARTE DEL PERSONAL FACULTATIVO.

psicología

El miedo a estar enfermo

Clara Lacunza Juangarcía. Psicóloga clínica. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
Javier Díaz Leiva. Psicólogo clínico. Fundación Proyecto Hombre Navarra
Ana Guinea Hidalgo. Psicóloga clínica. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

En los últimos meses muchos de nosotros hemos experimentado con cierta inquietud la presencia de tos, dolor de cabeza o fiebre ante la posibilidad de estar enfermos, tranquilizándonos pocos días después. Sin embargo, para algunas personas, la convicción de padecer una enfermedad grave es una preocupación constante y limitante, que condiciona su funcionamiento habitual y que les genera un gran malestar emocional.

Sus múltiples visitas a los centros de salud y la realización de pruebas muchas veces innecesarias suponen además un coste económico para los servicios de salud. Son las personas "hipocondríacas".

Definición del trastorno de ansiedad por enfermedad o hipocondría

En 1673, Jean Baptiste Poquelin, más conocido como Molière, caracterizó el trastorno hipondríaco en la que sería su última obra, "Le malade imaginaire" (El enfermo imaginario). En ella, el protagonista se muestra convencido de padecer algún tipo de enfermedad, convicción que actualmente se considera un aspecto central del denominado trastorno hipondríaco. Este cuadro, recogido en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) desde 1980, define la preocupación y malestar importantes en torno a la posibilidad de padecer una enfermedad grave. En la última versión (DSM-5), la tradicional hipocondría ha sido sustituida por dos cuadros diferentes: el trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de ansiedad por enfermedad, que comparten la presencia de una elevada ansiedad acerca de la propia salud y la existencia de pensamientos y sentimientos excesivos relacionados con la misma. Es considerado como un trastorno con importantes repercusiones personales y difícil abordaje terapéutico. Los pacientes que lo sufren muestran gran resistencia a recibir tratamiento en los servicios de salud mental, pues consideran que su problema tiene un carácter exclusivamente físico. Esto a su vez hace difícil establecer una adecuada relación terapéutica con ellos desde los servicios de salud mental. Todo esto comporta un gran coste a nivel emocional, relacional y laboral para las personas que lo sufren, al asociarse a un mayor número de visitas a los centros sanitarios y a la realización de un mayor número de pruebas médicas y tratamientos farmacológicos, con el coste económico que esto supone. Resulta difícil poder establecer la prevalencia de este trastorno en la población general, si bien es cierto que un porcentaje nada desdeñable de pacientes que acuden a los centros de salud haciendo referencia a problemas físicos presentan en realidad un trastorno hipocondríaco más o menos severo. Además, en muchos casos este se ve acompañado de ansiedad generalizada o de un estado de ánimo deprimido.

No obstante, en los últimos años se ha producido un importante avance en el estudio de esta patología, gracias al desarrollo de modelos explicativos de inspiración cognitivo-conductual que han permitido avanzar en el desarrollo de nuevos protocolos de tratamiento. Estos modelos suelen destacar la tendencia de los pacientes a amplificar una extensa variedad de síntomas somáticos y viscerales (estilo somático amplificador), junto con la tendencia a las interpretaciones catastróficas de los mismos. De este modo, una simple sensación en el pecho podría ser la señal inequívoca de estar sufriendo un infarto, o un pequeño quiste o lunar la antesala de un cáncer agresivo y fatal. En este punto la persona, preocupada ante la creencia de haber enfermado, desarrolla una mayor vigilancia ante cualquier signo relacionado con la enfermedad e intenta reducir su preocupación e incertidumbre consultando páginas webs de salud o acudiendo al médico, en busca de una tranquilidad casi siempre transitoria y de corta duración. Estas estrategias, denominadas conductas de seguridad, impiden a la persona recibir y procesar aquella información que desconfirme sus distorsiones en torno a los síntomas y a la enfermedad.

El tratamiento psicológico de la hipocondría

Teniendo en cuenta estos modelos se han desarrollado tratamientos con suficiente apoyo empírico. El principal objetivo de estos es modificar la forma en que el paciente interpreta sus sensaciones y síntomas corporales y, en consecuencia, la forma en que los afronta. Es decir: se trata de detectar y sustituir los pensamientos automáticos negativos sobre los síntomas físicos y los comportamientos asociados por otros más adaptativos y ajustados a la realidad. Para ello, resulta fundamental que la persona comprenda que su interpretación catastrofista sobre los síntomas somáticos determina sus respuestas emocionales y sus conductas de seguridad, contribuyendo a mantener el trastorno.

Para poder abordar de forma efectiva el problema será imprescindible la coordinación con el médico de atención primaria que atiende al paciente, de forma que se transmita de forma inequívoca el mismo mensaje y se establezca un pacto por el cual cesarán las pruebas y reaseguraciones contraproducentes. Fundamental también es el papel de la familia o de las personas que convivan con el paciente para evitar que ellos mismos se conviertan, con sus "tranquilizaciones", en mantenedores del problema.

Así que si usted que está leyendo estas líneas se ve reflejado en esta problemática y sufre porque a pesar de los mensajes tranquilizadores que le transmite su médico está convencido de que padece una grave enfermedad, no dude en solicitar ayuda profesional.

Impacto emocional del coronavirus y el confinamiento

Ana Guinea Hidalgo. Psicóloga clínica. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
Clara Lacunza Juangarcía. Psicóloga clínica. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
Javier Díaz Leiva. Psicólogo clínico. Fundación Proyecto Hombre Navarra

El primer trimestre de 2020 quedará marcado por el impacto a nivel global de la pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 que ha supuesto para nuestra sociedad una ruptura con el estado de bienestar estable mantenido durante décadas.

La repercusión de las situaciones adversas en el bienestar psicológico percibido ha sido estudiada ampliamente a lo largo de la historia. En el contexto actual, tanto la enfermedad en sí, como las medidas que los diversos países han tenido que adoptar, pueden ser consideradas una situación muy estresante a la que se han tenido que enfrentar millones de personas de forma simultánea.

Aunque aún es pronto para sacar conclusiones sobre los efectos que va a provocar, los datos de estudios realizados en otros países sugieren la existencia de un impacto negativo en nuestro bienestar psicológico al que contribuirán tanto la enfermedad como las medidas de confinamiento y distancia social, así como la previsión de la crisis económica como la que parece vamos a vivir.

