zonahospitalaria

 $www.zonahospitalaria.com\ a\~noII\ marzoabril2008\ n°10$





Información y recepción

Travesía de Acella 2, bajo 31008 Pamplona T. 948 272 975 www.hostelet.com info@hostelet.com

Su casa junto a la Clínica en la Zona Hospitalaria



Vista de la Clínica Universitaria desde la entrada del Hostal Abodi



HABITACIONES FRENTE A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA TRATO FAMILIAR Y PERSONALIZADO HORARIO DE ATENCIÓN DE 8.30 A 23.00 HORAS ALQUILER DE APARTAMENTOS

Habitaciones con baño completo individual • Televisión con antena parabólica en todas las habitaciones • Teléfono de uso público • Servicio de limpieza diario • Cambio de lencería y toallas

Zona Hospitalaria Apdo. de correos 4321. 31080 Pamplona

Edita Publisic Servicios Imagen & Comunicación S. L. Coordinador Alfredo Erroz Dirección y Redacción Gonzalo Hernández e Imanol Osácar (redaccion@zonahospitalaria.com) Fotografía, diseño y producción Publisic Publicidad 948 276 445 (aerroz@publisic.com) D.L. NA-2471/2006. Tirada 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.





SUMATIO SALUD. La astenia Primaveral (4) SALUD. El Servicio Navarro de Salud mejora sus recursos de Urgencias con la reforma del Ambulatorio Solchaga. Navarra registra una media de dos donaciones diarias de sangre de cordón umbilical (6) SALUD. Enfermedades alérgicas primaverales (8) SALUD. Terapia con animales (10) SALUD. Asma y primavera (12) SALUD. El lloro del nacimiento, primera manifestación de voz (14) MEDICINA. Varices (16) MEDICINA. La Próstata (segunda parte). Prostatitis, inflamaciones e infecciones de la próstata (17) MEDICINA. Hemorroides (18) SALUD. Dieta y salud dental (20) SALUD. Y los niños, ¿también pueden tener reuma? (22) MEDICINA. ¿Cómo prepararse ante una operación de cirugía? (24) SALUD. Hipertensión arterial (primera parte) (26) SALUD. Úlcera gástrica (29) SALUD. Ejercicio físico y su práctica al aire libre (30) CULTURA Efectos del material particulado en la salud (32) SALUD Otitis media (34) SALUD. Estrés relacionado con el trabajo (36) SOLI-DARIDAD. Asociación Navarra de Defensa de la Vida (ANDEVI) (37) CULTURA. Reseñas bibliográficas (38)



La información que usted necesita...

www.zonahospitalaria.com

zona hospitalaria trabaja cada día para ofrecerle una información de actualidad sobre medicina, salud y cultura.

A través de nuestra web, usted puede:

- Suscribirse gratuitamente a nuestro boletín **e-zh** y recibir en su correo electrónico la revista en versión digital.
 - Acceder a todos los artículos publicados sobre medicina, salud y cultura.
 - Consultar nuestra **Guía de Servicios** para planificar su desplazamiento (alojamiento, restaurantes, compras...)
 - Expresar sus opiniones y sugerencias a través de nuestro Buzón de atención al cliente.
 - Participar en concursos con los que ganar importantes premios.
 - Suscribirse a nuestra publicación zona hospitalaria (6 nº/año por 25 euros), y mucho más...

salud

La Astenia Primaveral

Mikel Valverde

Psicólogo Clínico Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital de Navarra

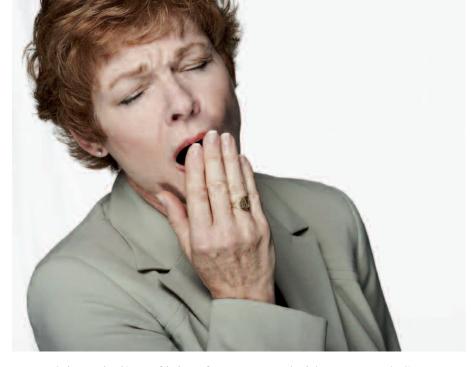
Al acabar el invierno algunas personas se sienten decaídas y cansadas mental y físicamente, de tal forma que pierden la motivación para realizar las tareas más cotidianas aunque sean simples. Si no hay signos de otro rango, es posible que la persona sufra lo que hace tiempo se denominó astenia primaveral -que significa cansancio primaveral- y que fue catalogada como una enfermedad más, que también tenía remedios farmacológicos. Desde hace unas cuatro décadas este término ha caído progresivamente en desuso. aunque algunos se acuerdan de él cada primavera.

Pertenece a ese tipo de alteraciones que no tienen un basamento científico fundado y por ello no está incluida en la Clasificación de Enfermedades de la OMS. Sin embargo no es raro encontrar personas que notan la llegada de la primavera, algunas como una época euforizante y otras en forma de desgana.

¿Qué es?

Se refiere a un cansancio que se da sin que medie esfuerzo previo y permanece prácticamente constante todo el día. Se pensó que tiene que ver con el cambio de la temperatura, de la luz u otros factores relacionados con el cambio estacional. De hecho, se le han atribuido múltiples causas incluyendo cambios cerebrales, alergias y predisposición individual. Se dice que es más frecuente en adultos de 30 a 50 años y más en mujeres que en hombres. Algunas referencias muestran que una persona de cada diez la sufre. De cualquier modo, hay que decir que las referencias de lo que es la astenia primaveral son contradictorias.

Se trata de un malestar leve, que desaparece después de unos pocos días. Si al cansancio se le hallara una causa definida, o su intensidad fuera relevante, o se acompaña de otros sín-



tomas, o la incapacitación o sufrimiento fuera importante requerirá una exploración complementaria, con tratamiento si es necesario, porque posiblemente lo que se padece sea diferente de la astenia primaveral. La astenia o cansancio puede ser indicio de muchos trastornos, pero a diferencia de la primaveral aparece junto a otros síntomas. También puede ser, como el caso que hablamos, un estado físico transitorio sin causa conocida y que no tiene por qué ser una enfermedad. Una simple preocupación nos puede hacer dormir ligeramente peor y hacernos sentir un cansancio pegajoso durante el día. Ésta es una de las formas que el cuerpo y la mente tienen para llamar la atención sobre algo que nos preocupa.

¿Cómo afrontarla?

Antes de ver qué podemos hacer con esta clase de cansancio, tenemos que reseñar que hay enfoques diversos. La homeopatía y la fitoterapia son solo dos áreas que intervienen, antes lo hizo la psiquiatría y los médicos de familia. También el ginseng, el té, otras infusiones, jalea real, vitaminas y diversos tónicos han sido prescritos o recomendados, y es cierto que pueden ser útiles. Esta estrategia sirve para afrontar el cansancio y la falta de motivación de forma sencilla y ampliamente referida como ayuda a este problema.

El primer aspecto al que podemos dirigir nuestra atención es evaluar cómo dormimos, ya que no es extraño que el cansancio se inicie durmiendo mal, tanto por exceso como por defecto. Y si es así, como consejo general hay que recomendar una buena higiene del sueño, especialmente manteniendo constante la hora de levantarse y acostarse. Incluso si hemos dormido mal no deberemos levantarnos más tarde ni echar una siesta, ya que podemos desajustar el descanso del día siguiente. No va a

pasar nada si durante un par de días estamos forzados con el dormir, porque es mejor que desorganizar el horario del sueño. Si las dificultades del sueño se mantienen conviene consultar al médico de familia, incluso sabiendo que usar hipnóticos no es necesariamente la forma de afrontar este problema.

Realizar ejercicio físico

Un segundo consejo, generalmente muy útil para los estados de desmotivación y astenia, es realizar algún tipo de ejercicio físico diario. Pasear de forma ligera a media tarde durante 40 ó 50 minutos puede bastar para volver a sentir el cuerpo con energía al cabo de dos o tres días e incluso puede ayudar a dormir mejor. Esta manera de abordar el cansancio es opuesta a lo que nos diría el sentido común: si estamos cansados debemos descansar. Pero en este tipo de problemas descansar más o estar más tiempo en la cama, tendrá el efecto de sentirnos agotados de forma más intensa.

La tercera cuestión importante es analizar si tenemos algún problema, preocupación o si estamos bajo estrés. Si creemos que algo que nos preocupa, el sentarse ante un cuaderno para escribir nuestras impresiones sobre ello de forma ordenada y estudiar las posibles soluciones, puede ser útil. Ver en el papel o en el ordenador descrita nuestra preocupación y el esbozo de nuestras respuestas, por ejemplo preguntándonos: ¿cómo ocurre?, ¿por qué?, ¿qué he hecho hasta ahora?, ¿qué puedo hacer?... Lo que en nuestra mente permanece pendiente y nos preocupa puede expresarse en nuestro cuerpo mediante cansancio, ansiedad y otras manifestaciones psicosomáticas molestas. Lo que tenemos psicológicamente pendiente puede comenzar a afrontarse de esta forma y si lo necesitamos, puede animarnos a buscar la ayuda necesaria.

TERRAZAS DE ZARIQUIEGUI

A 2 MINUTOS DE ZIZUR MAYOR

4 EXCLUSIVAS UNIFAMILIARES

Parcelas desde 780 m² y 300 m² útiles de vivienda

> ¡Diseña tu hogar sin costes añadidos!







COCINA MONTADA CON Hábitat Miéle ¡VISÍTANOS! No te arrepentirás.

948 266 634 CITA PREVIA



salud



Navarra registra una media de dos donaciones diarias de sangre de cordón umbilical

En Navarra se hacen dos donaciones diarias, incluidos festivos, de sangre de cordón umbilical. El 18% de las parturientas que dan a luz en la Comunidad Foral hacen esta donación, frente al 10% de la media española, según explicó la consejera de Salud, María Kutz, a los tres meses de la puesta en marcha del Programa de Donación de Sangre de Cordón Umbilical.

Los hospitales-maternidades de la red pública de la Comunidad Foral se sitúan en los primeros puestos en cantidad y calidad de las donaciones entre los 41 centros adheridos a este programa en España. Entre noviembre de 2007 y enero de 2008, se obtuvieron en Navarra 221 muestras de sangre de cordón umbilical, lo que significa que, de mantenerse este ritmo de donaciones, en siete meses se habría cumplido las expectativas para todo el año.

De las 221 muestras obtenidas en Navarra, el Banco Público que centraliza estas donaciones, ubicado en Barcelona, aceptó 189. Esta cifra supone un 85,5%, cuando la media española de muestras aceptadas es del 70%.

La consejera de Salud ha destacado que los resultados de las donaciones en el primer trimestre de funcionamiento del programa revelan el alto grado de solidaridad demostrado por las mujeres y las familias navarras y la buena praxis de los profesionales sanitarios que han conseguido notables índices de calidad de la sangre de cordón donada. Ambas realidades han sido reconocidas en la primera evaluación que ha realizado el Banco de Sangre de Barcelona.



El Servicio Navarro de Salud mejora sus recursos de Urgencias con la reforma del Ambulatorio Solchaga

El área del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias del Ambulatorio Solchaga, ha entrado en funcionamiento después de un proceso de reformas de modernización de sus instalaciones para hacerlas más funcionales, y lo ha dotado de mayor confortabilidad y seguridad para los pacientes.

Este nuevo Servicio incrementa y mejora la capacidad asistencial de las urgencias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ya que complementa en esta función al Hospital de Navarra y al Hospital Virgen del Camino. Está dotado de recursos humanos y materiales para atender en un primer momento toda clase de urgencias para luego derivarlas, en caso de que requieran hospitalización, a uno de los dos hospitales de referencia en Pamplona. Presta servicio de tarde y noche en días laborales, y de jornada de veinticuatro horas en festivos. El servicio está atendido por dos médicos de medicina general, un pediatra y tres enfermeras. En días laborables atiende a una media de 90 personas diarias, y en festivos, de 150.

El reformado servicio de urgencias del

Ambulatorio Solchaga se ubica en el ala derecha del edificio y dispone de dos consultas (boxes) de atención de casos de medicina general, una de ellas utilizable en atención oftalmológica; dos consultas de pediatría, una de ellas utilizable para medicina general; dos boxes de enfermería; un box de triaje (clasificación de pacientes) por enfermería, utilizable en su caso por médicos, y un box de reanimación. Las novedades funcionales que introduce este servicio de urgencias son, en primer lugar, la implantación del triaje por enfermería para priorizar la asistencia de los pacientes en función de su gravedad y acortar los tiempos asistenciales en caso de emergencia.

En segundo lugar, el establecimiento de un área de observación con capacidad para tres pacientes que pueden ser atendidos simultáneamente mientras se observa la evolución de sus síntomas o se les realizan pruebas.

En tercer lugar la disposición de servicios de radiología y analítica básica hasta las 23 horas, todos los días de la semana.

Añadir la disposición de un área de reanimación dotada con todos los recursos necesarios y el acceso a la historia clínica informatizada de cada paciente.



CON EL NUEVO CENTRO DE URGENCIAS SOLCHAGA



La red de urgencias sanitarias de la Comarca de Pamplona se ha reforzado con la ampliación del Centro de Urgencias Solchaga, al que se ha dotado de instalaciones propias de un hospital. Ante una urgencia, acude al nuevo Solchaga o a los centros de salud de Burlada, Rochapea y Ermitagaña. Recibirás una atención rápida y segura y posibilitarás que las urgencias de los hospitales atiendan preferentemente los casos más graves.

Gobierno de Navarra



Enfermedades alérgicas primaverales

Dr. Gabriel Gastaminza Departamento de Alergología. Clínica Universitaria de Navarra

El conjunto de las enfermedades alérgicas causadas por la hipersensibilidad a los granos de polen se denomina polinosis. La primera descripción en la literatura acerca de la polinosis fue realizada por el Dr. Bostock en 1819, en un trabajo titulado "un caso de una afección periódica de los ojos y el tórax" en el que describía su propia enfermedad.

Lo describió como un proceso que afectaba a los ojos y la nariz, pero a diferencia del catarro común, solamente se producía durante la estación del heno en Inglaterra (junio y julio), denominándolo por ello fiebre del heno. Posteriormente, el Dr. Bostock publicó un segundo estudio que incluía 18 casos similares al suyo, algunos de ellos acompañados de asma (asma del heno). Más de cuatro décadas después, el Dr. Blackley comprobó que la fiebre del heno era desencadenada por la exposición ambiental a granos de polen de gramíneas. Además, observó que éste era el polen más abundante en los meses de junio y julio coincidiendo con la época en la que sus pacientes presentaban los síntomas de la fiebre del heno. Asimismo, comprobó que el polen era responsable de la fiebre del heno ya que reprodujo los síntomas en sus pacientes a los pocos minutos de hacerles inhalar granos de polen de gramíneas.



El polen

Es la célula sexual masculina de las plantas superiores. En determinadas épocas del año, es liberado por la planta en grandes cantidades. El traslado del polen de la planta donde se ha formado hasta la parte femenina de la flor se conoce como polinización. Los pólenes pueden ser transportados por los insectos como las abejas y mariposas -plantas entomófilas-, las cuales no suelen ser causas frecuentes de alergia; o bien puede ser transportado a través del viento -plantas anemófilas-, que son los pólenes más importantes en el desarrollo de la polinosis.

Cada grano de polen puede contener varias

proteínas capaces de producir alergia, que se conocen como alérgenos. Algunas de estas proteínas se encuentran en pólenes de diferentes plantas, e incluso de alimentos, por lo que son conocidos como panalérgenos. La presencia de estas proteínas muy ubicuas puede explicar esa elevada frecuencia de pacientes polínicos que desarrollan también alergia alimentaria. Por ejemplo, el alérgeno principal del polen de abedul es capaz de reconocer a una proteína parecida presente en la manzana.

