

SUMARIO

- 2 Tratamiento de varices, ¿con microespuma o láser endovascular?
- 3 Corazón, salud y deporte
- 4 Parálisis Facial Periférica
- 5 Plántale cara a la miopía
- 6 ¿Qué tipo de incontinencia urinaria tengo?
- 7 Esclerosis de varices con microespuma
- 8 Cuidados en la psoriasis
- 9 La dimensión humana de la implantología dental
- 10 Hospital San Juan de Dios
- 12 Llega la primavera, ¿por qué estoy tan cansado?
- 13 Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia...
- 14 ¿Qué hacer si mi hijo se atraganta?
- 15 Cuando el hierro es alto
- 16 Oxigenación hiperbárica
- 17 Ortodoncia, mucho más que alinear los dientes
- 18 Síndrome premenstrual
- 19 Síndrome disfórico premenstrual
- 20 Después de la cirugía, ¿importa el estado de la cicatriz?
- 21 Fisura anal
- 22 Síndrome del túnel cubital
- 23 Pie caído
- 24 Monitorización ambulatoria de la presión arterial
- 25 Maternity Blues
- 26 Actividad física y salud
- 28 Crioterapia y/o termoterapia
- 30 Anestesia ambulatoria
- 31 Analgesia controlada por el paciente (PCA)

EJEMPLAR GRATUITO

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

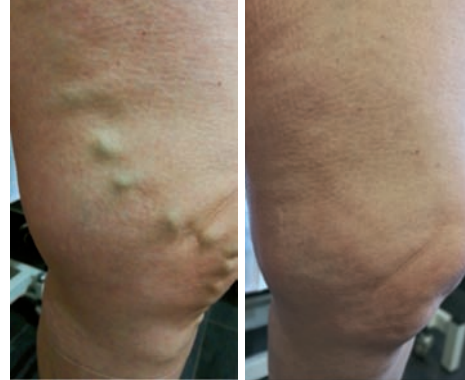


Primavera con acción

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/Publicizitatea 948 276 445 (aerroz@publisic.com) D.L./L.G. NA2471/2006 ISSN 2253-9026. Distribución 8.000 ejemplares.

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

Tratamiento de varices, ¿microespuma o láser endovascular?



Antes y después del tratamiento



Dr. Gonzalo Villa

Especialista en Cirugía Vascular

Nº Colegiado: 313106416

Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 625 635 691

Consultorio Zurriola | Gran Vía, 3 | 20002 San Sebastián | 943 323 500 - 625 635 691

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

¿Qué son las varices?

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

Valoración del problema

Ante la presencia de varices es conveniente su estudio por un cirujano vascular con experiencia para llevar a cabo una exploración física y **SIEMPRE un ecodoppler color** para valorar el estado de la circulación venosa de la pierna tanto del sistema venoso profundo

como del superficial para escoger el tratamiento más adecuado (no todas las varices se deben tratar del mismo modo).

Tratamiento

El tratamiento tradicional, la cirugía, supone "arrancar" el tronco venoso afectado junto con las colaterales varicosas de cierto calibre, es un tratamiento agresivo, con un postoperatorio que en el mejor de los casos resulta "doloroso" pero que en ocasiones resulta un verdadero "calvario" con la aparición de hematomas, cicatrices, posibilidad de infección, etc.

Afortunadamente existen tratamientos menos agresivos y más eficaces que lo que hacen es provocar que la vena a tratar se cierre y deje de causar problemas sin necesidad de arrancarla.

La **ESCLEROSIS CON MICROESPUMA** consiste en la inyección mediante la ayuda del ecógrafo de un agente químico en el interior de los segmentos venosos insuficientes para provocar una inflamación que conduce al cierre del eje venoso lesionado y la desaparición de las varices que dependen de él.

Se lleva a cabo de forma ambulatoria, en la consulta, precisando de varias sesiones, no necesita de anestesia y el paciente puede

caminar, hacer deporte, trabajar ... desde el primer minuto del tratamiento.

Para segmentos venosos más grandes tenemos otra forma de aplicar la microespuma, a través de un catéter (**CATÉTER CLARIVEIN**) que se introduce con un simple pinchazo en el eje venoso lesionado causante de las varices (safena interna o externa). También es ambulatorio, solo requiere de una anestesia local para la punción e introducción del catéter y permite también hacer vida normal tras el procedimiento, caminar y por supuesto ir a trabajar.

A diferencia de la cirugía, permite tratar las dos piernas a la vez.

Si el eje venoso afectado está demasiado dilatado el tratamiento más adecuado es el **LÁSER ENDOVASCULAR**, se trata de un procedimiento ambulatorio por el que se introduce a través de una punción, una fibra LÁSER que desprende calor y provoca que la vena a tratar se cierre, precisa de una anestesia local o raquídea y la ventaja es que varices enormes se solucionan en 30 minutos, el paciente puede realizar una vida prácticamente normal en un par de días pudiendo olvidarse de su problema y sin necesidad de realizar visitas frecuentes a la consulta médica.

DOCTOR GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416



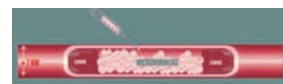
TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

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

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



Catéter Clarivein®



TRATAMIENTO CON MICROESPUMA: 1, 2 y 3

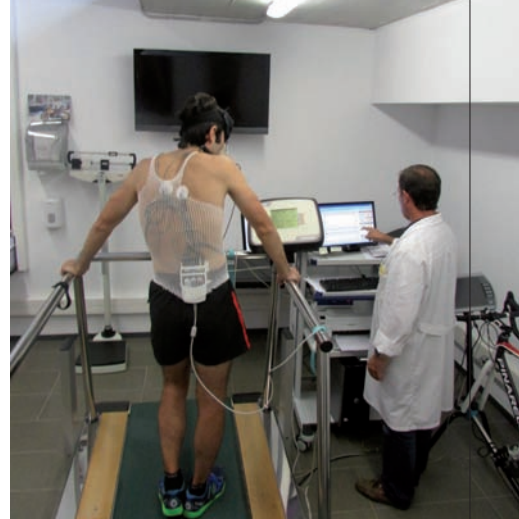
Corazón, salud y deporte

¿Debo hacerme un chequeo cardiovascular?



Pedro María Azcárate
 Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
 Especialista en Cardiología. N° Colegiado: 26/31-06741

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



Cuando estudiaba la carrera de Medicina en Pamplona en la década de los años noventa, antes de hacer la especialidad de cardiología, me acuerdo de que un profesor nos dio la siguiente definición sobre la práctica deportiva saludable: "Aquel ejercicio físico que provoca un bienestar físico y psíquico en la persona que lo practica".

Por tanto, a la hora de elegir qué ejercicio físico voy a hacer, tengo que pensar primero en cómo me encuentro yo. Ya que no todos los deportes van a producir en mi cuerpo un bienestar físico y psíquico. Por estos motivos, hay que tener en cuenta la edad, el nivel e intensidad de ejercicio que voy a realizar, en qué condición física me encuentro y si tengo o no alguna enfermedad que pueda condicionar la práctica deportiva.

Hacer deporte normalmente es saludable para todas las personas, lo que hay que saber es cuánto y cómo hacerlo. Por ello, es recomendable ponerse en manos de un profesional que conozca en profundidad qué tipo de deporte es recomendable en cada caso.

¿Cuándo hacerse un chequeo cardiovascular?

Yo diría que siempre que se pueda. En otras palabras, si una persona va a practicar un

deporte de forma continuada, mi recomendación es que debería acudir a un profesional sanitario con experiencia en chequeos deportivos. Como norma general, suele ser necesario realizar un chequeo cardíaco que consistirá en hacer una serie de preguntas sobre el estado de salud, una exploración física (auscultación, peso, talla, toma de presión arterial...), un electrocardiograma y en ocasiones hacer una analítica de sangre.

Con este examen de salud suele ser suficiente, en concreto según varios especialistas internacionales, el electrocardiograma sigue siendo la "piedra angular" donde descansa un adecuado diagnóstico en este contexto. Además siempre que se pueda deberíamos realizar un ecocardiograma y una prueba de esfuerzo a las personas que practican deporte de forma continuada, no solo para detectar anomalías sino para ver que el corazón se adapta adecuadamente al ejercicio que se practica.

Por último, dependiendo del tipo de deporte y las características de la persona puede ser conveniente realizar otro tipo de pruebas.

Por tanto, considero importante hacer un examen de salud integral y personalizado antes de empezar cualquier práctica deportiva y acudir a revisiones periódicas según las recomendaciones del profesional al que hayamos acudido.

¿Qué beneficios tiene hacerse un chequeo cardiovascular?

Estos chequeos tienen la ventaja de detectar de forma precoz cualquier enfermedad cardíaca que vaya a modificar el tipo de ejercicio que puedo realizar. Creo que la población está muy concienciada de la importancia de una identificación precoz de cualquier tipo de patología que pueda poner en riesgo su salud, sobre todo si practica deporte.

En los exámenes de salud que suelo realizar, más de 50 al mes, tanto en gente joven como adulta, no son muchos los casos en los que encuentro una patología cardíaca importante. Pero hay que tener en cuenta que al diagnosticar una enfermedad cardíaca en un estadio inicial de la misma, se consigue que el paciente se beneficie de un correcto tratamiento y de las recomendaciones específicas a la hora de hacer deporte.

Además tenga o no un problema cardíaco es importante que la persona que va a hacer deporte sepa como está su corazón y si la respuesta del mismo a la práctica deportiva es la adecuada. En otras palabras hay que saber como realiza deporte una persona y si lo hace bien.

Ya lo decía mi profesor: "El deporte saludable es aquel ejercicio físico, que provoca un bienestar físico y psíquico en la persona que lo practica".



Pedro María Azcárate

Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
 Especialista en Cardiología. N° col.: 26/31-06741

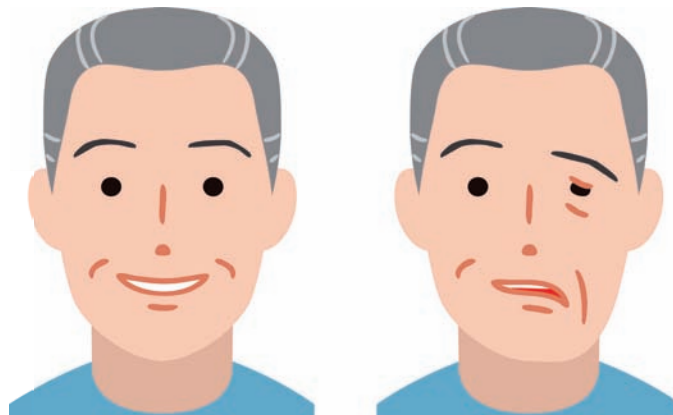
CONSULTA

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

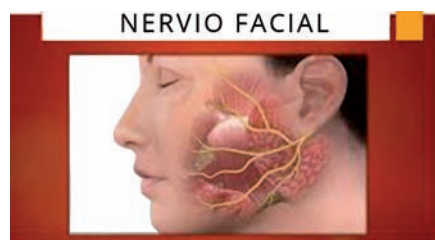
DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO:

- Cardiología General
- Prevención Cardiovascular
- Cardiología deportiva
- Valvulopatías
- Insuficiencia cardíaca
- Cardiopatía isquémica
- Arritmias
- Cardiología pediátrica

Parálisis Facial Periférica



Patricia Regalado Martín. MIR ORL en CHN
Almudena Rodríguez de la Fuente. MIR ORL en CHN
Ignacio Arruti González. Jefe de Sección ORL en CHN



Entidad que consiste en la pérdida de movilidad de los músculos de un lado de la cara.

Tipos

• Parálisis facial idiopáticas o de Bell

También denominada "a frigore" o esencial. Es la más frecuente, se instaura en pocas horas y es unilateral en el 99% de los casos. Se desconoce su causa. La mayoría de los estudios lo relaciona con una infección vírica que inflama el nervio facial.

Se da por igual en ambos sexos. Puede producirse a cualquier edad, pero es menos común antes de los 6 años de edad y después de los 60 años.

En Europa se dan entre 11,5 y 18,5 casos por cada 100.000 habitantes/año.

Recidiva solo en el 7% de los casos.

Existe algún caso de herencia familiar aunque son poco frecuentes. Uno de ellos es el síndrome de Melkersson Rosenthal: asocia edema hemifacial, lengua agrietada y parálisis facial recidivante.

• Parálisis faciales primarias

Enfermedad de Ramsay Hunt: parálisis facial + vesículas en pabellón auricular + otalgia. Está causada por el virus herpes zóster. Puede asociar parálisis de otros nervios, vértigo o hipoacusia. Tumores del VII par craneal (nervio facial): es muy infrecuente.

• Parálisis faciales secundarias

Infecciones óticas, traumatismos, tumores extrafaciales y otras causas poco frecuentes. En el niño destacan las congénitas, por lesión perinatal y las adquiridas postnatales.

Clínica

Pérdida de la motilidad facial, en ocasiones acompañada de sequedad ocular, hiperacusia

y/o alteración del gusto.

En las periféricas se afecta toda una hemifacia y en las centrales sólo los 2/3 inferiores. Puede haber hipo o hipersecreción lagrimal o de las glándulas submaxilares, dolor en la zona periauricular y occipital.

• Grados según House-Brackmann (1983)

Grado I: función normal en todos los territorios.

Grado II: disfunción leve. Ligera o leve debilidad de la musculatura, apreciable tan sólo en la inspección meticulosa. En reposo simetría normal.

Grado III: disfunción moderada. Diferencia clara entre ambos lados sin ser desfigurante. Incompetencia para el cierre palpebral completo; hay movimiento de región frontal, asimetría de la comisura bucal en movimientos máximos.

Grado IV: disfunción moderadamente severa. Debilidad y/o asimetría desfiguradora; imposibilidad para cerrar el ojo totalmente.

Grado V: disfunción severa. Tan sólo ligera actividad motora perceptible. En reposo asimetría.

Grado VI: parálisis total. No hay movimiento facial. Pérdida total del tono.