De esta forma, y aunque la aparición de síntomas depresivos y ansiosos es esperable en una situación extraordinaria como la vivida, algunos estudios señalan el riesgo de un incremento significativo en el número de personas afectas de trastornos ansiosos, depresivos e incluso de comportamientos autolesivos. En aquellos pacientes que han padecido la enfermedad con sintomatología grave existe un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático.

En cuanto a la cuarentena, cuya duración se considera como uno de los elementos más relevantes para explicar sus efectos psicológicos, los estudios sugieren una relación directamente proporcional entre ambos. Otros elementos también relevantes serían el miedo a la infección, la frustración y el aburrimiento, no tener acceso a necesidades básicas o una información percibida como poco clara por parte de las autoridades sanitarias. Como variables predictoras de una peor respuesta emocional en la cuarentena son: edad joven (16-24 años), género femenino, nivel más bajo de estudios y tener un hijo único (en vez de varios), si bien los datos no son totalmente concluyentes.

En nuestro contexto, un estudio reciente realizado durante el confinamiento con una muestra de más de mil participantes con edades entre los 19 y los 84 años (casi en su totalidad estudiantes de la UNED), señala una alta prevalencia de miedos, siendo los más frecuentes los relacionados con el posible contagio y/o muerte debidos al coronavirus. El perfil emocional más predominante consistió en la presencia de síntomas de ansiedad, desesperanza y problemas de sueño. Como factores de vulnerabilidad más relevantes destacaron la intolerancia a la incertidumbre, el afecto negativo y la pertenencia al género femenino.

Si nos centramos en la población infantojuvenil, se plantea una especial vulnerabilidad de este grupo, posiblemente relacionado con la pérdida de hábitos y el estrés psicosocial. En este grupo, los síntomas observados varían en función de la edad; así los niños de etapa preescolar presentan más frecuentemente miedos (a estar solos, a la oscuridad), pesadillas, conductas regresivas, rabietas y quejas somáticas. En los niños de 6 a 12 años se manifiesta mayor irritabilidad, pesadillas, problemas de sueño y apetito, síntomas físicos, problemas de conducta o apego excesivo. Los adolescentes, por su parte, presentarían más síntomas físicos, problemas de sueño o apetito, aislamiento de seres queridos, disminución de la energía y dificultades atencionales.

Capítulo aparte merecen los profesionales sanitarios que han atendido en primera línea a las personas infectadas y que, según los datos obtenidos en países como Italia o China, presentarán elevados niveles de ansiedad, síntomas depresivos y problemas significativos de insomnio.

Conclusiones

En los distintos estudios analizados ha quedado constatada la afectación emocional derivada de una situación de estrés como la que está suponiendo la crisis sanitaria del coronavirus, a la que se sumará la provocada por la crisis económica acompañante.

Si bien sabemos que mucha de esta afectación se verá reducida con el paso del tiempo, aun así es esperable que exista un incremento de personas que requerirán atención psicológica especializada por sintomatología depresiva y ansiosa y que podrían beneficiarse de programas de prevención e intervención específicos, con especial atención a los grupos de población más vulnerables.

Beneficios del ejercicio físico en la salud

Juan José Sánchez-Villares Rubalcaba. *F.E.A. Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Nº col 6101*
Miguel Alegría Villanueva. *Lcdo. Educación Física. Nº col. 4861*

Recientemente, debido a la pandemia por covid-19, fue necesario realizar un confinamiento general de la población para prevenir un exceso de contagios que habría provocado el colapso de nuestro sistema sanitario.

Este confinamiento nos obligó a disminuir de forma muy significativa el nivel de actividad física que normalmente tenemos, tanto en nuestro día a día como específicamente a la hora de hacer deporte, algo que tuvo un indudable impacto en el estado de forma de la población. Es, por tanto, muy importante que se haga un esfuerzo para recuperar el nivel previo de actividad física, ya sea practicando algún deporte o en otras actividades que pudiéramos desarrollar en nuestra vida diaria (caminar, subir escaleras, etc.).

Los beneficios de la práctica deportiva son innumerables y muchos de ellos han sido científicamente demostrados en múltiples estudios. De hecho, en la pandemia de covid-19 en la que actualmente seguimos inmersos, parece que las personas más susceptibles de sufrir complicaciones son aquellas con algunos padecimientos o con peor condición física, aunque las investigaciones siguen abiertas.

Mejora de la fuerza, resistencia...

Entre los múltiples beneficios del ejercicio físico, podemos encontrar la mejora en la fuerza, la resistencia muscular, la flexibilidad y la elasticidad del sistema musculoesquelético. Se produce también un progreso en las capacidades pulmonares y del sistema cardiovascular (pues el corazón también es un músculo), produciéndose así un incremento, tanto en la capacidad aeróbica (metabolismo celular en presencia de oxígeno-02), como en la capacidad anaeróbica (en ausencia de 02).
Hay dos partes muy importantes en las que el ejercicio nos ayuda, como son el equilibrio y la propiocepción, ambas fundamentales en el grupo poblacional más susceptible de sufrir caídas y sus consecuencias, las personas de más edad. Ellas también deben realizar actividad física, pero siempre adaptada a sus capacidades.
En cuanto a la edad, habría que destacar que la práctica adecuada de ejercicio físico disminuye el riesgo de osteoporosis, ralentizando la pérdida de masa ósea que se produce con el paso de los años a partir de determinadas épocas de la vida. Los índices de obesidad y diabetes también son menores entre los practicantes habituales de deporte y, en caso de ser diabético, el ejercicio ayuda a controlar la glucemia, disminuyendo las necesidades de insulina.

Salud mental y estado de ánimo

Indudablemente, el deporte nos divierte, gracias a él establecemos lazos sociales, nos relacionamos con amigos, familiares y gente desconocida. Esto siempre es positivo y nos ayuda a disminuir nuestros niveles de estrés, ya que dormimos mejor y nuestra autoestima aumenta. En definitiva, el deporte mejora nuestra salud mental y estado de ánimo.
La prestigiosa Clínica Mayo refiere que entre los múltiples beneficios de la práctica habitual de actividad física se encuentra la disminución en la incidencia de algunos tipos de cáncer, así como la protección frente a enfermedades víricas, ya que parece que el ejercicio aeróbico practicado con regularidad activa el sistema inmunológico. Para lograr estos beneficios que nos proporciona la práctica deportiva, es recomendable realizarla de forma regular (de 4 a 5 días por semana), con una duración mínima entre 30 y 45 minutos y, salvo contraindicación médica, alcanzar de un 60 a un 75% de nuestra frecuencia cardiaca máxima (FC máx.=220–edad). Siempre es aconsejable tener una revisión médica previa a la actividad física para conocer nuestro estado de salud.
Lo ideal sería que la actividad fuera planificada, que se valoraran las condiciones climatológicas, así como el uso de material adecuado, la duración, y que se incluyera el calentamiento y el enfriamiento, etc. Si contamos con un especialista que nos guíe y aconseje siempre será mejor. Por supuesto, la mejor compañera de la práctica deportiva es una dieta saludable, ya que la suma del binomio dieta saludable y actividad física aumenta nuestra esperanza de vida y, sobre todo, nos permite vivirla con una mayor calidad.
Aunque estos beneficios de la actividad física se empiezan a obtener desde la infancia, ya que se ha comprobado que algunas enfermedades comienzan a desarrollarse en edades tempranas, debemos recordar que nunca es tarde para empezar.