La polinosis

Consiste en una inflamación causada por un mecanismo inmunológico mediado por anticuerpos de tipo IgE, desencadenada por los granos de polen que se depositan en la piel y/o mucosas de pacientes sensibilizados previamente. Las manifestaciones clínicas de la polinosis son diversas: rinitis con estornudos, congestión nasal y rinorrea; conjuntivitis con enrojecimiento ocular y lagrimeo abundantes; faringitis con picor en el paladar y en la garganta; asma con episodios de dificultad respiratoria, tos y pitidos. Algunos pacientes desarrollan también brotes de dermatitis atópica

Aunque los síntomas al principio sean leves, la historia natural de las enfermedades alérgicas enseña que las distintas manifestaciones clínicas pueden aparecer de forma sucesiva (primero dermatitis, luego rinoconjuntivitis y



después asma) en lo que se ha denominado "marcha atópica". Numerosos estudios longitudinales han observado que aproximadamente la mitad de los pacientes con eccema tópico desarrollarán asma bronquial y dos tercios rinitis alérgica. Por ejemplo, se ha descrito un aumento del riesgo de desarrollar asma bronquial cinco veces superior en los niños con rinitis alérgica con respecto a los niños sanos. De hecho, se ha comprobado que la gran mayoría de los pacientes con rinitis alérgica presentan hiperreactividad bronquial y cierto grado de inflamación de la mucosa bronquial tras la exposición al polen. Asimismo, es frecuente la sensibilización concomitante frente a alimentos en pacientes alérgicos a pólenes. Tanto es así, que la alergia alimentaria secundaria a una alergia al polen se ha convertido en la forma de alergia a alimentos más frecuente



en Europa en adultos y adolescentes con el detrimento en la calidad de vida que esta patología conlleva.

¿Cuándo se producen las alergias?

Los pólenes alergénicos más importantes en Navarra son los de las gramíneas, el olivo y fresno, el ciprés y las malezas como la salsola. Cada uno de estos pólenes tiene su época de polinización. El ciprés poliniza entre enero y marzo, el fresno entre febrero y abril, el olivo en los meses de abril y mayo, las gramíneas de mayo a julio y las malezas desde mayo hasta septiembre. Por lo que un paciente sensibilizado a un panalérgeno que esté en todos estos pólenes, puede sufrir síntomas prácticamente todo el año.

Por esta razón, realizar un diagnóstico preciso de los alérgenos que reconoce el paciente



puede ser importante de cara al tratamiento más adecuado que conviene hacer. Esto hoy en día está en pleno desarrollo y ya puede realizarse frente a muchos alérgenos utilizando la tecnología de los microarrays.

Tratamiento

Actualmente, disponemos de terapias específicas capaces de modificar el curso de las enfermedades alérgicas, una vez identificado el alérgeno. Este es el caso de la inmunoterapia frente a pólenes, el cual ha demostrado su eficacia en numerosos estudios, por lo que resulta obligado un diagnóstico preciso de la etiología alérgica así como una intervención temprana, ya que se ha demostrado que la inmunoterapia frente a pólenes es capaz de reducir el desarrollo de asma bronquial en los pacientes con rinitis alérgica.





Terapia con animales

La terapia con animales proporciona a los mayores una serie de beneficios que sirven como complemento a las terapias convencionales y contribuyen a mejorar su estado físico, su capacidad cognitiva y su equilibrio emocional. Los centros gestionados por el Grupo Amma son pioneros en la implantación de esta modalidad de tratamiento, que transforma a un simple animal de compañía en una fuente de salud y bienestar.

"Es muy difícil resumir todos los beneficios que la terapia con animales aporta a los mayores -explica Santiago Garde, Psicólogo clínico y director del centro Amma Argaray- tanto en el ámbito físico, como el psicológico y el social. Cuando empezamos con la terapia con animales, pensábamos en una asistencia para la rehabilitación física. Pero nos dimos cuenta de que incluso personas con demencia avanzada, gracias a las mascotas, empiezan a mostrar atención al entorno, a pesar de que los terapeutas, o incluso su propia familia no lo han conseguido. La mascota produce un estímulo que moviliza a un cerebro que parecía dormido o aletargado. Por eso nos ayudan en nuestro objetivo", apunta el director del centro, y uno de los responsables de que esta modalidad terapéutica esté empezando a generalizarse en los centros gestionados por el grupo. Junto a los beneficios emocionales, la terapia con animales puede tener un impacto en la salud general de los mayores. "En pacientes con problemas cardiacos se ha demostrado que hacerse cargo de una mascota disminuye la tensión arterial, comportándose en la misma

línea que lo hacen los fármacos", explica Santiago.

La terapia con animales aprovecha valores intrínsecos del animal - respuesta invariable, fidelidad, incapacidad de juzgar, etc. - para facilitar el trabajo del facultativo o del terapeuta en la educación, recuperación, rehabilitación, reinserción, tratamiento o mejora de la calidad de vida de determinadas personas. Las mascotas tienen una gran capacidad de respuesta al contacto humano y proporcionan a las personas a las que acompañan un sentido de seguridad emocional que resulta de gran ayuda.

Mutilva, centro pionero

A pesar de que cualquier animal de compañía pueda ser útil para esta función, los perros parecen destacar como el "terapeuta animal" por excelencia en nuestra sociedad. "Al principio empezamos poniendo peces y pajareras, buscando crear un ambiente como el de cualquier casa normal. A los dos años de ver lo bien que funcionaban los peces como ayuda para la relajación de los mayores, y las ninfas (un tipo de



loro), los especialistas del grupo Amma decidieron implantar la terapia con perros. "Aunque cualquier animal puede ser de ayuda, decidimos que fueran los perros, por sus cualidades en la estimulación cognitiva", comenta Garde.

Durante la navidad de 2004, Uki, un pastor vasco, fue el primer perro que entró en una de las residencias del grupo, concretamente en Amma Mutilva. Después, la Fundación Affinity, donó al grupo algunos Golden Retriever, una de las razas más comunes en todo tipo de terapias, por su carácter dócil. Affinity es una Fundación privada sin ánimo de lucro que promueve el papel de los animales de compañía en la sociedad.

De mascota a 'facilitador'

Según explica Garde, cualquier raza de perro con una buena educación puede realizar el trabajo necesario y actuar como un facilitador, como un mediador que, ayuda, acerca y relaciona las diferentes terapias", explica el director del centro. En cualquier caso, siempre se trata de una terapia que complementa el tratamiento de los terapeutas y profesionales.







"Se dan casos de personas que tienen muy poca relación con los demás y gracias a que cuidan a la mascota, la alimentan o la llevan al veterinario, encuentran una excusa para pasear y para relacionarse con los demás residentes", destaca Garde. Y continúa: "Las mascotas consiguen que los que se sienten solos aunque se encuentren rodeados de gente, comiencen a socializarse, a convivir y a hablar con los demás, a crear coincidencias. Los perros suavizan el carácter de las personas, modulan la emocionalidad y fomentan la verbalización. Y el acariciarlos, tranquiliza a los residentes. Realmente lo que provocan es paz. Por eso no



entiendo que haya gente que los maltrate", comenta Garde.

Terapia complementaria

La terapia con animales encaja dentro del modelo sociosanitario de Amma como complemento al resto de actividades contempladas en el plan de atención personalizada de cada residente. Este plan, elaborado por el equipo técnico del centro con ayuda de los familiares, analiza de forma detallada aspectos tanto físicos como psicológicos, médicos y sociales, para asegurar que cada uno de los residentes tenga sus necesidades cubiertas.

Dentro de esta filosofía de trabajo, basada en un modelo sociosanitario propio, cada residencia establece su propio programa de asistencia. Por ejemplo Sam, uno de los Golden Retriever, del centro de Ibañeta, disfruta de su momento de esparcimiento a primera hora de la mañana, mientras los residentes se van levantando. Luego participa en la terapia de "buenos días", donde pasea y juega con los residentes, y antes de comer, toma parte en un taller de terapia ocupacional en el que se trabaja la motricidad de los miembros superiores

de los residentes mediante las caricias y el cepillado, que suele ir seguido de un paseo para las personas con problemas de movilidad. Por la tarde, participa en las sesiones de estimulación cognitiva, que pueden ser individuales o colectivas.

"Sacar al perro de paseo puede ser una excusa para hacer una actividad que de otra manera costaría mucho hacer. Ayuda a que eso que supone un esfuerzo, o que es doloroso, como colocarse en las paralelas y volver a andar, o la rehabilitación después de un accidente, se encare con más ánimo, con mayor motivación", explica Santiago.

Modelo sociosanitario propio

La filosofía de trabajo de Amma se ha caracterizado desde los inicios de su actividad por la atención individualizada a los residentes, una amplia oferta de servicios, el diseño de edificios espaciosos con amplias zonas verdes (más de 50 metros cuadrados construidos por residente) y por contar con un equipo formado por profesionales con un alto nivel de cualificación y una auténtica vocación de servicio a los mayores. Este planteamiento de trabajo ha llevado a la empresa a crear un modelo sociosanitario propio, diseñado por prestigiosos expertos en los campos de la geriatría, la gerontología y la atención a la dependencia. Esta es una de las grandes diferencias de Amma con el resto de empresas del sector, y ha servido para que Amma sea reconocida como garantía de la más alta calidad asistencial y excelencia en la gestión.

> 902 100 999 www.amma.es

salud

Asma y primavera

Dr. Alfredo Resano Consulta Alergología Hospital San Juan de Dios y Clínica San Miguel.

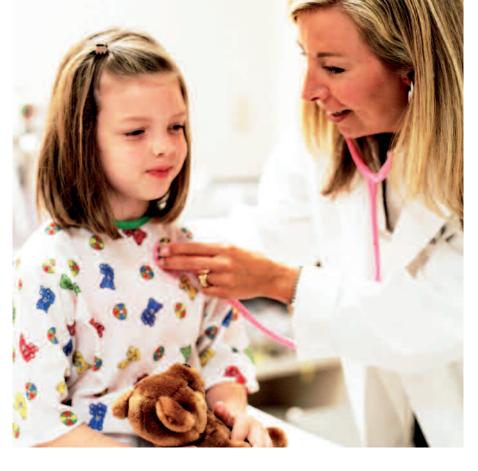
En la actualidad, podemos afirmar que una de cada cuatro personas se verá afectada por algún proceso alérgico. Las principales enfermedades alérgicas son respiratorias: el asma bronquial y la rinitis (una simple tos incontrolable, el lagrimeo o los estornudos pueden ser, de hecho, manifestaciones de alergia respiratoria).

La progresión es tan sostenida que el asma bronquial es ya la enfermedad más frecuente en la infancia. La mayoría de las veces el asma comienza en las primeras etapas de la vida: en casi el 50% de los casos, el pico de inicio se localiza por debajo de los 7 años de edad y en la mayor parte de los niños los síntomas suelen aparecer antes de cumplir los dos años. La incidencia del diagnóstico se reduce de un modo sustancial durante la adolescencia para volver a ascender al principio de la edad adulta (20–39) años. Sólo en menos del 25% de los casos, el diagnóstico se establece después de los 40 años.

En los últimos años, la carga socio-sanitaria del asma en España se ha incrementado hasta unos límites en los que, tanto los profesionales de la medicina como las autoridades sanitarias, se han visto obligados a desarrollar diferentes estrategias orientadas a frenar el tremendo impacto de esta enfermedad respiratoria que, si hasta hace poco, se circunscribía y relacionaba con los meses primaverales, hoy casi todos coinciden al señalar que sus síntomas se prolongan durante casi todo el año.

Causas

Sabemos que los alérgenos (ácaros, pólenes...), algunos virus, el tabaquismo, la contaminación y la dieta son factores que, acompañados por una determinada carga genética hereditaria, pueden hacer que una persona desarrolle asma. Además, se ha constatado que



los sujetos con rinitis persistente tienen más riesgo de desarrollar asma bronquial que la población general, y que el diagnóstico y tratamiento etiológico de los síntomas nasales (control ambiental y vacunación) contribuirá a modificar la historia natural de la enfermedad alérgica, previniendo nuevas sensibilizaciones así como el desarrollo de asma o, si se hubiera aparecido, a optimizar el control de la enfermedad asmática. Por lo tanto, ante un paciente asmático que también sufre rinitis, deberá controlarse su rinitis, ya que de lo contrario su asma bronquial empeorará significativamente.

Por otra parte, entre los factores capaces de empeorar el asma están las infecciones respiratorias y los alérgenos (ácaros del polvo, pólenes, hongos, epitelios de animales...). Los pólenes de gramíneas y olivo ocasionan un gran número de casos de rinoconjuntivitis y asma primaveral (mayo-junio). Fuera de esta estación, otros pólenes, como los de ciertos árboles cuya época de polinización se localiza hacia el final del invierno (el periodo de floración del ciprés es entre diciembre y febrero, el del plátano de sombra entre marzo y abril) o algunas malezas, como Chenopodium album o Parietaria en verano y otoño, pueden tener importancia en algunas áreas geográficas. Por lo tanto, la alergia al polen está dejando de ser un asunto primaveral, puesto que, al haber gente sensible a distintas variedades de polen, como el de las cupresáceas, el plátano de sombra y el olivo, la temporada de riesgo se amplía. No hay que olvidar tampoco las sustancias irritantes inespecíficas que al actuar sobre las mucosas inflamadas pueden agudizar el asma bronquial: olores fuertes de perfumes, pinturas, barnices, amoníaco o lejía, detergentes, sprays y productos de limpieza, ambientadores, insecticidas, lacas, ozono y la misma contaminación ambiental que se produce en grandes núcleos urbanos e industriales. En primavera también es muy frecuente encontrar "pelusillas" de procedencia vegetal (chopos, plátanos de sombra...) y que actúan como poderosos irritantes de las mucosas respiratorias. Por último, el ejercicio físico, y especialmente si las personas alérgicas a pólenes lo realizan al aire libre, es otro desencadenante frecuente de asma, sobre todo en la infancia.

El aumento de la aparición de alergias en la primavera no se explica por un incremento de las concentraciones de polen en el ambiente. De hecho, las mediciones de pólenes arrojan datos muy similares a los registrados hace 25 años. No obstante, se sabe que la prevalencia de alergias es mayor (entre dos y tres veces más) en las grandes ciudades y entre los más jóvenes. Sabemos que la combustión del gasóleo produce seis veces más partículas microscópicas que la gasolina; y éstas, además de dañar las vías respiratorias, facilitan el desarrollo de alergias. Después de diversos estudios se puede concluir que las partículas producidas por la combustión de motores diésel pueden aumentar la capacidad de los pólenes para producir alergia más de 20 veces, ya que dichas partículas se asocian al polen, aumentando la "agresividad" de este alérgeno.

Es importante animar a los pacientes asmáticos a que adopten las medidas oportunas para controlar su enfermedad, como recibir atención médica regular, tomar de forma regular los medicamentos de control del asma de acuerdo con las indicaciones de su médico y evitar los factores causantes y agravantes del asma. Durante las temporadas de polinización, las personas que tienen asma y alergias con frecuencia experimentan un empeoramiento de los síntomas de asma. El manejo apropiado del asma bronquial minimiza esos síntomas y puede ayudar a evitar episodios intensos, hospitalizaciones o visitas a urgencias. Igualmente es importante dar al paciente información de los pólenes responsables de su alergia para conocer su época de polinización, distribución geográfica, así como los consejos o medidas de prevención ambiental adecuadas.

Podemos pedir una participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad y una colaboración estrecha con el médico para conocer:

• Qué origina su asma bronquial (descartar un origen alérgico en su proceso con el fin de, si es posible, instaurar precozmente un tratamiento con vacunas antes de que se desarrollen



alteraciones irreversibles en las vías aéreas).

