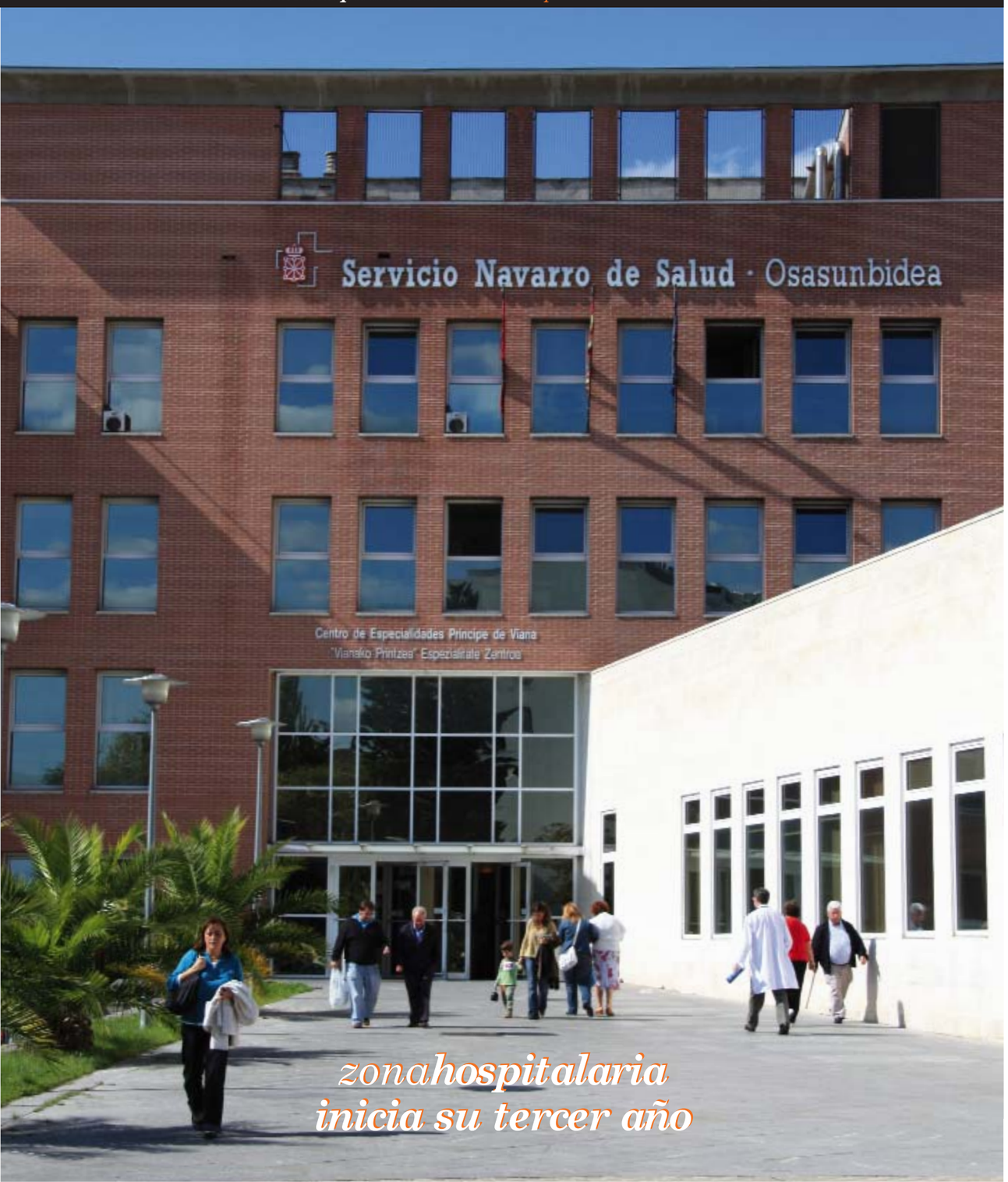
medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoII septiembreoctubre2008 nº13



zonahospitalaria inicia su tercer año

HOSTAL ABODI
GRUPO HOSTELET

Información y recepción
Travesía de Abel a 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

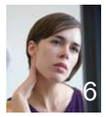
HABITACIONES FRENTE A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA
TRATO FAMILIAR Y PERSONALIZADO
HORARIO DE ATENCIÓN DE 8.30 A 23.00 HORAS
ALQUILER DE APARTAMENTOS

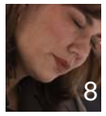
Habitaciones con baño completo individual • Televisión con antena parabólica en todas las habitaciones • Teléfono de uso público • Servicio de limpieza diario • Cambio de lencería y toallas

Sumario

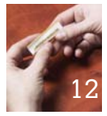
4 Rotavirus

5 I Salón Navarra Salud. "La salud es cosa de todos"


6 El tiroides


8 Prevención del ictus

10 Amma Mutilva, la mejor residencia de España

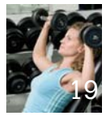

12 Drogas y adolecentes

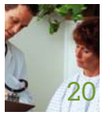
14 Omega 3: Beneficios del pescado

15 Vuelta al cole. Revisión visual

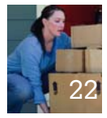
16 Beneficios para la salud del Tai Chi Chuan

18 Alimentos funcionales

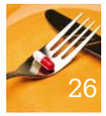

19 Entrenamiento con pesas y salud


20 Hospitalización a domicilio

21 Síndrome postvacacional

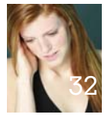

22 Hernia discal lumbar

24 Síndrome de fátiga (astenia) crónica


26 Productos milagro

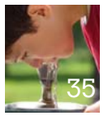
28 Efectos del ozono troposférico en la salud

30 Anestesia epidural para el parto


32 ¿Qué es la tendinitis?

33 La adolescencia: una etapa de riesgo de problemas dentales

34 Médicos del Mundo


35 ¿Cuánta agua necesito beber?

36 Efectos del consumo de tabaco en la mujer

Zona Hospitalaria Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L.
Coordinador Alfredo Erroz **Dirección y Redacción** Imanol Osácar (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción** PubliSic
Fotografía portada Marta Erroz Ferrer **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.

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...*

Vacunación contra los rotavirus

Dr. Javier Berraondo Belzunegui
Pediatra

Los rotavirus pertenecen a una familia de virus que son la causa más frecuente de diarrea aguda y vómitos en los lactantes y niños pequeños. Evitar entrar en contacto con el rotavirus es prácticamente imposible, ya que se encuentran en gran cantidad en el intestino humano y se alimentan de las heces.

Los adultos y algunos niños portan el virus sin manifestar los síntomas. Esto nos lleva al hecho de que aproximadamente el 95% de todos los niños se van a infectar en mayor o menor grado como mínimo una vez antes de cumplir los 5 años.

El rotavirus es muy contagioso. Su principal vía de contagio es la fecalidad, aunque también puede contagiarse mediante las gotitas que se emiten en la respiración. Es bastante resistente a los jabones desinfectantes y puede sobrevivir durante muchos días en elementos que previamente hemos limpiado, como pueden ser encimeras, juguetes, manos... no es de extrañar entonces que los niños que acuden a las guarderías estén más expuesto a contagiarse al estar en un ambiente en el que existe un contacto más estrecho entre ellos. La mayor frecuencia se da en los niños entre seis meses y dos años.

Para infectarse inicialmente por rotavirus se necesitan solamente unas pocas partículas virales, las cuales se van multiplicando enormemente con los días, llegando a alcanzar en los

infectados con síntomas a cifras de hasta un millón de millones en las heces. Los lactantes infectados ya eliminan grandes cantidades de rotavirus en las haces bastante antes de manifestar los síntomas. También pueden seguir propagando el virus uno o dos días después de que parezca que se ha recuperado. Esto nos da una idea de lo fácil que puede ser la infección por el rotavirus.

Inmunidad total

Hay que tener en cuenta que el niño podrá infectarse más de una vez antes de cumplir los 5 años, ya que existen diferentes tipos de rotavirus, y hasta esa edad no se ha producido la madurez del sistema inmunitario y los procesos pasados no han producido la inmunidad total necesaria.

Cuando la enfermedad es sintomática, se manifiesta en forma de fiebre, dolor abdominal, con episodios de vómito y diarrea acuosa que puede producirse muchas veces al día y durar muchos días. Esto puede conducir a la deshidratación por pérdida de líquidos. Una deshidratación intensa podría llegar incluso a poner en riesgo la vida del niño.

El tratamiento se basa fundamentalmente en la rehidratación oral con sueros especiales. Pero muchas veces puede ser difícil e insuficiente, por lo que será necesario el ingreso del niño en el hospital para una rehidratación intensiva. Esto nos lleva a un gasto económico sanitario muy elevado. Y por otra parte están las pérdidas de horas de trabajo de los padres que tienen que cuidar a los niños.

Últimamente han aparecido en el mercado dos tipos de vacunas contra los rotavirus. Las dos son muy eficaces ya que podemos conseguir la inmunidad del lactante contra casi todos los tipos de rotavirus antes de llegar a los seis meses de vida, que es cuando el niño tiene más riesgo de comenzar a ponerse en contacto con los virus, por lo tanto, quiero desde aquí mandar un mensaje a todas las madres para que vacunen a sus niños contra los rotavirus, pues esto redundará en una mejor salud de sus hijos.

Navarra Salud '08
"La salud es cosa de todos"

El Salón Navarra Salud 2008, que se celebra los próximos 17, 18 y 19 de octubre en el Palacio de Congresos y Auditorio de Navarra Baluarte, es un evento sanitario sin precedentes en la Comunidad Foral. Dirigido a los ciudadanos, se convertirá en el mayor punto de encuentro de las empresas, instituciones y profesionales del sector sanitario de Navarra, que presentarán contenidos científicos de interés social, de forma accesible al público, a través de la exposición in situ mediante stands y la organización de diversas actividades.

Navarra Salud nace con el objetivo de transmitir a los ciudadanos, en un lenguaje que seamos capaces de entender, la mejora en los hábitos de vida saludables y elevar el nivel de concienciación en la responsabilidad de cuidar nuestra salud, contribuyendo con ello a consolidar la cultura de la prevención. En Navarra contamos con uno de los mejores sistemas sanitarios, en gran medida gracias a sus profesionales. Es necesario que los ciudadanos lo conozcan para poder valorarlo, en todas sus facetas.

En el Salón, de acceso gratuito, se va a desarrollar una completa labor divulgativa a través de diferentes talleres y actividades en materia de prevención y educación. Para ello se invita a participar a todos los visitantes que acuden al Salón con el incentivo de la entrega de regalos, fomentando la participación en las charlas-taller abiertas al público en diferentes stands, así como a las organizadas por el Salón.

¿Quién estará en Navarra Salud '08?

En Navarra Salud estarán presentes todas aquellas empresas, instituciones y entidades cuyas actividades giren en torno a la salud: Organismos Públicos, Sociedades Científicas, Colegios profesionales, Asociaciones y Federaciones de pacientes, Laboratorios, Fundaciones, Empresas privadas, Universidades y Centros de Investigación.

Mesas redondas y conferencias

En las salas Gola y Corona de Baluarte se desarrollaran más de veinte actos de carácter científico divulgativo; todos ellos estarán abiertos al público y serán retransmitidos íntegramente a través del canal de televisión por Internet **www.pharmaimage.tv**. En ellos se expondrán aspectos puntuales de diversas patologías médicas y temas de alcance social relativos a estas. Un total de ocho mesas redondas y doce conferencias con prestigiosos profesionales del mundo sanitario en Navarra y España, con la participación confirmada de más de cincuenta profesionales.

Asociaciones de pacientes

Con objeto de invitar a las asociaciones de pacientes y enfermos para conocer su labor, se ha habilitado una zona en la planta baja de Baluarte y una sala donde podrán ofrecer conferencias o charlas sobre su actividad e invitar a ponentes. Actualmente hay confirmada la participación de mas de 25 asociaciones con el compromiso de participar en las conferencias y mesas redondas.

Razones para asistir al I Salón Navarra Salud

- Es una herramienta de comunicación completa en la que se produce una interacción directa entre el expositor y el visitante.
- Durante los tres días de celebración del Salón el visitante obtendrá un gran volumen de información en un corto plazo de tiempo, impartido por grandes profesionales del ámbito sanitario.
- Navarra Salud le ofrece una oportunidad única para consultar las posibles dudas que tiene sobre cualquier aspecto de la salud y la necesidad de asumir hábitos de vida saludable.
- Durante esos días, usted podrá "tomar el pulso" al mundo sanitario, conociendo las tendencias actuales y futuras.

Todas las ponencias en www.pharmaimage.tv

	MESAS REDONDAS	CONFERENCIAS
DÍA 17, VIERNES	• Deporte y salud • Ley de dependencia	• Alergias • Propiedades y virtudes de las aguas termales • Vacunación frente al papiloma virus • ¿Son los medicamentos genéricos lo mismo que los de marca?
DÍA 18, SÁBADO	• Fibromialgia • Tercera edad • Cáncer de mama • Transplante de órganos en Navarra	• Trabajo y salud • Obesidad infantil • Riesgo cardiovascular • Salud mental: stress • Hiperactividad infantil • La medicina y el cine • El método mejor para dejar de fumar
DÍA 19, DOMINGO	• Belleza y salud • Dolor de espalda	ACTO DE CLAUSURA

El tiroides (Parte I) ¿Qué es el bocio? Patología nodular tiroidea

Dr. Javier Pineda Arribas
Dra. Anda Apiñániz
Servicio de Endocrinología
Hospital de Navarra

El tiroides es una glándula endocrina, es decir un conjunto de células que producen unas sustancias químicas llamadas hormonas. Estas sustancias se liberan a la circulación sanguínea y se encargan, junto con el sistema nervioso, de regular una multitud de funciones en el organismo (como el crecimiento, la pubertad, la función reproductiva, etc.).Otras glándulas endocrinas son, por ejemplo, la hipófisis, las glándulas suprarrenales, las glándulas paratiroideas, el páncreas... y de su estudio y tratamiento se ocupa la Endocrinología.

El tiroides es la glándula endocrina más grande del organismo. Se sitúa en la parte anterior del cuello y consta de dos lóbulos, uno a cada lado de la línea media y el istmo que les une. Tiene forma de herradura o de alas de mariposa. Habitualmente mide entre 2-2,5 cm, pesa alrededor de 15-20 gr. y no es visible ni palpable.
Dado que las alteraciones de la función tiroidea van a ser objeto de dos capítulos posteriores en esta misma revista, simplemente diremos que el tiroides produce fundamentalmente tiroxina (T4) y que para su síntesis es imprescindible el yodo. Esta hormona no tiene una única utilidad, sino que regula funciones metabólicas, de crecimiento, sistema cardiovascular, y es fundamental para el desarrollo cerebral incluso antes del nacimiento. No es difícil intuir, por tanto, que el déficit de yodo y/o déficits en la formación de las hormonas tiroideas, puede tener consecuencias negativas en diversos sistemas y, especialmente, para la formación intelectual y cerebral del niño durante el embarazo y los primeros años de vida.

Bocio

El bocio es, tanto en el lenguaje coloquial como en el médico, un aumento del tamaño del tiroides, de forma que se hace palpable y/ o visible. Todos los bocios no tienen el mismo tamaño. Podemos encontrarnos pequeños bocios, que no producen ninguna sintomatología, sólo detectables a la palpación por manos expertas y otros de mayor tamaño, visibles a simple vista y que hoy en día son mucho menos frecuentes.
La clasificación por el tamaño del bocio es muy sencilla y básicamente se divide en grados según la palpación:

- grado 0: no existe bocio, ni se ve ni se palpa
- grado 1: bocio no visible en posición cervical normal, pero palpable
- grado 2: cualquier bocio visible en posición normal y palpable

Hay que distinguir lo que supone un mero aumento de la glándula tiroidea (bocio) con una alteración en las hormonas tiroideas. Es decir, tener bocio no implica, ni mucho menos, que el tiroides no sea capaz de fabricar la cantidad normal de hormona tiroidea. Por tanto para valorar el tamaño del tiroides lo más adecuado es la palpación cervical y/o la realización de una ecografía tiroidea y, para conocer el funcionamiento de la glándula tiroidea, lo más útil es determinar mediante analítica de sangre el valor de las hormonas tiroideas.
En ocasiones, estas alteraciones pueden coexistir. Así, existen distintas entidades clínicas en las cuales lo más importante es la alteración de la función tiroidea, pero que secundariamente presentan un aumento de tamaño del tiroides, por ejemplo: la enfermedad de Graves-Basedow, en que se asocia un hipertiroidismo con bocio difuso la tiroiditis de Hashimoto , en la que un bocio difuso se suele asociar con hipotiroidismo tiroiditis infecciosas (subaguda o de DeQuervain,...) en las que además del crecimiento del tiroides casi siempre de forma difuso, existe dolor a la palpación. El bocio puede ser difuso o nodular (es decir, formando uno o varios nódulos en el tejido tiroideo).