Diagnóstico

Es clínico y se apoyará en pruebas complementarias para identificar el nivel y grado de la lesión y así fijar un pronóstico evolutivo.

Pruebas para la localización de la lesión:

- Exploración de la secreción lacrimal: Test de Schirmer.
- Exploración del reflejo estapedial: se utiliza un impedanciómetro
- Pruebas radiológicas: indicadas en casos de clínica dudosa, formas recidivantes, evolución progresiva, sospechas malformativas o traumáticas. La primera prueba a realizar sería un TAC. La RMN con contraste de gadolinio nos ayuda en las formas tumorales y en la objetivación del edema del nervio facial.

Test electrofisiológicos

Electroneuronografía (ENOG): Es la prueba pronóstica principal. Es cuantitativo, objetivo

y precoz. Siendo objetivo a los 10 días de evolución de la parálisis facial. Ayuda a establecer una indicación quirúrgica.

Análisis sanguíneos. En formas idiopáticas para detectar virus herpes, HIV y Borrelia.

Tratamiento

Nos centraremos en el tratamiento de la parálisis facial idiopática.

• **Tratamiento médico:** lo más aceptado es el uso de corticoides + antivirales por vía oral basándose en la teoría de que la parálisis de Bell es una afectación vírica del nervio.

Tratamientos preventivos de secuelas oculares: para evitar úlceras corneales se debe indicar el uso de lágrimas artificiales, gafas protectoras y oclusión ocular con pomadas lubricantes durante el sueño.

• **Tratamiento rehabilitador:** consiste en la realización de ejercicios específicos y masajes faciales.

• **Tratamiento quirúrgico:** la descompresión del nervio facial es un tema controvertido.

En ocasiones, puede ser necesaria la cirugía plástica reconstructiva para reducir deformidades y corregir algunos daños tales como un párpado que no cierre completamente o una sonrisa torcida.

Pronóstico

Es generalmente bueno. La mejoría es gradual. La mayoría comienza a mejorar en las 2 primeras semanas y regresan a su función normal en los primeros 3-6 meses.

No obstante un 25% de los pacientes mantienen algún tipo de secuela.

Conclusión

Las parálisis faciales son cuadros relativamente frecuentes que suelen evolucionar satisfactoriamente.

En su control pueden estar involucrados especialistas en otorrinolaringología, neurólogos, neurofisiólogos, rehabilitadores y cirujanos plásticos.

Se debe acudir al médico al notarse los primeros síntomas porque a veces su origen podría ser un accidente cerebrovascular.

Plántale cara a la miopía

Beatriz Irigaray

Optometrista comportamental en Óptica Navarra

Recientes estudios revelan que la cantidad de niños que padecen miopía se ha duplicado en una sola generación. Se estima que en el 2050 el 50% de la población mundial será miope y que de ellos el 10% sufrirán miopía elevada, por encima de -6.00 D, lo que incrementa los riesgos de pérdida de visión a largo plazo.

¿Qué es la miopía?

La miopía es un error refractivo en el cual los objetos cercanos se ven con claridad, pero los objetos lejanos se ven borrosos, debido a que las imágenes se enfocan delante de la retina en lugar de hacerlo sobre ella.

La causa anatómica más común suele ser por una longitud del ojo mayor a la que tendría un ojo sin problemas visuales. El problema reside en que la retina no puede aumentar en extensión, por lo que, en un ojo más largo, la retina estará debilitada y adelgazada.

En el desarrollo de la miopía intervienen factores genéticos, como tener los dos padres miopes incrementa por 6 las posibilidades de desarrollar miopía, y también interfiere el trabajo prolongado en visión cercana, el cual ha aumentado mucho debido al uso de pantallas y dispositivos electrónicos, y a una disminución de la actividad al aire libre.

Recientes estudios muestran que la exposición a la luz solar y en especial estar en espacios abiertos por más de 1,5 horas al día reduce la progresión o la aparición de la miopía en un 30%.

¿Por qué prevenir la miopía?

Las personas con alta miopía constituyen uno de los grupos que más preocupa a los especialistas en retina, ya que «el 40% de los miopes con más de 8 dioptrías corren el riesgo de sufrir algún tipo de patología del centro de la retina, con importante pérdida de visión». Los pacientes con alta miopía, cerca de un 2% de la población, tienen una mayor predisposición a padecer ciertas enfermedades oculares,

como glaucoma o cataratas, y, especialmente, patologías relacionadas con la retina, como desprendimiento de retina, degeneración de la retina central por placas de atrofia, crecimiento de vasos por debajo de la retina en el área macular, agujero macular miópico o separación de las capas de la retina macular. Las enfermedades de la retina pueden ocasionar una discapacidad visual importante e incidir directamente en la calidad de vida del paciente.

La especial predisposición de las personas con alta miopía a padecer problemas de retina se debe al alargamiento patológico del globo ocular, que hace que la retina pueda verse afectada por tracción, por desprendimiento de sus capas.

¿Cómo podemos prevenirla?

- Muy importante seguir unas normas de higiene visual.
- Pasar el mayor tiempo posible realizando actividades al aire libre y que nos permitan utilizar nuestro sistema visual de lejos.
- Reducir el uso de móvil, Tablet y ordenador, principalmente en niños y adolescentes.
- Hacer revisiones optométricas completas para ver cómo de estresado está nuestro sistema visual y evitar una aparición temprana de una miopía funcional.

¿Cómo podemos frenarla?

A día de hoy se ha avanzado mucho en control de miopía con lentes de contacto.

• Ortoqueratología.

Con ORTO-K es posible corregir la visión mientras duermes.

Las células del epitelio corneal son moldeables y parcialmente elásticas, con la aplicación de lentes especiales de geometría inversa durante el sueño se induce una remodelación de la forma y grosor del epitelio que permite una visión nítida sin gafas ni lentillas durante todo el día.

Este sistema de corrección aplaza e incluso detiene la progresión de la miopía, es un pro-

ceso no-quirúrgico, reversible y apto para los más jóvenes, con la misma seguridad que las lentes de contacto convencionales.

• Lentes de contacto blandas de control de miopía.

Lentes de contacto blandas especiales de uso diurno con un diseño innovador, y una geometría especialmente diseñada para frenar la miopía.

Después de un largo estudio de dos años se ha demostrado un freno del aumento de la miopía del 43% en comparación con un grupo de niños con gafas.

Hoy en día existen en el mercado varios tipos de lentes blandas para control de miopía.

Ventajas de la ortoqueratología

Es un procedimiento seguro

Es reversible, la córnea vuelve a su forma original cuando se dejan de usar las lentes, evitando las posibles complicaciones de la cirugía refractiva.

Actúa como un método de control de la miopía.

Puede realizarse en niños y jóvenes en los cuales está especialmente indicado debido a la progresión de la miopía que se desarrolla en esas edades.

Se puede hacer en córneas delgadas, donde la cirugía no es posible.

Permite ver bien durante todo el día sin necesidad de gafas ni lentillas.

Recomendaciones

• Tu **óptico- optometrista** se encargará de realizar las revisiones optométricas para tener un mejor control de tu sistema visual y poder evitar miopías funcionales por malos hábitos visuales, además de hacer un seguimiento de tu miopía.

• Tu **oftalmólogo** revisará tu retina para evitar posibles complicaciones de la miopía. En miopías a partir de 6 dioptrías sería conveniente revisar la retina una vez al año.

¿Qué tipo de incontinencia urinaria tengo? ¿Puedo prevenirla o tratarla?

Mirian Arellano. Fisioterapeuta. Complejo Hospitalario de Navarra

La incontinencia urinaria (IU) según la International Continence Society (ICS), es cualquier pérdida involuntaria de orina, que provoca un problema social y/o higiénico. No es una enfermedad en sí misma, sino la consecuencia de una alteración en la fase de llenado vesical que se presenta en numerosos casos, tanto en personas sanas como asociadas a algún tipo de enfermedad. Es más común entre las mujeres.

La IU no pone en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía.

Afecta más a mujeres que a hombres

Es un importante problema psicosocial que afecta en mayor medida a mujeres que a hombres (75% frente al 25%). Generalmente, las personas que sufren incontinencia esperan entre 4 y 6 años hasta acudir a un profesional sanitario que trate su afección. Nada menos que 1 de cada 3 mujeres experimentará el algún momento un trastorno del suelo pélvico como la incontinencia urinaria de esfuerzo, y la prevalencia aumenta con la edad.

Tipos de incontinencia urinaria

• Incontinencia urinaria de esfuerzo.

La IU de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, que provoca un aumento de la presión abdominal (como toser, reír, correr o andar).

• Incontinencia urinaria de urgencia.

Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de "urgencia", deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape.

• Incontinencia urinaria mixta.

Se trata de un tipo de incontinencia que se asocia a urgencia miccional y también a los esfuerzos, al ejercicio, a los estornudos o a la tos.

• Otros tipos.

Insuficiencia urinaria "continua", enuresis nocturna, incontinencia por rebosamiento...

¿Cómo puedo saber qué tipo de IU padezco?

Respondiendo a estas preguntas, podemos hacernos una idea, de manera orientativa, del tipo de IU que tenemos, pero siempre será un facultativo quien nos diagnostique y trate el problema adecuadamente (Ver Figura 1).

Figura 1

Preguntas al paciente	Urgencia	Mixta	Esfuerzo
¿Siente deseos fuertes y repentinos de orinar?	SI	SI	NO
¿Orina más de 8 veces al día?	SI	SI	NO
¿Pierde orina cuando salta, estornuda, tose o levanta peso?	NO	SI	SI
¿Cuando tiene pérdidas de orina, son éstas abundantes?	SI	A veces	NO
Si tiene ganas de orinar, ¿puede aguantar hasta llegar al WC?	NO	NO	SI
¿Se despierta varias veces por la noche para ir orinar?	SI	SI	NO

Consejos para prevenir su aparición

- Seguir una dieta equilibrada, como la mediterránea.
- Evitar el sobrepeso y la obesidad: de esta forma se reducirá la presión intraabdominal.
- Reducir el consumo de bebidas como el café, los refrescos y bebidas carbonatadas, el alcohol y los cítricos, entre otros.
- Evitar el exceso de comidas picantes y aumentar el consumo de fibra para evitar el estreñimiento.
- Evitar el consumo de productos y medicamentos diuréticos, así tendrá menos necesidad de orinar.
- Evitar beber entre cuatro y dos horas antes de irse a dormir.
- No empujar al orinar: de esta manera evitará que se dañen los músculos del suelo pélvico.
- No ingerir bebidas antes de realizar ejercicio físico.

Tratamiento incontinencia de esfuerzo

La incontinencia más frecuente es la incontinencia de esfuerzo, y se asocia sobre todo a obesidad, menopausia y partos múltiples. Esto provoca un tono bajo de la musculatura del suelo pélvico, y se asocia a diferentes tipos de prolapsos vaginales.

El profesional que puede tratar su musculatura es el fisioterapeuta, que entre otras técnicas, cuenta con las siguientes:

latura es el fisioterapeuta, que entre otras técnicas, cuenta con las siguientes:

1. Consejos en el cambio de comportamiento:

- Disminuir ingesta excesiva de líquidos, sobre todo alcohol, café...
- Orinar con más frecuencia. Reentrenamiento vesical.
- Evitar el estreñimiento. Regular la fibra en la dieta.
- Dejar de fumar para evitar la tos y la irritación de la vejiga.
- Si hay sobrepeso, bajar de peso.

2. Electroestimulación:

3. Ejercicios de Kegel

4. Gimnasia abdominal hipopresiva

5. Conos vaginales: facilitan la propiocepción y aumentan la fuerza muscular.

6. Bolas "chinas"

7. Otras técnicas fisioterápicas.

Conclusión

La incontinencia urinaria es mucho más frecuente en mujeres. Los factores asociados son diferentes en ambos sexos, siendo en los hombres la edad y problemas de próstata y en las mujeres la obesidad, estreñimiento, infecciones urinarias, factores relacionados con el parto y la menopausia.

Aunque los estudios de resultados en salud para la IU son escasos, se sabe que alrededor de una cuarta parte de los pacientes afirman que su calidad de vida está afectada. Por ello, un diagnóstico y tratamiento adecuado mejorará tanto la calidad de vida del paciente como los problemas derivados de dicho problema.

Esclerosis de varices con microespuma



Antes y después del tratamiento con microespuma



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

Las varices no son sólo un problema estético, sino la expresión más evidente de la existencia de una insuficiencia venosa. Hay una lesión de las válvulas venosas que impide el correcto retorno de la sangre de las piernas hacia el corazón.

A pesar de que hay un problema circulatorio, en ocasiones no causan molestias, durante un tiempo al menos. No obstante, es habitual es que produzcan dolor, cansancio, pesadez, picor, etc. Sus complicaciones son las **tromboflebitis** o las **hemorragias**. Con el tiempo puede irse deteriorando la piel e incluso dar lugar a una úlcera.

Es imprescindible un diagnóstico preciso antes de plantear la mejor estrategia terapéutica. Ello requiere una consulta especializada con un cirujano vascular con experiencia. En dicha Consulta se realiza una ecografía/Doppler venosa en color. En base a la distribución de las

varices y, sobre todo, al estado de los sistemas venosos profundo y superficial, se planifica el mejor tratamiento individualizado para cada paciente.

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

La esclerosis con microespuma

La **esclerosis con microespuma** es una alternativa a la cirugía pero sin sus inconvenientes. Es un tratamiento mínimamente invasivo que consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de las varices. Ello produce su cierre y paulatina desaparición. Requiere un número variable de sesiones en función del calibre de las varices, su número, etc. Cualquier variz susceptible de ser inter-

venida puede tratarse con microespuma; es más, su efectividad es máxima en varices ya de cierto calibre.

Quando en la Consulta se objetiva insuficiencia de algún eje safeno, la forma más rápida y eficaz de administrar la microespuma es a través de un catéter. Es un procedimiento similar que permite introducir la microespuma en el interior de la safena interna, externa o anterior directamente, lo cual aumenta su eficacia y acorta la duración de los tratamientos. En ambos casos no se requiere anestesia (o sólo local), no hace falta ingreso puesto que son procedimientos ambulatorios, ni existe período de recuperación. El paciente puede incorporarse a sus actividades habituales nada más finalizar el tratamiento.