Artículo basado en el trabajo de Lorea Sánchez-Villares Echávarri. Alumna 1º bachillerato colegio Escolapios Calasanz, Pamplona.

Vendaje neuromuscular

María Graz Zugasti. Fisioterapeuta en CREENA
Saioa Redín Garralda y Maitane Garde Erro. Fisioterapeutas en el Complejo Hospitalario de Navarra

El vendaje neuromuscular también conocido como kinesiotaping, es una técnica de origen japonés que utiliza unas tiras elásticas de colores pegadas sobre la piel.

La técnica consiste en aplicar a las tiras o "tapes" una determinada tensión, dirección, sentido y forma, según la patología que queramos tratar, para recuperar la capacidad de autocuración del cuerpo.
Las tiras no llevan asociadas ningún medicamento. Al ser adhesivas, levantan la capa de la piel provocando mayor espacio debajo de ella. Esto conlleva una mejor circulación y eliminación de sustancias de desecho.

¿Para qué se utiliza?

Al mejorar la circulación, ayuda a reducir la inflamación, disminuye hematomas, alivia el dolor, mejora la movilidad, ayuda a solucionar problemas posturales, articulares, ligamentosas, fasciales, musculares.

¿Cuánto tiempo dura?

Se puede mantener hasta cinco días, teniendo en cuenta que la durabilidad de las tiras depende de varios factores como son el tipo de piel, la sudoración, la localización y la actividad física de cada persona.

¿Qué diferencia existe con el vendaje funcional?

La principal diferencia es que el vendaje neuromuscular no restringe el movimiento mientras que el funcional limita los movimientos dañinos permitiendo movilidad en el resto de la articulación. Ambos se emplean en distintas situaciones con fines diferentes. Uno no sustituye al otro.

¿Qué ventajas tiene?

Es resistente al agua y compatible con otros sistemas de vendaje y con otras terapias manuales o mecánicas. Sus efectos se mantienen durante las 24 horas, los días que lo llevemos puesto. Además, es hipoalergénico y no se deforma con el movimiento.

¿Puedo ponérmelo yo mismo?

Es importante que la aplicación sea por un profesional formado en esta técnica, para utilizarlo en los casos indicados y de una manera adecuada para obtener mejores resultados.

¿Tiene contraindicaciones?

No se debe aplicar en heridas, en pieles muy sensibles, en quemaduras, en enfermedades de la piel tipo psoriasis, en edema de origen coronario o renal, en trombosis, ni sobre carcinomas.

Exploración sensorial del pie diabético: test del monofilamento

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

El monofilamento 5.07 (10g) de Semmes-Weinstein (SWME) es un método sencillo, barato y reproducible para examinar la sensibilidad protectora en la prevención del desarrollo de neuropatía diabética

El monofilamento es la herramienta de cribado o screening aconsejada para detectar el riesgo de ulceración o amputación en las personas diabéticas. Tiene una sensibilidad del 95-100% y una especificidad del 80%.

Descripción

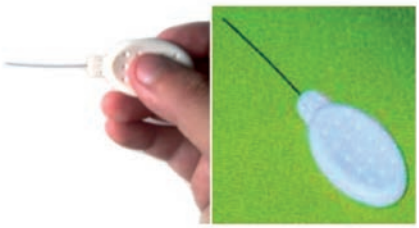
El monofilamento SWME es una fibra de nylon unida a un mango, que al aplicarla perpendicularmente sobre la piel del paciente ejerce una fuerza de 10g, fuerza suficiente para la exploración de la sensibilidad. Está calibrado para que independientemente de la presión aplicada por el profesional, ni las vibraciones ni fluctuaciones influyan sobre la cantidad de fuerza ejercida.

La principal utilidad de estos instrumentos es examinar la sensibilidad a la presión y el tacto, lo que se ha denominado la "sensibilidad protectora".

No existen datos precisos sobre su vida útil, pero algunos estudios sugieren que no debe utilizarse en más de 10 pacientes sin un periodo de recuperación viscoelástica de 24h.

En la guía de utilización de cada monofilamento empleado se especifica el uso recomendado, que normalmente queda limitado a 1000 aplicaciones, es decir, a 100 pacientes con 10 aplicaciones en cada examen.

Evidentemente, si el filamento presenta cualquier alteración grave, tipo rotura, curvatura o acodamiento, debe descartarse.



Metodología

Se explica a continuación una de las técnicas más utilzadas y recomendada.

Se examinarán 10 puntos en cada pie: pulpejo de las falanges distales del primero, tercer y quinto dedo, cabeza de los metatarsianos de los mismos dedos, parte lateral y medial parte central de la planta del pie, talón y en la superficie dorsal del pie, entre la base del primer y segundo dedo.

IMAGEN DE LAS ZONAS DESCRITAS

Esta técnica de los 10 puntos permite una exploración completa de la sensibilidad del pie, porque se valoran zonas inervadas por distintos nervios periféricos y dermatomas.

1. Dígale al paciente que le va a realizar un examen y que requiere su colaboración. Enséñele el monofilamento y dígale que no duele. Se aconseja hacer una prueba en su antebrazo o mano para que lo sienta.