Bocio simple

Es un aumento difuso del tiroides, siempre con función tiroidea normal, y que no se debe a una inflamación o neoplasia.
Se considera una respuesta adaptativa a cualquier factor que altere la síntesis de hormonas tiroideas. Clásicamente se ha considerado el déficit de iodo un factor fundamental, pero existen claramente otros factores tanto genéticos (alteraciones en el gen de la TSH,) como ambientales (fármacos, bociógenos, infecciones,...) implicados en este proceso.
Cuando la prevalencia de bocio es mayor del 5 % en la población escolar, como resultado del déficit de yodo, se denominan regiones de bocio endémico.

Bocio nodular

El tiroides normal es una estructura homogénea, pero a menudo forma nódulos en su interior como consecuencia del crecimiento y fusión de los folículos que están llenos de coloide. Los nódulos menores de 1 cm no son clínicamente detectables, salvo que se realicen pruebas de imagen (ecografía/TAC) en muchas ocasiones realizadas por motivos que no tiene relación con el tiroides. Los nódulos mayores de 1 cm casi siempre son palpables (excepto que se encuentren en la parte posterior o inferior del lóbulo tiroideo correspondiente) y en la mayoría de los casos se recomienda estudio citológico del mismo
La aparición de nódulos en el tejido tiroideo muchas veces no es más que la evolución natural de un bocio simple. Es un proceso complejo en el que están implicados factores de crecimiento, sustancias angiogénicas y sobre todo la TSH. (que es el principal regulador de la glándula tiroidea). En otros casos puede deberse a una mutación única en el parénquima tiroideo dando lugar a un adenoma (tumor benigno) o a un carcinoma tiroideo. Dentro del mismo bocio, los nódulos pueden variar en forma, tamaño, número y apariencia, además pueden ser sólidos, quísticos (rellenos de líquido) o mezcla de ambos.
La mayoría de estos nódulos son asintomáticos. Cuando los bocios son grandes pueden producir síntomas locales. Esto se debe, lógicamente, a que cuando crecen, pueden desplazar o comprimir a la tráquea y/o al esófago que están próximos al mismo y se puede notar molestia cervical, atragantamiento, dificultad para la deglución, y en raros casos estridor inspiratorio o parálisis de las cuerdas vocales.
Es una patología más frecuente en mujeres sobre todo a partir de los 30 años de edad En la consulta de endocrinología Hospital de Navarra se ven anualmente unos 400 pacientes con bocio nodulares.
En varios estudios se han realizado ecografías tiroideas a la población general encontrándose nódulos tiroideos hasta en el 40 % de la población, y en la mitad de los casos más de uno.
La primera pregunta que se hace tanto el médico como el paciente, cuando conoce que presenta un tiroides con nódulo/s, es si se trata de un proceso benigno o no.
La inmensa mayoría de los nódulos son benignos (solo aproximadamente el 4 % son malignos). Actualmente el uso de la ecografía tiroidea ha mejorado notablemente el estudio del bocio nodular, ya que nos permite una mayor sensibilidad para localizar las lesiones, ver el nº de nódulos que presenta el paciente y sus características ecográficas. Estos datos nos ayudan a identificar mejor, aquellos nódulos que van a requerir un mayor estudio de otros en los que es innecesario realizar otras pruebas. Además también nos permiten valorar el crecimiento de dichos nódulos y en otras ocasiones nos ayuda a poder realizar un estudio citológico (aspiración del contenido del nódulo con aguja fina) en nódulos que no son palpables y/o de difícil localización.

Estudio citológico

No obstante aunque la ecografía nos ayuda de una manera importante, la prueba de mayor fiabilidad para poder descartar que se trate de un proceso maligno, sigue siendo la realización de un estudio citológico sobre dicho nódulo. El estudio citológico consiste en aspirar con una aguja fina el contenido del nódulo/s y analizar las características de las células .En manos expertas es una prueba poco cruenta y que no precisa la administración de analgésicos. En la mayoría de las ocasiones la prueba nos aporta datos claros sobre la benignidad o malignidad del nódulo, no obstante en algunos casos debemos recurrir a la cirugía para llegar a un diagnóstico definitivo.
La segunda pregunta que debemos contestar es si el aumento del tamaño tiroideo produce alguna sintomatología al paciente, generalmente de tipo compresivo, como es la dificultad para la deglución, dificultad para respirar cuando el paciente está tumbado, alteraciones en la voz, etc., aunque también las molestias pueden ser de tipo estético. Si es así generalmente debemos remitir al paciente al servicio de cirugía para realizar la extirpación de la glándula.
En un número importante de pacientes se requiere la extirpación de toda la glándula tiroidea, con lo que tras la cirugía los pacientes requieren la sustitución con hormona tiroidea exógena de forma indefinida.
Por último, en tercer lugar, debemos preguntarnos si el funcionamiento normal de la glándula se encuentra conservado. Habitualmente el funcionamiento del tiroides es rigurosamente normal y esto se puede objetivar realizando un simple análisis de sangre. A veces, en bocios de larga evolución, alguno de los nódulos puede escapar a la regulación habitual del organismo y empezar a fabricar mayor concentración de hormonas tiroideas de lo normal, lo que se denomina bocio nodular autónomo o tóxico. En estos casos podemos realizar una prueba denominada gammagrafía tiroidea, que nos da una información funcional de los nódulos, pudiendo detectar aquellos con mayor capacidad para producir hormona. Dependiendo del grado de hipertiroidismo y de la situación clínica del paciente podemos administrar por vía oral Yodo radiactivo, que con gran comodidad y escasos efectos secundarios puede normalizar el funcionamiento de la glándula y también producir una disminución moderada del tamaño. Al igual que tras la cirugía algunos pacientes pueden presentar una disminución de la producción de hormona tiroidea, no obstante es poco frecuente.
En la mayoría de las ocasiones, los pacientes afectos de bocio nodular no requieren ningún tratamiento.
Habitualmente realizamos seguimiento por endocrinología los primeros años, para valorar el crecimiento de la glándula y/o de los nódulos así como la aparición de disfunción tiroidea o síntomas no presentes previamente. El crecimiento del bocio si aparece suele ser lentamente progresivo y en la inmensa mayoría de ocasiones no implica cambios en la sintomatología ni representa la transformación maligna del nódulo. Aquellos pacientes que tienen un bocio que no muestra crecimiento clínico significativo, sin ninguna sintomatología compresiva, con función tiroidea normal y en el que se ha descartado malignidad no precisan lógicamente ni cirugía ni yodo y posteriormente el seguimiento lo realiza el médico de atención primaria.

Prevención del ictus

Eduardo Martínez-Vila, Pablo Irimia, María Carmona Iragui
Departamento de Neurología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

Con la palabra "Ictus" nos referimos a un trastorno de la circulación cerebral, de comienzo súbito, que originará la destrucción de una parte del cerebro, y se manifestará por síntomas muy graves e incapacitantes.

Hay dos tipos de Ictus:

- Ictus Isquémico o Infarto cerebral. Se produce al quedar sin riego sanguíneo una parte del cerebro, debido a la obstrucción de una arteria.
- Ictus Hemorrágico o Hemorragia cerebral. Se produce por la rotura de una arteria cerebral, y la consiguiente hemorragia en el interior o la superficie del cerebro.

El 80% de los ictus son infartos cerebrales, y el 20% son hemorragias. El ictus es una urgencia neurológica que requiere ingreso en una Unidad de Ictus.

¿Cuál es la importancia del Ictus?

En España, el ictus constituye la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en los varones. Representa tambien la 1ª causa de discapacidad grave en el adulto y es la 2ª causa de demencia.

Tras un Ictus, alrededor del 20% de los pacientes fallecerá a lo largo del primer mes. A los 6 meses, el 44% de los supervivientes quedará en una situación de dependencia funcional, y sólo el 41% serán independientes.

En Navarra se producen aproximadamente 1100 ictus nuevos cada año, lo que equivale a que cada 8 horas en algún punto de Navarra, un paciente sufre un ictus.

¿Cómo se manifiestan los ictus?

Los síntomas con que puede presentarse un ictus son muy variados, y dependen de la zona del cerebro lesionada. Los más frecuentes son:

- pérdida de fuerza o de sensibilidad en la mitad del cuerpo
- pérdida de visión transitoria o permanente, en un ojo
- dificultad para hablar o para comprender el lenguaje
- dolor de cabeza muy intenso, de inicio brusco y distinto del habitual.

¿Cuáles son los factores de riesgo del ictus?

Los ictus pueden presentarse a cualquier edad, aunque son mucho más frecuentes a partir de los 60 años y algo más en los varones. Sin embargo, hasta un 15% de los ictus ocurren en pacientes menores de 45 años.

El ictus se presenta generalmente en personas portadoras de los llamados Factores de Riesgo Vascular (FRV). De todos los FRV para el ictus, la hipertensión arterial (HTA) es el de mayor importancia, tanto para el infarto como para la hemorragia cerebral.

Los FRV clásicos para el infarto cerebral, además de la HTA, son el aumento del colesterol o triglicéridos, la diabetes, el tabaquismo, la ingesta excesiva de alcohol, hiperuricemia, el sedentarismo, la obesidad, etc. Estos factores facilitan el desarrollo de la arteriosclerosis, y la formación de "placas de ateroma" en la pared de las arterias, pudiendo llegar a obstruir el paso de la sangre. Recientemente se ha incluido entre los FRV el síndrome de apnea del sueño.

Por otra parte, las enfermedades hematológicas que aumentan la coagulación de la sangre, y sobre todo enfermedades cardiacas, como la fibrilación auricular, facilitan que se formen coágulos en la circulación que pueden obstruir las arterias del cerebro. Los ictus en adultos jóvenes son cada vez más frecuentes, y a menudo en relación con el consumo de drogas (cocaína, anfetaminas, drogas de diseño). En mujeres jóvenes, la asociación de tabaquismo, migraña e ingesta de anticonceptivos orales, es un FR para infarto cerebral.

Los Ataques Isquémicos Transitorios (AIT) son el signo de alarma más fiable y FR más importante de la inminencia de un infarto cerebral. Consisten en síntomas transitorios como debilidad del brazo y pierna de un lado del cuerpo, dificultad para hablar, o pérdida brusca de visión por un ojo, que duran escasos minutos o muy pocas horas, y están "avisando" que una parte del cerebro quedó breves momentos sin "riego". Dado que casi un 30% de los Infartos cerebrales se preceden de estos síntomas de "aviso", su identificación y tratamiento constituyen una importante medida para prevenir el infarto cerebral.

Para la Hemorragia cerebral, el FRV más importante es tambien la HTA, destacando luego en importancia el mal control del tratamiento anticoagulante oral (Sintrom). Si los pacientes que toman Sintrom, tienen además un mal control de la HTA, su riesgo de hemorragia es muy superior. También, se asocian a un mayor riesgo de ictus hemorrágico, las enfermedades hematológicas que predisponen al sangrado, las malformaciones arteriovenosas cerebrales y los aneurismas. En estas malformaciones vasculares, la hemorragia cerebral se produce por rotura de la pared arterial, que se encuentra muy debilitada y frágil.

¿Se puede prevenir el ictus?

El ictus con frecuencia puede prevenirse o al menos reducir notablemente el riesgo de sufrirlo. La prevención es esencial. Dado que el ictus se presenta de forma súbita, y generalmente sin síntomas de aviso, lo fundamental es identificar y tratar los FRV y hábitos de vida nocivos, para corregirlos. El tratamiento urgente de los pacientes que han tenido un AIT representa una medida preventiva de la mayor importancia para evitar un infarto cerebral.

Control de factores de riesgo vascular. La adecuada identificación y control de los distintos FRV (HTA, diabetes, dislipemia, fibrilación auricular, etc), siguiendo las indicaciones terapéuticas específicas para cada paciente, las recomendaciones de régimen de vida y alimentación, y las revisiones periódicas establecidas por su Médico de Familia son de la mayor importancia.

El consumo moderado de vino, la realización de ejercicio físico de forma habitual, evitar el sobrepeso, la supresión de forma absoluta del tabaco, la ingesta de frutas, verduras, pescados y aceite de oliva, o la reducción de grasas animales, azúcares refinados, y el exceso de sal en la dieta, son todas medidas higiénicas de aplicación general.

Tratamiento de los AIT. El reconocimiento y tratamiento precoz de los AIT es una de las medidas más importantes eficaces para prevenir un infarto cerebral, ya que son el "signo de alarma y aviso" más fiable de riesgo de ictus en las horas o días siguientes. Los pacientes con AIT requieren una evaluación neurológica urgente, a fin de establecer el diagnóstico y tratamiento adecuado.

Los pacientes con AIT debidos a una cardiopatía embolígena, sobre todo la fibrilación auricular, se tratan con anticoagulantes orales (Sintrom). Este tratamiento debe ser controlado por su Médico de Familia con análisis de sangre cada mes para determinar el INR, (mide el "grado de anticoagulación"), que debe estar entre 2 y 3.

Los pacientes con AIT de otras causas (generalmente en relación con la arteriosclerosis), se tratan con antiagregantes plaquetares (aspirina, triflusal, o clopidogrel). Cuando los AIT se deben a la obstrucción de una arteria carótida, puede ser necesario además extirpar quirúrgicamente la placa de ateroma (endarterectomía) o aplastarla contra la pared (angioplastia) para mantener la arteria permeable.

Amma Mutilva, elegida la mejor residencia para personas mayores de España

grupoamma
centros gerontológicos

Amma Mutilva, ubicada en la localidad navarra de Mutilva Alta, ha sido elegida como la mejor residencia de mayores de España en un estudio comparativo realizado por el Grupo Júbilo Comunicación, principal editorial española especializada en prensa para mayores perteneciente al Grupo Planeta.

Para este análisis, llevado a cabo por consultoras especializadas, se han tenido en cuenta criterios de puntuación como los certificados de calidad de los centros, el ratio de personal, la ubicación y accesibilidad de las residencias, los servicios prestados, las instalaciones y también la implantación de nuevas tecnologías al servicio de los mayores.

En este ranking de las 20 mejores residencias de España, Amma Mutilva ha obtenido una puntuación de 66,65 puntos, seguida por los centros Domus Mirasierra de Madrid (57 puntos) y Sanyres Puerto Banús de Málaga (56,72), que han ocupado el segundo y tercer puesto, respectivamente. Amma Mutilva ha sido además el único centro navarro que aparece en este ranking.

Primera residencia del grupo Amma

Amma Mutilva, que abrió sus puertas en el año 2000, fue el primer centro gerontológico puesto en marcha por el Grupo Amma y, desde su apertura, se ha convertido en una referencia de calidad asistencial. De hecho, fue el primer geriátrico en España en obtener el certificado de calidad ISO 9001-2000 y en 2006 fue galardonado también con el Premio Nacional a la Excelencia en la Gestión Residencial. Cuenta con 180 plazas residenciales y 30 de centro de día.

En el informe, la revista Júbilo destaca que "Amma Mutilva es todo un ejemplo de que la atención residencial de calidad pasa por una combinación de las mejores instalaciones con una amplia variedad de servicios. En este centro han sido pioneros en aplicar la terapia con animales a los residentes y también ofrecen cursos de yoga, talleres de memoria y manualidades, entre otras actividades encaminadas a fomentar la autonomía personal de los usuarios".

Estímulo para seguir mejorando

Desde el Grupo Amma se valora muy positivamente la consecución de este primer puesto de Amma Mutilva en el ranking y anima a los profesionales del centro a que sigan trabajando con la dedicación que lo están haciendo para atender a las personas mayores que viven en la residencia. Lejos de la autocomplacencia, en Amma Mutilva este reconocimiento se ha tomado como un estímulo para seguir mejorando la calidad del centro, siguiendo para ello la metodología del sistema EFQM para la detección de aquellos puntos de mejora en los que hay que seguir trabajando.