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



drjimenezarribas@gmail.com
<http://varicesincirugia.org>

Dr. José Manuel Jiménez Arribas:

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

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA CLARIVEIN® - MICROESPUMA

**SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL**

CONSULTA MÉDICA

948 235 850
644 722 549



Cuidados en la psoriasis

Erika Navarro Ruíz. DUE. Hospital Reina Sofía de Tudela

Miriam Basterra Royo. DUE. Hospital García Orcoyen

Iranzu Zudaire Fernández. DUE. Complejo Hospitalario de Navarra

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel y/o articulaciones, crónica no contagiosa. Un diagnóstico y tratamiento adecuado pueden ayudar a controlar la enfermedad y mejorar sus síntomas.

Comienza en el sistema inmune tras una activación indebida de los linfocitos T. Puede ser leve, moderada o grave, en función del nivel de descamación, rojez y porcentaje de afectación.

Principalmente se ven afectados: cuero cabelludo, rodillas, codos, parte baja de la espalda y genitales.

Factores de riesgo

- Factores genéticos (1/3 de afectados tiene familiares directos con psoriasis).
- Ciertas condiciones médicas: trastornos emocionales (estrés, ansiedad, depresión), medicamentos, infecciones de vías respiratorias superiores, zonas donde ya ha existido lesión...
- Edad: mayor frecuencia entre los 15-35 años.
- Raza: más prevalente en pieles claras, particularmente pacientes con parientes consanguíneos con psoriasis.
- Entorno: son más propicios los climas fríos y secos.

Clínica

El tamaño de las lesiones puede ser muy variable desde pequeñas pápulas hasta grandes placas cubriendo grandes áreas del cuerpo hasta deformaciones e incapacidades físicas.

Intervenciones

Incremento de la integridad cutánea:

- Advertir de que no debe rascarse las áreas afectadas.
- Recomendar medidas para prevenir la sequedad de la piel (agrava la psoriasis).
- El lavado excesivamente frecuente origina más descamación e irritación. El agua de baño no debe estar demasiado caliente y la piel ha de secarse mediante ligeros golpecitos con la toalla sin friccionar.
- Los emolientes tienen un efecto humectante porque recubren la superficie de la piel con una película oclusiva (disminuyendo la pérdida de agua) y el agua atrapada debajo de dicha película hidrata el estrato córneo. Suelen aconsejarse aceites para baño o sustancias de limpieza emolientes para calmar la irritación, la descamación y prevenir fisuras.
- Reforzar la importancia de cumplir el tratamiento.
- Pueden solicitar los servicios profesionales de la salud mental para disminuir tensión.

Tratamiento

1. Tratamiento de aplicación tópica:

- Emolientes y queratolíticos: para hidratar
- Corticoides tópicos: deben utilizarse durante periodos cortos de tiempo
- Análogos de la vitamina D: efectivos al combinarlos con corticoides tópicos. No aplicarlos en cara ni pliegues
- Retinoides (teratogénico)
- Menos usados actualmente: Antralinás
- Fórmulas magistrales (tratamiento más personalizado)

2. Tratamientos sistémicos:

Pueden estar indicados en psoriasis extensas que no responden a otros tratamientos (Metotrexato. Citostático, Acitretina. Retinoide, Ciclosporina)

3. Fototerapia y fotoquimioterapia (uvb y puva):

Helioterapia: baños de sol con un tratamiento coadyuvante.

4. Climatoterapia y balneoterapia:

- Climatoterapia: tomar el sol (helioterapia).
- Balneoterapia: baños de aguas medicinales (balnearios o agua de mar). El baño debe durar al menos 20 minutos y al finalizarlo se recomienda aplicar cremas hidratantes o emolientes.

5. Terapias biológicas: Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Ustekinumab, Alefacept.



TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

► **SANTUARIO DE FÁTIMA** 11 al 15 de Mayo. Festividad de la Virgen y de las Apariciones.

Todo incluido. Coimbra-Salamanca-Batalha- Alcobaca. 530 €. Plazas en doble y a compartir.

► **ALGARVE** en tren AVE 27 al 31 Mayo. (Traslado a Zaragoza 3 h. 15 minutos a Sevilla). Estancia en Faro y en Costa Oeste con todas las visitas incluidas. Pensión completa con vino y agua. 620 €.

► **BRETAÑA FRANCESA** (circuito novedad) 9 al 16 Junio. Recorrido excepcional: Nantes, Vannes, Port

Aven - Perros Guirac (acantilados rosas) St. Briec, Dinan, St. Malo, Mont St. Michel, Fougères, Le Mans, Tours, Burdeos. 920 € (todo incluido menos bebidas).



RESTO DE PROGRAMAS EN LAS PÁGINAS WEB

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR

Reservas e Información: Raquel Izpura Roteta M 647 679 821



La dimensión humana de la implantología dental

Dr. Ángel Fernández Bustillo

Especialista en Cirugía Maxilofacial e Implantología. No Col. 6114-NA

www.clinicabustillo.com

Habitualmente, cuando describimos las ventajas de los implantes dentales frente a otras técnicas de restauración dental, nos centramos sobre todo en los aspectos médicos y técnicos. Es una tarea necesaria para explicar a los pacientes las claves de un tratamiento complejo y avanzado.

Es bueno que las personas conozcan el proceso en todos sus detalles. Primero, con el objetivo de que puedan tomar la decisión más adecuada entre las distintas opciones terapéuticas, y de acuerdo con el consejo del especialista. Y segundo, para que sepan qué intervenciones se van a realizar en su boca y cuáles serán los resultados.

Por eso, resulta muy relevante que los pacientes tengan ciertas nociones acerca de qué es un implante dental, qué tipos de implantes existen, por qué a veces es necesaria la regeneración ósea, qué técnicas quirúrgicas cabe aplicar en cada caso o qué papel desempeña la planificación digital.

En consecuencia, intentamos hacer una buena labor divulgativa, tanto en la consulta como en los distintos medios de comunicación que hoy se pueden utilizar.

Sin embargo, en este artículo quiero detenerme un poco más en otro apartado nuclear de la implantología dental, su dimensión humana. Gracias a los implantes, el paciente recupera

aspectos emocionales que consideraba que había perdido. Dichos aspectos son los que quedan realmente patentes cuando, por ejemplo, grabamos testimonios a algunas de las personas que han depositado su confianza en nosotros.

"Ahora puedo comer de todo"

En estos testimonios también suelen hacer referencia a las cuestiones técnicas e incluso mencionan términos que conocen por nuestras explicaciones. Pero lo que de verdad les preocupa es lo que tiene que ver con la vida cotidiana, hábitos o acciones que habían dejado de disfrutar por el deterioro de la dentadura o de su imagen física.

Muchos de ellos hablan de recuperar el placer de comer, sobre todo aquellos alimentos que requieren contar con buenos dientes. Son habituales las frases "estoy encantado porque ahora puedo comer de todo", "llevaba más de diez años sin comer un bocadillo", o "antes, sentarme a la mesa con otras personas era un suplicio porque no podía comer de casi nada, y ahora es una maravilla".

"Ahora no dejo de sonreír"

Casi todos, al mismo tiempo, expresan su alegría por poder mostrar su boca abiertamente. "Me he pasado años tapándome la boca para que la gente no viera cómo estaban mis dientes, y ahora no dejo de sonreír". "Siempre tenía la boca cerrada, como si estuviera serio todo el

día. Desde que me han hecho la intervención, no paro de enseñar los dientes".

Rejuvenecimiento del rostro

El rejuvenecimiento del rostro es otro rasgo que bastantes pacientes destacan. "Parecía que tenía diez años más. Noto una gran diferencia, como si fuera otra persona". "Fijate si se me nota el cambio que el otro día me encontré con una conocida y me dijo si me había hecho un lifting de cirugía estética. Y yo le contesté que no, que solo me he arreglado los dientes".

Recuperación de la autoestima

Como solemos decir, los pacientes han recuperado la salud bucal, una mejora que por supuesto es una de nuestras primeras metas. Y por añadidura, han recobrado su autoestima y su capacidad de interacción social, lo que nos llena de una gran satisfacción.

La mejora de los protocolos de trabajo, la aparición de nuevas técnicas y la aplicación de la tecnología, la reducción del tiempo del tratamiento, las garantías o el enfoque sobre la estabilidad primaria de los implantes, son apartados que nos han permitido mejorar en gran medida el proceso y el resultado final. Pero no menos importante es constatar día a día que contribuimos en una pequeña medida a hacer que las personas sean más felices con la superación de sus patologías.



CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES

CASTILLO DE MAYA, 45. T 948152878

Hospital San Juan de Dios

Una historia de Hospitalidad



75 años



Inaugurado en 1943, dedicó su actividad inicial a la maternidad en un momento en el que ser madre no tenía un marco clínico y era necesario proteger el parto y la salud de los niños. La historia del hospital está marcada por la capacidad de adapta-

ción a las necesidades de salud que surgían en Navarra: cirugía, hemodiálisis, y en los 80, con una sociedad temerosa por el SIDA y su estigmatización, los Hermanos crean una unidad específica para estos enfermos, que con el tiempo, sería el germen de una

pionera (1992) Unidad de Cuidados Paliativos. Hoy, tras la decisión de construir el nuevo edificio, el Hospital está preparado para salir al paso de las necesidades emergentes de una sociedad que envejece.



Un nuevo Hospital

Con la reforma estructural de 2016 el hospital ha modernizado y triplicado su tamaño y centra su actividad en las especialidades de Medicina Interna y Geriátrica, Rehabilitación y Cirugía, siendo referente en Cuidados Paliativos.

El nuevo Hospital cuenta con casi 450 trabajadores, más de 70 voluntarios y 4

Hermanos, realiza más de 450 atenciones diarias y dispone de once quirófanos, 300 camas y más de 900 metros cuadrados dedicados a rehabilitación, a lo que se suman los Servicios de Diagnóstico por Imagen, Radiología y Laboratorio, Farmacia y Consultas Externas. Dispone además de una Unidad Asistencial en Tudela.

San Juan de Dios es un centro integrado en la red sanitaria de Navarra, concertado con el Servicio navarro de Salud-Osasunbidea, que atiende a los enfermos en el propio hospital y también en su domicilio con cinco equipos ESAD (Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria), basado en un modelo de "atención integral" que combina de

manera interdisciplinar la acción de al menos ocho áreas (medicina, enfermería y cuidados auxiliares, rehabilitación, trabajo social, psicología, atención espiritual y voluntariado). El Hospital busca el bienestar del paciente y su entorno familiar. Es un centro sin ánimo de lucro con vocación de servicio público.

Consultas externas. GARANTÍA DE UN ENTORNO HOSPITALARIO

Este servicio permite una aproximación rápida a la especialidad que se precise. Los profesionales le atenderán y asesorarán sin esperas. Distintas especialidades, varias quirúrgicas, y numerosos tratamientos innovadores, con la garantía de un entorno hospitalario.



Consultas e información 948 290 690

ESPECIALIDADES MÉDICAS

UROLOGÍA

Dr. Manuel Ruiz Ramo

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Dr. Juan Bruguera Prieto

Dr. Julio De Pablos Fernández

Dr. Joaquín Mendiluce Laquente

Dr. Hans Dieter Geipert

Dr. Juan José Rey Zúñiga

Dra. Noelia Goñi Irujo

REHABILITACIÓN

Dra. Nora Arrizabalaga Sarria

Dra. M^a Jesús Condón Huerta

Dra. Clara Isabel Nieto Suárez

PSICOLOGÍA CLÍNICA

D. Juan Pedro Arbizu López

PODOLOGÍA

D^a. Ana Sans Castellvi

OFTALMOLOGÍA

Dra. Diana Iturralde Errea

MEDICINA ESTÉTICA

Dr. César Martínez Martínez

LOGOPEDIA

D^a. Nerea Rosado Capillas

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dr. Íñigo Fernández Andrés

GERIATRÍA

Dr. Francisco Úriz Otano

FISIOTERAPIA

D. Iñaki Vicente San Martín

D^a. Oihane Ducay Elía

D. Roberto Martínez Guillormé

D. Martín Sáez Erice

DERMATOLOGÍA

Dr. Manuel Gállego Culleré

CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

Dra. Ana De La Concepción García

Dr. Emilio García Tutor

CIRUGÍA MAXILOFACIAL

Dr. Joaquín Garatea Crelgo

CIRUGÍA GENERAL

Dr. Álvaro Díaz de Liaño Argüelles

APARATO DIGESTIVO Y ENDOSCOPIA

Dr. Juan J. Vila Costas

DIETÉTICA Y NUTRICIÓN

D. Alejandro Iuga Bogdan

NEUROLOGÍA

Dr. David Ezpeleta Echávarri

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

LABORATORIO

- **Test A200** de Intolerancias Alimentarias
- **Test Septina9**. Detección precoz del cáncer colorrectal
- **neoBona**. Test Prenatal No Invasivo

IMAGEN

- Resonancia Magnética (RM)
- Tomografía Axial Computerizada (TAC)
- Tac dental
- Radiología convencional
- Ecografía

UNIDAD DE TRÁFICO

Servicio integral de asistencia sanitaria y tramitación administrativa ante las compañías aseguradoras, al lesionado por accidente de tráfico.

COMPROMISO SOLIDARIO

El Hospital está comprometido con la solidaridad y la acción humanitaria a través de su obra social, la coope-

ración Internacional (el hospital está hermanado con un hospital de la Orden en Ghana) y el Voluntariado.



CONÓCENOS MEJOR



T 948 231 800 • hsjdpamplona.com



Sé+

Sé+ Proyecto de sensibilización en las aulas acerca del proceso del final de la vida y la importancia de cuidar y acompañar a los demás.



ARIMA

Arima Propuesta del equipo de Atención Psicológica que busca "lugares para la emoción" para los pacientes y sus familias.