- Qué empeora su asma.
- Informar a su médico acerca de síntomas frecuentes de asma: tos, disnea, sibilancias, opresión torácica... (por ejemplo, síntomas diurnos durante más de dos días por semana, o síntomas nocturnos más de dos veces por mes, pueden ser una indicación de asma persistente).
- Controlar los síntomas frecuentes tomando medicamentos a largo plazo para el control del asma (corticosteroides inhalados, broncodilatadores, antileucotrienos), y evitando el humo del tabaco y otros desencadenantes.
- Hacer visitas regulares al médico y pídale un Plan de Acción contra el asma.

Los asmáticos también deben tomar las siquientes medidas para manejar el asma:

- No fume y no deje que nadie fume cerca de usted o de sus hijos, porque el humo del tabaco puede desencadenar episodios de asma.
- Lávese las manos regularmente para reducir la propagación de gérmenes que causan resfriados e infecciones.
- Hágase vacunar cada año contra la gripe.
- Reduzca el uso de sustancias irritantes inespecíficas como pinturas, barnices, amoníaco o lejía, detergentes, sprays y productos de limpieza, insecticidas, lacas...
- Haga deporte de forma regular acorde a sus limitaciones y a las indicaciones dadas por su médico especialista.



Self-Service Iruña



Un amplio menú con la mayor calidad al mejor precio

Tel.: 948 17 55 36

2

restaurantes en

1





Restaurante a la Carta
Situado en la parte baja del Self-Service Iruña



... y a tan sólo a 100 m. de la zona hospitalaria

La posibilidad de elegir entre self-service y carta

Irunlarrea, 6 31008 Pamplona



Nacemos a la vida y la abandonamos en la muerte con un quejido, lloro o grito; el "lloro del nacimiento" es la primera expresión de la futura voz.

Estudiando con objetividad de ordenador y realizando análisis computarizados electrónicos de las características sonoras, por ejemplo, del canto de los jilgueros en Navarra y en Cantabria, hemos comprobado que no son iguales y presentan diferencias significativas. Son diferentes las voces de una persona y otra, de individuos de cada raza, de lugares distintos, e incluso, hay características de nuestra voz particular que son solo nuestras; la voz tiene características tan peculiares y diferentes entre los hombres como puede ser su huella dactilar.

Investigación

Hemos realizado un estudio objetivo digital de la sonoridad del lloro del nacimiento con el que se inicia la vida de niños, que nacieron en la Planta Materno-Infantil del Hospital "Virgen del Camino" de Pamplona y han sido investigados en el "Laboratorio de Estudio de Audición y Voz" de los Doctores Mozota de Pamplona, con unos resultados sorprendentes y muy interesantes.

El análisis del lloro del nacimiento como primera manifestación fonética es la base de las características de la voz que luego desarrolla el neonato a lo largo de la vida, permitiendo la selección de casos, para instaurar desde el nacimiento un programa de seguimiento, para el diagnóstico precoz y tratamiento de una reeducación de los defectos de voz y del habla.

Para nuestra investigación analizamos los parámetros de los grafoelementos de unas variables predictivas de causa-efecto como son el pH umbilical del neonato (alcalino, neutro o ácido), el test de APGAR (0 a 5, 6 a 10 y 11 a 15) y el tipo de parto (natural, forceps o cesárea): cruzamos datos con las variables de desenlace en el fonetograma como son el rango dinámico, que es la extensión de la voz en escalas de frecuencias: do124, re, mi, fa, sol,...; do256...; do512... Desde los tonos más graves hasta los más agudos que se aprecian en la Sonometría de la voz; el rango vocal, que es la variación de intensidad o fuerza de la voz medida en decibelios, desde la mínima hasta la máxima potencia de la voz, que podemos observar en el espectro vocal y el campo vocal o la llamada gráfica del limón de WEGEL, que está comprendido en eje de ordenadas vertical por los decibelios máximos y mínimos y en el eje de abscisas horizontal por la extensión de la mínima a máxima frecuencia tonal. Se delimita una superficie como un limón que es todo el campo vocal.

Resultados

El resultado del rango vocal es mayor y/o similar en nacidos por parto natural normal y por forceps, estando disminuido en nacidos por cesárea. El rango dinámico es mayor en nacidos con forceps que en parto natural o por cesárea.

El test de APGAR de 0 a 5 está muy disminuido el rango vocal y algo bajo en rango dinámico. De 6 a 10 es grande el rango vocal y discretamente mayor el rango dinámico. Entre 6 y 10 son valores intermedios.

El rango vocal es mayor en el pH de cordón umbilical ácido, menor en pH alcalino e intermedio en pH neutro. El rango dinámico es mayor en pH de cordón umbilical neutro y menor en pH alcalino. Los valores del rango dinámico son intermedios en pH de cordón ácidos.

Conclusiones

Podemos concluir que hay una disminución del rango vocal de frecuencias en relación con el nacimiento en Navarra por cesárea, APGAR alterado y pH ácido del cordón umbilical.

El rango dinámico está disminuido indistintamente que sea parto espontáneo, forceps o cesárea o diferentes pH de cordón umbilical y se relaciona significativamente con el test de APGAR

El campo vocal es menor en todos los recién nacidos de este estudio de Navarra que los parámetros estandarizados en otras publicaciones de Norteamérica y de París.

El campo vocal es estrecho y poco profundo en los fonetogramas por una gran inespecificidad. Por el análisis digital computarizado de la sonoridad del "primer lloro del nacimiento", podemos colegir que es la base para la selección de los futuros retrasos de voz y habla en los niños, alteraciones posteriores en la muda vocal y trastornos del desarrollo fonético y de la adquisición del lenguaje.

Pensamos que todos los programas preventivos de los defectos de voz debían comenzar lo antes posible, sobre la base de un estudio objetivo computarizado de las primeras manifestaciones vocales del "primer lloro del nacimiento".

Lentillas para niños y adolescentes

Dori Callejo. Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

La utilización de lentes de contacto en niños y adolescentes aporta gran número de ventajas:

- Mejora la práctica de deportes, ganando confianza y seguridad en sí mismos.
- Elimina ciertos complejos por el uso de gafas.
- Las imágenes son más nítidas y las distancias se calculan mejor.
- Evitamos que los niños miren por encima de las gafas y conseguimos que la graduación la lleven constantemente, algo muy importante en hipermetropías y estrabismo.

Actualmente el diseño de las lentes se adapta a la morfología corneal de los niños, pero hemos de evaluar la responsabilidad de cada niño para el uso de las lentes.

Se recomienda lentes de contacto desechables, lentes que se reemplazan en intervalos regulares de tiempo: diarias, semanales o mensuales.

Las lentes diarias minimizan el riesgo de infección para los niños y adolescentes porque se desechan diariamente y no es necesario lavarlas ni conservarlas. Las lentes mensuales necesitan líquidos para conservarlas y desinfectarlas.

Para mejorar la limpieza, es importante frotar y aclarar las lentes.

Preguntas más frecuentes

¿Pueden caerse las lentillas de mis ojos?

Es dificil que pase. Resulta importante llevar siempre el estuche para poder guardarlas y limpiarlas antes de volver a ponerlas.

¿Continuaré usando gafas?

Sí, es necesario descansar de las lentillas. El tiempo de uso te lo indicará el óptico.

¿Cómo debo cuidarlas?

Es muy importante lavarte siempre las manos antes de poner y quitarte las lentes y utilizar, si es necesario, las soluciones de limpieza adecuadamente.

¿Puedo dormir con las lentillas?

No, aunque si es necesario, existen algunas lentes con las que si puedes hacerlo.

¿Se pueden utilizar lentillas para nadar? Sí, pero con unas gafas especiales de nata-





medicina

Varices

Dr. José Manuel Jiménez Servicio de Cirugía Vascular. Hospital de Navarra

Las enfermedades que afectan a las venas son las más frecuentes dentro de la patología vascular y, de hecho, aparecen en un 35 % de la población trabajadora.

Las enfermedades de las venas consisten en un mal funcionamiento de las mismas, cuya consecuencia inmediata es la dificultad del retorno de la sangre hacia el corazón y un aumento de la presión dentro del sistema venoso. Este aumento de presión en venas es lo que condiciona los síntomas de la insuficiencia venosa y lo que produce, en último término, la aparición de las varices.

Las varices consisten en una dilatación anómala de las venas superficiales de los miembros inferiores, y son sólo una manifestación más de la enfermedad venosa.

Causas

No se puede hablar de una única causa que produzca la insuficiencia venosa, sino que, como casi todo en Medicina, deben confluir un determinado número de factores para que haya una cierta probabilidad de tener una enfermedad venosa.

Uno de los factores más conocidos es la herencia familiar, y otro el sexo femenino, siendo la incidencia de varices cinco veces mayor en mujeres que en hombres. En esto último hay una predisposición hormonal y también influye el número de embarazos. Por último, el actual estilo de vida, con tendencia a la obesidad y a permanecer largos períodos de pie o sentados también aumenta las posibilidades de padecer una enfermedad venosa. Tampoco es conveniente la exposición solar prolongada o el contacto habitual con agua muy caliente. Todos estos factores condicionan una destrucción o un mal funcionamiento de las válvulas que dirigen la sangre hacia el corazón,



hecho particularmente importante en las piernas, donde la sangre tiene que vencer la fuerza de la gravedad en su camino ascendente. La afectación de las válvulas entre los sistemas venosos profundo y superficial van a causar la aparición de cordones venosos en las piernas, ampliamente conocidos como varices.

Síntomas

La principal manifestación de las varices es su aspecto. Puede variar desde grandes venas dilatadas hasta pequeños capilares amoratados con una zona central de la que parten venas como las patas de una araña (de ahí el nombre de "arañas vasculares"). Esta dilatación de las venas puede afectar a una vena superficial principal o a las ramas de la misma. Las varices siempre se ven, puesto que afectan a venas externas; de ahí que la frase "mis varices son internas" sea un error, y se pueda estar atribuyendo una causa venosa a unos síntomas que dependen de alguna otra enfermedad.

Además del defecto estético, la presencia de varices a menudo se acompaña de pesadez de piernas, hinchazón de los tobillos y más o menos dolor. También son relativamente frecuentes los calambres y el picor. Todos estos síntomas son más frecuentes en épocas calurosas y son prácticamente inapreciables por la mañana para ir aumentando en intensidad a lo largo del día.

En fases muy avanzadas, las varices pueden acompañarse de lesiones cutáneas hiperpigmentadas e incluso úlceras. La presencia de varices, asimismo, supone un mayor riesgo de padecer una tromboflebitis superficial, cuadro muy molesto pero que, afortunadamente, no reviste gravedad.

Tratamiento

Es muy importante la prevención, intentando hacer ejercicio físico de modo habitual y evi-

tando permanecer mucho tiempo parado de pie o sentado. En caso de que esto último sea imprescindible, es conveniente hacer pequeñas flexiones de los pies de modo repetido para activar la circulación de retorno.

También es conveniente el uso de calzado con la suela lo más plana posible, porque la presencia de un tacón alto impide la normal contracción de los músculos de la pantorrilla y de la planta del pie, y esto dificulta el drenaje venoso. Por último es esencial tener un buen control del peso.

Si ya han aparecido varices, hay que tratar éstas y sus síntomas. Para tratar la pesadez de piernas, el dolor, la hinchazón, etc. deben usarse unas medias de compresión elástica que contrarresten el aumento de presión del sistema venoso y obliguen a la sangre a retornar hacia el corazón; asimismo, el uso de fármacos venotónicos asociado a las medias, alivia sensiblemente la sintomatología de las varices.

Por último, el tratamiento de las varices es variado. Aunque hay excepciones, generalmente la cirugía es eficaz para el tratamiento de varices de gran calibre, aunque también se tratan con éxito con espuma; por lo contrario, las varices de menor calibre son más difíciles de tratar quirúrgicamente y la mejor opción es la esclerosis o el tratamiento con láser. El tratamiento de las varices es ambulatorio o con un tiempo mínimo de ingreso, y la recuperación suele ser bastante corta.

Una vez tratadas las varices por el medio que sea, es importante continuar con un adecuado estilo de vida, incluido el uso de medias de compresión, puesto que se ha tratado una manifestación de la enfermedad venosa, pero ésta continúa presente. En caso contrario la sintomatología permanecerá inalterada o aumentará, y del mismo modo la probabilidad de que vuelvan a aparecer varices en otras venas será mayor.

La glándula prostática y sus alteraciones (Parte II) Prostatitis

Dr. Satur Napal Lecumberri Urólogo. Servicio de Urología del Hospital de Navarra.

La generalidad de los hombres han oído hablar "de la próstata", pero es seguro que muy pocos sabrían localizarla dentro de su cuerpo, así como explicar sus misiones. La mayoría de los varones a lo largo de su vida, tendrán en mayor o menor medida, dificultades con su glándula prostática.

Como comentábamos en la primera parte del artículo, publicado en el número 9 de la revista Zona Hospitalaria, las afecciones que más comúnmente afectan a ala próstata son tres: La hipertrofia benigna, la prostatitis, y el cáncer prostático. Este artículo se centra en la segunda de estas afecciones.

Prostatitis

La prostatitis (inflamaciones e infecciones de la próstata), es la alteración urinaria más frecuente en el varón entre los 35 y 45 años. Se dividen en 3 clases: las prostatitis agudas, las crónicas y las prostatodinias.

Prostatitis aguda: se presenta con gran aparatosidad y con sensación de gravedad, pero con muy buena evolución mediante el tratamiento médico. Aparece fiebre alta, escalofríos y dolores musculares generalizados. Se acompaña de aumento de la frecuencia miccional y dolor al orinar. Con el tratamiento adecuado (antibióticos u otros quimioterápicos), cede el cuadro.

Prostatitis crónica bacteriana: muy difícil de diagnosticar y también de tratar por la gran dificultad que tienen a veces los antibióticos y otros quimioterápicos de llegar a la próstata. Da los síntomas más atenuados que en el caso de la prostatitis aguda pero estos se perpetúan en el tiempo. Su tratamiento se basa en el uso de antibióticos u otros quimioterápicos asociados a antiinflamatorios y ansiolíticos, en pautas muy largas de 6 a 12 semanas.

Prostatodinia: presenta las sintomatologías de las prostatitis, pero sin causa bacteriológica ni de ningún otro tipo que la justifique y los tratamientos suelen ser dificultosos e inciertos. medicina



Últimamente se ha visto que suele mejorar con el uso de alfabloqueantes y se cree que pueda tener su origen en alteraciones de la dinámica miccional de la zona del cuello vesical.

Este artículo esta basado en los libros: Todo lo que los varones debieran de conocer sobre la próstata y La salud masculina a prueba, de S. Napal Lecumberri. Editorial Evidencia Médica. (www.evidenciamedica.com)

Para leer el artículo completo:

www.zonahospitalaria.com



medicina

Hemorroides

Dr. Jorge BaixauliEspecialista en cirugía digestiva.
Clínica Universitaria de Navarra.

Los tejidos (o plexos) hemorroidales consisten en una red de vasos sanguíneos que se disponen a modo de "cojines", y que se localizan en el interior o en el margen externo del canal anal. En función de su localización podemos hablar de plexos hemorroidales internos y externos, respectivamente.

Su disposición permite un cierre o sellado del canal anal, por lo que se les ha implicado en cierta medida en la continencia fecal. Además, durante la defecación, se hinchan de sangre y protegen el canal anal acolchándolo, volviendo a la normalidad cuando aquella finaliza. Por lo tanto, la existencia de hemorroides en sí no es patológica, pues se trata de estructuras anatómicas con una función determinada. Sin embargo, ciertas alteraciones en su estructura (hinchazón o inflamación) o disposición, pueden producir determinados síntomas (sangrado, exteriorización de plexos internos, secreción, prurito, molestias) y dar lugar a la "enfermedad hemorroidal".

Las hemorroides externas no suelen ser causa de problemas, salvo cuando a consecuencia de su tamaño producen molestias por roce, sensación de bulto, etc., o bien cuando se coagula la sangre en su interior, dando lugar a la formación de un trombo. Este se manifiesta como un nódulo azulado doloroso en el margen anal, cuya extirpación bajo anestesia local produce un rápido alivio.