Amma continúa su expansión a nivel nacional

El grupo Amma ha puesto recientemente en funcionamiento nuevas residencias en Albacete, Madrid y Tenerife. Con estas aperturas, la compañía navarra gestiona ya un total de 27 centros en toda España, con lo que se consolida como líder en el sector de la atención a mayores.

Concretamente, las nuevas residencias de mayores han abierto sus puertas en las localidades de Hellín (Albacete), Humanes (Madrid) y Tejina (Tenerife), con lo que la compañía gestiona ya un total de 27 centros en toda España, consolidándose así como uno de los grupos líderes a nivel nacional en la atención a la dependencia y la tercera edad.

Previsiones de crecimiento

Amma está presente en siete Comunidades Autónomas: Navarra (5 centros), Madrid (9), Cataluña (3), Canarias (3), Castilla-La Mancha (3), Castilla y León (3) y Cantabria (1). Las previsiones del grupo son cerrar el año 2009 con un total de 31 centros, más de 2.500 trabajadores y más de 5.000 plazas, entre residenciales y de centro de día. Además, se prevé a medio plazo la entrada en regiones como Andalucía, La Rioja, Comunidad Valenciana y Baleares.

Amma Argaray desarrolla un innovador programa de musicoterapia para estimular a los mayores

La residencia Amma Argaray, situada junto al seminario de Pamplona, ha comenzado un innovador programa de terapia con música para estimular la memoria de las personas mayores con deterioro cognitivo y demencias. Según los expertos en geriatría, la música, y las sensaciones y emociones que conlleva, son una excelente herramienta para mejorar la calidad de vida de estas personas.

El programa se desarrolla todos los días, de lunes a viernes, y sirve para que los residentes recuerden la música de sus años jóvenes y sus canciones favoritas. Además, sirve también para trabajar el ritmo y la motricidad, puesto que una parte de la terapia consiste en tocar instrumentos musicales, esencialmente de percusión, llevando el compás de la música.

Colaboración del foro QPEA

Unido a esta experiencia, y con la colaboración del Foro QPEA de Investigación y Docencia sobre Calidad de Vida en las Personas de Edad Avanzada, el centro ha puesto en marcha también un coro, en el que están participando numerosos mayores y que está teniendo una excelente acogida por parte de todos.

Drogas y Adolescentes

Fermín Castiella Lafuente
Director Técnico del Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra

La familia tiene como tarea educativa poner a sus hijos en condiciones de participar en los modos de vida característicos de la sociedad a la que pertenecen, de manera que al final de este proceso los propios hijos se encuentren en condiciones de iniciar un nuevo ciclo vital.

Antes de que un niño acuda al colegio ya ha tenido que aprender una serie de actividades relacionadas con la habilidad corporal, un lenguaje y también ser capaz de establecer una distinción básica, entre lo que está bien y lo que está mal.

En esa época previa a la socialización en la escuela los niños establecen unos vínculos afectivos fuertes con las personas que se responsabilizan de sus cuidados, que con mucha frecuencia coinciden con sus progenitores. Es un tiempo fundamental en el proceso educativo ya que los referentes principales van a dejar huellas permanentes. Por lo tanto, padres y madres desde el momento del nacimiento de nuestros hijos vamos a ser las personas más importantes y sus educadores por excelencia. Con el paso de los años, la relación de padres e hijos se va diferenciando, llega un momento en el que prefieren compartir su tiempo y sus inquietudes con sus amigos en un intento de búsqueda de su propia identidad. Rechazan muchas cosas que hasta ese momento eran incuestionables porque representan a la infancia y están en el intento de ser mayores; establecen sus valores, objetivos y prioridades. Transcurre más tiempo y el adolescente se convierte en persona adulta capaz de adquirir total capacidad de autonomía e independencia.

La familia en este proceso de socialización tiene un papel primordial. En el momento mas álgido de la adolescencia, las relaciones suelen ser conflictivas, por una parte el adolescente quiere ser independiente y "se come el mundo" y sus padres quieren seguir imponiendo la disciplina y el control, situación contra la que se revela pero que reclama cuando no existe; se sienten seguros cuando se les marca los límites del camino que deben seguir.

Modelo de comportamiento

Para garantizar un final feliz en este proceso podemos hacer muchas cosas. La primera ser buenos modelos, ya que vamos a enseñar con lo que nosotros hagamos y no tanto con lo que digamos. Tenemos que crear puentes activos para la comunicación empezando desde los primeros meses de vida con una observación positiva y activa de sus comportamientos. Una buena comunicación va a ser la base de la relación y ésta requiere dedicación e interés, de manera que cuando empiecen los lenguajes mas explícitos sienta que lo que expresa nos importa y que para nosotros es primordial. Así podremos establecer vínculos afectivos y comunicativos.

El estilo educativo que adoptemos los padres va a influir mucho sobre cómo se producen y se desarrollan los conflictos. Nuestra forma de actuar tiene que tener unos cuantos elementos imprescindibles como autoridad, disciplina, límites bien definidos, normas claras, cariño, comprensión, cercanía, compañía, tolerancia, todo en dosis suficientes, de manera que podamos conseguir lo que queremos que nuestros hijos adquieran; la capacidad de autonomía ajustada a su momento de desarrollo para terminar como un adulto capaz de asumir responsabilidades y compromisos.

En este proceso hacia la autonomía nuestros hijos también van conquistando derechos (horarios, dinero, lugares donde acudir...). Como toda conquista, tiene que ser algo que ellos hacen de manera consciente, con trabajo y responsabilidad. El hecho de cumplir años no debe ser el motivo de la adquisición del derecho. El comportamiento se debe corresponder con la edad que queremos, "si queremos que nos traten como a personas mayores, nos tendremos que comportar como mayores".

Estamos viviendo en una sociedad de consumo y nuestros hijos también participan de estos valores. Depende de nosotros que participen en la sociedad con comportamientos razonablemente ajustados o no. Pero también van a tener que convivir con las drogas. Cómo se relacionen con ellas también va a estar muy relacionado con todo aquel bagaje educativo que les hemos proporcionado desde que nacen.

¿Conocimientos necesarios?

A veces surge la siguiente pregunta: ¿Son necesarios ciertos conocimientos y formación específica para desarrollar una prevención familiar en drogodependencias?

Los padres pueden pensar que si tienen amplios conocimiento de psicología, pedagogía, educación social, experto en drogas, etc., van a dotarse de unas herramientas infalibles para encarar la educación de sus hijos. Disfrutar de amplios conocimiento ayuda muchísimo en la vida profesional, social... y también en la vida familiar, pero desde luego no es algo determinante. La dedicación a la educación de los hijos, promover y mimar el apego, imbuirles de sentido común, fomentar y apoyar su educación y formación, corregirles en caso necesario, es una actitud mas de sentido común y compromiso que de grandes conocimientos, en definitiva: destreza y arte.

Otra cosa muy distinta es la necesidad de recurrir a la ayuda de psicólogo, pedagogo, educador social... si unas circunstancias determinadas o problemas concretos así lo requieren.

Para educar a nuestros hijos nadie nos da un carné, ni la capacitación se adquiere con examen, simplemente se consigue con sentido común (es suficiente) y dedicación.

Podemos hacer muchas cosas: ser buenos modelos, favorecer la autoestima de nuestros hijos, establecer un sistema adecuado y coherente de normas que les van a propiciar el espacio de seguridad que necesitan, concederles cuotas de responsabilidad y autonomía ajustadas a su momento de desarrollo y en función de la respuesta que nos ofrezcan. Para ello la comunicación basada en la escucha y el dialogo es el ingrediente imprescindible. Tenemos que tener en cuenta sus capacidades para poder ajustar las expectativas a lo que sea capaz de conseguir. Reconocer sus éxitos, sobre todo aquellos que se consiguen gracias al trabajo y no sólo a las capacidades. Aunque en ocasiones nos cuesta, también tenemos que reconocer los valores positivos, que seguro que los tienen. Vivir es complicado y no siempre nos sale todo bien, que nuestros hijos aprendan a

tolerar las frustraciones les va a ser una buena herramienta para acercarse a la felicidad. Conocer a sus amigos es buen ejercicio ya que para ellos son personas importantes y en algunos momentos incluso más que nosotros. Tienen que asumir las responsabilidades que se deriven de sus actos, podremos acompañarles en momentos difíciles, pero la responsabilidad de sus actos, es suya.

NO:

Solucionar todos los problemas para evitar sufrimientos.

Educar en el éxito como única meta.

Satisfacer sus caprichos indiscriminadamente.

Hacernos responsables de sus errores evitando que asuman la responsabilidad.

Omega 3 Beneficio del pescado

Dra. M. Arraiza Ruiz de Galarreta
Especialista en endocrinología y nutrición. Sección de Nutrición y Dietética. Hospital de Navarra

Los ácidos grasos omega 3 componen, junto con los omega 6, el grupo de los ácidos grasos polinsaturados.

Los omega 3 tienen propiedades muy beneficiosas conocidas y cada vez hay más estudios que los recomiendan. Son importantes protectores cardiovasculares. Esto se intuyó en la década de los 70, cuando se observó la baja mortalidad cardiovascular de poblaciones muy consumidoras de pescado; la esquimal y la japonesa. Se ha demostrado su papel en la disminución de enfermedad coronaria (infartos), arritmias cardiacas y niveles de triglicéridos. También se están estudiando sus efectos en la degeneración macular asociada a la edad, el trastorno bipolar, el Alzheimer y otras enfermedades neurológicas, el accidente cerebrovascular, la fibrosis quística... Los ácidos grasos omega 3 son: el ácido linoleico, el ácido eicopentanoico (EPA) y el ácido decosahexanoico (DHA). El ácido linoleico: está en los aceites de soja, borraja, colza, linaza, las nueces y la verdolaga. Las nueces son también ricas en vitaminas antioxidantes (vitamina E), fibra, magnesio, fósforo, arginina, cobre, selenio, vitaminas B1, B2, B6 y ácido fólico, por lo que tienen un gran poder protector. El EPA y el DHA: proceden del citoplancton, base de la cadena alimentaria de océanos, lagos y ríos, por tanto, se incorporan a los peces, crustáceos y mamíferos marinos. En nuestro cuerpo componen los fosfolípidos de membrana, en especial de la retina, el cerebro y los espermatozoides. Los omega 3 se han añadido en la actualidad a numerosos alimentos, están de moda en la industria alimentaria. Estos productos son caros y la cantidad de omega 3 que llevan es pequeña. De ellos los más ricos en omega 3 son los huevos y los lácteos. Así mismo se han sintetizado cápsulas con dosis altas de omega 3 que se utilizan para el tratamiento de la hipertrigliceridemia y en prevención secundaria del infarto agudo de miocardio. Los estudios indican que la fuente más recomendable de omega 3 es el pescado, fundamentalmente el pescado azul salvaje (no de criadero). Es la manera más saludable y económica de asegurar su ingesta. El pescado contiene también antioxidantes (selenio), yodo (previniendo del bocio), fósforo, vitaminas A y D y evita comer otras fuentes menos saludables de grasa, como la carne roja, que tiene más grasas saturadas. Cuando tomamos la espina nos aportan cantidades considerables de calcio y algunos aportan hierro: sardinas, caballa, almejas y mejillones.

En el pescado

Es importante potenciar el consumo de pescado en nuestra población, que tiende a ser bajo, sobre todo en las regiones montañosas. Los productos omega 3 no deben sustituir nunca al pescado, fuente principal del mismo Recomendaciones de la sociedad americana de cardiología (AHA) 2003. Consumo de pescado mínimo 2 días a la semana, completando el aporte de ácidos omega 3 con soja, frutos secos (especialmente nueces), verdolaga, borraja, semillas de lino etc. Evitarse el consumo de pescados muy grasos en embarazadas, lactantes y niños pequeños, debido a la posible ingestión de mercurio.

Recomendaciones alimentarias generales para la prevención de la arteriosclerosis en adultos (respecto al pescado y los frutos secos)

	RECOMENDADOS	RECOMENDADOS CON MODERACIÓN	LIMITADOS CONSUMO EXCEPCIONAL
PESCADO Y MARISCO	Pescado blanco Pescado azul (fresco o en lata) Moluscos Marisco concha	Sardinas en lata Bacalao salado Anguila Gambas, langostinos Crustáceos	Caviar, huevas de pescado Mojama Precocinados con aceites Hidrogenados
FRUTOS SECOS	Castañas, almendras, nueces, avellanas, piñones, pistachos, pepitas de girasol	Cacahuetes	Coco Mantequilla de cacahuete

Pescado blanco: merluza, pescadilla, lucio, raya, rape, lenguado, dorada, gallo, bacalao, etc. Pescado azul (más graso): atún o bonito, trucha, anchoa, sardinas, chicharro o juret, salmón, anguila y angula, arenque, etc. Moluscos: ostras, mejillones y caracoles. Crustáceos: langostas, cangrejos, etc.

Vuelta al cole ¡Revisión visual!

Es importante realizar un estudio visual infantil todos los años, para evaluar el estado refractivo (es decir, si es necesario el uso de gafas o de lentes de contacto) y las capacidades visuales del niño (movimientos oculares, enfoque, convergencia visual... y percepción visual).

Problemas visuales relacionados con la graduación

Hipermetropía

El ojo se caracteriza por tener potencia insuficiente. Los niños suelen nacer con hipermetropía, la cual va disminuyendo, llegando a la edad escolar sin ella. Los síntomas suelen ser: emborronamiento de la visión, cansancio, dolor de cabeza, ardor de ojos, excesiva sensibilidad a la luz.

Miopía

El ojo presenta excesiva potencia para enfocar los objetos lejanos. Los síntomas son mala visión de lejos, mejorando de cerca, el niño entorna los ojos para ver mejor, suele acercarse a los objetos.

Astigmatismo.

Las personas con astigmatismo no enfocan en un punto, debido a una curvatura irregular del ojo, lo que les provoca visión distorsionada y dolor de cabeza.

Problemas visuales musculares

Los movimientos oculares posicionan los ojos de forma precisa sobre los objetos para captar una imagen de forma exacta. Por ejemplo, para leer necesitamos fijar los dos ojos al mismo tiempo, lo que denominamos convergencia, para percibir una sola imagen. También debemos enfocar las letras para verlas claras, por lo que es necesario una buena acomodación y hemos de tener buenos movimientos oculares para pasar de una palabra a otra y no equivocarnos de renglón.

Problemas de percepción visual

Es el proceso por el cual interpretamos lo que vemos.

Es importante evaluar áreas como la discriminación visual, para saber si el niño es capaz de identificar los rasgos distintivos de las figuras, la memoria visual, para conocer la capacidad del niño de recordar la información presentada visualmente, las relaciones espaciales, pues su déficit provoca la inversión de palabras, letras, números...

Síntomas de un problema visual

- Visión doble o borrosa.
- Lagrimeo excesivo, ojos rojos, parpadear mucho.
- Excesivos movimientos de cabeza al leer, pérdida de lugar, omisión de palabras.
- Mala comprensión, dolor de cabeza.
- Inversión de letras o números al escribir.
- Errores al copiar de la pizarra.

Beneficios para la salud del Tai Chi Chuan

Pepa Croisoeuil, Olivier Rousselon
Directores escuela tradicional Wuji

En China, el Wushu, (las artes de guerra) ha sido siempre relacionado con la salud. Por eso desde los tiempos más remotos, a través del estudio de la acupuntura y de la medicina naturalista, la Medicina Tradicional China ha desarrollado sistemas curativos distintos de los occidentales. Uno de estos sistemas es el Tai Chi Chuan.

Todos los investigadores están de acuerdo sobre las cualidades terapéuticas de la actividad deportiva adaptada en general y del Tai Chi Chuan en particular. Con el paso de los años se produce un progresivo declive a nivel físico y mental. El Tai Chi Chuan ayuda a frenar este deterioro, conservando en nuestros mayores capacidades de coordinación, de equilibrio, de flexibilidad, y movilidad en articulaciones hasta edades cada vez más avanzadas, proporcionándoles una buena calidad de vida.

¿Cómo se practica el Tai Chi Chuan y para qué sirve?