HosVitalidad

HosVitalidad Programa que cuenta con la complicidad de la sociedad para entretener el tiempo libre de los pacientes y a sus familias.



Pamplona contigo

Pamplona contigo, Iruña zurekin Proyecto que trata de crear, en colaboración con otros colectivos, una red de apoyo para hacer de Pamplona una ciudad más compasiva.

Llega la primavera, ¿por qué estoy tan cansado?

Dr. Ignacio Mata Pastor

Psiquiatra.

Director General de Fundación Argibide



Cuando se acerca el inicio de la primavera, muchos de nosotros desarrollamos una serie de síntomas que configuran lo que comúnmente se denomina “astenia primaveral”. Estos síntomas incluyen: cansancio, falta de energía, dificultades en el sueño, tristeza, ansiedad, falta de motivación, irritabilidad, y disminución del apetito.

Las causas de la astenia primaveral no son del todo conocidas. Sin embargo, resulta evidente que su aparición guarda relación con los cambios ambientales que se producen en esta época del año, fundamentalmente la subida de la temperatura y de la presión atmosférica, el aumento de las horas de luz diurna, y el incremento de nuestra actividad diaria como consecuencia de lo anterior.

Parece que estos cambios ambientales repercuten en el organismo alterando los ritmos circadianos, definidos como los cambios físicos, mentales y conductuales que siguen un patrón diario en respuesta a la luz, a través de cambios en la secreción de distintas hormonas y neurotransmisores. Esto se traduce en una dificultad del organismo para adaptarse a las nuevas circunstancias ambientales, más exi-

gentes por la mayor duración del día. Por ello, la astenia primaveral puede conceptualizarse como un cuadro adaptativo, por lo general de carácter leve, y que se resuelve de forma espontánea en un breve periodo de tiempo sin necesidad de tratamiento.

Acciones que disminuyen su aparición

Pese a tratarse, por lo general, de cuadros de escasa gravedad, y que en la mayoría de los casos no pueden ser definidos como verdaderos trastornos o enfermedades, se pueden implementar una serie de acciones que disminuirán el riesgo de aparición, o que reducirán la intensidad de los síntomas. Entre estas, podemos mencionar las siguientes:

- Realizar ejercicio físico moderado para liberar el estrés y mejorar la calidad del sueño.
- Ingerir alimentos frescos, como frutas o verduras, y aquellos ricos en fibra y sales minerales.
- Hidratarse regularmente para evitar la pérdida de líquidos por el aumento de la sudoración.
- Mantener una adecuada higiene del sueño, tratando de llevar un horario regular tanto para acostarse como para levantarse por las

mañanas, reduciendo el consumo de alcohol y cafeína, evitando las cenas copiosas, manteniendo condiciones ambientales correctas en el dormitorio, y priorizando las actividades relajantes sobre las estresantes antes de acostarse.

Si bien, como se ha dicho, la astenia primaveral suele tener un carácter benigno, las personas afectadas de un trastorno psiquiátrico o psicológico pueden experimentar un agravamiento de la sintomatología durante esta época del año. Tal y como se ha dicho, durante esta época del año, el organismo puede experimentar ciertas dificultades para adaptarse a los requerimientos de la mayor duración del día y del aumento de la temperatura ambiental. Es por ello por el que, aquellas personas que ya están experimentando dificultades para adaptarse a los requerimientos de la vida diaria por estar sufriendo un trastorno psiquiátrico o psicológico, pueden experimentar todavía mayores dificultades en esta época del año. En estos casos, ante la aparición de los síntomas antes mencionados, es recomendable consultar a un profesional sanitario, quien valorará de un modo adecuado su situación, y aplicará las estrategias necesarias para lograr una mejoría.



**42 AÑOS AL
SERVICIO DE LA
SALUD MENTAL
EN NAVARRA**

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

C/ Iturrumana, n.º 7 Entrepunta | 31007 Pamplona | T. 948 26 65 11
info@fundacionargibide.org | www.fundacionargibide.org

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



Dr. Leopoldo Fernández Alonso

Especialista en Cirugía Vascular

C/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu). 31006 Pamplona

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

En los últimos años han ido apareciendo otras técnicas en el tratamiento de las varices (Láser, Radiofrecuencia, Clarivein, etc.), con menores requerimientos anestésicos y una más pronta reincorporación de los pacientes a la vida normal. Sin embargo, de todas ellas, la **'ESCLEROSIS ECOGUIADA CON MICROESPUMA'** es, hasta la fecha, la **única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y la única que permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal.** Durante más de 15 años nuestro equipo ha tratado más de 3.500 pacientes con varices utilizando esta técnica, consolidada ya, si se tiene experiencia suficiente, como una alternativa a la cirugía convencional para tratar **TODAS LAS VARICES EN TODOS LOS PACIENTES** sin utilizar NUNCA ni siquiera

anestesia local. La experiencia de tantos años y tantos pacientes nos permite ofrecer a nuestros enfermos resultados contrastados y tratamientos personalizados que se realizan siempre en fases ("sesiones") con 3 objetivos: **1.** Tratar la enfermedad de un modo integral y con criterios hemodinámicos. **2.** Tratar tanto las grandes venas como las pequeñas telangiectasias ("arañas vaculares"). **3.** Hacer un seguimiento clínico y ecográfico de los resultados de cada sesión.

Sin intervención quirúrgica

Se trata de una técnica poco invasiva que identifica las venas enfermas mediante una prueba denominada 'Eco-Doppler'. Una vez identificadas, se realiza una punción en la piel, guiada con la ecografía, y se introduce un fino catéter en la vena que se quiere tratar. Ya dentro, se inyecta en la vena enferma un fármaco en forma de espuma que irrita la pared y la esclerosa, la endurece, hasta hacerla desaparecer. El efecto es el mismo de una operación pero **NO ES UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**. Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, **NUNCA** necesita anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones finas en la piel.

Tampoco necesita ingreso, ya que se realiza en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) **desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta** sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral.

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

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

Dr. Leopoldo Fernández Alonso

Angiología y Cirugía Vascular. Tratamiento de varices SIN cirugía. Esclerosis con microespuma.

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

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

www.leopoldofernandezalonso.es.tl



CPS-C2261/1/14-NA



¿Qué hacer si mi hijo se atraganta?

Silvia Goldáraz Busto

Enfermera obstétrica ginecológica

Nº Colegiada 26/4381

La asfixia o atragantamiento es una de las causas más comunes de lesiones en niños entre 6 meses y 3 años de edad.

Los alimentos más comúnmente asociados a este evento son, por ejemplo, las salchichas, ya que son cilíndricas, del tamaño de las vías respiratorias y compresibles, lo que permite que se atasquen firmemente en la hipofaringe del niño y ocluyan completamente las vías respiratorias. También pueden producirse por alimentos como caramelos, frutos secos, uvas enteras, palomitas de maíz, zanahorias y manzanas crudas, etc.

El atragantamiento se produce de manera accidental cuando el niño deglute algo del tamaño superior al que puede pasar por la tráquea, obstruyendo ésta y produciendo asfixia.

Los signos y síntomas que primeramente se pueden observar son tos, arcadas, imposibilidad de hablar, sensación de ahogo... Si la situación es grave se puede observar cianosis (coloración azulada) en labios y cara, incluso puede llegar a la pérdida de consciencia.

Qué hacer

Es clave saber qué debemos hacer ante un atragantamiento, ya que un diagnóstico eficaz y una rápida actuación harán prevenir graves complicaciones.

• **Ante un niño con tos efectiva**, es decir, presenta llanto o buena reactividad, se debe animar a seguir tosiendo para ayudar a expul-

sar el trozo que está obstruyendo la tráquea, reevaluando su estado.

• **Si el niño todavía está consciente** pero la tos se torna inefectiva o débil, es decir, presenta cianosis, dificultad respiratoria o comienza a disminuir el nivel de consciencia, se avisará al 112 y se iniciará con la maniobra de Heimlich.

En lactantes (menores de 1 año): debido a la fragilidad de los bebés, la maniobra que se ha de hacer es diferente a la que se hace en niños mayores. Hay que colocar al lactante boca abajo sobre las piernas o el antebrazo (con la cabeza más baja que el tórax) y efectuar 5 golpes firmes en el centro de la espalda. Tras ello, darle la vuelta al bebé boca arriba y efectuar otras 5 compresiones torácicas, con dos dedos de la mano por debajo de la línea imaginaria intermamilar (en el centro del pecho). Hay que alternar las palmadas en la espalda con las compresiones en el tórax hasta que salga el cuerpo extraño o llegue la ayuda médica.

En niños: efectuar 5 golpes en la espalda (boca abajo con la cabeza más baja que el tórax) y 5 compresiones abdominales, abrazando al niño desde atrás y colocando ambos puños en la boca del estómago (maniobra de Heimlich). Se presiona haciendo un movimiento rápido hacia dentro y hacia arriba. La presión ha de ser fuerte y rápida, para favorecer la salida del cuerpo extraño hacia afuera. Si tras estas maniobras se visualiza el objeto extraño en la boca, se procederá a retirarlo con la ayuda del dedo en forma de gancho.

• **Si el niño se queda inconsciente**:

Colocar al niño en el suelo sobre una superficie lisa y protegiéndole ante posibles peligros.

Abrir vía aérea: colocando una mano en la frente y la otra en la barbilla presionando hacia arriba abriendo la boca.

Comprobar la respiración: acercar nuestra cara al cuerpo del niño y ver cómo se eleva el tórax, escuchando y sintiendo la respiración:

Si el niño respira: colocarle de lado, en posición lateral de seguridad, y esperar la llegada del equipo sanitario, reevaluando su estado.

Si el niño no respira:

Iniciar 5 ventilaciones de rescate: en lactantes mediante el boca-boca nariz, y en niños mediante el boca-boca. Insuflar aire observando que el pecho se eleve.

En caso de que siga sin existir ningún tipo de movimiento, tos o sonidos, comenzaremos el masaje cardíaco:

• En lactantes: bien con el dedo índice y corazón, bien con los dos pulgares, comprimir 1/3 del diámetro anteroposterior del tórax.

• En niños: con el talón de una mano en el centro del pecho.

• Efectuar 30 compresiones torácicas (en caso de personal sanitario o entrenado en RCP, serán 15 compresiones), a un ritmo de entre 100-120 por minuto.

• Alternar las compresiones con 2 ventilaciones.

• Reevaluar el estado del niño cada 2 minutos. Continuar masaje cardíaco hasta la llegada de los servicios de emergencia o hasta que el niño comience a respirar.

Cuando el hierro es alto: Hemocromatosis

Jara Intxaurreondo Martín y María Virginia Eraso Pérez
Enfermeras. Unidad de Oncología del Complejo Hospitalario de Navarra

La hemocromatosis es una enfermedad producida por una sobrecarga de hierro en el organismo.

El hierro es necesario pero si hay en exceso se acumula en los órganos y, con el tiempo puede causar graves problemas para la salud. Se manifiesta en hombres con una frecuencia 5 veces mayor que en mujeres. Es particularmente común en personas de raza blanca provenientes del occidente de Europa.

Existe dos tipos:

- Hemacromatosis hereditaria, genética o primaria: se produce por la mutación de un gen. Se transmite de padres a hijos y en España la sufren de 500-1000 personas.
- Hemacromatosis secundaria: producida por la acumulación de hierro procedente de transfusiones sanguíneas, de la dieta y de una absorción inadecuada.

¿Qué síntomas ocasiona?

La primera manifestación suele ser a nivel analítica con niveles altos de ferritina y del índice de saturación de transferrina, generalmente de forma fortuita ya que es una patología que no suele dar afectación clínica.

Síntomas iniciales: Fatiga, Somnolencia, Dolor articular y Dolor abdominal.

Síntomas avanzados: asociados a disfunción hepática ya que el hígado es el órgano más afectado.

¿Cómo se trata?

El tratamiento de elección es la dieta, el ejercicio físico y la abstención de bebidas alcohólicas. En estadios avanzados se deben realizar sangrías.

Recomendaciones dietéticas: Hay que aprender a llevar una dieta equilibrada y saber qué alimentos son los "prohibidos". Se debe evitar los alimentos con hierro de origen

animal ya que se absorbe con mayor facilidad y en mayor cantidad. Las legumbres, frutos secos, mariscos también son alimentos ricos en hierro. Además, se debe evitar la toma de cítricos o ricos en vitamina C en las comidas ya que aumentan la absorción de hierro. Y si se hace una excepción el postre tendrá que ser lácteo, ya que el calcio dificulta su absorción.

¿Qué es la flebotomía (sangría)? Consiste en extraer 400-500ml de sangre que elimina de 200-250mg de hierro. Se hacen inicialmente a intervalos semanales. Tras esta primera fase debe continuarse con sangrías cada 2-3 meses para mantener bajos niveles de hierro. El tratamiento debe mantenerse de por vida.

Recientemente la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea ha admitido que la sangre procedente de las flebotomías pueda usarse para transfusión a pacientes que necesitan sangre.



nuestra experiencia, tu bienestar

Visita nuestras exposiciones:

Navas de Tolosa, 5 • 31002 Pamplona • Tfno.: 948 227 244

Ctra. Zaragoza, km. 98 • 31512 Fontellas • Tfno.: 948 823 300

o entra en ochoalacar.com





Oxigenación hiperbárica, un tratamiento de primera elección para la cistitis r dica

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Tras pocas sesiones de oxigenoterapia hiperbárica, mejora la calidad de vida del paciente.

La **radioterapia** se utiliza actualmente en el **tratamiento de diferentes tipos de cáncer** que afectan la **zona pélvica**. Pese a la individualización de la dosis de radioterapia y el acotamiento de la zona, siguen existiendo efectos colaterales sobre los tejidos sanos.

 Qu  es la cistitis r dica?

La **cistitis actínica** secundaria a radioterapia pélvica ocurre en **2-8% de los pacientes**. Se produce un daño en los tejidos provocado por distintas causas, como la deficiencia de oxígeno o la obstrucción de vasos sanguíneos. Esta situación puede presentarse desde semanas hasta varios años después de la radiación. Estos fenómenos provocan el **síndrome miccional irritativo**, caracterizado por urgencia, dolor al orinar y disminución del flujo urinario, y la **aparición de hematuria** (sangre en la orina). La persistencia de estas alteraciones son las responsables de los **efectos de la radioterapia a largo plazo**.