2. Coloque al paciente en decúbito supino, sin que tenga opción de ver donde la enfermera

Categoría De Riesgo Pie Diabético

Categoría de riesgo	MF 5.07	Deformidad	Lesiones	Intervenciones (escalonadas)
1	Sensible	NO	NO	Objetivos: **Higiene adecuada. Cese del hábito de fumar.** Control y exploración: **1** visita/año. Educación: Higiene, calzado, cuidados generales. **Si deformidad** derivar a podólogo
2	Sensible	SI	NO	
3	Insensible	NO	NO	Objetivo: **Autoinspección y autocuidado.** Control y exploración: **2** visitas/año. Educación: Enseñar y revisar técnica autoinspección.
4	Insensible	SI	NO	Objetivo: **Utilización de calzado adecuado.** Control y exploración: 3 visitas/año. Educación Derivar podólogo y cirugía vascular (si isquemia).
5	Insensible	SI	SI	Objetivo: **Evitar la aparición de nuevas úlceras.** Control y exploración: **4** visitas/año. Educación: Derivar podólogo / cirugía vascular (si isquemia)

Si existe Arteriopatía periférica se ubicará en la categoría inmediata superior.

le toca con el monofilamento, o bien, pídale que cierre los ojos.

3. No se anticipe a la respuesta del examinado.

4. Aplique el monofilamento perpendicular a la piel, en cada uno de los puntos anteriormente descritos, sin hacer contactos reiterados en el mismo lugar. Utilice movimientos uniformes, aumentando la presión hasta que el nylon se curve. Cada aplicación debe durar entre 1-2 segundos, pero no superar este lapso de tiempo.

5. Pídale al paciente que le avise cuando note el monofilamento. Evitar hacerle la pregunta: ¿lo nota ahora?, y si se hace, en ocasiones preguntarle sin hacer el contacto con el monofilamento.

6. Elegir la zona de exploración de forma aleatoria.

Consideraciones especiales

Si el sujeto no nota el monofilamento en un punto concreto, continuar con el siguiente. Cuando haya acabado la serie completa se puede insistir en esa localización para valorar de nuevo. Aplicar el filamento sobre piel sana. No examinar zonas del pie con lesiones, úlceras, cicatrices, hiperqueratosis u otras heridas.

No existe un criterio consensuado sobre los puntos a explorar, pero en su gran mayoría los autores recomiendan como mínimo un examen de la cara dorsal entre la base del primer y segundo dedo, y en la plantar en las cabezas del primer, tercero y quinto metatarsianos, en los dedos primero, tercero y quinto y el talón, de cada pie.

Otros autores recomiendan explorar sólo la superficie plantar, eligiendo como zonas la cabeza de tres metatarsianos y dos puntos a nivel central del pie y talón.

Resultados

Se debe tener en cuenta que por cada una de las localizaciones se puntuará 1 o 0 según la persona sea o no sensible. Así, se considerará positivo (insensible) cuando no se perciban 4 de los 10 puntos examinados.

El profesional debe tener en cuenta el resultado de la prueba para valorar cuando repetir un nuevo examen, ya que aquellas personas que no detecten la presión ejercida por el monofilamento tienen un riesgo 30-40 veces mayor de desarrollar lesiones o amputaciones en las extremidades inferiores, al margen de la situación vascular y del tiempo de evolución de la diabetes.

Se adjunta las recomendaciones de Osasunbidea según el resultado.
(Ver tabla Categoría de Riesgo Pie Diabético).

Si como resultado se detecta riesgo, se ha de instruir al paciente en una serie de pautas para prevenir futuras lesiones: uso de calzado adecuado (cómodo, flexible, sin costuras, ligero, transpirable, con suela que no resbale), inspección diaria de los pies y cuidados de higiene e hidratación, visitar al podólogo periódicamente, control intenso de la diabetes, y del resto de factores de riesgo cardiovascular, así como aconsejar la abstención tabáquica y del consumo de alcohol.

Conclusiones

Este test supone una herramienta barata de cribado para la detección de neuropatía diabética. Permite realizar una exploración completa de la sensibilidad del pie de forma sencilla, reproductible y eficiente.

Se recomienda empelarlo para identificar una polineuropatía en los pacientes diabéticos, mínimo una vez al año y con más frecuencia si el riesgo de padecer úlceras o amputaciones es alto.

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

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

El consumo de alcohol durante el confinamiento

Javier Díaz Leiva. *Psicólogo clínico. Fundación Proyecto Hombre Navarra*
Clara Lacunza Juangarcía. *Psicóloga clínica. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*

El confinamiento de los ciudadanos en sus casas tras la declaración del estado de alarma por la pandemia del coronavirus, ha traído asociada un incremento importante de la compra de bebidas alcohólicas.

Recordamos algunos datos referidos a lo que puede suponer para la salud física y mental el abuso de alcohol como problema sobrevenido en la pandemia, así como algunas recomendaciones al respecto.

Confinamiento en casa y nuevas pautas de consumo en los hogares

La entrada en vigor de las medidas del decreto de alarma el pasado 14 de marzo, dirigidas a contener la pandemia de enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), condujo al confinamiento de los ciudadanos en sus casas y a la práctica paralización de todos los sectores económicos, a excepción de los servicios esenciales. En apenas un fin de semana, pasamos de hacer vida normal y relacionarlos con despreocupada libertad y cercanía, a encontrarnos recluidos en casa sin posibilidad de salir salvo causa justificada. Asistimos además a través de los medios a la preocupante expansión de una pandemia que se cobraba miles de vidas y llevaba a los sistemas sanitarios y a sus profesionales al límite de su resistencia. Este hecho extraordinario y sin precedentes se reflejó también en la cesta de la compra de los hogares, al cambiar de forma muy rápida las preferencias de gasto de los consumidores. Ya desde la semana previa al confinamiento, fue noticia en los informativos y redes sociales las compras compulsivas de papel higiénico, alcohol desinfectante y otros productos de limpieza. En este escenario de aprensión generalizada, crecieron considerablemente las compras de arroz (+159%), harinas y sémolas (+147%), pasta (+144%), legumbres (+122%) y conservas (+82%), según los informes proporcionados semanalmente por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. No obstante, pasada la fase inicial de acopio, comenzó a observarse un cambio en las tendencias de consumo. Ya en la segunda semana de confinamiento, las compras de conservas, carbohidratos y legumbres se moderaban, al tiempo que aumentaban las de carnes y frutas frescas, pescado congelado, frutos secos y tabletas de chocolate. Las únicas excepciones venían dadas por productos como la harina y el azúcar, cuyo consumo siguió aumentando. La explicación a este fenómeno se encuentra en que los planes de ocio típicos de la sociedad española como ir al cine, tomar el aperitivo en las terrazas o barras de los bares o ir al gimnasio, se estaban inevitablemente sustituyendo por consumir series y películas en las plataformas digitales, cocinar en casa, comer y beber.