El Tai Chi chuan es una especie de gimnasia suave. Consta de una serie de movimientos lentos, llamados "forma", que duran entre 5 y 20 minutos. Se ejecutan con suavidad y precisión, con los músculos lo más relajados posible y con la mente concentrada en el vientre (dan tian, cintura abdominal).

El Tai chi Chuan requiere una respiración profunda y regular que moviliza el diafragma y, una concentración máxima, que beneficia al sistema nervioso y mejora el funcionamiento general de todo el cuerpo. Por ello se produce una mejoría de la salud de forma íntegra, física y mental. Los movimientos estimulan suavemente a los órganos internos, calman el sistema nervioso y movilizan las articulaciones.

¿Qué efecto tiene la práctica del Tai Chi?

En el aspecto físico, mejora la amplitud y fluidez de movimientos. En el aspecto mental, la necesaria concentración y la memorización de los movimientos mantienen activas las neuronas, ayudando a mantener íntegra la capacidad intelectual del individuo. Al mejorar la técnica y justeza de los movimientos, el organismo se va equilibrando; poco a poco, las dolencias disminuyen o desaparecen, la capacidad de movimiento aumenta. Las estadísticas demuestran que, en enfermedades crónicas se obtienen un 90% de resultados óptimos, en cuanto a la mejoría de las dolencias.

Sistema Nervioso

La práctica del Tai chi requiere concentración, coordinación y equilibrio. Durante la práctica, el área motora del cerebro se encuentre altamente estimulada, mientras el resto permanece relajado. Este descanso permite la repolarización de las células nerviosas. Para los enfermos esto es sumamente importante, porque ayuda a mejorar la enfermedad, vigorizando al organismo y haciéndolo más saludable. Además, estimula la producción de acetil colina. La deficiencia de este neurotransmisor se ha relacionado con la enfermedad de Alzheimer. Asimismo, favorece la producción de tiroxina y se puede utilizar en

complementos de tratamientos de la depresión y el trastorno bipolar.

Sistema Respiratorio

El Tai Chi utiliza la respiración abdominal, con lo que la oxigenación es mayor que en la respiración torácica. Esta ultima mantiene la elasticidad pulmonar, mejora el intercambio de gases en los pulmones y desarrolla los músculos respiratorios. A la larga, disminuye la frecuencia respiratoria y aumenta la capacidad pulmonar.

Sistema cardiovascular

La práctica del Tai Chi dilata la arteria coronaria, aumenta la capacidad de los vasos sanguíneos, la velocidad de la circulación de retorno, mejora el funcionamiento del corazón y refuerza el proceso de oxigenación. La musculatura cardiaca, mejor nutrida aumenta su resistencia ante el esfuerzo, estableciéndose las condiciones para prevenir la arterioesclerosis y las diversas enfermedades cardiacas.

Las series de Tai Chi incluyen movimientos que obligan a realizar un movimiento rítmico y regular de la respiración, concentrada en el hipogastrio, lo que provoca un continuo masaje en el hígado, eficaz para mejorar cualquier obstrucción sanguínea y mejorar su funcionamiento, fortaleciendo la circulación de la sangre y del sistema linfático.

Además, reduce los niveles de colesterol general en sangre, aumentando los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL), e influye sobre las áreas del cerebro encargadas de la regulación del sistema vegetativo, con lo que normaliza la presión arterial, tanto en los sujetos de presión arterial baja como en los que padecen hipertensión.

Aparato Locomotor

El Tai Chi constituye una actividad física adaptable a cada persona, independientemente de su edad o condición física, y su práctica contribuye a la la prevención de molestias articulares, y a la recuperación funcional de las articulaciones dañadas.

Sistema Hormonal

Milenios antes de que en occidente se hablara del sistema hormonal, los médicos chinos ya disponían de ejercicios especiales para activar las diferentes glándulas y conocían la relación existente entre sistema hormonal y el espíritu (estado de ánimo). Es de destacar el

hecho de que la práctica diaria del Tai Chi mejora la tolerancia a la glucosa y reduce la cantidad de insulina necesaria en las personas diabéticas. Asimismo, mejora el funcionamiento de las glándulas suprarrenales.

Sistema Digestivo

La respiración abdominal profunda produce un continuo masaje del estómago y de los intestinos, además de ejercitar los músculos internos del abdomen, por lo que evita los prolapsos. Hígado: favorece la capacidad de regeneración de la célula hepática.

Bazo: favorece su función de productor de sangre (según la Medicina Tradicional China). Intestinos: favorece el tránsito. De forma general, mejora el apetito, corrige el estreñimiento, mejora e incluso llega a corregir las hemorroides, mejora la circulación, disminuye el colesterol y aumenta y mejora el aprovechamiento de las proteínas.

Conclusión

Una buena salud incluye un equilibrio físico y mental.

En eso, el Tai chi es un arte maravilloso que considera al hombre en su totalidad; uniendo el cuerpo y el espíritu. No llegaremos a ser ningunos sabios recluidos en las montañas. Nos toca vivir en un mundo ajetreado, lleno de estrès. No seremos inmunes a las enfermedades, pero si tendremos una consciencia corporal clara, una herramienta de prevención muy util a nivel físico, y un manejo eficaz para gestionar emociones negativas, y fluir con ellas .

Donde practicar en Pamplona:
WUJI ESCUELA
Pintor Maetzu, 8. Iturrama
659379217
www.wujiescuela.com
Detrás hotel Blanca Navarra
Tenemos convenios con colegio de enfermería

Alimentos funcionales

Dra. Blanca Martínez de Morentin Aldabe
Médico nutricionista. Universidad de Navarra .
Dpto. de Ciencias de la Alimentación Fisiología y Toxicología.

Ir a la compra hoy supone mucho más que llenar el carrito con alimentos tradicionales. Leche enriquecida,con ácidos grasos omega-3, con ácido oleico, zumos con vitaminas y minerales, cereales fortificados con fibra… hasta enumerar más de 200 alimentos que están a disposición del consumidor español. Todos ellos aseguran que son beneficiosos para nuestra salud. Son los llamados alimentos funcionales.

En Japón ya están acostumbrados a ellos, y son de consumo habitual desde la década de los ochenta. En Europa y Norteamérica el interés por estos alimentos es más reciente, y se relaciona con una mayor preocupación por la salud y la prevención. El coste sanitario, el incremento de las alergias alimentarias y el envejecimiento de la población también han ayudado a fomentar la investigación y el consumo de este tipo de alimentos y, sobre todo, han influido las evidencias científicas sobre la íntima relación que existe entre dieta y salud.
Pero ¿Qué son los alimentos funcionales? Aunque no existe una definición concreta, sí hay acuerdo en que son aquellos que proporcionan un beneficio para la salud, más allá de la estricta nutrición.
No todos estos alimentos son producto de la modificación por medios tecnológicos, ya que también existen alimentos que contienen sustancias beneficiosas y forman parte la dieta mediterránea, como las frutas y verduras, ricas en vitaminas y antioxidantes, que según las evidencias científicas se asocian a una reducción del riesgo de cáncer o de enfermedades cardiovasculares; el aceite de oliva, rico en ácido oleico, un ácido monoinsaturado que reduce el riesgo de enfermedad coronaria, del cáncer de mama y de otras enfermedades; el ajo, con propiedades antioxidantes y otros que podríamos incluir en la lista.

Alimentos modificados

Dentro de los alimentos modificados se encuentran los que eliminan algún componente, como los lácteos desnatados, beneficiosos para las personas con sobrepeso o colesterol; así como los alimentos sin gluten.
En otras ocasiones se incrementa la concentración de un componente, como en el caso de leches enriquecidas en calcio o zumos con mayor aporte de vitamina C. También se puede añadir algún componente beneficioso como los omega-3 o los fitoesteroles.
En los últimos años este tipo de alimentos ha proliferado en las estanterías de los supermercados. Pero, a los consumidores nos surge la duda de si son realmente necesarios.
Conviene dejar claro que estos alimentos no curan ninguna enfermedad, si bien pueden ayudar a disminuir el riesgo de padecer determinadas patologías, pero siempre dentro del marco de una alimentación saludable y un estilo de vida activo. Pueden estar indicados en determinadas etapas de la vida, como el embarazo, la lactancia, la tercera edad, situaciones de carencias nutricionales, problemas de alergia o de intolerancia a algún compuesto de los alimentos o riesgo de padecer enfermedades como diabetes, osteoporosis o dolencias cardiovasculares.
En cualquier caso, es aconsejable que su inclusión en la dieta sea valorada por un profesional. También hay que tener en cuenta quel o deseable es una dieta sana, variada, equilibrada y adaptada a las necesidades de cada individuo, unida al ejercicio físico.
En cuanto a la seguridad e higiene de estos alimentos, deben cumplir las normas establecidas, como cualquier otro tipo de alimento. Pero además están sometidos a normas específicas desarrolladas en los últimos años, tanto en la Unión Europea como en España, que establecen las reglas que deben seguirse para poder decir que un alimento contiene determinadas propiedades saludables - lo que se conoce como "alegación"-. Esta normativa regula la información nutricional de estos alimentos, que debe ponerse de manifiesto en el etiquetado, así como las declaraciones relativas a las propiedades saludables y/o a la reducción del riesgo de enfermedad, siempre basándose en pruebas científicas que lo demuestren, con el fin de evitar fraudes e información confusa para el consumidor.

Entrenamiento con pesas y salud

Javier Miguel Aquerreta Cangas
Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte
Servicios Médicos Portland
San Antonio

Definía la salud un médico de los de antes como "un estado anormal del organismo que no presagia nada bueno". Bajo mi punto de vista, no andaba muy descaminado ya que se trata de un equilibrio difícil e inestable que, como bien sabemos, tarde o temprano termina viniéndose abajo. Bajo este prisma trataremos de valorar el ejercicio de pesas y su incidencia sobre la salud.

Hace tiempo que irrumpió en los gimnasios y en los clubes deportivos el entrenamiento de pesas, bien sea como actividad física fundamental o como complemento a otra actividad deportiva. Mucha gente se pregunta por su influencia en la salud. Si la mejora, cómo lo hace, si presenta riesgos, si hay que tomar precauciones…
Ante todo aclarar que lo que denominamos genéricamente como "entrenamiento con pesas" no es una actividad clara y definida. Con las pesas podemos trabajar diferentes facetas de la condición física, en función del porcentaje de carga máxima, del número de repeticiones o de la cantidad de series que realicemos. Se puede trabajar desde la hipertrofia (culturismo) hasta la resistencia aeróbica. Las adaptaciones musculares serán diferentes según el tipo de entrenamiento que llevemos, yendo de la hipertrofia de las fibras con el consiguiente aumento de fuerza hasta la mejora de los mecanismos aeróbicos y su eficiencia, a través del aumento de la irrigación, aumento de mitocondrias (auténticos pulmones celulares) o mejora del rendimiento del metabolismo aeróbico de la propia célula.
Es obvia la necesidad que el organismo tiene de ejercicio físico y de los efectos nefastos que el sedentarismo tiene sobre todos los sistemas y aparatos del cuerpo humano. Dicho esto, queda claro que una persona sana deberá realizar actividad física de forma regular como parte de un modo de vida saludable. También hay que señalar que los beneficios del ejercicio físico están en proporción inversa a los objetivos competitivos del mismo. Cuanto mayor sea el nivel de exigencia deportiva menores serán los efectos beneficiosos de la actividad.

¿Es necesario el trabajo de pesas dentro del entrenamiento cotidiano?

En principio, no. Lo fundamental es el trabajo cardiovascular, el esfuerzo aeróbico, de intensidad media y larga duración. Ese tipo de entrenamiento es el que mejorará nuestro corazón y nuestros vasos, el responsable de que el funcionamiento del sistema respiratorio sea óptimo y, de paso, mantenga activos y tonificados nuestros músculos. Este tipo de ejercicio tiene sus más claros exponentes en la carrera, la natación o el ciclismo. Situaciones todas ellas en las que podemos controlar fácilmente tanto la intensidad como la duración del entrenamiento. El único inconveniente de dicho trabajo vendría de parte de la musculatura que no va a trabajar, fundamentalmente el tren superior en la carrera y la bici. Y ahí es donde podría entrar el trabajo de pesas, como trabajo complementario del entrenamiento aeróbico.

No existe un consenso sobre intensidad o volumen de trabajo más recomendable. Lo ideal es consultarlo con el profesional que esté al cargo del gimnasio y con un médico del deporte, para descartar cualquier posible patología que pudiese contraindicar total o parcialmente el entrenamiento con pesas. Como norma general, uno puede ponerse una serie de limitaciones que son de aplicación general siempre que hagamos deporte con una finalidad saludable: evitar el agotamiento. Si tenemos que hacer 10 repeticiones, que sea con una carga con la que seamos capaces de hacer, al menos, 20.
Para terminar, es preciso recordar que, según un trabajo del Centro de Investigación y Medicina del Deporte del Gobierno de Navarra, incluso en ancianos el trabajo de fuerza mejora la condición física y que, muchas veces, nuestro propio cuerpo y la fuerza de la gravedad son pesas que podemos aprovechar para el ejercicio. Sólo requiere constancia y sentido común y en caso de duda… consulte con su médico.

Hospitalización a domicilio Prestaciones, ventajas e inconvenientes

Angel Luis Sampériz Legarre.
Jefe de Sº de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela. Unidad de Hospitalización a Domicilio.

En el mes de noviembre del 2006, se puso en marcha en Navarra, la primera unidad de Hospitalización a Domicilio de nuestra comunidad, concretamente en Tudela, dependiente del Servicio de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía.

Desde entonces han sido ingresados en esta unidad más de 400 pacientes afectos de diversos procesos médicos, pertenecientes a toda el área de salud (Gráficos 1 y 2). La satisfacción tanto de los profesionales implicados en este equipo como de los pacientes que han sido tratados es muy elevada.

Creemos que es la propia demanda social, la que está haciendo proliferar el número de estas unidades, que por otra parte, se ve impulsada por la generalización de las tecnologías de la información y la telemedicina, que favorecen la asunción de procesos cada vez más complejos. En España, la primera unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD), nace en 1981 dependiente del entonces Hospital provincial de Madrid, hoy Hospital general Universitario Gregorio Marañón; el tipo de pacientes que se atendían en estas primeras unidades, eran crónicos o subsidiarios de cuidados paliativos. Con el tiempo el cuidado de estos pacientes ha pasado a atención primaria o a centros y unidades específicas, por lo que el panorama de la HAD ha cambiado sustancialmente. Desde entonces se han constituido más de 80 unidades de HAD censadas a lo largo de la red sanitaria española.

En este artículo vamos a hacer un pequeño repaso del concepto, las prestaciones, ventajas e inconvenientes, de esta forma de cuidados en relación con la hospitalización convencional de la que es complementaria.

Concepto

Se define como aquel servicio que se presta a los pacientes por parte de los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, en el domicilio del propio paciente, consistente en un tratamiento activo limitado en el tiempo, para una situación clínica cuyos cuidados de no haberlos recibido en el domicilio, los habría recibido en un hospital de agudos .Según el país al que nos refiramos, la comunidad autónoma, o la especialidad de los profesionales implicados en esa unidad, cambia mucho el tipo de cuidados dispensados, el de procesos atendidos y el esquema de funcionamiento de la unidad. En dicha organización tiene también mucha influencia, el tiempo de evolución desde la puesta en marcha y la relación que se haya establecido con otros servicios hospitalarios.

Las prestaciones que un paciente puede recibir en su domicilio, son muy variadas, desde la simple infusión de líquidos intravenosos o curas de heridas no complicadas, hasta el tratamiento de entidades graves o administración de tratamiento sofisticados como quimioterapia antineoplásica. Todo ello tiene como finalidad evitar el ingreso en el Hospital o reducir los días de estancia, limitando lo que conlleva de trastorno para el paciente y sus familiares. Cada equipo se compone de un médico, una enfermera y de una dotación material que comienza por el coche y el teléfono móvil y se sigue de un instrumental tan moderno como sencillo y ligero. Bombas de infusión, pulsioxímetros, analizadores de la glucemia de la coagulación, electrocardiógrafo etc.