Tratamientos habituales y poco eficaces

Se han descrito **múltiples tratamientos** con resultados variables, **habitualmente frus-trantes**. Entre estas opciones terapéuticas se encuentran el tratamiento intravesical con ácido hialurónico endovesical, aluminio endovesical o formolizaci n vesical; tratamientos sistémicos a base de estrógenos conjugados o Pentosan polisulfato, entre otros; y medidas físicas, como la embolización de arterias iliacas internas, distensión con balón Helmstein o cistectomía. **Ninguno de ellos consigue detener o revertir el daño tisular** secundario a la radioterapia, por lo que sus **resultados** suelen ser **transitorios y la recidiva es la regla**.

La oxigenación hiperbárica, alternativa eficaz

Por su parte, la **oxigenoterapia hiperbárica** se ha demostrado **científicamente exitosa en el tratamiento de las lesiones provocadas por la radioterapia**. La hiperoxigenación favorece la angi genesis (creación de vasos sanguíneos), la proliferación de fibroblastos, el aumento del metabolismo aeróbico y produce

una vasoconstricción secundaria que lleva a reducción del edema crónico. A través de estos mecanismos **se favorece la reparación de los tejidos**. Aumenta 8 a 9 veces la densidad vascular de tejidos irradiados y se mantiene en el tiempo.

La **oxigenoterapia hiperbárica** es un tratamiento no invasivo que consiste en la **administración de oxígeno al 100% a presión más elevada que la atmosférica**. Se trata de un **tratamiento altamente eficaz y seguro para la cistitis secundaria a radioterapia** pélvica y debería considerarse una **alternativa de primera elección**. Así lo demuestra la **mejoría en la calidad de vida** del elevado número de pacientes tratados cada año en hospitales españoles, como el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid.

 D nde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

Oxien es el **centro sanitario** avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y Sanidad Navarra, que cuenta con un **equipo de médicos y personal sanitario experto en medicina hiperbárica**.

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

Se recomienda el tratamiento hiperbárico para las siguientes enfermedades:

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

GRUPO
sannas

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



OXIEN

Medicina Hiperbárica

MEDICINA HIPERBÁRICA A TU ALCANCE

www.oxienhiperbatica.com

L  m nos y el personal médico especializado dar  cobertura a su consulta.





Ortodoncia, mucho más que alinear los dientes. Diagnóstico y tratamiento interdisciplinar

sannas
DENTOFACIAL

La ortodoncia no puede tratarse como la sola corrección de las malposiciones dentales. Es una especialidad más compleja que involucra otras áreas como ATM, periodoncia o prótesis, para lograr el éxito total del tratamiento.

Como señala la Sociedad Española de Ortodoncia, es una especialidad de la odontología que, después de un estudio exhaustivo, **previene y corrige los problemas del desarrollo, la forma de las arcadas y la colocación de los maxilares**. Restablece el equilibrio morfológico y funcional de la boca y de la cara, mientras **mejora la estética facial**.

Tratamiento en dos fases

En Sannas apostamos de manera decidida por la **ortodoncia temprana**. Siguiendo las recomendaciones de distintas asociaciones de Ortodoncia, como la SEDO, a partir de los seis años incluimos la **visita del ortodontista en las revisiones del PADI**. De esta forma será

más fácil detectar posibles anomalías cuanto antes y acometer los tratamientos de ortodoncia oportunos, conocidos como **Fase I**. La ortodoncia temprana **corrige y evita futuros problemas** con un tratamiento más sencillo. Gracias a ella se crea espacio para los dientes, se corrigen hábitos como la succión del pulgar y se reduce el tiempo de los tratamientos de la Fase II.

Tras una fase de observación y la salida de los dientes definitivos, da comienzo la **Fase II**, que busca **colocar cada diente en su lugar** adecuado en relación con el resto de partes de la boca, para conseguir un **correcto funcionamiento**.

Es también el tipo de ortodoncia que se emplea en adultos, sin que hayan pasado necesariamente por tratamientos de Fase I. Para abordar estos casos es necesario un trabajo interdisciplinar en el que los doctores expertos en ATM, periodoncia, ortodoncia, etc. aborden el caso de forma coordinada para alcanzar el éxito total del tratamiento.

¿Por qué llevar ortodoncia?

Como se ha comentado, la ortodoncia **no busca solo conseguir una sonrisa bonita**. Gracias a ella se consigue la **correcta dispo-**

sición de los dientes y maxilares, mejorando su función y facilitando la buena higiene. Además, una buena oclusión **facilita hábitos** como la masticación, la deglución, la fonación, y **previene problemas** de la ATM, de inflamación de las encías, etc. Por último, **mejora la apariencia personal y la autoestima**.

Cada rostro, su propia sonrisa

En Sannas, **diseñamos la sonrisa adecuada para cada paciente**. Hacemos un estudio y diseño detallado para que la ortodoncia alcance la sonrisa más natural y equilibrada anatómicamente según sus rasgos personales.

Acerca de Sannas

La Clínica Sannas, tras 30 años de esfuerzo e innovación, ha logrado posicionarse como un **centro de referencia en Navarra**, redefiniendo los conceptos de la **odontología de vanguardia** para ofrecer un servicio excelente. Un **equipo de doctores expertos** trabaja de forma **interdisciplinar** para ofrecer al paciente un **tratamiento de ortodoncia** adaptado a todas sus necesidades, dedicándole el tiempo que necesita.

30 años
Aniversario
y preparando el futuro

Los deseos de nuestros pacientes son nuestros nuevos servicios

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

Odontología del alto rendimiento

Implantología
Sedación y control de la ansiedad
Diseño de sonrisa
Rejuvenecimiento facial
Centro de Prevención Oral
Ortodoncia invisible

Medicina y estética facial
Blanqueamiento dental
Periodoncia / Endodoncia
Células madre dentales
Apnea respiratoria
Disfunción de la A.T.M.

Síndrome premenstrual

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

Una gran mayoría de mujeres experimentan en su edad fértil síntomas (cambios físicos y psíquicos) los días previos a la menstruación. La intensidad de estos síntomas es variable. En ocasiones son apenas perceptibles y en otras son tan intensos que causan malestar o en casos extremos pueden llegar a ser incapacitantes e interferir con el estilo de vida. Esta serie de cambios característicos se pueden englobar en un síndrome y nos referimos a él como síndrome premenstrual.

Se da con mayor frecuencia en mujeres entre los 30 y los 40 años, que hayan tenido un hijo, con antecedentes personales o familiares de depresión o de depresión posparto. Se calcula que un 80% de las mujeres en España tienen este síndrome, y es una causa de incapacidad laboral, generando un elevado coste social y económico.

Causas

Se desconoce la causa exacta del síndrome premenstrual, pero varios factores podrían contribuir:

- Los cambios cíclicos en las hormonas. Los signos y síntomas del síndrome premenstrual cambian con las fluctuaciones hormonales y desaparecen durante el embarazo y la menopausia.
- Cambios en las sustancias químicas en el cerebro. Las fluctuaciones de serotonina, una sustancia química en el cerebro que se cree que tiene una función fundamental en los

estados anímicos, podría desencadenar los síntomas del síndrome premenstrual. Las cantidades insuficientes de serotonina podrían contribuir a la depresión premenstrual, tanto como a la fatiga, los antojos de alimentos y problemas de sueño. Algunas mujeres con síndrome premenstrual grave tienen depresión no diagnosticada, aunque la depresión sola no provoca todos los síntomas.

Síntomas

Los síntomas suelen repetirse en un patrón predecible. Empiezan entre una y dos semanas antes del periodo menstrual y desaparecen de forma gradual con su comienzo. Se agrupan en dos tipos: síntomas somáticos (o físicos) y síntomas psicológicos (o conductuales). Los más frecuentes son:

- **Síntomas somáticos:** Dolor de cabeza, dolor articular o muscular, fatiga, aumento de peso relacionado con la retención de líquidos, hinchazón abdominal e hipersensibilidad en las mamas.
- **Síntomas psicológicos:** Tensión o ansiedad, estado anímico depresivo, episodios de llanto, cambios de humor e irritabilidad o ira, cambios en el apetito y antojos de alimentos, dificultad para dormir y concentración deficiente.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico con los síntomas referidos por la paciente. Además, el patrón de síntomas debe estar presente durante más de doce meses y debe ser lo suficientemente intenso para interferir con las actividades de la vida diaria y la función.

Consejos para lidiar con el síndrome premenstrual:

Se incluyen medidas generales y tratamiento farmacológico que pueden ayudar a mejorar los síntomas.

- 1. Comer de forma saludable.** Limitar la sal para reducir la hinchazón y retención de líquidos. Tomar mucha fruta, verdura y cereales integrales. Evitar la cafeína y el alcohol. Tomar suficiente calcio (lácteos, legumbres, frutos secos, brócoli, espinacas...).
- 2. Realizar ejercicio de forma regular.** Realizar al menos 30 minutos de ejercicio al día, como caminar, montar en bicicleta, nadar, patinar, bailar.... durante 4 o 5 días de la semana. El ejercicio regular puede ayudar a mejorar la salud en general y los síntomas del síndrome premenstrual como la fatiga y el estado de ánimo deprimido.
- 3. Reducir tu estrés.** Dormir lo suficiente, Aprender a relajarte. Puedes probar ejercicios de respiración, relajación progresiva... Esto puede ayudarte a controlar los dolores de cabeza, ansiedad, problemas de insomnio. El yoga también puede ser un buen ejercicio para controlar el estrés y ansiedad.
- 4. Farmacológico.** Cuando con las medidas anteriores no es suficiente para paliar los síntomas, se puede requerir tratamiento farmacológico, pautado de manera individual en su centro de salud o centro de atención a la mujer, e incluye un tratamiento sintomático (antiinflamatorios, analgésicos), hormonal (anticonceptivos), y antidepresivos.

Síndrome disfórico premenstrual

Javier Vélaz Arbizu. Médico de familia. Servicio de urgencias rurales Lodosa
Claudia Pérez Estrada. Médico de familia. Atención primaria C.S. Allo
Eduardo Ripalda Ansa. Médico de familia. Atención primaria. C. S. Alsasua



El síndrome disfórico premenstrual es una entidad patológica poco conocida entre los profesionales sanitarios que consiste en un conjunto de síntomas físicos y psicológicos que se presentan al final del ciclo menstrual (fase luteínica) y se resuelven con la menstruación.

Es más frecuente a partir de los 40 años y desaparece con la menopausia.

Es una patología a caballo entre la psiquiatría y la ginecología, que aun hoy en día, es rechazada por algunos profesionales a pesar de estar catalogada en el capítulo de trastornos depresivos dentro del DMS-IV (sistema de clasificación de trastornos mentales, 1995).

A diferencia del síndrome premenstrual (síntomas físicos y psíquicos que afectan al 75% mujeres 1-2 semanas antes de la regla de intensidad leve- moderada), el síndrome dis-

fórico premenstrual afecta al 3-6% de las mujeres de forma severa predominando los síntomas emocionales.

Se desconocen las causas del mismo, aunque parece ser que se debe a cambios hormonales que hacen variar la serotonina.

No existen pruebas diagnósticas

Para su diagnóstico, -que es clínico-, los síntomas deben presentarse la semana antes de la menstruación y desaparecer- o ser mínima- cuando acabe esta. Debe darse al menos uno de : inestabilidad emocional, agresividad o irritabilidad, sentimiento depresivo y elevada ansiedad además de al menos otro de los siguientes síntomas: disminución de la concentración, fatigabilidad, disminución de interés en las actividades diarias...

El tratamiento consiste en realizar un ejercicio regular, un descanso adecuado y una dieta balanceada. Además de:

1. En casos leves- moderados: multivitámicos que incluyan el magnesio y la vit B6 o productos de herboristería (valeriana, pasiflora o aceite de primula)
2. En casos más severos los tratamientos hormonales y sobre todo antidepresivos ISRS (en particular la fluoxetina en su dosis habitual o a mitad de dosis) en pauta continua o discontinua parece ser el tratamiento de elección con mejora significativa de los síntomas. Dado el desconocimiento sobre esta patología entre el personal sanitario, se debe incidir en su divulgación para que no pase desapercibida. Ya dice el dicho: " no se diagnostica lo que no se conoce". En caso de sospechar esta patología, es conveniente que la paciente acuda a su médico de cabecera.



Seguro de Baja Laboral

Manuel tuvo un percance en el trabajo

pero está *seguro*

A.M.A. asegura a sus sanitarios en caso de baja laboral con coberturas como "Incapacidad temporal por enfermedad" o "Incapacidad temporal por accidente".

Así de fácil...



A.M.A. PAMPLONA
 Avda. Pío XII, 30
 Tel. 948 27 50 50
 pamplona@amaseguros.com

A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico)
 Avda. Baja Navarra, 47; 1º
 Tel. 948 21 02 28
 cpamplona@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10

Síguenos en [en nuestra APP](#)



Después de la cirugía, ¿importa el estado de la cicatriz?

Anaïs Navarro Alonso. Fisioterapeuta. Complejo Hospitalario de Navarra

Las técnicas quirúrgicas evolucionan constantemente y esto supone grandes beneficios para el paciente: se consigue una mejor progresión, un menor tiempo de recuperación, una reincorporación más rápida a la vida normal, etc.

Uno de los aspectos en los que se han producido grandes mejoras es en la realización de técnicas cada vez menos invasivas, lo que supone un mínimo daño en los tejidos circundantes y una ventaja estética para el paciente. En este artículo, abordaremos las consecuencias y precauciones que deberán tenerse en cuenta por pequeña que sea la cicatriz.

Una incisión quirúrgica no deja de ser una herida. Esta se va suturando por planos tras hacer la reparación que el cirujano busca.

A la hora de la cicatrización, será importante que cada plano de piel cicatrice con su plano correspondiente y que no se peguen entre sí ya que, de lo contrario, podrían aparecer problemas.