En este sentido, hay un producto de consumo que no podía quedarse atrás en la escalada de compras y avituallamiento de los españoles: el alcohol. De este modo, entre el 9 y el 29 de marzo (es decir, hasta la entrada en la tercera semana de confinamiento), el incremento medio en las compras de cerveza había sido del 33% respecto al mismo período de 2019, del 40% en el caso de las bebidas espirituosas y de un moderado 8% en el caso del vino. La tendencia, lejos de frenarse durante el mes de abril, siguió escalando en las semanas siguientes, como vemos en la tabla adjunta.
(Ver Figura 1)

Figura 1

	Semana 1* 16-23 Marzo	Semana 3 30 Mar-5 Abr	Semana 5 13-19 Abril	Semana 7 27 Abr-3 May
Carnes	19,8% **	22,9%	45,2%	29,3%
Pescados	4,5%	0,7%	35,4%	31,7%
Frutas frescas y hortalizas	15,4%	27,1%	70,5%	40,3%
Arroz y legumbres	54,1%	20,6%	53%	28,4%
Snacks, frutos secos	15,3%	78,2%	84,4%	49,8%
Cervezas	35,2%	70,1%	69%	60,6%
Bebidas espirituosas	57,7%	79,3%	75,4%	83,4%
Vinos y bebidas derivadas	12,7%	62,6%	51,8%	37,4%

* Se toman como referencia las semanas 1, 3, 5 y 7 de confinamiento.

** Se indican los porcentajes de variación respecto a la misma semana de 2019.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos en serie proporcionados por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (https://www.mapa.gob.es/es/prensa/200512consumoenelhogarsemana18_tcm30-537931.pdf).

El problema de la ingesta continuada de alcohol

El consumo de alcohol es un factor causal, directo o indirecto, de más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles como la cirrosis hepática, numerosos tipos de cáncer del tracto digestivo y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de peleas y accidentes de tráfico. De acuerdo con el estudio de carga global de enfermedades de la OMS de 2016 (último con datos disponibles para España), la bebida estuvo implicada en el 10% de las muertes en hombres y en el 3,9% de las muertes en mujeres registradas ese año. O lo que es lo mismo: 37.000 decesos. En el caso de los hombres, esto lo sitúa como el 2º factor de riesgo de discapacidad y muerte prematura.

No hay un umbral de consumo seguro de alcohol que permita eliminar estos riesgos para la salud, pues los efectos del alcohol sobre la salud se notan con una sola copa al día. Pero además, si los niveles de consumo de riesgo fijados por la OMS se sitúan en más de 2 unidades de alcohol diarias en los hombres y en más de 1 unidad en mujeres (o, lo que es lo mismo, 18 unidades de alcohol a la semana los hombres y 11 las mujeres), entonces la media de consumo diario de alcohol en España debería resultarnos preocupante: 5,8 unidades de alcohol en el caso de los hombres y 2,7 unidades en el de las mujeres (la unidad de bebida estándar se alcanza con una cerveza de 200 cl. o un vino de 100 cl).

Teniendo en cuenta los datos sobre consumo en los hogares: ¿podríamos concluir que nos encontrábamos manteniendo nuestros niveles de consumo habituales, en un momento en que bares y restaurantes permanecían cerrados? ¿O realmente se ha dado un incremento real de la ingesta de alcohol? Realmente, no hay forma de saberlo a ciencia cierta.

El alcohol, sobre todo en sus primeras ingestas, tiene un efecto estimulante que se asocia a múltiples situaciones sociales y emocionales, haciendo más probable que ante las mismas situaciones aparezcan las ganas de llenar el vaso. Este sería el efecto del alcohol "compañero de la fiesta". Además, el alcohol tiene otra virtud asociada, y es que a mayores dosis resulta un potente ansiolítico, al reducir los niveles de activación fisiológica. Resulta sencillo entender que el alcohol acuda al rescate ante una situación en la que el aburrimiento por la interrupción de las actividades de ocio en la calle se entremezcla con las preocupaciones por resultar contagiado con el virus, perder el empleo o no saber cuándo recuperaremos la normalidad.

Recomendaciones ante la vuelta a la normalidad

Si consideramos que hemos bebido más de lo normal y que podríamos tener dificultades para reducir las cantidades que ingerimos, entonces hay algunas recomendaciones que conviene seguir para ello. En primer lugar, sería deseable monitorizar la cantidad bruta de alcohol semanal que bebemos y proponernos reducir la misma por debajo de los umbrales de riesgo referidos anteriormente. No está de más complementar esta decisión, que debe ser la primera y más importante, con la adopción de algunas pautas complementarias, como son el beber preferiblemente acompañado, no beber en ayunas o con el estómago vacío (pues la absorción del alcohol se hace más rápida y agresiva para el organismo), alternar las ingestas de alcohol con vasos de agua u otras bebidas sin graduación y evitar beber todos los días.

En segundo lugar, conviene acudir a nuestro médico de cabecera en cuanto sea posible y seguir con las revisiones que teníamos por hacer antes de la crisis sanitaria, ya sean analíticas, ecografías, pruebas de cribado o derivaciones al especialista. Evidentemente, que nuestro médico sea conocedor de las cantidades de alcohol que se toman, es importante a este nivel. Y si ya nos encontrábamos en tratamiento especializado de salud mental o con psicólogo privado, el profesional que nos atiende debe ser conocedor de lo ocurrido y valorar las pautas a adoptar para la continuidad del tratamiento, considerando el elemento añadido de la sobreingesta en las últimas semanas.

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

Enfermedades transmitidas por garrapatas

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

Las garrapatas se han convertido en los principales vectores de enfermedades infecciosas en el mundo industrializado, pudiendo transmitir a través de su picadura diversas bacterias y virus, además de causar procesos alérgicos y tóxicos.

En nuestra zona las dos principales enfermedades transmitidas por garrapatas (ETG) son la Enfermedad de Lyme, causada por Borrelia burgdorferi, y la Fiebre exantemática mediterránea o Fiebre Botonosa, producida por Rickettsia conorii y transmitida por garrapata del perro.

Las garrapatas pueden vivir en diferentes medios, lo más frecuente es en medios donde habitan animales silvestres o en explotación ganadera, en las que se dan las condiciones más adecuadas para el desarrollo de su ciclo vital.

Habitualmente las garrapatas se encuentran en la hierba o arbustos esperando para alimentarse.

El ser humano interacciona con las garrapatas de forma accidental, ya que no es el huésped preferido de ninguna forma de garrapata.