Pacientes subsidiarios de ingreso

Conforme hemos ido disponiendo de más recursos tanto humanos como tecnológicos, los pacientes con patología aguda se han ido incorporando a este tipo de atención. Así la patología infecciosa, neumonías, endocarditis, celulitis etc., agudizaciones de la EPOC, o de la insuficiencia cardiaca, la enfermedad tromboembólica venosa, diabetes descompensada, y pacientes traumatológicos o quirúrgicos complicados, cuyos problemas postoperatorios pueden acabar de resolverse con este tipo de asistencia.

Los procedimientos terapéuticos que se pueden implementar en el domicilio son múltiples, desde la oxigenoterapia y la utilización de nebulizadores, para los pacientes con insuficiencia respiratoria, continuando por las infusiones de antibióticos, de prostaglandinas, hasta las transfusiones de sangre, quimioterapia o nutrición parenteral. Asimismo se pueden realizar procedimientos diagnósticos, como analíticas, paracentesis, tóracocentesis, pulsioximetrías, ECG, etc. El paciente que ingresa en este tipo de hospitalización debe de cumplir una serie de requisitos para que la atención sea lo más adecuada posible. Lo más importante es que el paciente esté de acuerdo y asuma la HAD como forma de atención. Debe de convivir con él una persona con plenas capacidades, que va a tener el papel de cuidador que es fundamental. La vivienda debe de tener unos requisitos mínimos entre ellos teléfono y encontrarse en el área de cobertura del equipo de HAD.

¿Qué ventajas aporta?

- Permite disfrutar de la comodidad del hogar y de la compañía de sus familiares.
- Libera a los familiares de la carga de desplazamientos y noches de cuidados.
- Evita complicaciones nosocomiales como infecciones, desorientación etc.
- Implica a los familiares en el cuidado.
- Alivia la ansiedad que el hospital genera a los pacientes.
- Disminuye la presión asistencial del hospital.

Síndrome postvacacional

Dr. Ignacio Landecho
Psiquiatra. Centro Padre Menni de las Hermanas Hospitalarias

Es muy frecuente escuchar hablar del "síndrome postvacacional", especialmente al finalizar el verano. La vuelta a nuestras tareas habituales, las obligaciones, nuestra ajetreada vida, volver a madrugar, las prisas y un largo etcétera de exigencias que casi habíamos olvidado, vuelven con el final de las vacaciones.

El síndrome postvacacional es una vivencia normal, aunque desagradable, que aparece con frecuencia al regresar a la exigente rutina habitual, tras un periodo más o menos prolongado de descanso. En ella se mezcla la tristeza, desgana, nerviosismo, pesimismo, fatiga e insomnio. Se resuelve por sí solo tras los primeros días de incorporación a las rutinas habituales. De no ser así, es posible que se trate de otra cosa, por lo que uno debe acudir al médico para hacerse un reconocimiento.

¿Por qué aparece?

Como es bien sabido, necesitamos un cierto grado de tensión interna para hacer nuestras actividades. Para ello, el cuerpo humano despierta de manera automática ciertos mecanismos de "preparación para la acción". Pues bien, la finalización brusca del periodo de descanso con una rápida entrada en el ritmo diario, sin margen para la preparación, favorece que ésta sea más dificultosa. Tras un breve periodo de adaptación, cuando acompasamos nuestros horarios y entramos en la rutina, se resuelve el proceso. Por tanto, una de las recomendaciones es anticiparse, favorecer una transición progresiva antes de comenzar el trabajo e irse dosificando en los primeros días de trabajo.

¿A quién afecta?

Nos puede afectar a todos, pero parece ser más frecuente entre personas menores de 40 años, especialmente si presentan malestar previo con su trabajo o si la transición de ritmo es más brusca. Evidentemente, influye de manera diferente a las personas en función de la forma de ser y de la percepción subjetiva que tenemos de nuestro trabajo. Esta última, es

modificable por nosotros mismos, y como se verá, es otra de las claves para sobrellevar mejor la vuelta y que no se convierta en un problema.

¿Algún consejo?

Ir ajustando los horarios unos días antes del fin de las vacaciones, para acompasar el reloj biológico con la actividad que desarrollamos fuera de las vacaciones. Procurar, en la medida de lo posible, ir aumentando de manera creciente la intensidad y el esfuerzo en el trabajo. Ser consciente de que nuestra actitud y perspectiva frente al trabajo, si esta es positiva, puede ser nuestra principal ayuda en estos días negros del año, para ello puede servir de ayuda el relativizar la situación o planificar actividades de ocio compensando la jornada laboral.

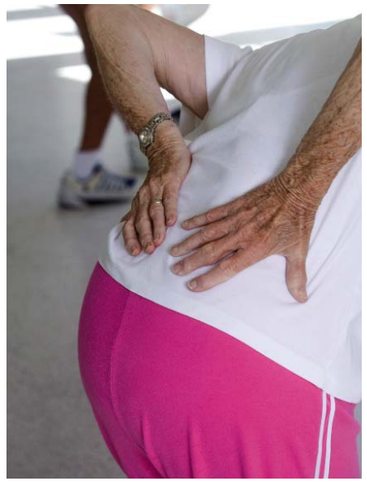
Lumbociática. Hernia discal lumbar

Dr. J. C. García Romero, Dr. A. Gallo-Ruiz Brower, Dra. E. López Rodríguez, Dra I. Zazpe Cenoz
Servicio de Neurocirugía.
Hospital de Navarra.

La lumbociática es una de las causas más frecuentes de consulta médica. Se produce por la compresión de alguna raíz nerviosa a nivel lumbosacro, normalmente debida a una hernia discal.

¿Cómo se produce una hernia discal lumbar?

El disco intervertebral es una estructura situada entre las vértebras y contribuye a la distribución de las cargas que soporta la columna vertebral. Está formado por un núcleo pulposo gelatinoso y un anillo fibroso de colágeno en la periferia. En condiciones normales, el anillo fibroso es capaz de contener el núcleo blando interno. Con los años se producen diversos procesos degenerativos en el disco que afectan a la forma, al volumen y al contenido del disco. El aumento de presión intradiscal debido a los movimientos de la columna, la carga de pesos o los traumatismos, puede favorecer la aparición de deshicencias focales en el anillo fibroso y provocar la salida de parte de su material (herniación), dando lugar a lo que se conoce como hernia discal. A su vez, esta hernia puede comprimir la raíz



nerviosa adyacente, dando lugar a un dolor que irradia desde la columna hasta la pierna, denominado "ciática" o "lumbociática".

Síntomas producidos

El síntoma clásico es el dolor de tipo ciático. Dicho dolor suele empeorar con la tos, al ir al baño, al inclinarse o al cargar pesos. Muchas veces se acompaña de sensación de "acorchamiento" y "hormigueos" en la pierna, debidos a alteraciones sensitivas en relación a la compresión de la raíz nerviosa.

Con menos frecuencia aparecen "señales de alarma" que indican un sufrimiento mayor de las estructuras nerviosas, como son:

- Pérdida de fuerza en los movimientos de la pierna o el pie.
- Pérdida de sensibilidad a nivel genital, anal, periné, nalgas y zona interna de los muslos (también llamada anestesia en "silla de montar").
- Retención o incontinencia urinaria o fecal.
- Impotencia sexual.

La médula espinal ocupa el canal medular formado por las vértebras hasta la 1ª-2ª vértebra lumbar. A partir de allí dicho canal está ocupado por el conjunto de las raíces nerviosas que forman la denominada "Cola de Caballo" o Cauda Equina. En ocasiones una hernia de disco puede comprimir varias raíces nerviosas simultáneamente, dando lugar a la combinación de estos síntomas. Ante la aparición de cualquiera de estas cuatro "señales de alarma" es recomendable acudir a un centro médico de forma urgente, a ser posible que disponga de una Unidad Especializada en Cirugía de Columna.

¿Cómo se Diagnostica?

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen como la Tomografía Computerizada (T.C.) o la Resonancia Magnética (RMN). Sin embargo sólo se considera necesario realizarlas en pacientes incluidos en determinados grupos de riesgo y en aquéllos en los que se prevé una intervención quirúrgica. Ello es debido a que en la mayoría de los casos el dolor mejora con tratamiento conservador.

Tratamiento

La primera opción terapeútica para los casos de la lumbociática sin "señales de alarma" es el tratamiento médico, que incluye: analgésicos y antinflamatorios controlado por un facultativo. El calor local alivia el dolor. Se aconseja un reposo inicial seguido de una deambulación lo más precoz posible. En ocasiones puede estar indicado el tratamiento rehabilitador. También pueden realizarse bloqueos epidurales para el control del dolor, que consisten en la inyección de anestésicos y corticoides en el espacio epidural.

El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos pacientes con "signos de alarma" y en casos de dolor de larga evolución y de difícil control farmacológico.

La cirugía consiste en retirar el material discal extruido y, en la medida de lo posible, aquél que todavía persiste en el espacio intervertebral para prevenir recidivas. Este procedimiento, conocido como discectomía, ha evolucionado a lo largo de los años hacia la realización de incisiones cada vez más pequeñas y técnicas cada vez menos agresivas. Entre estas últimas se encuentran la microdiscetomía y la discectomía endoscópica que ya se

utiliza en nuestro centro en pacientes seleccionados.

Prevención

La edad es el principal factor que determina la degeneración de los discos intervertebrales, si bien es cierto que estos procesos siguen ritmos distintos en cada persona.

Existen algunos factores modificables que podrían disminuir las posibilidades de sufrir una hernia de disco. El más importante es el control del estrés al que se somete a la columna vertebral siendo especialmente importantes, la higiene postural, evitar el sobrepeso y limitar los pesos que se cargan.

Los mayores aumentos de presión sobre el disco se dan cuando se coge un peso con la columna flexionada anteriormente. La mejor postura para iniciar el levantamiento de cualquier peso es con la espalda recta y con las piernas flexionadas.

También la exposición de la columna vertebral a movimientos de vibración continuada podría predisponer a la aparición de rupturas en el anillo fibroso. Estas situaciones se producen por ejemplo en trabajadores con maquinaria y en aquellas personas que realizan largas jornadas conduciendo.

El tabaquismo y algunas enfermedades, como la diabetes mal controlada, también contribuyen a la aparición de esta patología.

Síndrome de fatiga (astenia) crónica

Dr. Félix Zubiri Sáenz
Médico de Familia
Presidente de la Sociedad Navarra de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

El Síndrome de Fatiga crónica es una enfermedad compleja, de causa desconocida, que se caracteriza por cansancio y astenia intensos y que afecta tanto a la esfera física como a la mental. Es un proceso debilitante que persiste durante seis o más meses y que tiene un curso oscilante. Sus síntomas no disminuyen con el reposo, empeoran con el ejercicio, interfieren con las actividades habituales y se asocian a manifestaciones sistémicas generales, físicas y neuropsicológicas. Predomina en el sexo femenino.

Reseña epidemiológica

Se estima que entre un 5 a un 20% de los pacientes que acuden al médico de cabecera presentan fatiga durante más de un mes, en algún momento de su vida. En general los enfermos son adultos jóvenes. La edad de máxima prevalencia oscila entre los 30-50 años. En el mundo podrían existir entre 2-5 millones de afectados por la Fatiga Crónica

No es un síndrome nuevo aunque a veces se incluya como tal. Se ha descrito en muchos países utilizando denominaciones diferentes como neurastenia, neuritis vegetativa, enfermedad de Royal Free, síndrome del yuppie (mujer joven, blanca y nivel sociocultural medio-alto) etc. La polémica de si el Síndrome de Fatiga Crónica existe o no, es ficticia. Lo real, lo cierto, es que los pacientes sufren y manifiestan una gran incapacidad. Para ellos es fun-

damental que no se les consideren "enfermos imaginarios" de Molière. Y no se puede excluir, además, que en un futuro tenga lugar un hallazgo neurofisiológico o endocrino que desvele la auténtica naturaleza de este proceso.

Inicio de la enfermedad

La enfermedad surge de forma aguda, incluso a veces de forma súbita, en una persona por lo general previamente activa. A menudo suele iniciarse en el transcurso de una convalecencia por cualquier otro proceso o cuadro general. Se han dado casos de aparición tras una mononucleosis o después de algún periodo de estrés. En el comienzo suele predominar la fiebre, dolor de garganta, tos, dolores musculares y sensación de fatiga. A veces existe diarrea. Este proceso inicial deja como secuela un agotamiento importante e insoportable, que es el síntoma principal para el diagnóstico posterior de esta enfermedad y que configura una discapacidad física y mental persistente.

Enfermedad establecida

Posteriormente al cuadro descrito se asocian los síntomas crónicos que resumimos a continuación de forma sintética y que consisten en: fatiga (astenia), febrícula que a veces es intermitente, artralgias, dolores musculares generalizados, faringitis, dolor de garganta, y adenopatías cervicales o axilares dolorosas. También, aunque menos comunes, se observan náuseas, diarreas, dolores abdominales, anorexia, tos, vértigo, lipotimias, visión borrosa y exantemas cutáneos. La fatiga suele acompañarse de trastornos neurocognitivos y alteraciones del sueño. Son frecuentes la dificultad para la concentración y los cuadros depresivos. Ocasionalmente existen palpitaciones. Los síntomas persisten durante semanas o meses y el predominio de unos u otros varía en cada enfermo.

Curso evolutivo

Todos los síntomas descritos tienen carácter fluctuante. Empeoran con el estrés físico o psíquico e interfieren y bloquean las actividades previas (familiares, laborales, sociales). El deterioro intelectual induce desasosiego, ansiedad o depresión. Toda esta sintomatología en general es recurrente. Cada brote puede ser distinto del anterior y es raro que haya periodos totalmente libres de molestias.

Diagnóstico

El diagnóstico es por exclusión tras una correcta historia clínica y adecuada exploración física, junto con unas pruebas de laboratorio y de imagen adecuadas y razonables. No existe por el momento ningún signo específico ni prueba de diagnóstico concreta, para diagnosticar esta enfermedad.

Criterios Diagnósticos Actuales

En el año 1994 se llevó a cabo una revisión de los primeros criterios diagnósticos establecidos en 1988. Los nuevos criterios han sido denominados "Criterios Internacionales" y se fundamentan en el hallazgo de dos criterios mayores (fatiga crónica invalidante de más de 6 meses de duración y exclusión de enfermedades orgánicas y psíquicas asociadas) junto con la observación de una serie de síntomas.

1.- Fatiga crónica persistente (al menos 6 meses), o intermitente, inexplicada que se presenta de nuevo o con inicio definido y que no es el resultado de esfuerzos recientes. No mejora con el descanso y origina una reducción notable de la actividad del paciente

2.- Exclusión de otras enfermedades que pueden ser causa de fatiga crónica.

Pero además y de forma coincidente, deben estar presentes durante 6 o más meses de manera duradera, 4 o más síntomas de los que se enumeran a continuación, todos ellos posteriores a la presentación de la fatiga.

a) Alteración de la concentración o de la memoria reciente
b) Odinofagia
c) Adenopatías cervicales o axilares dolorosas
d) Mialgias
e) Poliartralgias
f) Cefalea de inicio reciente o de características diferentes a la habitual
g) Sueño no reparador
h) Malestar postesfuerzo de duración superior a 24 horas

La presencia de una fibromialgia concomitante excluye el Síndrome de Fatiga Crónica pero ambos procesos pueden coincidir en un 20-70 % de los casos, hasta tal punto, que muchos autores consideran que puede ser una misma enfermedad con diversas formas.

Punto final

La ausencia de tratamiento y la inconsistencia del diagnóstico hacen que los enfermos consulten a varios médicos entre los que se encuentran reumatólogos, alergólogos, psiquiatras, homeópatas, etc.

Los afectados por el Síndrome de Fatiga Crónica, con el tiempo, entran en un círculo de frustración, enojo, desaliento y depresión. El aislamiento y una resignación patética pueden marcar el curso de la enfermedad. Esta situación debe revalorizar, más que nunca, una de las características primordiales del médico; su sentido de la humanidad. Y no olvidar jamás que el secreto y la ética del cuidado hacia el paciente estriban en preocuparse íntimamente por él.

Productos milagro

Elena Jiménez Domínguez
Farmacéutica.

Primavera tras primavera, los medios de comunicación bombardean al ciudadano con infinidad de productos que prometen la figura deseada en tiempo record y sin esfuerzo. La "prueba bikini ó del bañador" es todo un filón para los amigos del fraude.