Por otra parte, los plexos internos, que habitualmente se hallan fijos en el interior del canal anal, pueden perder su sujeción, produciéndose su deslizamiento y congestión, sobre todo durante el acto defecatorio. Esto se traduce en episodios de sangrado y exteriorización de las hemorroides (lo que llamamos prolapso).

Estreñimiento crónico

El estreñimiento crónico y sobre todo la realización de esfuerzos durante la evacuación son los principales responsables de este proceso, si bien los episodios de diarrea frecuente o situaciones puntuales como embarazo, parto prolongado, ejercicio enérgico, levantar obje-



tos pesados, etc. también pueden predisponer a ello

La prevención de estos problemas, e incluso el tratamiento inicial, pasa en primer lugar por evitar estas condiciones o situaciones que los provocan.

La corrección de todo tipo de desórdenes defecatorios es la clave para una eficaz prevención de la enfermedad hemorroidal. Una dieta equilibrada, rica en fibra, con una ingesta hídrica adecuada, resolverá la mayor parte de los casos de estreñimiento. En ocasiones será conveniente la asociación de un agente formador de volumen (psyllium, plantago ovata) u otros laxantes, siempre habiendo descartado primero otras posibles causas patológicas de estreñimiento. El ejercicio físico moderado diario resulta un excelente apoyo en la normalización del ritmo intestinal.

La ingesta de ciertos "tóxicos", como especies, picantes, café, alcohol, etc. pueden favorecer también la aparición de sintomatología hemorroidal, aunque sea de forma más puntual. Tanto o más importante en la prevención de la enfermedad hemorroidal es la realización de un acto defecatorio correcto. Ha de evitarse deposiciones prolongadas y, sobre todo, el esfuerzo defecatorio intenso y repetido

Tratamientos

La aplicación tópica o intraanal de cremas, pomadas, supositorios, etc. compuestos por antinflamatorios, corticoides, venotónicos, anestésicos locales, etc., ayudan a disminuir las molestias. Estos tratamientos pueden ser eficaces en los casos de nueva aparición o bien para aliviar las crisis agudas. Sin embargo cuando los síntomas presentan una larga evolución o una mayor severidad (sangrado profuso, prolapso frecuente y dificilmente reductible) serán insuficientes.

Llegado este punto conviene advertir

que pese a un más que aparente origen hemorroidal de un sangrado rectal, nunca se puede descartar con seguridad otras causas (inflamatorias, neoplásicas,...) sin la realización de un examen más proximal (endoscópico o radiológico). La edad, síntomas asociados, antecedentes personales y familiares, etc., ayudarán al especialista en la elección de la exploración más adecuada.

El siguiente escalón en el tratamiento de la patología hemorroidal lo constituyen una serie de técnicas sencillas y poco agresivas, que en su conjunto pueden controlar la mayoría de los síntomas en un porcentaje muy elevado de casos

El objetivo de éstas es restaurar la fijación y en ocasiones incluso efectuar una extirpación parcial del/los plexos internos responsables del prolapso o sangrado. Estos procedimientos se efectúan en la consulta sin requerir anestesia, con bajo riesgo y escasas molestias para el paciente. Se trata de la Escleroterapia, la Fotocoagulación con Infrarrojos, y la Ligadura con Banda Elástica.

Cuando estos métodos fracasan o en casos de sintomatología severa y muy avanzada (lo que viene determinado sobre todo por el grado y la irreductibilidad del prolapso), la extirpación de los plexos patológicos (hemorroidectomía) es la mejor opción. La hemorroidopexia con grapadora es una nueva técnica que aporta ventajas en cuanto al dolor postoperatorio, aunque con peores resultados a largo plazo en cuanto a reaparición de los síntomas.

zonahospitalaria ■ marzoabril2008 ■ n°10

Ortoqueratología

La ortoqueratología es una técnica que corrige la miopía mediante el uso de lentes de contacto especiales. La córnea es un material viscoelástico, sólido, maleable y con memoria de forma por lo que el modelo ortok permite correguir la miopía a través de cambios en la curvatura corneal, mediante fuerzas hidrodinámicas, que se producen entre la lente de contacto y la lágrima.

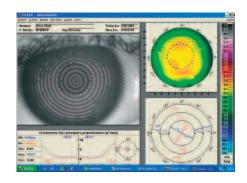
Esta técnica se empezo a emplear en la década de los 60 y cuenta con numerosos estudios científicos, y es ahora cuando se están obteniendo los mejores resultados. Ya en la antigua china se usaban saquitos de arena sobre los ojos durante la noche para aplanar la córnea. En 1888 se uso la primera lente de contacto de cristal para aplanar la córnea.

Las lentes que se emplean para llevar a cabo este proceso son semirrígidas y están fabricadas con materiales de última generación. Normalmente se realiza en terapia nocturna. Por ello, resul-

ta menos agresivo que las lentes de contacto convencionales, ya que durante la noche el ojo permanece cerrado, ajeno a influencias del medio exterior y el movimiento es prácticamente nulo. Las lentes se extraen por la mañana al despertarse y durante todo el día se consigue una aqudeza visual del 100% sin necesidad de ningún correctivo

Este método puede corregir hasta 4.00 dp de miopía y astigmatismos leves. Los casos ideales son miopías de -1.50, -2.00 ya que con el uso de las lentes una noche si y otra no, se consigue ver bien siempre.

El uso de estas lentes es bastante fácil, sólo hay que ser muy riguroso con la limpieza de las lentes. Durante el tratamiento hay que hacer una serie de visitas a la óptica hasta que se consigan los resultados óptimos y luego revisiones periódicas según cada caso. En óptica navarra Ilevamos 4 años de experiencia con está técnica con muy buenos resultados.



Este tipo de tratamiento es muy válido para aquellos que quieren olvidarse de llevar gafas, deportistas, y, en definitiva todos los profesionales que por su actividad dependen de gafas o lentes de contacto convencionales para desarrollarlo y les puede crear incomodidad (policias, cocineros, etc) y sobre todo para controlar las miopías en el momento de su aparición principalmente en adolescentes, ya que en ese momento es donde más aumento de la miopía se produce. En estudios recientes se ha demostrado que con la ortok se consigue frenar la miopía.



ELIMINA DIOPTRIAS MIENTRAS DUERMES



Ahora puedes reducir tu miopía o astigmatismo de una forma sencilla, fiable y segura, con sólo ponerte unas lentillas especiales para dormir. Esta técnica, conocida como ORTO-K, está avalada por la Food and Drug Administration del Departamento de Salud de los Estados Unidos. Gracias a este método se puede reducir hasta -3,5 dioptrias de miopía y hasta 1,75 dioptrias de astigmatismo, utilizando únicamente unas entillas especiales mientras duermes, diseñadas según la configuración de tus ojos. Sin intervención quirúrgica, ni otros métodos agresivos.

Și quieres reducir o eliminar tu miopía y/o astigmatismo, ven a ÓPTICA NAVARRA y verás.

INFÓRMATE EN:



Arrieta, 29-Bergamín s/n • Tel. 948 22 09 13 • 31002 PAMPLONA

Avda. Pamplona 13 Tel. 948 183213 31010 BARANAIN

San Andrés, 2 Tel. 948 552461 31200 ESTELLA García Ximénez, 29 Tel. 948 563458 31800 ALSASUA



Dieta y salud dental

Dr. José Ignacio Zalba

Especialista en programas preventivos para la salud-bucodental (UCM)

La dieta no sólo es importante para la salud general y evitar el sobrepeso sino también para la salud de los dientes, se dice que "uno es lo que come". Una dieta adecuada reduce el riesgo de problemas para la boca. Los niños que tienen una dieta inadecuada son más propensos a tener problemas dentales. Durante el embarazo las mujeres necesitan una dieta adecuada para el correcto desarrollo de los dientes de sus hijos y su propia salud, mientras que al hacernos mayores si perdemos dientes tendemos a dietas más blandas generalmente menos equilibradas que afectan a nuestra salud general y bucal.

¿Puede la comida causar caries dental?

Sí, una dieta desequilibrada y rica en azúcar dispara el riesgo de producir lesiones de caries sobre todo en pacientes susceptibles de desarrollar la enfermedad. Los alimentos por sí solos no producen caries sino que lo hacen a través de las bacterias que se encuentran en la boca, que provocan bajadas de ph.

¿Cómo causan las caries los alimentos que come?

Cuando comemos, los alimentos pasan por la boca, en la que se hallan un gran número de bacterias, donde encuentran las condiciones ideales de temperatura, humedad y nutrientes (carbohidratos) que aportamos en nues-

tras comidas para su crecimiento y proliferación. Cuando no nos limpiamos los dientes después de comer, estas bacterias que están en nuestra boca usan el azúcar para producir ácidos que desmineralizan (desestructuran y reblandecen) la superficie externa de los dientes, el esmalte. Cada ataque ácido dura alrededor de 20 minutos comenzando a producir lesiones en fases microscópicas para evolucionar a la lesión que conocemos como caries. Cuanto mayor es el número de veces que se come y el tiempo de permanencia de la comida en la boca, mayor será el daño producido y el número de ataques ácidos del que nuestro diente no podrá recuperarse y acabará produciéndose la caries dental. Los alimentos pegajosos como chocolates, mermeladas, etc. son

los más perjudiciales porque contienen altos niveles de azúcar y se quedan retenidos en la superficie de los dientes, permaneciendo mayor tiempo en contacto con el esmalte.



El azúcar y el almidón se encuentran en muchos alimentos que no pensamos, como la fruta, la leche, el pan, los cereales o, incluso, las verduras, y no se debe prescindir de ninguno de ellos. Es, fundamentalmente, llevar una dieta equilibrada y variada, para ello hay que comer de todo, la cuestión no es sólo lo que uno come sino cuándo lo come. Lo adecuado es "no picar entre horas", pero si se hace, procure que sean alimentos con ciertas propiedades protectoras, como el queso que contiene calcio, fosfato y caseína que ayudan a neutralizar los ácidos producidos por las bacterias.

Los alimentos que son ingeridos a las horas de las comidas causan menos daño, ya que se segrega más saliva, lo que proporciona un mejor lavado de la boca. Esto ayuda a disminuir el efecto de los ácidos, de forma que si se va a comer un alimento cariogénico (producen caries) es preferible que sea en las horas de las comidas, como el tradicional dulce para postre. Las bebidas cariogénicas están en aumento como café, bebidas gaseosas y deportivas,









zumos... especialmente entre la juventud mientras que bebidas como agua y leche disminuyen.

Empezar a hacer las cosas bien desde pequeños

Hay que prestar mucha atención a la salud bucal de los lactantes. Si bien los bebés no pueden prescindir de la leche, es necesario tomar ciertas precauciones: como no añadir azúcar a la leche o al chupete, no darles ningún tipo de líquidos con azúcar añadida y, sobre todo, no dejar que se duerman con el biberón en la boca cuando este contiene leche.

El flujo de saliva se reduce notablemente durante el sueño y la leche permanece durante mucho tiempo en contacto con los dientes creando un entorno ideal para la formación de caries. Se recomienda dormir al niño con un biberón que contenga agua.

Los niños son, en general, un grupo de edad de alto riesgo. Para aquellos que presentan caries se recomienda limitar el consumo de dulces a después de las comidas o a un día a la semana donde se les deja libertad pero, por supuesto, evitando los alimentos pegajosos.

¿La dieta puede desgastar mis dientes?

Los alimentos muy ácidos como el limón, vinagre... o bebidas ácidas como los zumos, las bebidas carbonatadas... cuando son consumidos en exceso provocan una destrucción de la estructura dental denominada erosión (desgaste dental) por la exposición del esmalte a un ph menor 5.5.

Consejos dietéticos prácticos para la prevención de caries dental

Si se disminuye la frecuencia de ingesta de los alimentos cariogénicos a menos de cuatro veces al día también se reducirá el riesgo de hacer nuevas caries. Para evitar picar entre horas, puede ser necesario mejorar las comidas principales haciéndolas más abundantes para que satisfagan el apetito. La meta es no eliminar el azúcar de la dieta sino reducir su frecuencia.

En pacientes susceptibles se debe limitar la frecuencia de ingesta al día de alimentos que producen caries, tales como: chocolates, dulces, mermeladas, miel, refrescos, galletas, pan, cereales, azúcar, patatas fritas, pasteles, plátano, naranjas, arroz, tomate, batidos... Y sustituirlos por los que no la producen como queso y derivados lácteos, carne, pescado, frutos secos, verduras...

También es bueno sustituir el azúcar por otros productos edulcorantes que no pueden ser fermentados por las bacterias de la boca. Por ejemplo, los chicles sin azúcar (xylitol: edulcorante) estimulan el flujo de saliva y contribuyen a prevenir las caries. La recomendación en pacientes con alto riesgo de caries es de dos piezas, cuatro veces al día. Y es fundamental cepillarse los dientes con pasta que contenga flúor después de las comidas, utilizar hilo dental o cepillos interdentales, y visitar al dentista regularmente para prevenir y cuidar sus dientes.





Y los niños ¿También tienen reuma?



Dr. Ricardo A. Gutiérrez PoloMédico Adjunto de Reumatología
Sección de Reumatología. Hospital de Navarra
Unidad de Reumatología. Clínica San Miguel

Es una creencia popular pensar que el reuma es propio de la edad adulta o de las personas mayores. Sin embargo, las enfermedades reumáticas, como otras, pueden aparecer e iniciarse a cualquier edad, incluso en la infancia o en el seno materno. Por tanto, la respuesta es sí, los niños también pueden padecer las diferentes enfermedades reumáticas descritas en los adultos, aunque, lógicamente, con sus peculiaridades. Además, algunas dolencias reumáticas son propias de esta edad.

La Reumatología Pediátrica se ha consolidado como una parte de la Reumatología dedicada al niño, implicándose en ella tanto pediatras como reumatólogos. Abarca a todas las alteraciones inflamatorias y no inflamatorias que afectan al tejido conectivo, como lo demuestra la actual clasificación de las enfermedades reumáticas en el niño.

El motivo de consulta habitual es por: 1. Impotencia funcional o dificultad para utilizar con normalidad una extremidad; 2. Inflamación articular; 3. Dolor articular, con o sin rigidez; 4. Síntomas generales (fiebre, decaimiento, malestar) junto con positividad para los marcadores de enfermedades reumáticas. La impotencia funcional es el motivo de consulta más frecuente, ya que es fácilmente observable por los padres o los cuidadores del

niño. En ocasiones, los padres lo asocian con algún traumatismo previo, dadas las frecuentes caídas a esta edad, aunque pocas veces tiene relación con la enfermedad en sí. La afectación de extremidades superiores provoca en el niño cojera o éste se puede mostrar reacio a participar en los juegos habituales. Cuando afecta a extremidades superiores puede ser más difícil de observar, y lo demuestra el niño por alteración o negativa a participar en actividades escolares manuales.

Analgésicos menores

La inflamación también es fácilmente observable en miembros inferiores, especialmente en la rodilla y el tobillo, pudiendo distinguirse el lado afecto del sano. Muy difícil si es el hombro o la cadera. No siempre guarda relación el grado de hinchazón y la gravedad del proceso reumático.

Al revés de lo que ocurre en los adultos, el dolor articular en pediatría es un motivo de consulta menos frecuente. El dolor inflamatorio, así como la rigidez, se manifiesta generalmente después de períodos prolongados de reposo; ocasionalmente puede despertar por la noche y disminuye con analgésicos o anti-inflamatorios habituales. En el niño pequeño puede ser difícil de diferenciar del dolor óseo. Si interfiere de forma importante con las actividades diarias, despierta por la noche o no cede con analgésicos menores, podría ser de-

bido a un tumor óseo, muscular o por infiltración ósea de tumores hematológicos, como las leucemias.