Todas las garrapatas no transmiten enfermedades, ni pican a las personas, y en el caso de picaduras a humanos no todos ellos van a desarrollar enfermedades ni complicaciones.

¿Cómo evitar la picadura de una garrapata si salgo al campo?

La mejor manera de prevenir una ETG es evitar su picadura por lo que en las salidas al campo o zonas boscosas, se aconseja llevar a cabo una serie de medidas de protección individual.

- Usar prendas de maga larga y pantalones largos.
- Evitar sandalias o calzado abierto procurando usar siempre botas cerradas con calcetines que cubran la parte inferior de los pantalones .
- Usar ropa de color claro ya que de esta forma será más fácil comprobar si hay alguna garrapata sobre ella.
- Caminar si es posible por la zona central de los caminos y evitar el contacto con la vegetación circundante.
- Evitar sentarse en el suelo en las zonas con vegetación.
- Uso de repelentes antiparasitario en los animales de compañía.
- Al finalizar la jornada es fundamental examinar todo el cuerpo para detectar si hay alguna garrapata y puede ser aconsejable lavar la ropa con agua caliente.

¿Y si a pesar de tener cuidado me pica, me la quito?

Las ETG son más frecuentes cuando se manipula la garrapata o no se extraen de manera correcta.

La mayoría de las ETG requieren que el parásito se adhiera e ingiera sangre durante algunas horas antes de que la persona se infecte, por eso es tan importante quitarla cuanto antes.

El método de extracción que se asocia de una forma estadísticamente significativa a un menor número de complicaciones e infecciones derivadas de la picadura es la retirada cuidadosa con pinzas finas y borde liso (sin dientes). Se debe introducir la pinza entre la cabeza y la piel, lo más próximo posible a la superficie cutánea y aplicar una tracción constante y firme de forma perpendicular a la piel hasta que se extraiga el artrópodo.

Hay que revisar que la garrapata se haya extraído entera. Si creemos que puede quedar parte dentro de la piel, se debe intentar extraer para evitar complicaciones.

Posteriormente se debe aplicar un antiséptico local como povidona yodada o clorhexidina.

¿Y después de la picadura qué hago?

Si es posible, se debe conservar la garrapata, ya que puede ser una muestra clínica de gran valor y orientar las posibilidades diagnósticas en el caso de desarrollar algún tipo de enfermedad tras la picadura.

Tras la picadura es frecuente el desarrollo de una pápula en el punto de picadura que por lo general desaparece en días o semanas y no requiere de atención sanitaria.

En el caso de aparición de lesiones negruzcas en la zona de la picadura, fiebre o lesiones cutáneas generalizadas (exantema) deberá acudir a consulta médica para estudio de enfermedad transmitida por garrapata.

Enfermedad de lyme

Es una de las dos principiales ETG en nuestro medio, causada por una garrapata llamada Borrelia Burdogferi. Presente en toda España, aunque de forma significativa en Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, La Rioja y Navarra.

Los síntomas iniciales de padecer enfermedad provocada por la picadura de esta Borrelia, consiste en aparición de un característico eritema, llamado Eritema Migratorio que es el mejor marcador y se considera signo inequívoco de esta enfermedad. Aparece habitualmente entre 1-15 días tras la picadura, se va expandiendo por los bordes y aclarando por el centro adoptando un aspecto típico anular. Puede adquirir gran tamaño, hasta 70 cm y presentar distintas tonalidades.

Asociado al Eritema pueden aparecer síntomas inespecíficos como cansancio, dolor de cabeza, dolores musculares, ganglios y ocasionalmente fiebre.

En el caso de que estos síntomas pasen desapercibidos y la enfermedad no se trate, de forma crónica (tras meses e incluso años) el paciente puede entrar en una fase diseminada/crónica con la aparición de síntomas más graves; desde clínica articular, síntomas cardiológicos como bloqueos auriculoventriculares y síntomas neurológicos como meningitis.

El diagnóstico debe sustentarse en el ambiente epidemiológico (zonas prevalentes) y en el uso de pruebas de laboratorio de alta sensibilidad que miden la presencia de anticuerpos Ig G e Ig M.

El tratamiento en fase inicial es sencillo y consiste en la administración de un antibiótico vía oral (de elección la doxiciclina) durante 10-14 días.

Fiebre exantemática mediterránea o fiebre botonosa

Es la segunda enfermedad transmitida por garrapata más frecuente en nuestro medio, y el agente responsable es la Rickettsia conorii.

Más frecuencia de casos en primavera-verano.

Las manifestaciones clínicas habituales características son la asociación de Fiebre + Mancha negra en la zona de la picadura + exantema generalizado.

El periodo de incubación medio es de 7 días.

Es muy típica la aparición en el lugar de la picadura una escara o mancha negra, que en el caso de los niños pueden ser múltiples.

La aparición de la mancha negra puede preceder a la fiebre, que está presente en todos los casos.

Otros síntomas que pueden aparecer de forma menos frecuente son la cefalea, los dolores articulares, musculares, fotofobia y conjuntivitis.

A los 3-4 días del inicio de la fiebre es típico la aparición de un exantema maculopapular, que puede ser generalizado, aunque lo más frecuente es que afecte a raíces de miembros, palmas y plantas y menos frecuentemente tronco.

El diagnóstico consiste en la suma de la sospecha ante las manifestaciones clínicas características mencionadas y la confirmación mediante pruebas de laboratorio.

Los anticuerpos aparecen a los 10-14 días del inicio de los síntomas.

La detección de ADN de la Rickettsia en sangre o en la propia mancha negra es el método diagnóstico más específico, pero no en todos los laboratorios está disponible.

En cuanto al tratamiento, al igual que en la enfermedad de Lyme , la doxiciclina es el tratamiento de elección, tomada de forma oral durante unos 7-10 días.

En resumen, las garrapatas con vectores de enfermedades infecciosas que pueden ser potencialmente graves. La mejor manera de prevenir las enfermedades que transmiten es evitar la picadura de las garrapatas, para ello es fundamental adoptar medidas de protección cuando salgamos a ambientes rurales.

En el caso de no poder evitar ser picado es importante estar atento a los signos y síntomas que pudieran aparecer y acudir a consulta médica para valoración si precisa tratamiento específico.

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.