Desde todas las instancias sanitarias se ha dado la voz de alarma, y no solo por el perjuicio económico que provoca al que los consume, sino por que en algunos casos supone importantes perjuicios en la salud.

Los reyes del fraude son los productos "supuestamente adelgazantes", pero podemos encontrar desde los que con un simple masaje hacen que desaparezca cualquier tipo de dolor e incluso los que son capaces de acabar con el cáncer.

El ansia de una sociedad que cada día quiere ser mas bella y perfecta es el caldo de cultivo perfecto para que sigan proliferando este tipo de "fraudes".

Todo producto que nos promete una solución inmediata y sin esfuerzo podemos considerarlo, de entrada, sospechoso y si a eso añadimos el hecho de que suelen tener un coste económico importante, es seguro que nos encontramos ante un producto "milagro" ó como deberíamos llamarlos "fraudes".

Cada día es mas frecuente escuchar en los medios de comunicación, y en muchos casos publicitado por presentadores o artistas famosos, las excelencias de productos para adelgazar, para que salga el pelo, pulseras magnéticas o plantillas que harán desaparecer todos los dolores, cremas o artilugios que nos proporcionan una musculatura fuerte y pérdida de grasa en poco tiempo.... y se preguntarán ¿por qué si todo eso es mentira, no hay leyes que lo impidan? Pues bien, sí hay leyes y la verdad es que muchas, pero la fuerza de los medios de comunicación y la dificultad en el control de estos hace que empresas sin escrúpulos utilicen estos medios y en tiempo record convencen a unos cuantos que con el alto costo de los productos justifican los posibles riesgos legales en los que puedan incurrir.

La legislación que regula la publicidad de estos productos existe (RD 1907/199 de 2 de agosto) pero es muy limitada en cuanto a la prohibición de su comercialización y prácticamente lo que hace es impedir determinados calificativos en su promoción, lo cual la hace poco efectiva.

¿Cómo detectarlos?

Intentando encontrar la efectividad de esta norma, que en su actuación puede no ser tanto, podríamos ayudarnos de ella para detectar cuando estamos ante un fraude.

Así, debemos sospechar de un producto y rechazarlo cuando:

- Se destine a la prevención, tratamiento o curación de enfermedades transmisibles; de cáncer, insomnio, diabetes y otras enfermedades del metabolismo.
- Se utilice para describir sus virtudes, el termino natural vinculado a pretendidos efectos preventivos o terapéuticos.
- Asegure alivio o curación cierta de alguna afección.
- Utilice como respaldo cualquier clase de homologaciones o controles de autoridades sanitarias de otro país.
- Pretenda sustituir la utilidad de los medicamentos o productos sanitarios legalmente reconocidos, o la consulta o intervención de los profesionales sanitarios.

En el caso de los productos supuestamente adelgazantes, el RD tiene como pautas a tener en cuenta para detectar un producto milagro y por tanto deberíamos desecharlo, que:

- Atribuya a los productos cosméticos o a los alimentos propiedades distintas de las reconocidas a los mismos conforme a su normativa especial.
- Sugiera propiedades adelgazantes o contra la obesidad.
- Aporte testimonios de profesionales sanitarios, personas famosas o conocidas por el publico, o pacientes supuestos o reales, como medio de inducción al consumo.
- Aluda a su venta en centros sanitarios o farmacias.

En general, aluda a propiedades preventivas o terapéuticas, sin el respaldo científico o técnico reconocido expresamente por la Administración Sanitaria.

Si revisamos esta larga lista, comprobamos que cuando escuchamos publicidad de uno de estos productos en los medios de comunicación, son fácilmente reconocibles las señales que podrían dar la voz de alarma, pero a pesar de ello, año tras año se siguen detectando productos que obtienen más y más beneficios en menor tiempo.

Desde los sectores sanitarios (médicos, farmacéuticos...), lo que mas nos preocupa son los posibles efectos adversos que pueden producir estos productos y especialmente los que prometen la curación de una grave enfermedad ya que, en algunos casos llegan a provocar el abandono de la medicación que el paciente esta tomando controlado por su médico, produciendo un agravamiento e incluso consecuencias peores. Probablemente no maten de forma inmediata, ni todos sean lo mismo, pero tampoco conocemos el alcance de sus efectos en el tiempo.

Un fraude

Los productos milagro son un fraude y debemos acabar con ellos y con los que comercian con nuestra salud.

Sabemos que no es fácil y que los amigos del fraude encuentran todo tipo de resquicios para comercializar productos que si tuvieran que pasar los controles de los medicamentos que tenemos actualmente en el mercado, no lo conseguirían; por ello salvan estos contratiempos consiguiendo registros sanitarios alimentarios o cosméticos con los que consiguen promocionar sus productos con eslóganes como "natural", "avalado por..", etc., algo que jamás podrían hacer si los controles que pasasen fueran los de un medicamento.

Ustedes pensaran que es lógico ya que no son medicamentos, pero en muchos casos son una serie de plantas que asociadas pueden ser una

autentica "bomba" para nuestro organismo, sobre todo si además estamos tomando otros medicamentos para la tensión, la diabetes, el colesterol, el hipo ó hipertiroidismo....., y estamos nombrando afecciones que cualquiera de nosotros puede padecer.

No consuman productos de este tipo si consultar a su médico o farmacéutico, nos tienen cerca y ante la duda siempre podemos buscar respuestas.

Efectos del ozono troposférico en la salud

Jesús Miguel Santamaría
Profesor Titular de Química Analítica
Laboratorio Integrado de Calidad Ambiental (LICA).
Departamento de Química y Edafología
Universidad de Navarra

El ozono (O3) es un gas azulado, de olor irritante y muy reactivo, cuya molécula está formada por tres átomos de oxígeno. Sus efectos pueden resultar beneficiosos o nocivos, según se encuentre en la estratosfera o en la troposfera, por lo que a menudo se suelen utilizar los términos "ozono bueno" y "ozono malo", respectivamente.

El denominado "ozono bueno" conforma la conocida capa de ozono, situada en la estratosfera entre los 15 y los 30 kilómetros de altitud, que nos protege de la radiación ultravioleta procedente del sol. Además de constituir un escudo protector, fundamental para la vida en la Tierra, el O3 también está presente de forma natural en la capa inferior de la atmósfera o troposfera, en contacto con la superficie terrestre. En esta zona, el O3 es el producto de una serie de procesos naturales tales como las emisiones de compuestos procedentes del suelo y la vegetación, las tormentas eléctricas o las intrusiones de O3 estratosférico. Se trata del denominado "ozono malo", que puede tener consecuencias directas o indirectas en la salud humana, en el crecimiento y fisiología de las plantas o en el funcionamiento de los ecosistemas (potenciación del efecto invernadero).

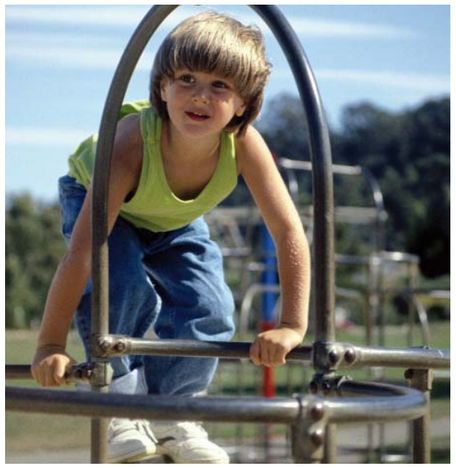
¿Cómo se forma el ozono troposférico?

Este contaminante secundario, constituyente principal del smog fotoquímico, se genera a partir de precursores antropogénicos, como los óxidos de nitrógeno (NOx) y los compuestos orgánicos volátiles (COV), en presencia de luz ultravioleta. Al ser una reacción fotoquímica, las concentraciones de O3 exhiben una marcada variación diurna, con concentraciones elevadas durante las horas de mayor radiación solar y valores mínimos durante la noche. Por esta misma razón, los niveles más elevados de O3 se registran en primavera y verano.

¿Cuáles son sus efectos sobre la salud?

A concentraciones elevadas el O3 induce problemas respiratorios y exacerbación del asma, pudiendo causar ligeras irritaciones en las mucosas oculares y del sistema respiratorio, provocando tos y sequedad de garganta. A concentraciones mayores puede provocar un empeoramiento de la función pulmonar, malestar general, dolor de cabeza, disminución del rendimiento, fatiga, mareos, etc. Si los niveles siguen aumentando (en torno a $\mu g\ m^{-3}$) se originan, además de los síntomas anteriores, náuseas, dolores pectorales al inspirar profundamente y disminución temporal de la capacidad pulmonar. Finalmente, una exposición prolongada a altas concentraciones de O3 puede alterar el sistema inmunológico del aparato respiratorio, volviendo a las personas más susceptibles a las infecciones del mismo.

Los efectos adversos del O3 sobre la salud dependen de la duración y el volumen de gas que se inhale durante la exposición. Por ejemplo, diversos estudios han demostrado que un



incremento de la concentración de O3 de 30 y 25 $\mu g\ m^{-3}$, durante promedios de 1 y 8 horas respectivamente, produce un aumento de las admisiones hospitalarias debido a trastornos respiratorios de hasta un 5%, cifra que asciende a un 20% cuando el aumento de los niveles de O3 es de 120 y 100 $\mu g\ m^{-3}$ durante los mismos intervalos de tiempo.

¿A partir de qué concentración presenta un riesgo para nuestra salud?

Resulta difícil establecer una concentración fija a partir de la cual el O3 causa perjuicios en la salud, ya que éstos son dependientes de un gran número de factores. No obstante, la Directiva 2002/3/CE, transpuesta a nuestra Legislación por el Real Decreto 1796/2003, fija una serie de valores que sirven de referencia:

- Valor objetivo para la protección de la salud humana [120 $\mu g\ m^{-3}$ (8 h)]
- Umbral de información a la población [180 $\mu g\ m^{-3}$ (1 h)]
- Umbral de alerta a la población 240 $\mu g\ m^{-3}$ (1 h)]

Los valores umbrales se han de interpretar como el límite superior de las concentraciones deseables de O3 desde el punto de vista de la medicina preventiva y no como fronteras entre una zona sin peligro y la aparición de efectos perjudiciales.

¿Qué sectores de la población son más sensibles al ozono?

Varios grupos de personas, que aproximadamente constituyen un 10% de la población total, son particularmente sensibles al O3, especialmente cuando realizan actividades en el exterior.

- Los niños activos constituyen el grupo de mayor riesgo por exposición al O3, ya que pasan una gran parte de su tiempo jugando al aire libre, especialmente en verano. Asimismo, los niños son más proclives a padecer asma, que puede agudizarse por exposición al O3.
- Los adultos físicamente activos que hacen ejercicios o trabajan intensamente al aire libre están más expuestos al O3 que las personas menos activas.
- Las personas asmáticas o con otras dolencias respiratorias y los ancianos son más vulnerables a los efectos del O3 y suelen experimentar efectos en la salud de manera más temprana y a niveles de O3 más bajos que el resto de la población.
- Las personas especialmente sensibles experimentan efectos en la salud a niveles menores de actividad al aire libre o a concentraciones de O3 inferiores que las personas normales. Las causas de esta mayor sensibilidad son todavía una incógnita.

¿Qué hacer en caso de superación de los límites permitidos?

Si se realiza una actividad que requiere un gran esfuerzo físico, puede reducirse el tiempo dedicado a esa actividad o sustituirla por otra que requiera un esfuerzo moderado (por ejemplo, dar un paseo en lugar de correr). Además, pueden planearse actividades al aire libre cuando los niveles de O3 sean menores, generalmente por la mañana o al atardecer. En el caso de que se produzca una situación de alerta (episodio de contaminación severo), lo recomendable es evitar salir al exterior, reduciéndose así el riesgo a la exposición de O3.

¿Cómo puedo informarme sobre la calidad del aire en Navarra?

El índice de calidad del aire (ICA) es una escala que hace referencia a los niveles de los contaminantes comunes en el aire, incluyendo el O3. Cuanto menor es el valor de dicho índice mayor deberá ser la preocupación por la salud. Los valores del ICA pueden consultarse diariamente en la siguiente dirección: http://calidaddelaire.navarra.es. Asimismo, toda persona que lo desee puede ser informada en tiempo real de la superación de los umbrales de ozono a través del teléfono móvil (vía SMS). Para ello, basta con darse de alta de forma gratuita en el teléfono 012-"Infolocal".

Clasificación de la Calidad del Aire según el ICA

ICA	Nivel de contaminación	Nivel de calidad del aire	ICA	Subnivel
< 0	Alto	Pobre	Menor de - 50	Muy deficiente
			Entre 0 y -50	Deficiente
0 - 49	Moderado	Mejorable	Entre 0 y 25	Bajo
			Entre 25 y 50	Aceptable
50 - 100	Bajo	Bueno	Entre 50 y 75	Satisfactorio
			Entre 75 y 100	Excelente

Comercial
Médica y de Laboratorio

MATERIAL PARA LABORATORIOS CLÍNICOS, QUÍMICOS E INDUSTRIALES
PRODUCTOS PARA ANÁLISIS QUÍMICOS Y CLÍNICOS

Ronda Lanscoren, 3 • 31119 Pamplona • Apdo. de Correos 126 • 31080 Pamplona
T. 948 22 05 85 948 14 23 86 • F. 948 22 05 85 • info@comercialmedica.es • www.comercialmedica.es

Anestesia epidural para el parto

Dr. Miguel Castañeda Pascual
Servicio de Anestesia
y Reanimación. Hospital de Navarra

Una de las prácticas más reconocidas de todas las que realiza el anestesiólogo es el manejo y control del dolor del parto.

Hay muchos factores que influyen en la percepción de la sensación dolorosa, y cada persona sitúa el umbral del dolor en niveles muy distintos. De igual forma ocurre en la mujer a la hora de soportar el intenso dolor del parto. La anestesia epidural es una de las principales preocupaciones de toda embarazada.

¿En qué consiste la anestesia epidural obstétrica?

Se trata de una técnica analgo-anestésica (disminuye la percepción sensitiva y dolorosa) que se realiza con el fin de disminuir la sensación dolorosa provocada por el trabajo de un parto activo. En la primera parte del parto, el dolor es de predominio abdominal y se debe a la progresiva dilatación del cuello uterino. La segunda parte consiste en el periodo expulsivo, y presenta un dolor de predominio genital.
Semanas antes del parto es conveniente realizar una entrevista entre el anestesiólogo y la paciente, en la que se obtendrá el pertinente consentimiento y se le explicará los beneficios y posibles riesgos de esta técnica.

¿Cómo se realiza?

Consiste en administrar una medicación en el espacio epidural, un lugar situado justo por fuera de la duramadre, la principal meninge o "envuelta" que recubre la médula espinal. Se lleva a cabo mediante una punción entre dos vértebras lumbares. Antes de la punción se desinfecta la zona y se anestesia con un anestésico local para que la molestia sea mínima.
Tras localizar el espacio epidural con una aguja especial, se administra la primera dosis de medicación y, a través de la ella, se coloca en fino tubito de plástico o catéter. Se retira la aguja y se fija el catéter a la espalda del paciente.
La punción se puede llevar a cabo con la paciente sentada o tumbada sobre un lado, dependiendo de la anatomía de la propia embarazada o el gusto del anestesiólogo. Es de vital importancia la inmovilidad durante todo el proceso de punción y colocación del catéter.

¿Cuál es el momento adecuado para pinchar la epidural?

Varía mucho de una mujer a otra y si se trata de un primer parto o la mujer ya ha dado a luz previamente. Generalmente se lleva a cabo cuando existen contracciones dolorosas y el cuello uterino presenta una dilatación entre 3-5 cm. En último término, el equipo formado por matrona, obstetra y anestesiólogo, decide el mejor momento para la realización de esta técnica.

¿Cuánto tarda en hacer efecto? ¿Qué siente la mujer tras administrarle la epidural?

A los 10-15 minutos de su administración, comienzan a notarse sus efectos. Las pacientes suelen referir una sensación de hormigueo, cosquilleo, calor, acorchamiento o pesadez e incapacidad para mover las piernas. El dolor de las contracciones pasa a notarse como una presión abdominal totalmente tolerable.
El objetivo del anestesiólogo es conseguir aquella dosis que aplaque el dolor secundario a las contracciones, provocando el mínimo bloqueo motor posible para que la mujer pueda ayudar empujando en la última fase del parto.