El **dolor mecánico** es más intenso tras actividades físicas y aumenta al final del día.

La elevación de las denominadas "pruebas reumáticas", como el factor reumatoide o los anticuerpos antinucleares, no siempre indica la presencia de un problema tal, especialmente en el caso del ASLO o anticuerpos antiestreptolisina, que la inmensa mayoría de los casos está en relación con amigdalitis agudas o recurrentes por estreptococo, o por ser el niño un portador sano del mismo.

Es frecuente en las enfermedades reumáticas la presencia de síntomas en otras localizaciones diferentes al aparato locomotor. Así, estos niños pueden manifestar manchas en la piel o mucosas, molestias digestivas, cardiorrespiratorias o renales, además de fiebre, cansancio o adelgazamiento.

Los antecedentes familiares pueden ser relevantes en procesos como la espondilitis, la artritis psoriásica, la artritis reumatoide o el Lupus Eritematoso Sistémico. También pueden ser importantes para el diagnóstico o el tratamiento, los datos concernientes al estado nutricional y el entorno familiar y social.

Al igual que la historia clínica, la exploración pediátrica tiene sus particularidades, más cuanto más pequeño es el niño. Así, por debajo del año de vida es importante examinar las características faciales y las proporciones corporales, al poderse asociar la afectación articular a enfermedades metabólicas de depósito. A partir de los 4 ó 5 años el niño colabora suficientemente bien y es más fiable en sus quejas.

S zonahospitalaria ■ marzoabril2008 ■ n°10

Los niños pueden sufrir enfermedades reumáticas consideradas **autoinmunes**, inflamatorias y sistémicas, con diverso grado de severidad y gravedad, como la Artritis Crónica o Idiopática Juvenil, las espondiloartropatías juveniles, la artritis psoriásica, el Lupus Eritematoso Sistémico, el Lupus Neonatal, y otras como la esclerodermia, la dermatomiositis, las vasculitis cutáneas y sistémicas (a esta edad, más característica la Enfermedad de Kawasaki y la Púrpura de Schönlein-Henoch).

Dolores de crecimiento

También pueden padecer **infecciones** osteoarticulares u otros procesos desencadenados por gérmenes, como la artritis séptica, la tuberculosa, osteomielitis, y otra más habitual en esta edad que en adultos, la Fiebre Reumática.

Además pueden presentar enfermedades más propias de adultos, como la osteoporosis idiopática juvenil o la fibromialgia. En contraposición con enfermedades que debutan a la edad pediátrica, como la osteogénesis imperfecta o el síndrome de Marfan.

No son nada infrecuentes los **dolores de espalda** en la infancia, que aumentan con la edad. Hay que investigar las causas y carac-



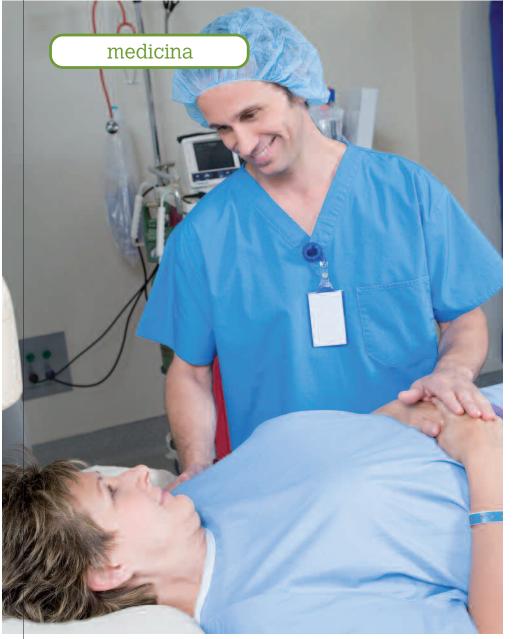
terísticas para prevenir sus repercusiones en la vida adulta. Lo mismo que la coxalgia o dolor de cadera, que precisan una atención especial, dada sus peculiaridades.

¿Y qué de los dolores de crecimiento? Son especialmente frecuentes en niños entre los 4-13 años y aparecen, sobre todo, en muslo, rodilla y, a veces, pierna, de manera mal definida, al final del día, tras el descanso o a la noche. A veces despierta, y si el niño es pequeño puede hacerle llorar. No limitan la mo-

vilidad ni produce otras alteraciones locales y las pruebas son normales. Se desconoce su causa y el diagnóstico es por exclusión, después de descartar otros posibles motivos. Mejora con friegas, calor local, analgésicos o con cualquier estímulo del miembro afecto, y su curso es autolimitado.

Por tanto, en niños también hay que prestar atención a las dolencias en el aparato locomotor e incidir ya en la educación postural y en una actividad física adecuada.





¿Cómo prepararse ante una operación de cirugía?

José Miguel Lera Tricas Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Navarra

Someterse a cualquier intervención quirúrgica constituye una importante decisión que requiere una información completa sobre la operación, una preparación adecuada a la misma, y una previsión sobre las posibles repercusiones de tipo personal, familiar y económico, a lo largo de todo el periodo perioperatorio (antes, durante y después de la operación).

La planificación de un procedimiento quirúrgico contempla cinco pasos esenciales: La consulta con el cirujano La consulta preanestésica La cirugía El postoperatorio inmediato

El Alta y el plan de cuidados y revisiones Los dos últimos varían en función de si la cirugía implica un ingreso en el hospital o se trata de cirugía ambulatoria (el paciente se va a casa unas horas después de la operación). Durante la consulta con el cirujano, éste le explica al paciente los motivos por los que le recomienda la operación, las alternativas a la misma, los beneficios que se esperan del procedimiento (o los perjuicios si no se lleva a cabo) y los riesgos y complicaciones que pueden derivarse de la intervención. Conviene no olvidar que una operación quirúrgica, por pequeña que sea, representa una agresión al organismo, con la que se busca mejorar el estado de salud del enfermo, pero que implica un riesgo -por lo general pequeño-, de padecer molestias, efectos indeseables y en ocasiones complicaciones que pueden llegar a ser importantes. Como es natural el riesgo de padecer alguna complicación está relacionado directamente con la complejidad y dificultad de la operación, y con el estado de salud del paciente (lo que se denomina comorbilidad o patología asociada: enfermedades previas, diabetes, problemas respiratorios, etc.).

El consentimiento informado

Todo paciente que decide someterse a un tratamiento quirúrgico debe firmar un documento en el que conste: su nombre completo y el del cirujano, el lugar donde se realizará la operación, el tipo de intervención propuesta y la causa por la que se propone, así como una declaración en la que reconoce haber comprendido y aceptado las explicaciones recibidas. Es muy importante que los pacientes estén completamente informados en términos que puedan comprender: en caso de duda o inseguridad es fundamental preguntar al cirujano. Este formulario se firma en el transcurso de la consulta o en un momento posterior; siempre antes de la intervención.

Gracias a los avances tecnológicos y médicos, la anestesia es muy segura; sin embargo tiene algunos riesgos de posibles complicaciones. A fin de minimizarlos, se realiza la denominada consulta preanestésica durante la cuál, un anestesiólogo examina el historial médico y el estado del paciente con el fin de establecer qué tipo de anestesia es la más adecuada. Previamente se practican diversos estudios preoperatorios (análisis, radiografía de tórax, electrocardiograma, etc. dependiendo de cada caso). Durante esta consulta, el anestesiólogo formula una serie de preguntas relacionadas con el estado de salud: el paciente debe informar de qué medicamentos (con o sin receta) está tomando, si tiene algún tipo de alergia a fármacos, comidas, látex, etc., así como cualquier problema de salud que pueda tener (problemas de corazón, pulmón, riñón...). El médico le indicará si es necesario cambiar o suspender la toma de algún medicamento, así como la ingesta de alcohol o la supresión del



tabaco. Posteriormente el anestesiólogo determinará qué tipo de anestesia es el más adecuado para cada paciente: anestesia general (el paciente se duerme por completo), regional (se anestesia una región del cuerpo) o local (para anestesiar pequeñas zonas específicas).

Los días previos a la cirugía

Excepto que el médico haya dicho lo contrario, los días previos a la cirugía no se deben tomar aspirinas, antiinflamatorios o medicamentos que puedan interferir con la coagulación o con los anestésicos. También es conveniente restringir la toma de alcohol y, si fumar es nocivo en cualquier situación, resulta especialmente perjudicial antes de una intervención quirúrgica. Por ello es conveniente suprimir el tabaco desde unos días antes. El cirujano establecerá los planes referentes a cualquier otra indicación sobre dieta, medicamentos, preparación preoperatoria específica, etc. Es fundamental que el paciente informe sobre cualquier incidencia sobre su salud: la aparición de fiebre, tos, catarro, etc. son por lo general motivo suficiente para retrasar la cirugía. En caso de intervenciones especialmente graves, algunos pacientes optan por expresar sus deseos, en relación al cuidado de su salud, mediante una declaración escrita de voluntades anticipadas. También es conveniente tener perfectamente claros los aspectos económicos relacionados con el procedimiento (cobertura del Por último, el día anterior a la cirugía hay que asegurarse de seguir las instrucciones recibidas: no beber ni comer durante el periodo indicado (por lo general desde ocho horas antes), ducharse y asegurar la limpieza de la zona operatoria, tomar los medicamentos que se hayan prescrito y cumplir las recomendaciones específicas (preparación intestinal, rasurado, etc.). El día de la operación conviene acudir al hospital con tiempo suficiente, vestido con ropa confortable. No llevar dinero ni objetos de valor así como evitar objetos metálicos (ca-

denas, pulseras...). También es recomendable

no usar maquillaje ni esmalte de uñas e infor-

mar al médico o la enfermera si se utiliza den-

tadura postiza u otras prótesis.

conducir después de una operación), etc.

Cada día se realizan numerosas intervenciones quirúrgicas con un elevadísimo grado de seguridad. La forma mejor de afrontar esta experiencia y disminuir la ansiedad y desasosiego que produce lo desconocido es, precisamente, disminuir la incertidumbre mediante una correcta información. Por ello el mejor consejo que puede darse a un paciente que va a ser operado es que no vacile en consultar y plantear cualquier duda o cuestión referente a su operación.



seguro) así como disponer de todo lo necesario

para después de la cirugía: cuidados en casa,

traslado desde el hospital (no es recomendable

Especialidad en cocina tradicional navarra de temporada



Servicio de Restaurante a la carta o menú (De 13 a 16 y de 21 a 23.30 h.)

Cafetería snack Servicio de Cocina Permanente

(Situado en el Edificio Apartamentos Mendebaldea) TEL. 948 272 731





La hipertensión arterial es una enfermedad producida por el aumento de la presión de la sangre. Sabemos que la sangre circula por nuestro cuerpo a través de las arterias y venas impulsada por un motor que es el corazón. Cuando esta presión supera unas cifras determinadas, se habla de hipertensión arterial.

Conocemos que el corazón, con cada latido, impulsa una cantidad de sangre. El latido corresponde a una contracción de nuestro músculo cardiaco, es decir, del corazón. Cuando el corazón se contrae, movimiento que se llama técnicamente sístole, la presión es máxima; y cuando se relaja, que es la llamada diástole, la presión es mínima. Se dan, pues, dos cifras de presión arterial: la máxima (sistólica) o también llamada vulgarmente la alta; y la mínima (diastólica), llamada también la baja. Ambas deben expresarse siempre en milímetros de mercurio, así por ejemplo, cuando nos dicen que una presión arterial de una persona es 14/9 quiere decir que tiene 14 es decir, 140 milímetros de mercurio de presión máxima, es decir sistólica; y 9 es decir 90 milímetros de mercurio de presión mínima o diastólica.

Generalmente y para la población en general, hablamos de hipertensión arterial cuando las cifras de presión igualan o se elevan de forma continuada por encima de 140 para la máxima y 90 para la mínima.

Con respecto a la cifras de tensión arterial la podemos graduar en los siguientes estadios. normal desde 120/80 a 129/84 normal alta 130/85 a 139/89

hipertensión grado I 140/90 a 159/99 hipertensión grado II 160/100 a 179/109 hipertensión grado III 180/>= 110.

Por otra parte, es importante saber que la presión arterial no es una constante sino que sufre variaciones durante el día en función de diversos estímulos; así aumenta con el frío, con el dolor, con el ejercicio, con el miedo, con las emociones, con la actividad sexual y disminuye generalmente durante la fase del sueño.

¿Cómo se mira la presión arterial?

El esfignomanómetro es el instrumento con que mediremos la presión arterial; consta de un manguito, una pera de goma (que sirve para inflar el manguito) y un aparato en forma de reloj o de columna de mercurio. El manguito, que siempre debe de ser el apropiado con respecto al grosor del brazo, se coloca por encima del codo, se palpa el latido a ese nivel y se colona el fonendoscopio (las gomas). Con la pera se hincha el manquito hasta su máximo y luego al deshincharlo, cuando se oye el primer ruido, el número que marca en el reloj o en la columna de mercurio corresponde a la presión máxima y cuando deja de oírse este ruido, indica la presión mínima o también llamada, como hemos dicho anteriormente, diastólica. Hoy en día es más habitual utilizar unos aparatos llamados electrónicos, que no necesitan fonendoscopio ni pera: tras apretar un botón, las presiones las señala una luz que se enciende cuando se alcanza la máxima y se apaga cuando llega a la mínima o se registra digitalmente en una pantalla. También existen unos aparatos más sofisticados que, gracias a un miniordenador, permiten registrar la presión

arterial durante un período de 24 horas a intervalos prefijados. Esta técnica se denomina "monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA)", y tiene la virtud de permitirnos valorar el comportamiento de la presión arterial en la vida real, ya que disponemos de múltiples tomas a lo largo del día y podemos comprobar qué variaciones se han producido y en qué momento está la presión arterial más alta o más baja.

Por todo ello y dado que la presión varía ampliamente momento a momento y minuto a minuto, es necesario que la presión se tome en condiciones adecuadas y siguiendo unas normas establecidas. Hoy en día y cada vez mas los Médicos recomendamos encarecidamente que los propios pacientes determinen su presión utilizando aparatos automáticos, pero que sean validados, es decir, bien calibrados y reconocidos. No sirve cualquier aparato de medida de presión arterial, debe de ser aconsejado por el Médico o la Enfermera de su Centro de Salud. Para realizar de manera correcta estas medidas me parece oportuno describir las normas que conviene seguir en esta medida que el propio paciente se toma o el familiar le toma y se denomina auto medida de presión arterial ambulatoria (AMPA).

Recomendaciones

Para realizar de forma correcta la medida de presión arterial por el propio paciente, aconsejamos las siguientes recomendaciones:

- Realizar la medida de la presión arterial en el brazo que aporte cifras de presión arterial más elevadas.
- Utilizar un manguito de tamaño adecuado al



grosor del brazo, lo que implica que en casos de obesidad deben utilizarse manguitos mayores y específicos para ellos.

- No realizar la medida después de comer o realizar ejercicio físico intenso.
- Evitar realizar la medida de presión arterial en caso de dolor o situación de estrés.
- Vaciar la vejiga antes de medir la presión.
- Evitar el consumo de café, alcohol o tabaco durante la hora previa a la toma de tensión arterial.
- Elegir un ambiente tranquilo, sin ruidos y con temperatura agradable.
- Reposar sentado al menos, 5 minutos antes de realizar la medida.
- Colocar el manguito en la posición adecuada, 2-3 cm por encima de la flexura del codo.
- Postura cómoda y relajada.
- Colocar el brazo a la altura del corazón, apoyándolo en una mesa, y sin mangas ni ropa que le puedan oprimir.
- Realizar la medida según las instrucciones aportadas por el equipo.
- No mover el brazo durante la medición.
- Es conveniente realizar al menos 2 lecturas dejando un intervalo no inferior a 2 minutos entre cada lectura. En caso de que las cifras sean muy diferentes entre ambas lecturas conviene efectuar una tercera lectura.