AGUJA A PINCHAR QUE INCLUYE EL SENSOR DE GLUCOSA

PACIENTE INSERTANDOSE EL SENSOR DE MEDICIÓN DE GLUCOSA

SENSOR INSERTADO EN EL BRAZO

PACIENTE MIDIENDOSE LA GLUCEMIA CON EL LECTOR

Sistema de monitorización continua de glucosa

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

Es un dispositivo electrónico que mide los niveles de glucosa intersticial del tejido subcutáneo cada 5 minutos, obteniendo 288 mediciones diarias. Está diseñado para determinar la glucosa intersticial usando un sensor, este es desechable y su vida útil varía de 3 a 14 días, según la marca, debiendo ser remplazado por uno nuevo cuando su funcionamiento caduca.

¿Qué componentes tiene?

▶ LECTOR: escáner de glucosa y medidor de glucosa.

▶ SENSOR: es un filamento que se inserta a través de la piel que en contacto con el líquido intersticial, mide y almacena lecturas de glucosa.

¿Qué diferencia hay con glucosa capilar?

Los glucómetros tradicionales miden la glucosa capilar y el sistema de monitorización continua de glucosa mide glucosa intersticial. El valor de glucemia capilar no tiene que coincidir con el valor de glucemia intersticial. Generalmente, si el nivel en sangre se mantiene estable ambos coinciden.

Esto hace que exista un desfase fisiológico entre ambos de 5 a 15 minutos, que es el tiempo que tarda la glucosa en difundir desde el capilar, a través del intersticio, hasta el sensor ubicado a ese nivel. Esta diferencia no es importante cuando los niveles de glucemia se mantienen estables. En los casos de cambios rápidos en la glucemia en sangre, existe un retraso en la medición de glucosa mediante el sistema de monitorización continua de glucosa.

¿Será necesario hacer glucemias?

- Durante los periodos en que los niveles de glucosa estén cambiando muy rápidamente (con ayuda de las flechas de tendencias).
- Para confirmar un estado de hipoglucemia.
- Para confirmar un estado de hiperglucemia franca.
- Si los síntomas no concuerdan con la lectura de glucosa que nos da el sensor.
- Con el cambio de sensor.

Beneficios

- Mejor control metabólico, permitiendo al paciente realizar ajustes más precisos de la dosis de insulina administrar.
- Manejo oportuno de la hipoglucemia.
- Se obtiene las tendencias de aumento o disminución de las glucemias.

Desventajas

- Síntomas locales en la zona de inyección del sensor (irritación, edema o eritema).
- Precisión y fiabilidad insuficientes para la toma de decisiones por lo que siguen viéndose como un complemento al glucómetro.
- Alto coste.

¿Y este bulto en la muñeca?

Carlos Sanz García. MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra
Jon MartiAyerdi. FEA Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra

Los gangliones de muñeca son tumoraciones benignas que aparecen en la mayoría de ocasiones en el dorso de la muñeca.

Están rellenos de un líquido viscoso y gelatinoso parecido al líquido que hay en el interior de las articulaciones. Pueden aparecer y desaparecer, así como aumentar y disminuir de tamaño de forma espontánea. Esta variación del tamaño suele ir asociada con la variación de la actividad que se realiza con la muñeca, es decir, cuanto más movimiento tenga esa muñeca más grande se hará el ganglión.

Son más frecuentes en mujeres de edad media y se desconoce la causa exacta de su aparición. Como el tamaño del ganglión es variable, la clínica que puede asociar también lo es. Podemos encontrar desde gangliones ocultos que no se conocía su existencia hasta la realización de una prueba de imagen por otro motivo; gangliones pequeños, visibles pero que no producen clínica; y gangliones que se encuentren en contacto con nervios o tendones cercanos y que producen dolor o debilidad de la muñeca.

La gran mayoría de gangliones como no producen clínica no se tratan y se opta por una vigilancia del paciente hasta que produzca dolor.

En gangliones sintomáticos puede optarse por la aspiración del ganglión e infiltración con un corticoide. En general no suele resolver el problema, ya que no se elimina la causa que lo está produciendo, pero mitiga el dolor de forma temporal.

La siguiente opción sería la cirugía para resecar el ganglión con la raíz que lo está generando y cauterizar el punto de salida del líquido. Esta cirugía puede realizarse mediante cirugía abierta o por artroscopia, generalmente en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. Sigue existiendo una pequeña probabilidad de que el ganglión se regenere.

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

El síndrome de dolor femoropatelar

Blanca Moreno, Miriam Arellano y Miriam Cabiedas.
Fisioterapeutas. Complejo Hospitalario de Navarra

El síndrome de dolor patelofemoral es un término utilizado para describir cierta variedad de patologías que conducen a la presencia de signos y síntomas caracterizados por dolor en la rodilla, tratándose de un trastorno de origen musculo-esquelético resultante de alteraciones físicas y biomecánicas en la articulación patelofemoral, siendo una de las causas más comunes de dolor en el ámbito ambulatorio y de queja en nuestra sociedad.

Desde el punto de vista biomecánico, la rodilla está compuesta por la articulación femoro-patelar, entre fémur y rótula; y la femoro-tibial, entre fémur y tibia. De esta forma consigue realizar los movimientos de flexión y extensión y las rotaciones cuando la rodilla está flexionada. La articulación de la rodilla asegura, por un lado, una función estática, en la cual la transmisión del peso del cuerpo a la pierna le exige una integridad y solidez considerable y, por otro, una función dinámica, para poder desplazarse.

La rótula es un hueso situada entre el tendón cuadricipital y el tendón rotuliano, que actúa como polea para el cuádriceps y cuya principal función es distribuir las fuerzas que generan los diferentes vientres musculares de este músculo, de forma que da estabilidad a la rodilla e interviene en la eficacia mecánica del aparato extensor.

El desequilibrio de fuerzas entre el compartimento interior y exterior de la pierna provoca desviaciones laterales de la rótula causando un mayor desgaste del cartílago articular en las zonas donde hay mayor presión y, provoca, por tanto, una alteración de la biomecánica funcional.

Factores de riesgo

Son varios los factores de riesgo que participan, por ello es de vital importancia educar a los pacientes para prevenir la aparición de la patología.

Anomalías a nivel de la rótula: rótula alta, subluxación rotuliana, inestabilidad rotuliana:

- Alteraciones posturales: torsión tibial externa, genu valgo, hiperlaxitud articular.
- Alteraciones del aparato extensor: debilidad del cuádriceps, especialmente el vasto interno.
- Actividades de la vida diaria que generen grandes presiones sobre la articulación de la rodilla (correr, posición de cuclillas); sexo (más frecuente en mujeres) o traumatismos en la cara anterior de la rodilla.