¿Cuánto dura su efecto?

Todo el tiempo que sea necesario. Tras la colocación del catéter epidural, éste queda conectado a un dispositivo de infusión continua de medicación. El anestesiólogo programa dicha infusión para conseguir el nivel y grado de bloqueo anestésico deseado. Al finalizar el parto, se retira el catéter epidural.

¿Cómo afecta a la dinámica del parto?

Es común la creencia de que tras la epidural se paraliza el curso del parto. Sin embargo la realidad es otra: así como en algunos casos puede demorarse ligeramente la fase final de dilatación uterina, en otros, el bienestar y comodidad logrados por la epidural hace que progrese más rápidamente el trabajo del parto.

¿Puede afectar la epidural al bebé?

El riesgo que corre el feto es mínimo. Parte de la medicación puede llegar al bebé, pero sin producir efecto perjudicial alguno. Una marcada caída de la tensión arterial materna, puede comprometer el flujo sanguíneo uterino y, por consiguiente, el bienestar fetal. Aún así, podemos decir que la anestesia epidural es una técnica segura tanto para el feto como para la madre.

¿Cuáles son los posibles riesgos y complicaciones de la anestesia epidural?

Las complicaciones más frecuentemente observadas son: descenso de la presión arterial, sensación de mareo y náuseas. Otras, presentadas de forma más excepcional pueden ser: bloqueo motor intenso, bloqueo excesivamente alto que comprometa la respiración, dolor radicular similar a una ciatalgia, meningitis por fallo en la asepsia de la técnica, retención urinaria, cefalea intensa por perforación de la duramadre y fuga de líquido céfalo-raquídeo, hematoma epidural, etc.

¿Toda mujer embarazada puede recibir la epidural? ¿Hay contraindicaciones?

Una infección en la zona de punción, una marcada alteración en la columna vertebral, un estado de inestabilidad hemodinámica, una alteración de la coagulación sanguínea o toma de fármacos anticoagulantes, una obesidad importante, una situación de hipertensión intracraneal y ciertas enfermedades neurológicas son algunas de las principales contraindicaciones que impiden llevar a cabo una epidural.

Algunos "mitos" en torno a la anestesia epidural obstétrica

- ¿Influye en la duración del parto? Ya hemos visto que depende de la dinámica del parto de cada mujer y su respuesta al tipo y dosis de medicación administrada.
- ¿Y si el parto acaba en cesárea? Si el catéter colocado funciona de forma correcta, se puede llevar a cabo la cesárea sin ningún problema bajo anestesia epidural. De cualquier forma, siempre existe la posibilidad de realizar una anestesia general.
- Tatuajes en la zona lumbar: pueden ser causa de contraindicación de la técnica. Si se punciona sobre una zona de piel tatuada se puede arrastrar pigmentos hacia el interior, provocando un cuadro de meningitis química.
- Dolor de espalda y cefalea (dolor de cabeza): el dolor lumbar suele ser una molestia localizada en el punto de punción, benigna y autolimitada en el tiempo, respondiendo bien a los analgésicos convencionales. La cefalea se da en casos en los que la punción ha producido un orificio en la duramadre. Suele ser intensa, de localización frontal o nucal y aparece a las 24-48 horas de la punción.
- Retención de orina: son excepcionales los casos en los que es preciso realizar un sondaje vesical por una retención tras anestesia epidural.
- Lesión medular, paraplejia, fallo de esfínteres: con las técnicas y medios empleados hoy en día, la posibilidad de causar una lesión medular incapacitante es realmente remota.

¿Existen otras alternativas para el control del dolor del parto?

La administración intravenosa de algunos fármacos puede provocar la pérdida de la colaboración materna por disminución en el nivel de conciencia y puede suponer un gran riesgo de depresión respiratoria al feto al nacer. La anestesia raquídea intradural se emplea más en el caso de cesáreas electivas; puede provocar una cefalea intensa, su duración es limitada y generalmente provoca una mayor alteración hemodinámica y respiratoria que la epidural.

¿Qué es la tendinitis?

Santiago Amillo
Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología Clínica Universidad de Navarra

La tendinitis es la inflamación de un tendón. Los tendones son estructuras que unen los músculos a zonas de inserción, generalmente los huesos, y su función principal es la transmisión de fuerzas.

Son muy frecuentes y su incidencia se incrementa con la mayor actividad deportiva o en relación con actividades laborales repetitivas. Las más frecuentes son las lesiones de inserción del tendón al hueso por sobreuso o maluso. El dolor es el síntoma más característico y localizado por el paciente en el punto de la lesión. La localización más frecuente en el codo, talón y hombro. Las causas están relacionadas a factores mécanicos, como el abuso en la utilización del tendón, traumatismos leves o pérdida de la elasticidad del tendón por la edad. Evolucionan con frecuencia a la cronicidad y existen muchos tratamientos que pueden curar la lesión. Consisten en el reposo relativo, aplicación local de frío, masajes, ortesis de protección y en ocasiones de infiltraciones con corticoides u otras sustancias reparadoras del tendón. A pesar de la mala fama de las infiltraciones, si están realizadas por especialistas, se aplican no más de tres y se aplican en la zona correcta con las sustancias adecuadas, pueden resolver el problema o acortar el tiempo de sufrimiento.

A veces es necesario cambiar el puesto de trabajo, la técnica deportiva, el material auxiliar, el calzado u otros factores mecánicos que pueden ser causa de la tendinitis o factor negativo para la curación de la lesión. Es aconsejable prevenir evitando abusos en los movimientos, corregir posturas o defectos en la ejecución de actividades laborales o deportivas, esfuerzos innecesarios o cambiar malas costumbres. En caso de dolor persistente y fracaso de los tratamientos médicos, el quirúrgico es la solución final, con buenos resultados y escasas complicaciones. El tratamiento quirúrgico dependerá de la localización y de la experiencia del cirujano, y conviene que la realice un especialista en cirugía ortopédica y traumatología

¿Qué es la Epicondilitis o codo del tenísta?

Es una afección extraarticular caracterizada por dolor y sensibilidad exquisita de la inserción de los músculos extensores del antebrazo en el codo.
Causas: puede ser producida por un esfuerzo reiterado de los músculos extensores en la práctica del tenis "codo de tenis" o de algún otro deporte o actividad laboral. Puede englobarse dentro de las llamadas tendinopatías de inserción o tendinosis. Aunque habitualmente se denominen tendinitis, en los estudios anatomopatológicos no se han observado infiltrados inflamatorios, la lesión corresponde a un deterioro de la estructura de la colágena, componente principal del tendón.
La clínica se caracteriza por dolor en la cara externa del codo irradiado a menudo hacia el dorso del antebrazo; se exacerba al forzar los músculos extensores manteniendo el antebrazo en pronación.
A la exploración puede encontrarse un punto doloroso a nivel del epicóndilo (cara lateral del codo). La movilidad es completa y la radiografía no pone de manifiesto ninguna lesión.
Evolución: puede desaparecer espontáneamente o cronificarse.
Tratamiento: de no seguir espontáneamente una evolución favorable después de tomar una serie de medidas preventivas como mejorar la técnica del grip en el tenis, por ejemplo, puede recurrirse a las infiltraciones de la inserción epicondílea de los músculos extensores o a la fisioterapia. De fracasar éstas, realizamos la desinserción percutánea o minimamente invasiva de los tendones extensores que se origina en el codo.

¿Qué es la Epitrocleitis o codo del golfista?

Es una lesión equivalente a la epicondilitis pero en este caso es en la inserción de los flexores del antebrazo en la epitróclea.
Clínica: se manifiesta con un punto doloroso a este nivel e impotencia funcional.
Tratamiento: la infiltración local con corticoides puede resolver el proceso. La rehabilitación es necesaria si el tratamiento inicial ha fracasado. Raramente hará falta recurrir al tratamiento quirúrgico.
Se le conoce también con el nombre de "codo del golfista" debido a la técnica del golf que sobreutiliza los músculos flexores del mano y muñeca.

¿Qué es la tendinitis del Aquiles?

Es la lesión del tendón de Aquiles en su inserción ósea del talón (calcáneo). Se relaciona con la sobrecarga mecánica del tobillo y pie. El sobrepeso, el calzado y la actividad inadecuada desencadenan con frecuencia el proceso. Es conveniente estudiar las causas de la lesión e instaurar un tratamiento conservador basado en el reposo relativo, plantillas, infiltraciones, cambio del calzado, perdida de peso y adecuación de la actividad.

¿Cómo prevenir la tendinitis?

Evitar sobrecarga de peso sobre esa parte del cuerpo.
No realizar las cosas con excesiva fuerza
Evitar movimientos repetitivos
Utilizar protección
Hacer reposo entre actividades o parar cada treinta minutos si la actividad es continua
Fortalecer gradualmente los músculos, mantener un buen tono muscular, una buena flexibilidad y elasticidad muscular
Mejorar las condiciones del puesto de trabajo y de la actividad deportiva
Evitar el sedentarismo , la malnutrición y hábitos tóxicos.

La adolescencia: una etapa de riesgo de problemas dentales

Dr. José Ignacio Zalba
Especialista en programas preventivos para la salud buco-dental (UCM)

La adolescencia que puede incluir al adulto joven es una de las etapas de la vida en la que se presenta una mayor prevalencia de afecciones bucodentales, hay necesidades especiales debido a que con la pubertad se producen cambios psicológicos, hormonales, de estilo de vida, de hábitos, sociales,... que facilitan la aparición de gingivitis, caries y traumatismos.

En esta etapa su horario se completa con múltiples actividades escolares, extraescolares y sociales, comienzan a demandar más independencia, con lo que se comparte menos tiempo, viven una época de mayor rebeldía, perdiéndose el control que se tenía sobre ellos, lo que provoca desordenes en su estilo de vida y dieta. Las medidas de prevención e higiene de la infancia se relajan además de poder aparecer hábitos como el tabaco, alcohol,...
Los padres comienzan a compartir menos comidas con sus hijos. Los jóvenes suelen adoptar una alimentación menos protectora (como ejemplo disminuye el consumo de agua y leche) y van menos al dentista. Como resultado, aumenta el riesgo de que se presenten caries. Lo aconsejable es informar sobre el riesgo que implican los dulces y bebidas azucaradas (refrescos, zumos, batidos,...) cuando su consumo no va seguido del correcto cuidado de sus dientes.
Los cambios hormonales (la progesterona y posiblemente el estrógeno) relacionados con la pubertad pueden aumentar en la adolescencia el riesgo de desarrollar gingivitis. Las encías pueden inflamarse, enrojecerse y estar más sensibles a cualquier factor irritante, como restos de comida y placa bacteriana por la falta de motivación en la higiene oral.
El riesgo de traumatismos en esta etapa de la vida aumenta por la exposición a actividades deportivas, accidentes,... aumentando los golpes oro faciales que con medidas de protección y educación adecuadas se verían reducidas.

¿Cómo convencer a los adolescentes de que se cuiden los dientes?

Nos encontramos en una etapa donde los padres encuentran dificultades para el cumplimento por parte del adolescente de las medidas de higiene, ya que, son capaces de realizarlas pero no son lo suficiente conscientes ni maduros como para tener la constancia necesaria. Hay que estar encima de ellos como vigilantes, revisándolos continuamente, cosa que agota.
Cada grupo de edad tiene sus motivaciones, los adolescentes, en general, son muy sensibles a su apariencia personal. La mayoría de los que se lavan los dientes, lo hacen para que no se pongan sucios y no tener mal aliento, pocos se cuidan la boca para evitar caries o problemas de encías. Hay que ganarnos su atención enganchando el cuidado dental con la estética, ya que esos son los temas que les preocupan. Invitándoles a tener unos dientes sanos para tener una bonita sonrisa, estar más atractivos así como tener mayor confianza y autoestima.

Consejos para los padres

Las medidas de cuidado de la boca hay que empezarlas cuanto antes, si desde niño se han mantenido buenos hábitos de higiene oral es más fácil que se continué con ellos. Si el adolescente tiene malos hábitos de salud oral actualmente, haga el esfuerzo para que los cambie. Es más fácil modificar o introducir estos hábitos ahora que en un adulto.
La medida preventiva más importante contra la caries y la gingivitis es la de establecer buenos hábitos orales. Medidas preventivas básicas para ayudar a su hijo a mantener una buena salud oral:
Cepillado correcto. Realizado después de cada comida, con pastas de dientes con flúor, debe poner especial énfasis con el cepillado antes de ir a al cama, ya que, se produce un descenso del flujo salival y las bacterias tienen muchas horas para metabolizar y provocar más daño.
Seda dental. Es conveniente que ya se introduzca este hábito para complementar el cepillado dental, con la aplicación el hilo dental para acceder a donde el cepillo no llega.
Visita al dentista. El diagnóstico temprano es importante para prevenir u obtener un tratamiento precoz de las enfermedades buco-dentales. Por lo tanto, es importante que los adolescentes continué con sus exámenes de rutina al dentista. Estos como grupo de riesgo tienen que acudir a un control odontológico con más frecuencia.
Educación. Recomendaciones sobre las consecuencias para su salud oral y general de introducir hábitos como el tabaco, alcohol u otras sustancias además de modas como el piercing, dietas inadecuadas, etc. que aumentan el riesgo de problemas.
En definitiva es una etapa donde hay que tener unas precauciones especiales por los condicionantes que se dan para prevenir el riesgo de problemas.

El aislamiento agrava el sida en las comunidades rurales

Patricia Ruiz de Irizar
Médicos del Mundo Navarra

Hace unas semanas se celebró la XVII Conferencia Internacional sobre el VIH/Sida en Ciudad de México que arrojó los primeros datos positivos en la lucha contra la epidemia. Los avances deben servir para demostrarnos que las estrategias de prevención y de lucha contra el VIH/Sida dan resultados.

Sin embargo, todavía existen ámbitos y grupos de población a los que no llegan ni los métodos de prevención y detección, ni los tratamientos con antirretrovirales (ARV). La incidencia del Sida en las comunidades rurales, especialmente en Asia y África donde el 60% de la población vive en el campo, es profunda y la enfermedad supone una doble carga para las familias por la propia enfermedad en sí, por un lado, y la necesidad de prestar atención a los enfermos, por el otro.

La prevalencia del VIH entre las mujeres jóvenes atendidas en los dispensarios prenatales ha disminuido, pero en parte de esos países la reducción sólo ha sido significativa en las zonas urbanas. En Haití, país que padece la mayor epidemia del Caribe, se han documentado niveles importantes de comportamientos de alto riesgo en las zonas rurales.

En las áreas rurales también perviven prácticas tradicionales que se traducen en mayor riesgo, sobre todo para las mujeres, de contagio del virus. Así sucede en Etiopía, país en el que la epidemia parece estar estabilizada en las ciudades pero donde, en las zonas rurales, con cerca del 85% de la población, está aumentando. En estas comunidades la persistencia de ciertas costumbres dañinas como el matrimonio prematuro, la mutilación genital femenina y la violencia sitúan a la población en riesgo.

Combatir el aislamiento

Los retos que plantean las comunidades rurales en países ya de por sí con sistemas sanitarios débiles son especialmente exigentes. El tratamiento con ARV es uno de ellos. Incluso cuando un dispensario rural puede proveer medicamentos antirretrovirales, los habitantes de estas comunidades con VIH deben viajar durante horas sólo para realizarse pruebas de CD4 o de carga vírica. Tal es la magnitud del problema que se han puesto en marcha iniciativas novedosas para reducir el coste del desplazamiento. Este mismo año la compañía India de ferrocarriles ha anunciado que el billete costará un 50% menos a las personas con VIH que viajen para recibir tratamiento.

Para combatir el aislamiento, Médicos del Mundo ha puesto en marcha en zonas remotas programas descentralizados de lucha contra el VIH/Sida bajo este prisma que combina proximidad e integración en el sistema de atención primaria. Los equipos locales y los y las cooperantes mantienen dispensarios de salud primaria en un medio rural y ofrecen una atención descentralizada gracias a unas clínicas móviles como las que impulsamos en Tanzania.

Las mejoras que ofrece esta estrategia son evidentes. La población prefiere pasar consulta en su centro de salud habitual que desplazarse a

un centro alejado pero especializado en sida. Esto permite luchar contra la estigmatización ligada al VIH, ya que las personas no delatan su condición de seropositivos al entrar en el centro, preservando así su derecho a la intimidad.