 Apuntar cuidadosamente los valores registrados en la pantalla, asimismo como la frecuencia cardiaca

El equipo de medida debe ser revisado anualmente por el técnico.

¿Cuál es la frecuencia de la Hipertensión Arterial?

La hipertensión arterial es un trastorno muy frecuente y extendido. Alrededor del 40% de las personas de todas las clases sociales de cualquier país padecen de hipertensión. Aunque en edades jóvenes la hipertensión es más frecuente entre los hombres, después de los 40 años suele verse con mayor frecuencia entre las mujeres. Asimismo, con la edad, las arterias envejecen, se vuelven rígidas y ofrecen mayor resistencia. Este y otros factores explican el porqué la presión arterial, sobre todo la máxima, se eleva con los años, no siendo infrecuente que en gente mayor se encuentre solamente elevada la presión máxima, siendo la mínima totalmente normal. Este tipo de hipertensión se conoce como hipertensión sistólica aislada y debe ser tratada con la misma contundencia que otros tipos de hipertensión, rompiendo así el mito de que este tipo de hipertensión, en personas mayores, no precisaba tratamiento.

HOSTAL-RESTAURANTE

MESÓN DEL BARRO



Menú del día y platos típicos navarros

HOSTAL RECIÉN REFORMADO

Habitaciones confortables y apartamentos para estancias cortas y/o largas



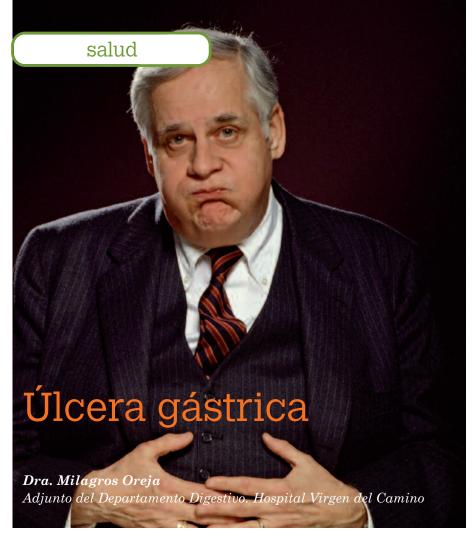
C/Acella, 2 T. 948 256 366 606 430 948 Fax 948 252 926



Trato familiar



www.mesondelbarro.com



La úlcera gastroduodenal consiste en una pérdida de sustancia que afecta a las capas mucosa y submucosa del estómago, duodeno o ambos. La duodenitis erosiva, considerada un equivalente de la úlcera duodenal, consiste en una inflamación superficial de la mucosa duodenal sin pérdida previa de sustancia. Sin embargo, el significado de la gastritis erosiva en pacientes que no toman antiinflamatorios no esteroideos no es bien conocida de forma que no se considera un equivalente de la úlcera gástrica.

Uno de los cambios más grandes en gastroenterología durante los últimos años, ha ocurrido en esta situación clínica y ha venido determinado por el papel del Helicobácter Pylori.

Epidemiología de la úlcera péptica

La úlcera péptica es una enfermedad frecuente que produce un sufrimiento individual y un coste económico significativo. En los últimos años, han disminuido las consultas al médico por úlcera y, aún más importante, el número de hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y fallecimientos. Estos cambios se han producido principalmente en la úlcera duodenal y, en menor medida, en la úlcera gástrica.

En la actualidad, la aparición de complicacio-

nes, la necesidad de hospitalización y la mortalidad se suele dar en pacientes de edad avanzada que consumieron antiinflamatorios no esteroideos.

Localización y tipos de úlcera

La localización de las úlceras pépticas suele ser próxima a la zona secretora del ácido, siendo más frecuente en el bulbo duodenal y después en el antro gástrico que es cuatro veces menos común. Entre las dos suponen el 95% de todas las úlceras pépticas.

Las úlceras gástricas y duodenales tienen una estructura morfológica similar y en ocasiones pueden coexistir, pero sin embargo, existen diferencias en la epidemiología, la fisiopatología, la respuesta al tratamiento y el índice de recurrencias. En virtud a estas características se pueden distinguir 4 tipos de úlcera péptica. Según la localización podemos hablar de diferentes úlceras pépticas: úlcera duodenal, úlcera gástrica aislada, úlcera gástrica con úlcera duodenal, úlcera gástrica de saco herniario y úlcera esofágica.

¿Cuáles son las causas de la úlcera gástrica?

1) Infección por Helicobácter Pylori. Es la causa más frecuente de úlcera péptica, su hábitat natural es el estómago, aunque también se ha aislado en la placa dental. La prevalencia

de esta infección depende de las condiciones socio-sanitarias. En los países subdesarrollados la mayor parte de la población está infectada, mientras que en los países desarrollados es menos frecuente y aproximadamente el 50% de los mayores de 50 años la padecen. El Helicobácter Pylori es la principal causa de la úlcera gástrica (70%-90%) y duodenal (90%-100%) y de la práctica totalidad de estas lesiones en ausencia de toma de antiinflamatorios no esteroideos. Es importante señalar que la mayoría de los pacientes infectados no van a presentar ninguna enfermedad clínica significativa.

- 2) Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) incluida la Aspirina. Son la segunda causa más frecuente de enfermedad péptica. Su capacidad ulcerogénica es mayor en los ancianos y en los que han presentado previamente lesiones gastroduodenales.
- **3) El tabaco**. Se considera factor de riesgo para desarrollar una enfermedad ulcerosa
- **4)** Se han descrito también **factores genéticos**, con una agregación familiar de la enfermedad ulcerosa péptica.
- **5) Diversas enfermedades** se asocian con más frecuencia con la úlcera péptica como (la enfermedad por reflujo gastroesofágico, esófago de Barrett, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis o insuficiencia renal).

¿Cómo se manifiesta la úlcera gástrica?

La manifestación clínica más frecuente es el dolor abdominal. Cuando el dolor es típico, la especificidad diagnóstica del cuadro clínico es alta. Sin embargo, con frecuencia los pacientes presentan síntomas inespecíficos que sólo permiten un diagnóstico sindrómico de dispepsia. Un porcentaje importante de pacientes con úlcera péptica no van a presentar síntomas.

Existen posibles complicaciones, que en ocasiones pueden ser la primera y única manifestación, como: la hemorragia digestiva, la perforación y la estenosis pilórica.

Diagnóstico de la úlcera gástrica

- 1) Historia clínica. Se debe investigar si el paciente ha tomado antiinflamtorios no esteroideos (AINE), así como la presencia de otras enfermedades que se asocien con la úlcera.
- 2) El principal método diagnóstico de la úlcera gástrica es la endoscopia. Uno de los principales objetivos del estudio endoscópico es la diferenciación entre una úlcera péptica y una ulceración cancerosa, es más, en toda úlcera gástrica se deben de tomar las res-





pectivas biopsias para descartar esta última. La endoscopia permite determinar la presencia de Helicobácter Pylori en la muestra.

3) En enfermos con úlceras recurrentes o ante úlceras refractarias al tratamiento médico habitual, se debe investigar la existencia de otras causas etiológicas más raras. En estos casos se realizarán determinaciones séricas de gástrica y pepsinógeno.

Tratamiento de la úlcera gástrica

- Cuidados generales y régimen de vida.
- En relación con la dieta, se recomienda que el paciente tan sólo prescinda de los alimentos y bebidas que le produzcan síntomas.
- No fumar y evitar el consumo de fármacos AINE.

Úlcera péptica Helicobácter Pylori (+)

Actualmente, está extensamente demostrado que el tratamiento erradicador de la infección por Helicobácter Pylori es efectivo en la mayoría de los pacientes con úlcera péptica. Desaparece la sintomatología, la cicatrización ulcerosa, prácticamente las recidivas ulcerosas y una drástica reducción de las complicaciones

Existen varias pautas de tratamiento erradicador. Tras tomarlo, se recomienda la realización de un control endoscópico de la cicatrización de la úlcera gástrica con la correspondiente toma de biopsias de la cicatriz y comprobación de la erradicación del Helicobácter Pylori.

Se considera úlcera refractaria aquella que no

ha cicatrizado tras 8-12 semanas de tratamiento apropiado. En estos casos hay que volver a descartar: la persistencia del Helicobácter Pylori, consumo de AINE, incumplimiento del tratamiento erradicador, úlceras gigantes, úlceras de carácter neoplásico, consumo de tabaco, síndromes de hipersecreción gástrica (gastriomas) y mala respuesta a los fármacos Antisecretores. En caso de persistir Helicobácter Pylori tenemos que erradicarlo con otras pautas.

Tratamiento de las complicaciones

La Hemorragia Digestiva. Se presenta de diversas formas que varían entre un sangramiento mínimo que puede expresarse como anemización crónico y una hemorragia catastrófica de inicio súbito con hematemesis y Shock. Lo más habitual son la hematemesis y melenas. El tratamiento de estos pacientes se inicia por maniobras de resucitación y estabilización; es indispensable reponer volumen a través de vías venosas. La endoscopia se debe realizar en pacientes estabilizados con el objetivo de determinar el origen y detener la hemorragia.

La **Perforación**. Tratamiento quirúrgico. **Estenosis pilórica**. Dilataciones endoscópicas, intervención quirúrgica, etc.

Comercial Médica y de Laboratorio, S.L.

MATERIAL PARA LABORATORIOS CLÍNICOS, QUÍMICOS E INDUSTRIALES

PRODUCTOS PARA ANÁLISIS QUÍMICOS Y CLÍNICOS

Ronda Landaben, 3 31012 Pamplona Tel. 948 220 585 • 948 142 396 Fax 948 220 585 Apdo. de Correos 125 31080 Pamplona



El análisis del ejercicio físico se orienta desde múltiples campos: la salud, la educación, la psicología, el ocio, la recreación, etc. Desde el punto de vista del ejercicio al aire libre, estas referencias están activas en toda su dimensión. La salud nos preocupa y trabajamos para no perderla o recuperarla. En educación no está tan claro, sin embargo toda la vida tenemos la misión de controlar la percepción de nuestro cuerpo y los movimientos que podemos conseguir. La vida psicológica requiere una atención especial, donde el ejercicio físico adquiere una magnífica terapia. El ocio y la recreación, sobre todo en personas con tiempo libre, supone un motivo de ocupación y disfrute.

Nuestro organismo está formado por sistemas. El funcionamiento equilibrado de nuestro cuerpo es uno de los éxitos de la salud. La actividad física al aire libre, activa de forma natural la mayor parte de ese organismo y, así, de nuestros sistemas: el sistema muscular, óseo, neurológico (en sus múltiples funciones), cardio-respiratorio y endocrino, entre otros. El ser humano tiene diferentes niveles de activar su organismo. A mayor capacidad para encauzar la energía hacia una tarea motriz, mayores serán sus posibilidades de ejercicio. Esta capacidad de nivel de ejecución se basa en: la estructura genética, la nutrición-salud, la estructura antropométrica, la capacidad metabólica (aeróbica, anaeróbica), la inteligencia motriz (técnica de ejecución, aprovechamiento biomecánico) y la capacidad psicológica (personalidad, motivación, encauzamiento de la energía).

¿Qué sucede con el ejercicio físico?

Se activan los órganos que componen los sistemas y con ello sus funciones: desde la apertura de alvéolos pulmonares al metabolismo muscular o a la activación de zonas cerebrales que reciben la estimulación de nuestra actividad. El ejercicio físico moderado y adaptado a la edad y capacidad de cada persona representa la puesta en marcha del ecosistema del ser humano.

¿Qué podemos realizar?

Hay muchas formas de hacer ejercicio físico al aire libre en función de cada persona, como: Caminar: los paseos exigen un esfuerzo moderado que puede realizar la mayoría de las personas. Está demostrado que todos los días deberíamos andar como mínimo entre 20 y 30 minutos. Hay personas mayores que conservan una buena salud gracias a sus paseos. Las salidas al monte permiten vivencias de un valor inigualable con la naturaleza, con los compañeros/as y con nosotros mismos. Si en algún lugar se encuentra uno a sí mismo es en este caminar, físico, que hacemos junto a un pequeño esfuerzo, algunas veces también mental, para superar pequeñas metas. Una modalidad que se recomienda es la marcha con bastones, ya que los brazos y manos se activan con mayor participación en el gesto motor.

Correr: está aconsejado para aquellos con hábitos de actividad física, juventud y ganas de hacer más esfuerzo que con la marcha. No sig-



nifica que sea mejor, cada actividad se valora según la persona, su capacidad y la intensidad con la que se practique. La carrera implica más de intensidad, lo cual no es posible ni recomendable para todos.

Bicicleta: el ejercicio sobre la bici es magnífico. Nuestra geografía es irregular y nos obliga a realizar mayores esfuerzos. Pero permite desplazarte por circuitos diversos y disfrutar de paisajes variados. En primavera, el campo esta espléndido y la recreación de la vista es extraordinaria.

Los ejercicios funcionales localizados: en ocasiones, contamos con explanadas, circuitos urbanos acondicionados, el propio jardín de nuestra casa o incluso el monte para movernos con ejercicios localizados en reducidos grupos musculares. Los movimientos de tobillos, rodillas, caderas, columna lumbar, torácica y cervical, movimientos de brazos en diferentes circulos, al igual que los ejercicios de estiramiento que buscan la elasticidad y flexibilidad nos ayudan a activar nuestro organismo. Es una alternativa y, también, un complemento a la marcha, carrera o bicicleta.

El patinaje: es un estupendo ejercicio físico que activa todos nuestros sistemas y permite disfrutar de recorridos de largo alcance. Para ello es necesario tener circuitos que permitan esta actividad.

El golf: su práctica reúne los componentes ideales para ejercitar de forma natural nuestro organismo: se realiza en la naturaleza, es un juego, conlleva ejercicio físico, implica retos, puede hacerse de forma individual o con amigos y no tiene límites de edad. Muchas personas lo han descubierto, y con él disfrutan y se recrean.

La natación: nuestra ubicación geográfica no es la idónea para la natación al aire libre. Pero, viajar nos permite encontrar lugares para su práctica ideal.

¿Cómo se realizan?

Todo ejercicio requiere algo de técnica. Cuando caminamos, se mueven los dedos del pie, tobillos, rodillas, caderas, tronco y brazos. Una cadena cinética en la que pocas veces pensamos. El ser humano puede reflexionar sobre cómo es su movimiento. A veces, caminamos con las manos en los bolsillos, sin embargo los brazos deben acompañar a los pies en movimiento contralateral, deben estar bien activos, al igual que la mente que piensa y percibe cómo realizamos la actividad. Ocurre igual cuando corremos o patinamos, la activación de los brazos es necesaria porque también corren. Todo nuestro cuerpo está en acción, por eso hacemos alusión a nuestra mente para recodar cómo somos y cómo estamos en cada momento.

¿Con qué frecuencia?

Nuestro organismo necesita ejercitarse todos los días. Si la activación es para mantener una buena salud, cuatro días a la semana es buena frecuencia, pero hay muchos momentos al día para ejercitarnos: al ir al trabajo, al subir y bajar escaleras, cuando vamos de visita a casa de unos amigos...

¿Con qué duración?

Entre 30 y 50 minutos de ejercicio suponen una buena activación de nuestros sistemas, pero si nos proponemos hacer sesiones específicas al aire libre, como realizar circuitos, senderismo o rutas de montaña requerirán mayor duración. Estas actividades están muy recomendadas para personas entrenadas y que pueden soportar caminatas superiores a 10 Km.

¿Con qué intensidad?

El ejercicio físico se hará de forma moderada. Cada persona tiene sus limitaciones y sus necesidades. Si no somos conscientes de nuestros límites deberemos dejarnos aconsejar por profesionales de la salud.