El tejido cicatricial se va formando a medida que la herida se va curando después de una lesión (o en este caso después de la cirugía). El grado de cicatrización dependerá tanto del tamaño, profundidad y localización de la herida, como de la edad, nutrición, herencia genética y características cutáneas de la persona. Podemos decir entonces, que la cicatriz

es la secuela de la lesión de la dermis, que queda después de su curación y que se produce como consecuencia de los fenómenos fisiológicos de reparación. Este nuevo tejido se compone de un tejido conectivo blanquecino, fibroso y denso que tendrá menor elasticidad que el tejido original.

Las cicatrices se diferencian de los tejidos vecinos por su aspecto: aumento de forma, a veces retracción, cambios en la coloración de la piel y consistencia más espesa que los tejidos que la rodean. Aunque una cicatriz siempre deje marca, no tiene siempre porque ser problemática ni dar grandes molestias al paciente. Sin embargo, si queda adherida, existirán complicaciones derivadas de la falta de elasticidad y de movilidad de la piel con respecto a sus diferentes planos.

¿Qué problemas puede dar una cicatriz adherida?

Las consecuencias de la pérdida de deslizamiento de los tejidos son múltiples y pueden suponer molestias como picor, alteraciones de la sensibilidad de la zona, hormigueos, tirantez, miedo al movimiento de la zona (lo que puede hacer que adopte posiciones incorrectas), etc. Otras alteraciones pueden aparecer según la zona sobre la que se sitúen: como en el caso de las cicatrices abdominales (estreñimiento, alteraciones viscerales, acortamiento de tejidos que puede ocasionar dolor

de espalda, etc.) o las que se sitúan sobre articulaciones y músculos (dando acortamientos musculares y articulares, aumento del tono muscular etc.).

¿Cómo se pueden tratar?

El tratamiento puede empezar en casa: adoptando medidas como el cuidado de la piel y de las suturas, la aplicación regular de cremas o aceites hidratantes y el uso de protección solar en la zona (durante dos años como mínimo). A partir de los 20 días después de la cirugía, se podría comenzar a movilizar la región para prevenir o liberar adherencias. Esto lo puede realizar el propio paciente en casa según las indicaciones del fisioterapeuta o podría empezar el tratamiento de fisioterapia. Según las necesidades de cada caso, las cicatrices adheridas se pueden tratar con fisioterapia mediante diferentes técnicas: masaje local de la zona, baños de contraste, drenaje linfático manual, ventosas, liberación fascial, estiramientos o reentrenamiento muscular entre otras. Además, se puede añadir del uso de técnicas de electroterapia como ultrasonidos, iontoforesis, magnetoterapia, láser, etc. Con todo ello se pretenderá devolver la elasticidad y el movimiento a la zona, disminuir su apariencia engrosada y normalizar la sensibilidad y el dolor que producen.



Fisura anal

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

Se trata de una herida, un desgarró en el canal anal que profundiza hasta el esfínter anal interno y que está en relación con un traumatismo o repetición de los mismos, durante la defecación. Es más frecuente en personas con problemas de estreñimiento: heces caprinas (heces centimétricas que son difíciles de evacuar, llamadas así por parecerse a la de las cabras), pero puede aparecer después de una importante diarrea.

Afecta a ambos sexos por igual, generalmente en la edad media, aunque también se ve en niños.

La localización más frecuente de las fisuras anales son las de pared posterior (región anal más cercana a la espalda). Puede evolucionar a la cronicidad (más de 6-8 semanas). Si hay múltiples fisuras, dolorosas y en varias localizaciones, se tendrá que descartar otras patologías asociadas.

El principal síntoma de la fisura de anal es el dolor y la rectorragia. Sangre roja con la deposición, en el papel, al limpiarse. A veces puede gotear a la taza. El paciente experimenta un intenso dolor en el momento de la

deposición. Nota como una herida, un rasgado. Pero lo que más caracteriza a esta patología es que la molestia es todavía mayor si cabe después de la deposición. El dolor puede mantenerse muy intenso durante horas. Por ejemplo, si realiza la deposición por la mañana, puede tener intenso dolor hasta la hora de comer. Una vez que pasa, el paciente se encuentra razonablemente bien hasta la siguiente deposición.

¿Por qué duele tanto una fisura?

La fisura es una herida en el borde del ano que profundiza hasta el esfínter anal interno. Al quedar expuesto al roce con las heces éste se contrae. Se agarrota. Como no se relaja en el momento de la deposición, el paciente tiene que realizar importantes esfuerzos para conseguir expulsar las heces. Como el ano no se abre suficientemente, se vuelve a rasgar en el mismo sitio y volvemos al inicio del ciclo. Es decir, se produce un círculo vicioso. Además, como el paciente tiene miedo a realizar la deposición, se estríñe más todavía.

Es una contractura muscular en el ano. Muy típico de la clínica de las fisuras es que evolucionan por temporadas. El paciente cuenta que ha pasado unas semanas con un dolor

insuportable, después mejora un tiempo (aunque nunca queda perfecto) y un día, después de un brote agudo de estreñimiento recae. Pasa otras semanas con intenso dolor. Son muy recidivantes. Cuando esto ocurre, suele verse en la parte más externa de la fisura un pliegue de piel o marisco cutáneo que recibe el nombre de "hemorroide centinela". No es propiamente una hemorroide sino la propia cicatriz crónica de la fisura.

¿Cómo se trata?

El tratamiento consiste en dos medidas: tratar el estreñimiento que ha causado la fisura y tratar la propia fisura. Para el estreñimiento hay que realizar ejercicio diario (30-40 minutos de andar), hay que aumentar la ingestión de verdura y fruta, así como asegurar un mínimo de 1,5 litros de agua al día si no hay ninguna otra patología que lo contraindique, el uso de laxantes puede ser necesario ocasionalmente.

Por otro lado, para tratar la fisura usaremos distintos tipos de pomadas que nuestro médico nos recomendará (nitratos, diltiazem...). Si con estas medidas no hubiera mejoría se procedería a valorar un tratamiento quirúrgico como última medida.

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

Síndrome del túnel cubital

¿Por qué me duele el codo?

Jon Martí Ayerdi, Carlos Sanz García, Iñigo Martiarena Aguirreche y David Cornejo Jiménez
 MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra

El nervio cubital es uno de los tres nervios principales del brazo. El atrapamiento del nervio cubital ocurre cuando el nervio cubital del brazo se comprime o se irrita.

El síndrome del túnel cubital es la segunda neuropatía por atrapamiento más frecuente en la población. Las neuropatías por atrapamiento son debidas a que el nervio periférico es comprimido externamente en su paso por el hueso, alrededor de la musculatura o tendones y a través de las estructuras fibrosas. En el caso del túnel cubital, la compresión se produce a nivel del codo.

¿Cómo se manifiesta?

El dolor es el síntoma más frecuente, apareciendo dolor en la zona interna del codo. También nos encontramos con la sintomatología propia de una lesión nerviosa como parestesias o sensación de hormigueos por el lateral de antebrazo y en el dedo anular y el dedo meñique (más frecuente por la noche), adormecimiento del antebrazo y zona lateral de la mano, cambio en el sentido del tacto si se mantiene doblado el codo durante mucho tiempo y pérdida de fuerza en diferentes músculos de la mano,

En los estadios iniciales y leves se manifiesta únicamente mediante el dolor, adormecimiento y hormigueo de los 4 y 5 dedos de la mano, mientras que en los casos graves existe una atrofia muscular e imposibilidad de, por ejemplo, poder cruzar los dedos o la limitación para realizar la maniobra de pinzado con los dedos pulgar e índice. Además, también se reduce la capacidad de agarre ya que gran parte de los músculos que intervienen en este gesto dependen del nervio cubital. Existen factores predisponentes que facilitan la aparición de esta patología como son haber tenido una fractura del codo, procesos inflamatorios del codo, quistes, hipertrofia de la musculatura, realizar actividades repetitivas o prolongadas que requieren que el codo se doble o se flexione continuamente...

¿Qué debo de hacer?

El diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración física y pruebas complementarias. Su médico le realizará un interrogatorio dirigido unido a una exploración física detallada con pruebas de provocación nerviosa para poder orientar el diagnóstico. Se pueden realizar pruebas de conducción nerviosa siendo éstas anormales en alrededor de un tercio de pacientes. Las radiografías son útiles para

poder descartar o buscar prominencias óseas u otros lugares en los que el hueso puede estar comprimiendo el nervio.

¿Cómo se trata?

Hay diferentes opciones de tratamiento.

El tratamiento conservador se basa en 5 pilares:

1. Tratamiento analgésico para el dolor.
2. Ejercicios de fortalecimiento del tríceps.
3. Evitar la aplicación de presión directa a la zona medial del codo y posiciones que agraven los síntomas.
4. Mantener el codo en una posición de reposo de 45° a 50° de flexión.
5. Usar una ortesis de codo nocturna para prevenir la flexión del codo más allá de los 50° o utilizar remedios caseros como envolver el codo en una toalla.

En los casos en los que no funciona el tratamiento conservador o en casos graves en los que existen signos de lesión nerviosa el tratamiento es quirúrgico y consiste en la liberación nerviosa y recolocación del nervio en un lugar con mayor espacio para prevenir la compresión del mismo.

Pie caído,

¿por qué me pasa esto?

*Jon Martí Ayerdi, Carlos Sanz García,
José Carlos Irigoyen Chávez e Isabel Ayechu Díaz*
MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología
Complejo Hospitalario de Navarra

El pie caído es un trastorno que se caracteriza por la imposibilidad del paciente para levantar el pie. La causa más frecuente es debido a la compresión externa del nervio peroneo a la altura de la rodilla que se puede producir por estar con las piernas cruzadas, estar mucho rato de rodillas o por compresión por férulas.

Otras causas menos frecuentes son traumatismos, lesión medular, lesiones de las raíces nerviosas L4-L5, hernias discales, lesión del nervio ciático, tumoraciones...

Diagnóstico

Los síntomas pueden comenzar cuando te despiertas, tras un viaje de avión o un viaje largo en coche debido a una mala postura y compresión del nervio a la altura de la rodilla. Es característico que no puedas levantar el tobillo ni los dedos del pie, pero puedas mover el pie en otras direcciones. Puede haber una pérdida de sensibilidad por la zona anterior de la pantorrilla y el dorso del pie pero menos intensa que la debilidad muscular.

A la exploración física es importante tocar el nervio a la altura del peroné y buscar alguna masa en la rodilla que pueda justificar la clínica. Se pueden realizar radiografías o ecografía inicialmente para descartar alguna lesión o quiste que comprima el nervio. La elec-

tromiografía y los estudios de conducción nerviosa (miden la actividad eléctrica en los músculos y en los nervios), aunque incómodos, pueden ayudar a la localización del daño nervioso.

Tratamiento

Los nervios se recuperan aproximadamente a razón de 1 milímetro al día.

El tratamiento del pie caído depende de la causa que lo produce. Si se trata la causa puede llegar a revertirse, pero hay veces que no se puede, por lo que el pie caído puede permanecer así de forma permanente y el tratamiento sería sintomático o paliativo.

Entre las opciones de tratamiento se encuentran:

- **Ortesis o férulas:** existen en el mercado diferentes férulas que se ponen en el zapato y permiten tener el pie bien colocado ayudando al paciente a caminar y evitar que se tropiece.
- **Rehabilitación y fisioterapia:** ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de la musculatura que permita compensar los músculos que no funcionan correctamente. Realizar también ejercicios para no perder la movilidad del pie y tobillo.



- **Cirugía:** Según la causa, si el pie caído persiste hay que tratarla, por ejemplo: si hay una lesión tras un traumatismo se debería suturar el nervio o si existe una masa que comprima el nervio se quitaría la masa. En casos crónicos que no mejoran y persiste la limitación, siempre como último recurso, se podría plantear tratamiento quirúrgico para transferir tendones o dejar el tobillo fijo.

Resumen

La causa más frecuente es por lesión del nervio peroneo.

Muchas veces es por posiciones mantenidas que compriman el nervio, en ese caso hay que evitar dichas posiciones.

Los estudios neurofisiológicos son útiles para el diagnóstico diferencial.

El pie caído puede durar para siempre.

Independientemente de la causa es importante colocar una férula para poder caminar mejor y evitar caídas y realizar un tratamiento rehabilitador adecuado.



**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.

PB

SpO2

RR

HR



89

bpm

NIPB



108/68 mmHg

SpO2



99

%

RR



16

rpm

BT



36.8

°C

Monitorización ambulatoria de la presión arterial

Marta Bona Otal. Médico de Familia C.S. II Ensanche

Lorena San José Santo Tomás. Enfermera Familiar y Comunitaria C.S. II Ensanche

Idoia Domínguez Andueza. DUE C.S. II Ensanche

María Aitziber Idoate Ramírez. DUE Servicio de Urgencias Extrahospitalarias

La toma de tensión arterial es una medición que realizamos muy habitualmente en las consultas de los centros de salud. No obstante, la toma de tensión en consulta puede presentar algunas limitaciones, ya que no permite comprobar la fluctuación de la tensión a lo largo del día ni la influencia del reposo o el ejercicio sobre ésta.

La Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) es una técnica utilizada para el diagnóstico y el seguimiento de la hipertensión arterial que consiste en la medición de la tensión fuera de la consulta durante un período de 24 horas mientras el paciente realiza sus actividades habituales, incluyendo actividad física y horas de sueño.

La gran ventaja que ofrece la MAPA es que permite un mayor número de mediciones de tensión y conocer su variabilidad a lo largo del día. Además permite comprobar la eficacia de los tratamientos antihipertensivos durante las 24 horas, así como descartar elevación de presión arterial durante la noche.

¿Cuándo es necesario realizar esta prueba?

La realización de la MAPA no es imprescindible para el diagnóstico y seguimiento de su

hipertensión aunque todos los pacientes hipertensos pueden beneficiarse de un registro mediante esta prueba.