En el hospital del distrito de Chato todas las actividades de lucha contra el sida están integradas en la atención médica básica de las mujeres embarazadas. El diagnóstico de VIH se propone durante las consultas de salud primaria, de la misma forma que el diagnóstico de la malaria o de la malnutrición. Como el test ya no produce estigma, éste es aceptado por el cien por cien de las mujeres.

Todos los medios financieros y humanos puestos a disposición de la lucha contra esta epidemia hacen concebir la esperanza de una mejora global en el acceso a la salud y a los medicamentos en países con recursos limitados. De hecho, el Sida podría servir de acicate en beneficio del tratamiento de otras patologías crónicas y de la mejora del conjunto del sistema de salud de estos países.

¿Cuánta agua necesito beber?

Eugenio Oria Mundín
Especialista en endocrinología y nutrición. Sección de Nutrición y dietética. Hospital de Navarra

La sensación fisiológica de sed y la necesidad de beber agua está sobre todo determinada por la concentración de algunas sustancias disueltas en el plasma de la sangre, entre las que destaca en primer lugar el sodio, seguido a bastante distancia de la glucosa y otras sustancias solubles en el agua (que es el componente fundamental del plasma). Estas sustancias disueltas hacen que el plasma esté más concentrado o más diluido, pero siempre dentro de un estrecho margen, siendo una de las "constantes más constantes" del organismo. El concepto de osmolaridad, difícil de explicar, hace referencia a la concentración en plasma de estas sustancias, determinada sobre todo por el sodio disuelto: cuando el plasma se concentra, la osmolaridad aumenta y cuando se diluye la osmolaridad se reduce.

Pues bien, en el sistema nervioso existen receptores de osmolaridad ("osmoreceptores") que son neuronas que se excitan cuando detectan que la osmolaridad ha aumentado, lo que quiere decir que el plasma se está concentrando: al excitarse, mandan una corriente nerviosa a la corteza cerebral, de forma que la persona (o el animal) siente una sensación que todos definimos como sed, sintiendo la necesidad de beber agua, tras lo cual diluímos el plasma y se deja de tener sed.

Por tanto, el reflejo de la sed tiene un componente automático (la activación al concen-

trarse el plasma) y otro más subjetivo (la sensación de sed percibida), al igual que ocurre con otros reflejos como el del hambre.

En niños pequeños, predomina el componente automático, de forma que el niño pide agua en cuanto detecta que su plasma se está concentrando (al tomar sal, por ejemplo). En adultos, predomina el componente subjetivo, de forma que se puede sentir sed al evocar ciertas imágenes (playa soleada, por ejemplo) aunque se sigue conservando el reflejo automático.

Ancianos

En ancianos, el componente automático va desapareciendo, de forma que se bebe casi exclusivamente por comportamientos ya aprendidos o, dicho de otra forma, si se tiene costumbre.

Para un correcto funcionamiento del organismo, el riñón debe elaborar un mínimo de orina, que se evalúa en alrededor de 500 ml./día (medio litro). En las reacciones metabólicas se producen unos 300 ml. y una alimentación habitual contiene algo más de 1000 ml., por lo que, si las únicas pérdidas de agua fueran las urinarias, no sería necesario beber agua como tal. Pero también hay unas pérdidas obligadas de agua por la respiración y la piel (las llamadas pérdidas insensibles) que, en situaciones de sedentarismo y frío ambiental, son de algo más de 500 ml./día y, si hace mucho calor, suelen superar los 1500 ml. Por ello, conviene beber algo cada día: unos 500 ml. si hace frío y se hace poca actividad física y unos 2000 ml. si hace calor o se realiza una actividad física moderada.

No sólo agua

La reposición de agua debe acompañarse de una pequeña cantidad de minerales (sodio, cloro, potasio, ...), lo que puede hacerse con agua de grifo , con aguas minerales habituales y con alimentos ricos en agua (el 90% de frutas y verduras son agua) o con las llamadas bebidas isotónicas. Sin embargo, muchos "refrescos" e incluso bastantes aguas minerales tienen un alto contenido en sodio y otras sales, lo que hace que no sean los más indicados en la rehidratación (además, los refrescos suelen contener una elevada cantidad de azúcares).

El problema viene determinado por la baja detección de los cambios de osmolaridad que ocurren en las personas mayores y en algunas condiciones de enfermedad o de toma de algunos fármacos: puede no existir sensación de sed a pesar de irse instaurando una deshidratación. Por ello, conviene irse acostumbrando a ir tomando agua cuando se es joven y adulto, antes de llegar a la ancianidad, para seguir haciéndolo (sin esperar a tener la sensación de sed) como un acto más integrado en nuestros hábitos de vida.

Ahora bien, tampoco hay que creer que por beber más de lo necesario (unos 2 L. en condiciones habituales) se mejora nuestro peso o el aspecto de la piel. El agua ni engorda ni adelgaza (todos recordamos anuncios publicitarios claramente engañosos), ni (ay!)rejuvenece.

Efectos del consumo de tabaco en la mujer

Dr. Plácido Gascó García
Médico de Familia. Centro de Salud de Iturrama
Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo

Durante muchos años el fumar fue considerado un cuestión de hombres y solo un grupo reducido de mujeres fumaba.

Desde entonces las cosas han ido cambiando, produciéndose un descenso paulatino de hombres que fuman y un aumento progresivo de mujeres fumadoras. No obstante, es todavía mayor el consumo de tabaco en hombres. Las estrategias de comercialización de la industria tabaquera tienen por objetivo inducir a fumar a miles de mujeres adolescentes, en las que han conseguido asociar el consumo de cigarrillos con valores femeninos típicos como la delgadez, la independencia, la feminidad, juventud, éxito personal. Actualmente, existen mas de 1000 millones de personas fumadoras en el mundo, de las cuales 200 millones son mujeres. La Organización Mundial de la Salud calcula que en la próxima generación serán más de 500 millones de mujeres las que fumen. Ahora bien, en ciertas edades, sobre todos jóvenes, hay mayor proporción de fumadoras que de fumadores.

¿Qué significado puede tener esto? Pues que estamos experimentando un aumento considerable en la mujer de toda la patología relacionada con el consumo de tabaco, pero lo pero esta todavía por llegar. Dentro de unos años, se prevé que morirán más mujeres españolas por cáncer de pulmón que por cánceres de mama, útero, y ovarios juntos.

Debido a este cambio de tendencia, los abordajes de prevención y tratamiento del tabaquismo van a ser distintos. Para poder entender mejor estas diferencias, sería bueno recordar la diferencia entre género y sexo.

El concepto de sexo hace referencia a la diferencia biológica entre hombre y mujer, mientras que el término Género define una serie de características culturales, dependientes del contexto social reinante. Resumiendo "sexo se nace y el género se hace".

Los varones y las mujeres difieren en las razones por las que fuman, pero hay pocas diferencias en los motivos para dejar de fumar, siendo la salud el principal motivo. La estadística nos dice que las mujeres empiezan a fumar un poco más tarde que los hombres, suelen fumar menos cigarrillos, y prefieren tabaco con menos contenido de nicotina y alquitrán. También puntúan menos en los test de dependencia. Hay dos obstáculos que plantean sobre todo las mujeres para hacer intentos serios de dejar de fumar que son el manejo del estrés y ansiedad de cada día y el miedo a un aumento de peso.

Desde el punto de vista biológico, las mujeres son especialmente vulnerables a los numerosos problemas de salud que causa el tabaco. Añaden a los efectos mas conocidos sobre el tabaquismo, los provocados durante la gestación, sobre el feto y el recién nacido. A continuación veremos los efectos mas conocidos

Efectos sobre la estética, piel y boca

Es uno de los efectos menos conocidos por las mujeres, pero el fumar provoca una menor oxigenación y riego sanguíneo de piel, lo que induce a un envejecimiento prematuro y la aparición de la llamada "arrugas del fumador". Este efecto es mayor en la mujer que en el hombre. Otro de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que fuman es la periodontitis que es una inflamación o infección que ataca las encías y el hueso que mantiene sus dientes en su lugar, esto tiene efectos como caries, mal aliento, dolor al masticar y sangrados abundantes. Cada vez hay más evidencias de que el tabaco influye negativamente en el éxito inicial a medio y largo plazo de los implantes.

Efectos sobre la menopausia y el sistema óseo

Las mujeres fumadoras pueden tener un inicio más temprano de la menopausia. El tabaco disminuye los niveles de estrógenos en sangre, con lo que provoca un agravamiento de los síntomas de la menopausia y un empeoramiento de la osteoporosis con aumento del riesgo de fracturas sobre todo a nivel de cadera y columna vertebral.

Sistema cardio-vascular

El daño que provoca el tabaco es todavía mayor en la mujer después de la menopausia, ya que disminuye el efecto cardioprotector que le proporcionaban los estrógenos. Las mujeres que toman anticonceptivos orales y fuman tienen un mayor riesgo de trombosis y embolias (20 veces más), ya que aumenta la viscosidad y agregación plaquetaria.

Embarazo y parto

Se ha demostrado que el feto de una mujer fumadora esta expuesto a los efectos tóxicos del humo. Presentan con mayor frecuencia embarazos ectópicos, abortos espontáneos. Los problemas durante el parto son mayores y hay un claro aumento de la mortalidad perinatal e infantil.

El recién nacido presenta un menor peso.

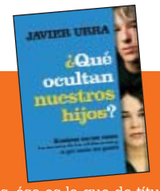
Efecto del tabaquismo sobre el bebé

El hecho de que la madre o el padre sea fumador incrementa la probabilidad de síndrome de muerte súbita del lactante llamada también "muerte de cuna". Si una mujer que está amamantando fuma cigarrillos la nicotina se trasfiere al recién nacido en la leche materna y esto puede tener consecuencias futuras. Los hijos de madres fumadoras son más propensos a padecer problemas respiratorios y otitis

Tabaquismo y riesgo de cáncer

La conducta de fumar es el hecho que más se relaciona con los procesos oncológicos. Se le atribuyen el 30-40 % de todos los tipos de cáncer. En unos pocos años, la mortalidad por cáncer de pulmón en la mujer superará a la mortalidad por cáncer de mama.

recomendamos



¿QUÉ OCULTAN NUESTROS HIJOS?

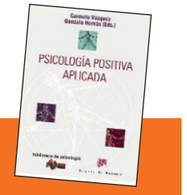
Javier Urra
La esfera de los libros

Si hay una pregunta que ronda por la mente de la mayoría de los padres, ésa es la que da título a este libro: ¿Qué ocultan nuestros hijos? Una preocupación cada vez más generalizada que Javier Urra - psicólogo experto en educación, autor de El pequeño dictador, del que se han vendido 130.000 ejemplares y ex Defensor del Menor - analiza en estas interesantes páginas. Basándose en las casi 5.000 repuestas obtenidas a una encuesta por él elaborada, de hijos y padres de las distintas regiones de España, tanto de colegios privados, públicos, como de institutos, y tanto del mundo urbano como del rural, el autor lleva a cabo la radiografía más completa y actual sobre los secretos que guardan los adolescentes, sus mentiras, los temas tabú en las familias, lo que callan también sus progenitores, las confidencias forzadas… Un estudio que busca romper el silencio y promover el diálogo. Una obra que despertará la conciencia de los padres para que, cuando un adolescente dice que quiere contar algo urgente, se le escuche; el día siguiente puede ser tarde.

EL CHICO QUE QUERÍA CONVERTIRSE EN SER HUMANO

John Riel
Salamandra

Islandia, hacia el año 1000. Tal como manda la tradición, el joven Leiv embarca cladestinamente hacia Groenlandia para vengar la muerte de su padre. Pero cuando la nave naufraga, Leiv salva la vida gracias a Narúa y Apuluk, dos hermanos Inuit que lo acogen en su poblado. A partir de entonces, una serie de aventuras llenas de peripecias y peligros someterán a dura prueba sus "convicciones" y creencias, tras lo cual Leiv decidirá quedarse con sus amigos y convertirse en "ser humano", palabras con que los Inuit se describen a sí mismos. Sin embargo, antes deberá aprender los encomiables valores del pueblo Inuit, basados en la tolerancia, la amistad, el respeto mutuo y la libertad, que se contraponen a la cultura vikinga del individualismo, los prejuicios y la venganza.



PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA

Carmelo Vázquez- Gonzalo Hervás
Desclee de Brouwer

La denominada Psicología Positiva ha irrumpido con fuerza en el panorama científico y la práctica psicológica. Su pujanza se debe no sólo a la incuestionable reputación científica de muchos de los miembros fundadores de este movimiento sino, sobre todo, a la existencia dentro de la Psicología de una fuerte necesidad de corregir un rumbo quizá demasiado escorado hacia el déficit y la disfunción. La Psicología Positiva es un movimiento que recoge sólidas tradiciones conceptuales y de investigación en Psicología pero, a la vez, las ha ampliado incorporando nuevos temas a la agenda de la investigación y la aplicación de sus principios. Los hallazgos de estos últimos años han comenzado a integrarse en la práctica psicológica dando lugar a numerosas intervenciones. Como descubrirá el lector al asomarse a este libro pionero en castellano, el hecho de adoptar una perspectiva positiva -complementaria a otras más tradicionales y bien asentadas dentro de la Psicología- puede ser muy fructífero y abrir nuevas fronteras en campos tan diferentes como la psicoterapia, la educación o la gestión de recursos humanos.

Noticias breves

En memoria de Teresa Moreno

Un recuerdo y nuestro agradecimiento por su entrega y ayuda incondicional. Teresa nos dejó el pasado 21 de Agosto víctima de un accidente de tráfico. Descanse en paz

El Departamento de Salud recomienda precaución en la recogida y consumo de setas y hongos

y recuerda a los aficionados a la recogida y consumo de setas y hongos, cuya temporada se inicia en este mes de octubre, sobre la necesidad de recoger sólo ejemplares de especies comestibles conocidas e identificadas sin ninguna duda.

La vacuna antigripal se administrará a partir del 20 de octubre

y se prolongará hasta el 16 de noviembre. En la pasada campaña se distribuyeron más de 100.000 dosis. El departamento de salud tiene como objetivo lograr una cobertura del 70% en los mayores de 65 años, así como mejorar la cobertura en el grupo de 60 a 64 años.

El Servicio Navarro de Salud incorpora una nueva aplicación al sistema de la Historia Clínica Informatizada

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ha incorporado una nueva aplicación informática que permite a los médicos introducir mediante dictado de propia voz, en el ordenador de su consulta, las anotaciones correspondientes a la Historia Clínica Informatizada (HCI) que tienen todos los usuarios de la red pública de salud de Navarra.

Tecnología digital para el programa de cáncer de mama

El servicio navarro de salud ha invertido 1,5 millones de euros en renovar todos los equipos e instalaciones para que las imágenes diagnósticas se obtengan y se almacenen en formato digital. La nueva tecnología empleada permite reducir en un 40% la radiación a la que se exponen las pacientes y mejora la calidad de la imagen obtenida. Además, el formato digital es más respetuoso con el medio ambiente.

Cruz Roja Navarra realiza un programa de animación lúdico-infantil en el Hospital Virgen del Camino

El objetivo es mejorar la calidad de la estancia hospitalaria de los niños, que es siempre un episodio agresivo en su psicología que debe ser mitigado en lo posible. En este sentido, el Hospital Virgen del Camino intenta crear un ambiente tendente a la normalización de la vida de los pequeños ingresados, con presencia de los padres y familiares, y apoyo académico y lúdico-recreativo.

María Pilar Arroyo Aniés, ganadora del concurso de relatos en relación con el abandono del hábito de fumar

María Pilar Arroyo Aniés fue la ganadora del concurso, enmarcado dentro de la "Semana sin humo", organizada por la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (SNaMFAP), con la colaboración del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y del Colegio Oficial de Médicos de Navarra. Lea el relato ganador del concurso en la web de Zona Hospitalaria. www.zonahospitalaria.com

APARTAMENTOS EQUIPADOS

HABITACIONES INDIVIDUALES Y DOBLES

ALOJAMIENTOS ACELLA

☎ 948 261 000

CON AIRE ACONDICIONADO (OPCIONAL)

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

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.