Efectos sobre el organismo

Entre otros, destacan que: disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular; estimula y activa sistemas y órganos corporales; normaliza la hipertensión arterial (HTA); activa la función neuro-muscular, la función metabólica en las células y el control del peso corporal; previene la diabetes y regula el efecto de la insulina en la célula muscular; mantiene el tono muscular; protege la mineralización del sistema óseo; desarrolla las aptitudes físicas y disminuye la ansiedad y la depresión.



¿Qué es lo fundamental del ejercicio físico?

El disfrute. Nuestro organismo está hecho para la actividad y no el sedentarismo. Al igual que los niños disfrutan correteando, los adultos disfrutamos con la actividad física. Si a la vez nos recreamos la vista en la naturaleza, respiramos aire sano, nos relacionamos con amigos, son motivos suficientes para no descuidar jamás el paseo o ejercicio diario.





El término partícula, aerosol o material particulado atmosférico (MPA) se refiere a cualquier sustancia, a excepción del agua pura, presente en la atmósfera en estado sólido o líquido por causas naturales o antropogénicas. Bajo esta denominación se incluyen humos, polvo, fibras, nieblas, brumas, calima, hollín, smog, etc.

Al contrario que otros contaminantes, el MPA es emitido por una gran variedad de fuentes, en función de las cuales varían sus propiedades físicas y su composición química. Tanto las partículas de origen natural como las antropogénicas pueden ser clasificadas, en función de su mecanismo de formación, en partículas primarias (son vertidas directamente a la atmósfera desde la fuente de emisión) y secundarias (se originan a partir de las emisiones de sus precursores gaseosos).

Las principales fuentes de partículas primarias naturales son las emisiones fugitivas de los suelos, la superficie de mares y océanos, los volcanes y las emisiones biogénicas, constituidas principalmente por restos vegetales y microorganismos. Pese a que la mayor parte de la materia particulada natural es de origen primario también contiene un componente secundario, constituido principalmente por sulfatos, nitratos y aerosoles orgánicos.

Las fuentes antropogénicas de materia particulada son muy diversas, encontrándose mayoritariamente en zonas urbanas, industriales y espacios interiores. En zonas urbanas el tráfico es la principal fuente de partículas primarias y proceden tanto de las emisiones de los motores de los vehículos (especialmente los diésel) como de la erosión del pavimento, frenos y neumáticos. Dentro del ámbito industrial las fuentes de partículas primarias son múltiples, destacando las emisiones derivadas

de la combustión de productos fósiles, la fundición de metales como cobre o cinc, y la producción de cemento, cerámica y ladrillos. A estas emisiones que salen por las chimeneas hay que sumar aquellas derivadas de la manipulación y transporte de materiales, denominadas emisiones fugitivas (P. ej. minería, construcción, producción de cemento y cerámica). La agricultura también representa una fuente considerable de partículas primarias debido al laboreo, el movimiento de tierras y la quema de biomasa.

Espacios interiores

Respecto a los espacios interiores, la principal fuente de MPA es el humo de tabaco ambiental (ETS), que al emitirse en un espacio cerrado provoca un incremento notable de los niveles partículas, multiplicando por 3-10 veces los valores que se pueden alcanzar al aire libre. Si tenemos en cuenta que las personas pasamos un 90% de nuestro tiempo en espacios interiores resulta evidente que el ETS constituye un problema sanitario de extraordinaria relevancia.

Los principales componentes de las partículas secundarias antropogénicas, al igual que ocurría con las partículas naturales, son también sulfatos, nitratos y aerosoles orgánicos. Los sulfatos se forman por oxidación del SO2 emitido en procesos de combustión y los nitratos se forman por oxidación de los óxidos de nitrógeno emitidos por los automóviles y determinados procesos industriales y de generación eléctrica.

La exposición a material particulado en el aire ambiente supone unos de los principales riesgos para la salud humana en el ámbito de la contaminación atmosférica. Para la determinación de sus efectos es fundamental la distribución de tamaños, ya que las partículas más pequeñas penetran con mayor facilidad en

los alvéolos pulmonares, y la composición química de las mismas, que determina diferentes niveles de toxicidad.

Vías de penetración

El material particulado penetra en el organismo por las vías respiratorias y las partículas profundizan más o menos en función de su diámetro. Así, las partículas inhalables (diámetro inferior a 100 m) quedan retenidas en las vías respiratorias altas (nariz y boca); las partículas torácicas (diámetro inferior a 10 m, también denominadas PM10) penetran más allá de la laringe y alcanzan la región traqueo bronquial, y las partículas respirables, debido a su pequeño tamaño (diámetro inferior a 4 m), son capaces de acceder hasta la región de intercambio de gases (alvéolos pulmonares).

Clasificación de las partículas por sus efectos en la salud

El MPA puede viajar a larga distancia en la atmósfera y provocar un amplio espectro de enfermedades y una reducción significativa de la esperanza de vida en la población europea. Los principales efectos vinculados a la exposición a MPA son aumento en la frecuencia de cáncer pulmonar, muertes prematuras, síntomas respiratorios severos, irritación de ojos y nariz, exacerbación del asma y agravamiento en caso de enfermedades cardiovasculares. Así mismo, su acumulación en los pulmones puede originar enfermedades como la silicosis y la asbestosis.

Los niveles de MPA en el aire ambiente se encuentran actualmente regulados por la Directiva Europea 1999/30/CE, transpuesta a nuestra legislación por el Real Decreto 1073/2002, en el que se establecen los siguientes valores de protección de la salud humana:

Valor límite diario 24 horas 50 μg/m3 de





PM10 que no podrán superarse en más de 35 ocasiones por año

Valor límite anual 1 año civil 40 µg/m3 de PM10 Paradójicamente, no existe una legislación específica que regule los niveles de MPA en ambientes interiores, cuyos valores son normalmente mucho más elevados.

Influencia medioambiental

Además de sus efectos sobre la salud, el material particulado es capaz de ejercer una marcada influencia en nuestro entorno desde una escala global, por su influencia en el cambio climático, hasta una más local, asociada a la reducción de la visibilidad. Asimismo, las partículas son también responsables de la degradación de los edificios y los monumentos históricos y de la alteración de los ecosistemas. Respecto a su influencia en el cambio global, el MPA, al reflejar la radiación solar, puede producir un enfriamiento de la superficie terrestre, compensando el calentamiento causado por los gases de efecto invernadero. Asimismo, algunos estudios también han desvelado que el incremento de partículas en la atmósfera genera una disminución de la irradiación solar en la región del Mediterráneo, provocando una menor evaporación y, en consecuencia, una reducción en la cantidad de lluvias. Asociado a este problema, algunos autores argumentan que debido a la disminución de las precipitaciones y al incremento de las temperaturas cada vez serán más frecuentes los aportes de MPA procedentes de la resuspensión de material crustal. Un ejemplo conocido lo constituyen las intrusiones de polvo africano procedentes del Sahara y el Sahel, que a menudo afectan a la Península Ibérica provocando un incremento significativo de los valores de MPA.





HOMBRE-MUJER

www.manoloibanez.com

- Especialistas en diseño, corte y adaptación de todo tipo de prótesis capilares y pelucas en cabello natural y sintético
- Solución urgente en fabricación a medida con cabello natural en casos de quimioterapia u otras causas





- Amplia gama en almacén propio de pelucas ya fabricadas tanto en cabello natural como en sintético para llevar en el acto
- Gran variedad de colores y modelos
- Atendemos en privado

Información y reserva de día y hora en los teléfonos: 948 25 50 53 • 948 17 18 20 Monasterio de Urdax 8, 1º • Esquina Pío XII, 9 • PAMPLONA SI LO NECESITA NOS TRASLADAMOS A SU DOMICILIO



salud

Otitis media

Dr. Secundino FernándezEspecialista en Otorrinolaringología.
Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra

La otitis media es la inflamación de los espacios del oído medio independientemente de cuál sea la patogenia. La otitis media, como cualquier otro proceso dinámico, se puede clasificar de acuerdo con la secuencia temporal de la enfermedad en aguda (duración de los síntomas entre 0 y 3 semanas), subaguda (de 3 a 12 semanas) y crónica (más de 12 semanas).

Asimismo, dependiendo de la evolución de la otitis media, ésta puede presentar una efusión de líquido (otitis media seromucosa) en el oído medio, que puede ser de tipo seroso (fluido, parecido al agua), mucoso (viscoso, parecido al moco) o purulento (pus).

¿Cuáles son sus causas?

La causa más importante de la otitis media es la disfunción tubárica o el mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio, que es el conducto que comunica el oído medio con la rinofaringe. Otras posibles causas son la infección de la vía respiratoria alta, problemas alérgicos y trastornos de la función ciliar del epitelio respiratorio de la vía respiratoria alta. El deficiente funcionamiento de la trompa de Eustaquio muchas veces está relacionado con su obstrucción, que puede ser por motivos intrínsecos o extrínsecos. Habitualmente los motivos intrínsecos se deben a la inflamación de la mucosa de la trompa de Eustaquio por un problema infeccioso o alérgico. La obstrucción extrínseca, habitualmente de causa mecánica, es producida por una hipertrofia adenoidea (vegetaciones). Los gérmenes que se detectan con más frecuencia en la otitis media aguda, son el Streptococcus pneumoniae, el Haemophylus influenzae y con menor frecuencia la Moraxella catarralis, el Streptococcus del grupo A y el Staphylococcus aureus.



Además de las bacterias, también juegan un papel muy importante en la patogenia de la otitis media aguda los virus, siendo los más frecuentemente implicados el virus respiratorio sincitial, el virus influenzae, el virus parainfluenzae, adenovirus, rinovirus y enterovirus.

¿Cuáles son los síntomas?

En la forma aguda de la enfermedad, otitis media aguda, la mayoría de los episodios (70-80%) coinciden o están precedidos por una infección de la vía respiratoria alta. Lo síntomas suelen ser: dolor de oído (otalgia), fiebre, tos, rinitis, irritabilidad, llanto y rechazo de la alimentación. Con menos frecuencia se puede presentar otorrea (supuración), hipoacusia, vértigo y más raramente parálisis facial. Otros síntomas que se pueden presentar son: los vómitos, las molestias abdominales, y la diarrea. En niños la presencia o asociación de otorrea, otalgia, falta de descanso nocturno, y el gesto de llevarse la mano a la oreja está presente en el 71-75 % de los casos de las otitis medias agudas. En la otitis media crónica con efusión, la pérdida de audición puede ser el único síntoma.

¿Quién puede padecerla?

La otitis media es una de las enfermedades más frecuentes de la infancia y una de las causas de pérdida de audición en los niños. Aproximadamente el 70 por ciento de los niños han tenido algún episodio de otitis media. La otitis media afecta a todos los grupos de edad, pero es más frecuente en el periodo de edad comprendido entre los 0 y los 7 años. A partir de esta edad la incidencia disminuye. Desde el punto de vista epidemiológico se han des-

crito distintos factores relacionados con una mayor incidencia de otitis media durante los meses de otoño e invierno. Asimismo, es más frecuente en los niños que acuden a centros escolares o que presentan alteraciones anatómicas en el área rinofaríngea, como el paladar hendido, o que padecen inmunodeficiencias congénitas adquiridas.

También se considera un factor de riesgo que incrementa la posibilidad de infección por neumococo el tratamiento con antibiótico en el mes previo a la consulta. Por otro lado, se ha observado que la incidencia es menor en aquellos niños que reciben lactancia materna.

¿Cómo se diagnostica?

La historia clínica cuidadosa y el examen y la exploración otoscópica habitualmente son suficientes para el diagnóstico de la otitis media en la mayoría de los casos. Es preciso realizar una exploración completa de cabeza y cuello para identificar factores que predispongan a padecer ese tipo de problema, tal como trastornos cráneo-faciales, obstrucción nasal, defectos de paladar o hipertrofia adenoidea. En pacientes con otitis media unilateral, es preciso examinar la rinofaringe. La exploración otoscópica es la exploración más importante para el diagnóstico de la otitis media. Asimismo, la realización de una otoscopia neumática puede ser esencial para precisar y determinar la movilidad de la membrana timpánica. Cuando existe una otitis media crónica con efusión pueden verse los niveles de aire y burbujas en el oído medio. La otitis media aguda generalmente se presenta con una membrana timpánica enrojecida, abombada, con escasa o nula



movilidad. Cuando la membrana timpánica se perfora, conlleva habitualmente la aparición de otorrea (supuración).Otra exploración habitual que se realiza es la timpanometría, que ayuda en ocasiones a confirmar los hallazgos en la otoscopia u otoscopia neumática. Esta prueba permite objetivar el estado de la membrana timpánica y la movilidad de la cadena osicular. En ocasiones se realizará ante una otitis media aguda, una miringotomía o timpanocentesis (incisión en la membrana timpánica) para confirmar el diagnóstico y obtener material para cultivo y permitir además el drenaje del contenido purulento a presión en el oído medio. El examen audiométrico (audiometría) puede ser útil para confirmar y establecer el nivel de pérdida auditiva que conlleva sobre todo la otitis media crónica con efusión.

¿Cuál es el tratamiento?

La otitis media aguda es una infección que con un alto porcentaje de curación natural. El tratamiento habitual de otitis media aguda se realiza con antibióticos durante un periodo comprendido entre los cinco y los diez días, teniendo como referencia los gérmenes que habitualmente son los responsables de dichos procesos.

El criterio actual es que el tratamiento antibiótico debe de mantenerse por lo menos 5 días en los niños mayores de dos años con poca afectación del estado general y al menos 10 días en niños menores de dos años con afectación general moderada/severa o perforación timpánica. Se considera afectación del estado general la presencia de otalgia moderada o severa (irritabilidad, presencia del gesto de tocarse la oreja) y fiebre >39° (oral) ó 39,5° (rectal). Habitualmente, con el tratamiento antibiótico la sintomatología mejora significativamente en 48 horas. Sin embargo, si existe efusión en el oído medio ésta puede persistir durante varias semanas.

El antibiótico de primera elección será la amoxicilina y el de segunda elección la será la amoxicilina-clavulánico, si bien es aconsejable realizar previamente y siempre que sea posible el cultivo y antibiograma de una muestra representativa de las secreciones de la vía aérea superior o del oído medio. En el caso de alergia a la penicilina y derivados se utilizarán fármacos alternativos de primera línea como los macrólidos o el cotrimoxazol. Al tratamiento antibiótico en ocasiones se asocian descongestionantes nasales, analgésicos y mucolíticos. Cuando los episodios de otitis media aguda son muy frecuentes y se sospecha que exista fuentes de infección como una adenoiditis crónica, sinusitis crónica, inmadurez inmunológica, deben valorarse esos procesos y establecer un tratamiento lo más específico posible. En muchos casos, sobre todo en niños, en los que se presentan episodios repetidos de otitis media junto con síntomas de adenoiditis e hipertrofia adenoidea, se ha de realizar la extirpación del tejido adenoideo hipertrófico y la colocación de tubitos de drenaje transtimpánico previa realización de miringotomía y

aspiración del líquido o efusión localizada en el oído medio.

¿Cuál es el pronóstico de esta enfermedad?

La otitis media es una enfermedad que afecta sobre todo al grupo de edad comprendido entre los 0 y 7 años. A partir de esta edad la incidencia diminuye de manera significativa. Los pacientes que presentan deformidades de paladar, alergias y otro tipo de anomalías cráneo-faciales tienen una mayor predisposición a padecerla y por tanto a sufrir las complicaciones de la misma. Con el tratamiento adecuado se evita la mayor parte de las secuelas que estos episodios pueden producir en las distintas estructuras del oído medio y evitar que en la vida adulta el paciente padezca una otitis media crónica con trastorno funcional del oído en mayor o menor grado. La colocación de tubos de drenaje no supone un tratamiento dirigido a corregir la causa que provoca las otitis pero mantiene el oído medio en unas condiciones favorables para evitar secuelas posteriores y permitir una buena audición. Durante el tiempo que están los tubos de drenaje ha de evitarse la entrada de agua en los oídos por el riesgo de infección que esto supone.