Síntomas

- El más frecuente es dolor localizado en la región anterior de la rodilla. Normalmente aparece en actividades que aumentan las fuerzas de compresión en la articulación, como correr, subir y bajar escaleras o permanecer en una posición de flexión mantenida en el tiempo.
- Rigidez.
- Inestabilidad rotuliana.
- Derrame articular.
- Crepitación y bloqueos articulares durante los movimientos de flexo-extensión de la rodilla en los que se producen roces y chasquidos de la rótula sobre el fémur.

Tratamiento

Se debe realizar previamente una meticulosa exploración física, basada en una correcta anamnesis, así como las pruebas exploratorias y pruebas diagnósticas complementarias, de tal forma que se reconozca de forma individual la interacción de los factores involucrados y la fase de desarrollo en la que se encuentra el paciente.

- El **tratamiento conservador** indicado en la fase aguda el tratamiento estará encaminado a disminuir el dolor manteniendo un reposo relativo, eliminación de actividades contraindicadas (como subir escaleras y cuestas), elevación de la rodilla, crioterapia, ultrasonoterapia pulsátil y electroanalgesia. Después, en la fase de readaptación se introducen una serie de ejercicios destinados a disminuir los factores etiológicos, para luego continuar con un entrenamiento funcional en el que se reeduca la musculatura del miembro inferior, requilibrando las fuerzas que controlan la rótula (fortalecer el vasto medial oblicuo del cuádriceps, estiramientos de la cadena lateral) y el uso de material ortopédico si fuera necesario.
- El **tratamiento quirúrgico** está indicado cuando el dolor persiste a pesar de haber realizado una correcta rehabilitación. Se libera el alerón rotuliano lateral, osteotomía de la tuberosidad tibial, avance del vasto medial oblicuo, trocleoplastia...

Tomo Sintrom, ¿qué debo saber?

Elena Gonzalez Esain, María Pardo Romera e Irene Velasco Huici. *DUEs. Centro de Salud Rochapea*
Paula Ayestarán Yubero y Ariñe Goñi Torrea. *DUEs. Complejo Hospitalario de Navarra*

El sintrom es el anticoagulante oral más utilizado en nuestro país, y su finalidad es hacer que la sangre tarde más tiempo en coagular. Los motivos para tomar este medicamento son diversos, pero el objetivo del tratamiento siempre va a ser la prevención de trombos y/o embolias.

Precauciones

Este tratamiento conlleva, por su mecanismo de acción, un pequeño riesgo hemorrágico, por lo que el paciente debe ser consciente del mismo y comprometerse a intentar disminuirlo siguiendo unos consejos concretos:

- Nunca modifique la pauta por su cuenta.
- Acuda al control del I.N.R. (valor analítico que determina el efecto del sintrom) cuando se le indique, es la única forma de saber si la dosis que está tomando es efectiva, y dependiendo del resultado se le aumentará o disminuirá la dosis a tomar. Los controles serán muy frecuentes al principio o en determinadas situaciones en que no esté estable o precisen un seguimiento especial. Si está usted bien controlado habitualmente serán cada 4-6 semanas.
- La dosis que se le administra es personal, por lo que no tiene ningún sentido compararse con la que toman otros individuos.
- Debe acostumbre a tomarlo todos los días a la misma hora, sin obsesionarse con la exactitud. En general se aconseja tomarlo a media tarde, porque así no se interfiere ni con la alimentación ni con los controles, que generalmente se realizan por la mañana.
- Pondrá en conocimiento de todos los médicos o personal sanitario que le atienda que toma esta medicación: por ejemplo en visitas a dentista, podólogo, fisioterapeuta...

¿Qué hago si se me olvida tomar el sintrom?

Si no han trascurrido más de 3 horas puede tomar su dosis, pero si no es así, ese día no debería tomar sintrom. El día siguiente tomará la dosis que le corresponda, no debe nunca añadir la olvidad del día anterior.

¿Qué hago si tomo otra dosis por error?

Debe evitar que esto ocurra siguiendo la pauta que le darán en forma de calendario, y ante cualquier duda consultar con su enfermera.

¿Puedo tomar algún calmante si lo necesito?

Deber tener en cuenta que no debe tomar ningún producto que no sea autorizado por su médico, al cual debe advertirle de que está tomando Sintrom®. No debe nunca AUTOMEDICARSE.

Hay algunos medicamentos de uso frecuente que están permitidos, como paracetamol para los dolores, los cuales pueden tomarlos si su médico de familia lo estima oportuno.

La Aspirina® y derivados del ácido acetilsalicílico aumentan el riesgo de sangrar cuando se está tomando Sintrom®, no la tome nunca salvo indicación de su médico.

¿Qué puedo comer?

Debe comer de todo de forma variada y equilibrada. Es importante que vaya 'rotando' los alimentos y evite basar la dieta durante días seguidos en un mismo tipo de alimento, especialmente los ricos en vitamina K como coles, brécol, repollo y otros vegetales de hoja verde, castañas, etc. que consumidos de forma preferencial pueden interferir con la medicación, disminuyendo el efecto del sintrom. Debe evitar la ingesta de alcohol ya que puede interferir en el buen control del tratamiento.

¿Qué tipo de vida debo llevar?

Puede viajar, y es saludable llevar una vida activa, pero tenga en cuenta que se desaconseja realizar ejercicios violentos, por el riesgo de hemorragias.

¿Qué ocurre si me hago una herida?

Si la herida es leve, realice compresión con una gasa durante 15-20 minutos. Si no deja de sangrar o la herida es importante acuda a un centro de urgencias para realizar sutura.

Se aconseja el uso de maquinillas eléctricas y no rasuradoras para el afeitado, para evitar cortes y sangrados.

Otras recomendaciones

- Debe evitar productos de herboristería por el riesgo a interferir en el buen control del tratamiento.
- Puede vacunarse, pero advierta de que toma sintrom antes de que le administren la inyección.
- Si le van a intervenir quirúrgicamente, por pequeña que le parezca la operación, comuníquela al menos una semana antes ya que habrá que hacerle un control adicional para disminuir el riesgo de sangrado.

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 !!

Durante el año:
CLASES DE INICIACIÓN Y DE TECNIFICACIÓN (doma y salto), PASEOS, COMPETICIÓN, EQUINOTERAPIA, PUPILAJES... ¡¡APÚNTATE!!

FECHAS - HORARIOS - ACTIVIDADES

Agosto de Lunes a Viernes*

- **Semanas:** 3-7 / 10-14 / 17-21 / 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