Su médico de familia puede solicitarla en diferentes situaciones: cuando existe gran variabilidad entre la presión arterial medida en consulta y la medida por usted en domicilio, cuando la hipertensión no responde al tratamiento habitual, en casos de hipotensión durante el tratamiento o si sospecha hipertensión de bata blanca, hipertensión nocturna o hipertensión enmascarada; entre otras.

La hipertensión de bata blanca es un fenómeno que consiste en que las cifras de tensión arterial del paciente son más altas en la consulta que cuando se toma en el domicilio. Se produce por la reacción de alerta provocada en el paciente cuando le tomamos la tensión. La hipertensión enmascarada es aquella situación en la que se tienen cifras de tensión normales en la consulta, pero elevadas si se realiza una monitorización. Se sospecha cuando el paciente tiene antecedentes familiares de HTA, alto riesgo cardiovascular, han tenido cifras elevadas en alguna ocasión y en aquellos pacientes que presentan lesiones orgánicas propias de la hipertensión mantenida.

¿Cómo se realiza?

El dispositivo para realización de una MAPA está formado por: un monitor, un sistema de

soporte en cinturón o bandolera y un manguito para toma de tensión que se coloca en el brazo. Este dispositivo lo coloca su enfermera en el centro de salud. Cada 15 ó 20 minutos durante el día y cada media hora durante la noche, el aparato realiza una toma de tensión y la registra en la memoria.

Mientras el paciente porta este aparato debe realizar sus actividades normales incluyendo el trabajo, ejercicio físico y horas de sueño. Aunque hay que evitar el ejercicio físico extenuante y las actividades acuáticas.

Cuando note que el aparato está realizando la medición hay que detenerse y dejar el brazo relajado apoyado en alguna superficie. En caso de que la lectura no sirviera, el manguito del brazo se hinchará de nuevo en un minuto. Por la noche puede quitarse la bandolera de la cintura y dejar el monitor debajo de la almohada.

Durante el transcurso de la prueba, podrá anotar en un diario de registro las principales actividades de su rutina que vaya realizando, así como el momento del día en que toma la medicación y la hora a la que se acuesta y se levanta. Al día siguiente, acudirá nuevamente a su centro para retirar el dispositivo.

Con los datos obtenidos, su médico dispondrá de un registro de su tensión arterial durante 24 horas que permitirá una mejor adecuación de su tratamiento antihipertensivo.

Maternity Blues, ¿tristeza en el postparto?



Ana Beperet Sagüés y Elsa Lecumberri Martínez
Matronas. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

El postparto, esa etapa que comienza con el nacimiento de nuestro hijo, supone un gran cambio en la forma de vida de toda la familia, que se adapta a la llegada de ese/esos bebés para criarlos y cuidarlos de la mejor manera posible.

El nacimiento de un hijo es uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer, que adapta su vida a la del nuevo miembro a la familia, modificando su rutina, su trabajo, su mentalidad y desarrollando un instinto protector antes desconocido para ella. A menudo presuponemos que es una etapa de disfrute, de tranquilidad, en la que "lo más duro", el embarazo y el parto, ya ha pasado. Sin embargo, la realidad es bien distinta, se trata de una etapa de cambios físicos, hormonales y psicológicos que llevan a que la reciente madre se encuentre agotada, en ocasiones dolorida por los cambios corporales o el propio parto, con dudas, confusas respecto a los cuidados del recién nacido y con multitud de sentimientos encontrados, que no suelen manifestar por miedo a ser diferentes, a mostrar lo duro que es la maternidad. Es entonces cuando surge la pregunta, ¿Es normal esto qué me pasa? ¿Es normal que tenga ganas de llorar y que me

sienta triste tras haber tenido a mi bebé? La respuesta es sí.

Melancolía postparto o Maternity Blues

La melancolía postparto, también llamada Maternity Blues, es un estado emocional que aparece entre el tercer y quinto día postparto como consecuencia de los cambios hormonales y psicológicos propios del postparto. Aproximadamente, entre el 50 y 90% de las mujeres que han tenido un bebé lo sufren y se caracteriza por labilidad emocional, llanto, tristeza, irritabilidad, ansiedad, desesperación...

Debido a su causa fisiológica, su duración es de unos diez días, desapareciendo de forma normal hacia el día doce tras el inicio de los síntomas, sin necesidad de recurrir a ningún tipo de terapia psicológica ni farmacológica. El tratamiento ideal es aquel que brinda apoyo a la mujer, escucha, cariño, atención..., demostrándose la lactancia materna beneficiosa, mejorando su sintomatología.

Sin un soporte adecuado por parte de su entorno, basado en el conocimiento y la comprensión, hasta el 20% de estas mujeres podrían desarrollar una depresión postparto, con síntomas más marcados y característicos, como puede ser: apatía, fatiga y falta

de placer la mayor parte del día, cambios de apetito o pérdida de peso de más de un 5% en un mes, insomnio o hipersomnia, activación o enlentecimiento psicomotor valorable e identificable por los demás, sentimientos negativos como culpa, inutilidad, disminución de la concentración y toma de decisiones y apareciendo, en los casos más graves, ideas recurrentes de muerte.

Esta enfermedad, bien diferenciada de la tristeza puerperal, tiene una incidencia en torno al 10-15% en el postparto. Su duración es superior a las dos semanas y afecta de forma evidente al día a día de la mujer. En este caso la situación no estaría dentro de la normalidad y sería necesario ser valorada y tratada por un profesional.

Como podemos ver, hablamos de dos circunstancias distintas en cuanto a sintomatología, duración y manejo. Resulta indispensable acudir a los controles postparto pertinentes, abarcando tanto los aspectos físicos como psicológicos y emocionales para poder identificar estas situaciones en caso de que existan. Ante cualquier tipo de duda al respecto fuera de dichos controles, sería aconsejable pedir una cita con la matrona correspondiente, para que pueda valorar, asesorar y realizar las derivaciones a otros profesionales o los trámites que considere necesarios.



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



Actividad física y salud

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

Hoy en día existe una clara evidencia de que llevar una vida activa mejora la salud, el bienestar y la calidad de vida a cualquier edad. Permite vivir más tiempo de manera independiente y ayuda a prevenir las enfermedades crónicas.

Llevar una vida activa en la infancia y adolescencia favorece el crecimiento y la aceptación del cuerpo. En la gente joven y adulta mejora la salud física y mental y en las personas mayores favorece el envejecimiento saludable.

¿Qué entendemos por actividad física?

Llamamos actividad física a cualquier movimiento voluntario del cuerpo que consuma energía. Puede ser:

- Ejercicio físico programado, lo que conocemos como deporte: fútbol, baloncesto, tenis, u otras actividades como el aeróbic, yoga, taichí, etc.
- Actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Por lo tanto, no es imprescindible apuntarse a un gimnasio o realizar un deporte de

competición para ser activo. Actividades que realizamos a lo largo del día, producen los mismos beneficios.

¿Qué componentes tiene la actividad física?

La actividad física tiene muchos componentes, los más relacionados con la salud son los siguientes:

1. Resistencia cardiorrespiratoria

La resistencia cardiorrespiratoria es la capacidad de nuestro organismo para realizar tareas que necesitan el movimiento de grandes grupos musculares durante periodos de tiempo prolongados. En esas circunstancias, nuestro corazón y nuestros pulmones necesitan adaptarse para llevar la suficiente sangre oxigenada a los músculos y recuperarse del esfuerzo realizado.

Se puede fortalecer la resistencia cardiorrespiratoria realizando: carrera suave, natación, bicicleta, remo, andar a ritmo ligero, salto, etc. Es conveniente que la actividad física sea amena y fácil de realizar para que pueda garantizarse una práctica regular. Se han de elegir aquellas que más gusten e ir alternando su práctica.

2. Fuerza muscular

La fuerza muscular es la capacidad del mús-

culo para generar tensión, y por tanto para vencer una fuerza opuesta. La resistencia muscular es la capacidad del músculo para mantener su contracción durante un periodo de tiempo prolongado.

Las actividades de fuerza y resistencia muscular se pueden practicar: Con el propio peso (saltar a la comba, trepar, correr, etc.) con el peso de un compañero (jugar a la carretilla, jugar a tirar de la soga, etc.) o con actividades como lanzar un balón, remar, realizar ejercicios de fuerza en un gimnasio, sostener o empujar algo, transportar objetos, etc.

Un trabajo de fuerza con excesiva carga puede ser perjudicial en la infancia, porque el cuerpo está en desarrollo y debe protegerse el cartílago de crecimiento

3. Flexibilidad

La flexibilidad es la capacidad que tienen las articulaciones de realizar movimientos con la mayor amplitud posible. La flexibilidad no genera movimiento, sino que lo posibilita.

Algunas actividades físicas que mejoran la flexibilidad son: estirar suavemente los diferentes músculos, bailar, jugar a los bolos, a la goma elástica, pasar la aspiradora, practicar deportes (gimnasia, karate, etc), hacer ejercicios de estiramientos específicos dirigidos por un profesional, etc.



4. Coordinación

La coordinación es la capacidad para utilizar los sentidos, especialmente la visión y la audición, junto con el movimiento y las diferentes partes del cuerpo, para desarrollar movimientos con precisión y suavidad.

Las actividades de coordinación incluyen:

- El equilibrio corporal: la habilidad para mantener una determinada postura oponiéndose a las fuerzas que pueden afectarla, especialmente a la gravedad (por ejemplo andar sobre una barra fija).
- El ritmo (por ejemplo moverse al son de una música).
- La percepción del cuerpo en el espacio y la coordinación espacial (por ejemplo aprender a realizar una voltereta, aprender un paso de baile, etc.).
- La coordinación ojo-pie (por ejemplo golpear o conducir un balón con el pie).
- La coordinación ojo-mano (por ejemplo golpear una bola con una raqueta, lanzar o recibir una pelota con la mano).

¿Cuáles son los beneficios de la actividad física frente al sedentarismo?

La actividad física contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad, a través de múltiples beneficios:

- Reduce el riesgo de padecer muchas enfermedades no transmisibles como la Hipertensión Arterial, la Diabetes, la Obesidad

- Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal
- Aumenta la densidad ósea, fortaleciendo los huesos y ayudando a prevenir la osteoporosis
- Fortalece los músculos y mejora la forma y capacidad físicas
- Mejora el estado de ánimo, previene y reduce el estrés, la ansiedad y la depresión
- Ayuda a las personas mayores a mantener su independencia personal
- Disminuye el riesgo de caídas en personas mayores
- Contribuye al desarrollo integral de la persona, sobre todo en niños y jóvenes
- En niños, mejora la maduración del sistema nervioso motor y aumenta las destrezas motrices.

Por todo ello **La Organización Mundial de la Salud (OMS)** estableció el **6 de abril** como **Día Mundial de la Actividad Física** y potenció la iniciativa "Move for Health" que se celebra en el mes de mayo. Establece recomendaciones sobre actividad física distinguiendo entre grupos de edad:

► Jóvenes (5 a 17 años)

- 60 minutos diarios, como mínimo, en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa.
- Actividad física, en su mayor parte, aeróbica. Y ejercicios para reforzar la musculatura.

► Adultos (18 a 64 años)

- 150 minutos semanales de actividad física

aeróbica, de intensidad moderada, o 75 minutos de actividad física aeróbica más intensa. O una combinación equivalente de actividades moderadas y más intensas. (Actividad aeróbica en sesiones de 10 minutos de duración como mínimo).

- Para obtener aún mayores beneficios para la salud, se puede aumentar hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente.

► Personas mayores (+65 años).

- 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física más intensa aeróbica durante 75 minutos (en sesiones de 10 minutos mínimo) o una combinación equivalente de actividades moderadas e intensas.

- Para obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades pueden dedicar hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o 150 minutos semanales de actividad física aeróbica más intensa, o una combinación.

- Si el estado de salud no lo permite, mantenerse físicamente activo en la medida de lo posible.

Ante todo, se debe evitar y combatir el comportamiento sedentario que es, en sí mismo, un factor de riesgo cardiovascular.

Crioterapia y/o termoterapia

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

Con muchísima frecuencia los pacientes preguntan: ¿Qué es mejor que me ponga: frío ó calor?, ¿una bolsa de hielo?, ¿la manta eléctrica?, ¿la bolsa de agua caliente?

La aplicación de estos "AGENTES" no son por si solos un tratamiento, pero si que facilitan y mucho la terapia ya que incluso los pacientes por si solos se lo pueden aplicar en sus casas. El único requisito es saber en que caso conviene frio y en cual calor.

Cuándo utilizar frío (crioterapia) y cuándo utilizar calor (termoterapia) y cuándo los dos a la vez (baños de contraste)

El uso de estos agentes va estar directamente condicionado por la patología del paciente. Los efectos fisiológicos que producen cada uno de ellos son diferentes, lo cual hace que los utilicemos en diferentes situaciones.

Crioterapia y sus técnicas de aplicación

La crioterapia es el conjunto de procedimientos terapéuticos basados en la acción del frío sobre el organismo.

La técnica de aplicación de la crioterapia se basa principalmente en dos métodos:

- **De conducción ó de contacto** de una superficie de menor temperatura con la piel, como por ejemplo las típicas bolsas y paquetes de hielo (10 y 15 minutos).

- **Por evaporación:** Aerosoles químicos que se evaporan en la piel.

Efectos fisiológicos y terapéuticos

1. Sobre el aparato circulatorio. Respuesta inicial de vasoconstricción, los capilares sanguíneos se estrechan disminuyendo su diámetro, produciendo así una disminución del flujo sanguíneo y un aumento de la viscosidad de la sangre. Se usa para controlar el hinchazón en lesiones agudas. 20-40 minutos después provoca vasodilatación, cuando la temperatura de la piel disminuye por debajo de los 15° aparece una vasodilatación ó aumento del diametro de los capilares, lo cual evita la congelación de la piel, sobre todo en zonas distales de las extremidades, como dedos de manos ó pies.

Sobre el corazón disminuye la frecuencia cardíaca y aumenta la presión arterial.