¿Cómo se puede prevenir?

Existen una serie de hecho demostrados que contribuyen, en mayor o menor medida, a favorecer la aparición de la otitis media aguda en los niños. Los antecedentes familiares de otitis media, la asistencia a guardería, la exposición al humo del tabaco y el uso del chupete incrementan el riesgo de otitis media. El hábito de fumar durante el embarazo disminuye la edad de debut de la otitis media aguda en los hijos y aumenta la posibilidad de padecer recurrencias.

El sexo masculino tiene una predisposición mayor a padecer otitis media aguda. La lactancia materna durante al menos tres meses previene la aparición de otitis media aguda. Diversos trabajos han demostrado que el uso de xilitol en forma de jarabes o chicles es eficaz para prevenir la aparición de otitis media aguda y disminuye la necesidad de prescripción de antibióticos aunque es preciso efectuar estudios clínicos adicionales para confirmar esos resultados.

La vacuna antigripal es útil en niños con otitis media recurrente que acuden a guardería ya que reduce la incidencia de otitis medias agudas. La vacuna antineumococica previene la aparición de otitis medias agudas producidas por el S. pneumoniae pero por el momento no se recomienda su uso de manera indiscriminada.



Estrés relacionado con el trabajo

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud. Instituto Navarro de Salud Laboral

En nuestra vida cotidiana, el término "estrés" lo utilizamos sin excesivo rigor. A veces, lo usamos para referirnos a las situaciones que nos provocan cierto malestar (estresores), otras veces, para hablar de las reacciones que presentamos ante esas situaciones desagradables (tensión, disminución de la sensación de control, nerviosismo...) y, otras veces, al señalar las consecuencias de esas reacciones.

Según indica la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, es importante reservar el concepto de estrés para cuando queramos hablar exclusivamente de las reacciones de una persona ante factores o situaciones de riesgo o estresores. Éstas pueden darse en el trabajo, en el ámbito extralaboral (familia, amigos...) o en ambos.

Este artículo trata del estrés relacionado con el trabajo, que es el causado o agravado por el trabajo. Es el segundo problema de salud laboral más frecuente en toda Europa, después de los trastornos músculo-.esqueléticos. En España, según los datos de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2007), un

6,3 % de los trabajadores considera el estrés como la segunda de las dolencias más frecuentes relacionadas con su trabajo, por detrás de los problemas musculares. En Navarra, un 11,6% de los trabajadores consultados afirma presentar síntomas compatibles con estrés (Il Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo, 2006).

El estrés relacionado con el trabajo sucede cuando las exigencias del trabajo superan la capacidad del trabajador para hacerles frente o para tenerlos bajo control. La Comisión Europea (1999) lo define como "el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo...".

Esta definición del estrés centra la atención en las causas relacionadas con el trabajo y en las medidas de control necesarias, que es lo que más interesa desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales y la protección de la salud de los trabajadores.

Causas

Las diez principales causas del estrés relacionado con el trabajo que han sido identificadas recientemente por el Observatorio Europeo de Riesgos (2007) son las siguientes:
Contratos precarios en el contexto de un mercado de trabajo inestable (baja remuneración y baja calidad, con pocas oportunidades de formación y de carrera profesional).
Aumento de la vulnerabilidad de los trabajadores en el contexto de la globalización.
Nuevas formas de contratación temporal.
Sensación de inseguridad en el puesto de tra-

Envejecimiento de la población activa. Jornadas de trabajo prolongadas. Intensificación del trabajo (plazos estrictos y ritmo intenso).

Producción ajustada y subcontratación. Excesiva exigencia emocional en el trabajo (violencia y acoso laboral).

Desequilibrio entre vida laboral y personal.

Efectos

bajo.

El estrés en sí mismo no es una enfermedad, pero si se sufre de forma intensa y continuada puede provocar alteraciones y enfermedades. Puede tener efectos perjudiciales sobre la calidad de vida y de trabajo: puede influir en el bienestar general, en las relaciones sociales y en la vida familiar del trabajador, o puede ser la causa del absentismo laboral, la jubilación anticipada y de un descenso en la productividad y en la calidad de los servicios y productos de las empresas. Además, el estrés crónico puede incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, problemas gastrointestinales, trastornos músculo-esqueléticos y depresiones. También, debilita el sistema inmunológico y, en consecuencia, nuestra resistencia a las enfermedades.

Prevención

La forma más efectiva de combatir el estrés consiste en eliminar sus causas: modificar la organización del trabajo, mejorar los sistemas de comunicación, rediseñar los puestos de trabajo, permitir una mayor participación en la toma de decisiones, reducir la eventualidad de los trabajadores, prevenir las situaciones de violencia y acoso laboral, etc.

También pueden contemplarse, en un segundo plano, medidas individuales para abordar el estrés de los trabajadores que ya estén afectados.

En todo caso, las medidas preventivas variarán en cada empresa en función de las causas específicas detectadas en un diagnóstico previo o evaluación de riesgos psicosociales que debe realizar el empresario con la colaboración de los trabajadores.

Presente pasado y futuro de Andevi

Asociación Navarra de Defensa de la Vida (Andevi)



Es una asociación civil, sin ánimo de lucro, que comenzó su andadura organizada en septiembre de 1977, en una oficina de la Plaza Conde de Rodezno, 8, que nos habían prestado, para ayudar a mujeres embarazadas con problemas y defender integramente la vida humana, desde el momento de la concepción, hasta que se extinga por causas naturales.

Una vez redactados los Estatutos y firmados por 23 personas, fueron presentados en el Gobierno Civil, quedando aprobada la Asociación el 25 de enero de 1978.

En la citada oficina se reunía la provisional Junta Directiva y se organizaban, sobre todo, conferencias para dar a conocer Andevi y sus finalidades de íntegro respeto por la vida y la dignidad humana.

Posteriormente, y ya ubicados en la C/ Sangüesa, 16, comenzamos ampliar las actividades de la Asociación, atendiendo a mujeres con problemas de embarazo. También se inició la edición de la revista mensual de AN-DEVI, cuyo primer número data de junio de 1981. Se iniciaron asimismo los Cursos sobre la Vida, destinados a jóvenes universitarios, que fueron la semilla de Jóvenes Pro-vida. Algunos de ellos, ya profesionales prestigiosos, se dedicaron al tema de la Bioética. Ese mismo año fue una representación de ANDEVI a Zaragoza, para la fundación de la Federación Española de Asociaciones Pro-vida.

En 1982 tuvimos que realizar un nuevo traslado; esta vez a la C/ Teobaldos, 11, 1º. Allí permanecimos hasta el mes de mayo de 2002, prácticamente 20 años, en los cuales la Asociación adquirió un gran desarrollo y una notable incorporación de socios. Aquí comenzó a funcionar el "Teléfono de la Vida y de



atención a la mujer". Se impartieron, además, gran número de conferencias, tanto en los locales de la Asociación como en diferentes puntos de la geografía Navarra. Por otra parte, se consolidó el voluntariado y hubo un gran incremento de mujeres con problemas atendidas. Volvimos a afrontar un nuevo traslado; nos ubicamos en la C/ Sangüesa, 5, Entreplanta, donde permanecimos tres años, hasta que, en junio de 2005, nos instalamos definitivamente en la actual dirección (Avda. Sancho el Fuerte, 77, portal izquierdo, 1°, Local 107; 31008 Pamplona) que esperamos, después de seis traslados, sea la definitiva sede de ANDEVI. Ésta ha sido, a grandes rasgos, la trayectoria histórica de ANDEVI. Durante estos casi 31 años de andadura, se han atendido innumerables mujeres y niños con problemas; se han salvado cientos de vidas; se ha proporcionado a las familias ingentes cantidades de equipamientos, enseres para bebés, alimentos, etc. Se han impartido más de mil conferencias que han sido escuchadas por más de 10.000 personas; hemos publicado casi 300 boletines de ANDEVI, lo que equivale a decir que llevamos casi 300 meses difundiendo las noticias de la Asociación y de la Cultura de la Verdad, del Amor y de la Vida. En los dos últimos años el incremento de actividades y proyectos realizados por la Asociación es muy significativo. Trabajamos fundamentalmente en tres ámbitos de actuación, que pasamos a desarrollar:

Centro de ayuda a la mujer "Teléfono de Atención a la Vida"

Asistencia personalizada a la mujer sola, embarazada o con hijos menores a su cargo, en situación de marginación, pobreza y/o desiqualdad.

Atención médica, psicológica y/o acogida a la mujer que necesita amparo, comprensión y respaldo ante una maternidad difícil.

Apoyo continuado a la mujer gestante durante el embarazo y hasta 36 meses después del parto, según necesidad.

Alimentación, vestido, gestión de alojamiento temporal, coches de bebé, cunas, etc. para la madre y el hijo.

Cursos de Educación para la Salud de las em-

barazadas y el cuidado de sus hijos menores (Puericultura y Atención Temprana).

Orientación y apoyo para la integración familiar y la inserción social.

En 2007 se ha atendido a un total de 131 muieres con problemas de exclusión social, y a más de 150 niños/as.

Andevi mayores

Actividades de voluntariado centradas en tareas de acompañamiento y apoyo psicológico a personas mayores, enfermas o en situaciones físicas deficientes, en el lugar donde residen (Centros geriátricos, domicilios particulares, centros hospitalarios, etc.).

Formación y preparación del voluntariado de la sección (Profundización teórico-práctica en la relación de Ayuda).

Andevi jóvenes

Programas formativos y lúdicos, dirigidos a la población comprendida entre los 14 y los 30 años, que resultan de interés para ese colectivo y que persiguen la formación para la convivencia, la no discriminación, el intercambio cultural y la adopción de hábitos de vida saludables como alternativa ante conductas de

Actividades de difusión de la Cultura de la Vida en el ámbito juvenil (Colegios de Educación Secundaria y Bachillerato; Colegios Mayores, Universidad, etc.)

Organización de los actos relacionados con el "Día por la Vida", que se celebra cada 25 de

Son más de 60 los voluntarios que, con una formación continuada, están atendiendo todas las actividades y prestaciones realizadas en las tres secciones que acabamos de enumerar. Además este año se impartirá ya el sexto curso de Puericultura y el tercero de Estimulación Temprana, destinado a padres y/o futuros padres que les capaciten para hacer más eficiente la labor asistencial y educativa que han de emprender con sus hijos.

NUESTRO LEMA: Que en Navarra se defienda la dignidad de todo ser humano y su derecho a vivir.



CÉSAR BORGIA EN SU AGONÍA S. Napal Lecumberri

Editorial Evidencia Médica Novela Histórica

César Borgia, agonizante en los campos de Viana tras la lanzada de un soldado del Conde de Lerín, va recordando su vida. A través de las páginas del libro, el personaje rememora su existencia y las personas y acontecimientos que la rodearon: su padre, Rodrigo Borja, luego Borgia y futuro Papa Alejandro VI y su madre, la patricia romana Vannozza Cattanei; las grandes difamaciones que rodearon su vida; su amistad con Maquiavelo, Leonardo da Vinci y otras personalidades de la época; su boda con la hermana del rey de Navarra...



TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LOS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

DEL METABOLISMO M. Ruiz Pons, F. Sánchez-Valverde Visus y J. Dalmau Serra

Editorial: Ergon Nutrición

Los Errores Innatos del Metabolismo (EIM) son un grupo de enfermedades que estamos empezando acentender», y que van diagnosticándose cada vez con mayor frecuencia. Probablemente en los próximos años se irá comprobando cómo diversos cuadros clínicos que hasta el momento estaban sin etiquetar se van explicando en sus aspectos etiológicos y clínicos, cuando se descubren sus fundamentos metabólicos.



POR DONDE SALE EL SOL

Blanca García-Valdecasas Ciudadela Libros

La realidad es una permanente promesa. Y la vida de cada persona, la lucha por conseguir esa deuda de felicidad que la realidad se resiste a pagar. En esa lucha, sacrificios cotidianos que velan cruelmente la promesa, extraña mezcla de dolores y alegrías, solo el amor nos sostiene. La anónima aventura de una familia cualquiera sirve a la autora, Blanca García-Valdecasas, para mostrar la oculta grandeza de la vida de cada persona. Se sirve de lo cotidiano para mostrarnos la inmensidad interior del corazón del hombre....



HARRY POTTER Y LAS RELIQUIAS DE LA MUERTE

J.K. Rowling Salamandra Novela

Séptimo y último volumen de la serie en el que la autora desvela, de forma espectacular, las numerosas incógnitas pendientes sobre el destino final de los protagonistas.



CAFETERÍA HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO T. 948 275 461 www.aramark.es

ARIBAU 200-210 4/5 PLANTA 08036 BARCELONA T. 932 402 141



COCINA PERMANENTE

MENÚS DEL DIA; COMIDAS Y CENAS

BONOS PARA ACOMPAÑANTES

VARIEDAD DE PLATOS COMBINADOS

AMPLIA OFERTA
DE PINCHOS Y BOCADILLOS

EXQUISITA OFERTA EN DULCE, BOMBONERIA, PASTELERIA Y TARTAS

Y PARA LOS MAS PEQUEÑOS AMPLIO SURTIDO DE JUGUETES Y GOLOSINAS

RECOGEMOS TODA CLASE DE ENCARGOS DE APERITIVOS, COMIDAS Y CENAS PARA LLEVAR





HOTEL TRES REYES

* * Luxe PAMPLONA



Servicio de transporte gratuito a la Clínica Universitaria

En el centro de la ciudad, habitaciones Classics, Ejecutivas y Suites 18 Salones con luz natural | Capacidad hasta 1.800 personas Restaurante | Gimnasio | Peluquería | Golf

Jardines de la Taconera 31001 Pampiona - España | Tel. 34 948 22 66 00 - Fax 34 948 22 29 30 | E-mail: comerc@hotel3reyes.com www.hotel3reyes.com

PLATA ITALIANA • PERLAS ÁMBAR DEL BÁLTICO • CHAPADO ORO RELOJES • DISEÑO PROPIO



MAJORICA



SWAROVSKI

FESTINA



FOSSIL

Arabians





GUESS



Plata de Palo

b&g



San Ignacio, 8 T. 948 211 596

García Castañón, 12 T. 948 226 219

Centro Comercial La Morea T. 948 153 163



EL ÁMBAR, El llanto de los dioses



Si te gusta el ámbar y los libros de acción, Cilveti te recomienda la novela AMBAR-La Huella del Tiempo- Este thriller de intriga y suspense está ambientado en el mundo del ámbar. Siguiendo la pista de un fóssil robado aprenderás todo sobre esta materia mágica.

En todas las librerías, Corte Inglés



Esta resina fosilizada ha seducido a todas las civilizaciones que se han sucedido, hasta despertar en nuestros tiempos un enorme interés por el misterio de sus inclusiones y la magia de su color.

Hipócrates, vadre de la medicina moderna, constata que los collares de ámbar alivian los dolores de cabeza y que

llevar pulseras de este material quita el cansancio y alivia el reuma. Se llegó a llamar al ámbar "el bálsalmo de Europa" y su energía electrostática le confiere según la leyenda un poder atractivo.

Enmarcado en vlata es una gota de misterio, 50 millones de años de permanencia intacta de la belleza y la pureza original.



APARTAMENTOS EQUIPADOS HABITACIONES INDIVIDUALES Y DOBLES









OPCION

HORARIO DE RECEPCIÓN:

De lunes a jueves de 9:00 a 23:15 h. Viernes y sábado de 9:00 a 23:00 h.

Domingos de 11:30 a 14:30 y de 16:30 a 23:15 h.

RECEPCIÓN: Travesía Acella, 3 BAJO T. 948 261 000 / 948 173 348

Móvil: 619 786 999 Fax: 948 261 000

reservas@hostalacella.com

www.hostalacella.com