2. Sobre el aparato respiratorio. Aumenta la frecuencia respiratoria superficial y disminuye el broncoespasmo.

3. Muscularmente. Cuando la aplicación de crioterapia se alarga en el tiempo provoca un efecto analgesico, disminuyendo el tono muscular y aliviando a su vez los espasmos musculares.

4. Neurológicos y neuromusculares. Si la aplicación es corta, provoca excitación o estimulación muscular (muy usado antes de la práctica deportiva). Si la aplicación es larga, entonces relaja el músculo.

5. Antialgico. Las aplicaciones de frío son

capaces de causar 2 efectos contradictorios: *Provocar dolor* (en inmersiones de agua con hielo) y *aliviar el dolor* (el dolor se reduce de forma indirecta por la disminución de la inflamación).

Efectos secundarios

- Quemadura local por congelación.
- Parálisis nerviosas pasajeras (reversibles).

Indicaciones crio (cuando sí)

- Traumatismos ó contusiones (la crioterapia es uno de los tratamientos más efectivos en los primeros momentos tras la lesión).
- En reumatología (artrosis, tendinitis, bursitis): disminuye la inflamación.
- Abrusiones y heridas: Sólo durante las primeras 48 horas (antes de su formación).
- Para el tratamiento de quemaduras producidas por el hielo (se aplica más hielo si el paciente lo tolera).
- Cefaleas....

Contraindicaciones crio (cuando no)

- Problemas cardiacos debido a la vasoconstricción que provoca el frio.
- Anemia.
- Cáncer.
- Hipersensibilidad al frío.
- Urticaria (muy frecuente, producida por la liberación de histamina).



Termoterapia y sus técnicas de aplicación

Es la aplicación terapéutica del calor mediante agentes térmicos. Las técnicas de aplicación de la termoterapia que aquí hablaremos se van a clasificar en función de la profundidad de penetración del calor:

► Métodos superficiales:

- **De conducción ó contacto:** Cómo son los típicos hidrocolador, compresas de materiales gelatinosos, mantas eléctricas, ceras y parafinas...
- **De convección:** Aire caliente seco (baño romano). Aire caliente húmedo (baño turco).
- **Radiación:** Lámparas infrarrojas...

► Métodos profundos:

- La transmisión de calor es por conversión de una energía en otra como son los "microondas, onda corta y ultrasonido".

Efectos fisiológicos y terapéuticos

1. Efecto circulatorio. El calor va a producir un aumento del flujo sanguíneo debido a una dilatación de los vasos sanguíneos más pequeños. Con la consiguiente mejora de la circulación se activa y mejora el metabolismo.

2. Efecto respiratorio. Aumenta la frecuencia respiratoria.

3. Muscular y articularmente. Aumenta la extensibilidad muscular y alivia los espasmos musculares (contracturas).

4. Efecto neuromuscular. Si la aplicación es prolongada tiene un efecto sedante y analgésico, por ello es muy usado en enfermedades crónicas, pero nunca se utilizará en trastornos

inflamatorios agudos como es el caso de la "artritis reumatoide".

5. Sobre el sistema gastrointestinal y menstrual. Alivia las molestias ya que aumenta el peristaltismo (mov del estomago) y con ello mejora la digestión. También alivia los dolores menstruales.

6. Antiálgico. El dolor también se alivia gracias al aumento de la circulación sanguínea que provoca el calor.

Efectos secundarios

Quemaduras, desmayos y hemorragias.

Indicaciones termoterapia (cuando sí)

- En traumatismos y/o contusiones después de las primeras 24 horas.
- Al inicio de cualquier actividad deportiva (prevención de lesiones).
- En parálisis faciales.
- En dolores menstruales, gastrointestinales...
- En afecciones de la piel.
- En inflamaciones subagudas o crónicas superficiales (absceso, flemón, panadizo...).

Contraindicaciones termoterapia (cuando no)

- En inflamaciones e infecciones (en las primeras 24 horas).
- En edemas.
- En hemorragias recientes.
- En pacientes con alteraciones de la sensibilidad.
- En tromboflebitis.

- En cardiopatías.
- En implantes metálicos (marcapasos, prótesis de rodilla..)
- En embarazadas (sobre el vientre).

"Nunca aplicarla inmediatamente después de una lesión ni directamente sobre ojos o genitales".

Conclusión y elección entre frío y termo

Debido a que algunos de los efectos e indicaciones clínicas para el uso de la crioterapia y la termoterapia son los mismos y otros son distintos, hay algunos momentos en los que se pueden utilizar cualquiera de los 2 y otras en las cuales sólo sería apropiado uno u otro. Aunque tanto calor como frío pueden disminuir el dolor y el espasmo muscular, sus **efectos** sobre el flujo de sangre, la formación de edema, el metabolismo y la extensibilidad de los tejidos son **opuestos**.

La crioterapia disminuye estos efectos, mientras que la termoterapia los aumenta:

Efecto sobre el organismo	CRIO	TERMO
Dolor	-	-
Espasmo muscular	-	-
Flujo de sangre	-	+
Formación de edema	-	+
Metabolismo	-	+
Extensibilidad tejidos	-	+
Rigidez articular	+	-
Espasticidad	-	Ningún efecto

Anestesia ambulatoria

*Marta Aguado Sevilla. MIR Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra
Ruben Goñi Robledo. FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra*

Diseñada este tipo de anestesia para satisfacer las necesidades de la cirugía ambulatoria para que usted pueda regresar a casa poco después de la intervención quirúrgica.

Actualmente la proporción de cirugías ambulatorias se ha incrementado de un tercio a dos tercios. Los procedimientos ambulatorios más comunes son las endoscopias y cirugía de cataratas, ambos procedimientos realizados bajo cuidados anestésicos monitorizados. Es muy importante que los anestesiólogos sean capaces de formular un plan anestésico apropiado. Esto incluye un retorno rápido del estado de alerta sin efectos secundarios significativos, así permite el alta puntual de los pacientes sometidos a procedimientos ambulatorios.

Para estos procedimientos se usan drogas anestésicas de corta acción, técnicas anestésicas especializadas y atención especialmente orientada a las necesidades del paciente ambulatorio para que su experiencia sea segura y agradable.

Generalmente los procedimientos que se realizan en cirugía ambulatoria incluyen procedimientos de duración breve. Si se trata de un procedimiento más complejo, que pueda requerir monitorización postquirúrgica más prolongada, se debe programar a primera hora.

Algunos consejos antes de la operación

¿Puedo comer o beber antes de la anestesia?

No se debe comer ni beber nada desde las 00:00 de la noche anterior a la operación. En algunas ocasiones el anestesiólogo puede permitir que tome la medicación indicada con un poco de agua.

Si acostumbra a fumar, no lo haga previo a la anestesia.

¿Necesito compañía para que me lleve a casa?

Si, necesita que un adulto responsable lo lleve a casa después de que le hayan aplicado un anestésico o un sedante. No le permitirán salir solo y se recomienda que tenga compañía durante las primeras 24 horas.

En el caso de que se trate solo de anestesia local y no se proporciona sedante, es posible irse a casa sin compañía. Antes de todo preguntar al médico responsable, Antes de marchar se reciben unas instrucciones importantes para su seguridad.

¿Se deben tomar las medicinas habituales?

Algunas si y otras no. Es muy importante seguir las instrucciones del anestesiólogo.

El día de la cirugía

Ese día usted conocerá a su anestesiólogo, éste se habrá revisado su historia médica, sus antecedentes relacionados con la anestesia, y los resultados de las pruebas de laboratorio que le hayan realizado y contestará a cualquier pregunta que se le haga.

Al llegar a la sala de cirugía, se conectan los monitores: el aparato de tensión arterial, el electrocardiograma y otros aparatos para su seguridad. Ya estará listo para la anestesia.

¿Qué hace el anestesiólogo durante la cirugía?

Éste es responsable de velar por su comodidad y seguridad. El anestesiólogo dirige el equipo de atención, para supervisar y controlar las funciones vitales durante la cirugía. Además es responsable de controlar las posibles complicaciones que puedan aparecer relacionados con la cirugía y con cualquier otro problema médico crónico que pueda tener el paciente, como asma, diabetes, tensión arterial alta o problemas del corazón. El anestesta estará a su lado durante toda la cirugía.

Finalizada la cirugía

¿Cuándo me podré ir a casa?

Dependerá de las normas del centro donde se realice la cirugía, del tipo de cirugía y del tipo de anestesia administrada. La mayoría de los pacientes se pueden ir a casa entre 1 y 4 horas después de la cirugía. En alguna ocasión es necesario quedarse de un día para otro.

¿Recibiré alguna instrucción?

Se le darán instrucciones orales y escritas. Por lo general, durante las 24 horas después de su cirugía: no deberá beber alcohol ni tomar medicación sin receta médica, no conducirá su vehículo ni máquinas peligrosas y no tomará decisiones importantes.

Seguimiento

Se deben seguir las instrucciones que le dan en el centro donde le han realizado la cirugía, es importante seguirlas para una recuperación rápida, segura y agradable.



Analgesia controlada por el paciente (PCA)

Marta Aguado Sevilla. MIR Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra
Ruben Goñi Robledo. FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra

En numerosos estudios se ha podido demostrar que pequeñas dosis de analgésicos a demanda del paciente proporcionan una reducción de la dosis total y mejor control del dolor. Basándose en estas observaciones decidieron idear una técnica PCA.

Así esta técnica permite ajustar de manera continua la dosis de acuerdo a la intensidad del dolor y a las propias necesidades del paciente. Se ha visto que la satisfacción del paciente y personal son evidentes, le proporciona una autonomía al enfermo y elimina el retraso en la administración de la analgesia. Cuando nosotros hablamos de PCA nos referimos al período postoperatorio, normalmente nos referimos a la administración de morfínicos a demanda mediante un dispositivo electrónico (bomba PCA).

La PCA está disponible para aquellos pacientes que requieran opioides intravenosos tras la cirugía o durante un proceso médico agudo. No tiene un límite superior de edad para usarlo, pero debemos prestar atención a pacientes mayores de 75 años (dosis menores y evitar infusión continua), también debemos tener en cuenta trastornos renales o hepáticos en los que el aclaramiento de morfina y sus metabolitos podrían estar alterados. El límite inferior de edad se suele situar alrededor de los 10 años, dependiendo de la capacidad cognitiva del niño y su capacidad para entender el uso de la PCA. En casos concretos se podría usar en niños de hasta 5 años. En el caso de pacientes pediátricos, tanto los pacientes como

los padres deben ser seleccionados para su uso. Las principales contraindicaciones son: retraso mental, desconocimiento del idioma y un bajo nivel de conciencia.

Debemos tener en cuenta aquellos pacientes con uso habitual de opiáceos que podrían presentar un nivel de tolerancia y necesidad de una dosis individualizada.

¿Qué ventajas ofrece esta técnica?

Una individualización de las necesidades analgésicas pues evita exacerbaciones del dolor, disminuye la ansiedad asociada al dolor al permitirle al paciente un mejor control del mismo.

Mejora la función respiratoria y el nivel de actividad durante el período postoperatorio. Es una técnica sencilla y la carga de trabajo a enfermería es pequeña.

¿Cuáles son sus inconvenientes?

Requiere colaboración activa del paciente, necesitamos que la técnica sea entendida tanto por el paciente como por el personal. No es aplicable a todos los pacientes. Además de todo esto, se necesita de una dotación de bombas y sistemas apropiados.

¿Cuáles son sus complicaciones?

Derivadas de la técnica: errores operacionales (programación incorrecta, cantidad de analgésico inadecuada, fallo en el equipo de infusión)

Errores mecánicos: fallos en la administración de las dosis pautadas, posible fallo en el sistema de alarmas.

Ligadas a paciente: incomprensión del concepto de PCA, el no entendimiento del funcionamiento del aparato, abuso intencionado de analgésicos.

Ligadas a los analgésicos: efectos secundarios derivados de los analgésicos que se usen.

¿Posibles efectos secundarios de la PCA?

- **Náuseas:** su incidencia es de un 20-30% el primer día, según el tipo de procedimiento y va disminuyendo los días siguientes. El tratamiento inicial suele ser con metoclopramida u ondasetrón. Si las náuseas no respondiesen a los antieméticos se podría cambiar de opiáceo.
- **Prurito:** puede o no deberse a la liberación de histamina. A menudo se trata con antihistamínicos, no tiene un tratamiento específico y puede requerir la disminución de dosis de fármaco. El prurito durante la administración de opioides intra o epidurales suele ser de origen multifactorial y a menudo responde a mínimas dosis de naloxona cuando otras medidas no son eficaces.
- **Inadecuado alivio del dolor:** este problema se suele tratar aumentando la dosis, añadiendo una infusión continua, administrando medicación adyuvante o cambiando de opioide. Debemos recordar que AINES o Paracetamol deben administrarse de manera pautada en todos los pacientes con un dispositivo PCA, así esto permite que las demandas de morfina se reduzcan hasta un 30-40% y por tanto aparezcan menos efectos secundarios.

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CAMPAMENTOS SEMANA SANTA Y VERANO 2019



10% Dto. presentando este anuncio

NUEVO CONCEPTO DE HÍPICA
Innovadoras instalaciones
LO QUE SIEMPRE HAS SOÑADO PARA TI
Y TU CABALLO. ¡¡TE ESPERAMOS!!

FECHAS - HORARIOS - PRECIOS

SEMANA SANTA del 23 al 26 de Abril

VERANO: Julio y Agosto de Lunes a Viernes

1-5 julio / 15-19 julio / 22-26 julio/ 29 julio al 2 agosto / 5-9 agosto / 12-16 agosto / 19-23 agosto / 26-30 agosto

► **Horario: 9 a 14 h.**

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

► **Precio Semana Santa*: 160€/semana y 45€/día**

► **Precio Verano*: 190€/semana**

*Descuentos

15% Descuento para los alumnos de la escuela

10% Descuento para hermanos de alumnos

ACTIVIDADES

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

INSCRIPCIONES - OBSERVACIONES

► Inscripciones por email o teléfono:

Marta Erroz 606 652 361

info@centroecuestrecizur.com

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



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