zonahospitalaria





Información y recepción

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

Su casa junto a la Clínica en la Zona Hospitalaria



Vista de la Clínica Universitaria desde la entrada del Hostal Abodi



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

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

Sumario





























Zona Hospitalaria Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona Edita PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. Coordinador Alfredo Erroz Dirección Imanol Osácar (redaccion@zonahospitalaria.com) Redacción Ekhiñe Pla y Ainhoa Urretagoiena Fotografía, diseño y producción Publisic Fotografía portada Marta Erroz Ferrer Publicidad 948 276 445 (aerroz@publisic.com) D.L. NA-2471/2006. Tirada

© 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...



Dr. Manuel Carpintero

Médico de atención primaria del valle de Esteribar.

Miembro del grupo de enfermedades respiratorias de la Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC)

El catarro es un proceso leve y autolimitado. Desde la década de 1950 se conoce que la causa son virus. Los virus que provocan los resfriados son los mismos en niños y en adultos. En nuestro entorno, las epidemias de catarros se presentan en los meses fríos del año. La convivencia entre niños en periodo escolar v la estancia de las personas durante más tiempo en lugares cerrados favorecen la propagación de los catarros.

El periodo de incubación es de uno a tres días. na y sin médico siete días". El periodo de máximo contagio es entre el segundo y cuarto día desde el inicio de los síntomas. Los síntomas duran aproximadamente una semana.

Las posibles vías de contagio son:

- Contacto directo a través de las manos de la persona que tiene un catarro, contaminadas con secreciones nasales o secreciones de los ojos.
- Transmisión vía aérea de gotitas infecciosas.

Síntomas

Inicialmente suelen aparecer obstrucción nasal, leves molestias en la garganta y sensación de sequedad de boca. También suele aparecer estornudos, moqueo acuoso por la nariz y enrojecimiento de los ojos con lagrimeo.

Puede aparecer una tos seca, habitualmente suave. En ocasiones puede aparecer dolor de

cabeza y también dolores musculares y articulares, todos ellos suelen ser leves Podemos sentir un moderado cansancio y somnolenciaEl catarro común cursa habitualmente sin fiebre, aunque en niños y personas inmunodeprimidas puede aparecer.

Prevención

Las principales medidas de prevención del catarro son:

- Mantener un grado de humedad adecuado en el hogar (la calefacción reseca mucho el ambiente, dando lugar a las condiciones ideales para la proliferación de los virus que producen el resfriado).
- Lavarse a menudo las manos.
- Utilizar pañuelos de celulosa desechables y tirarlos cada vez que se usen.

No hay nada que cure un resfriado. Como refiere el dicho: "Catarro con médico una sema-

- Beber abundantes líquidos (leche caliente con miel, zumo de naranja, sopas o infusiones). Fluidifican las secreciones, alivian el dolor de garganta y la tos seca.
- En los niños pequeños es aconsejable limpiar las secreciones nasales antes de comer.
- El tratamiento consiste en aliviar los síntomas.
- Se puede tomar algún analgésico para combatir el dolor de garganta, cabeza o articulaciones. Por ejemplo, paracetamol, ibuprofeno o aspirina.
- Tomar pastillas o jarabes para la tos sólo en el caso de que ésta dificulte el sueño o sea muv molesta.

Contraindicaciones

No tomar aspirina o ibuprofeno si tienes



problemas de estómago o eres alérgico a la

- No dar aspirina a los niños y adolescentes si tienen fiebre (la fiebre podría deberse a una gripe o una varicela y en ese caso la toma de aspirina puede provocar una enfermedad grave llamada "Síndrome de Reye").
- Si se utilizan descongestionantes nasales, no se debe prolongar su uso más de cuatro o cinco días en ningún caso.
- No tomar antibióticos.

¿Cuándo se debe acudir al médico o enfermera del centro de salud?

- Si la fiebre dura tres o cuatro días o si llega
- Si la fiebre va acompañada de fuertes dolores de cabeza, náuseas o vómitos, confusión mental y sensibilidad extrema a la luz.
- Si aparece expectoración verdosa o marrón.
- Si aparece dolor en le pecho al toser o respirar profundamente.
- Si padeces alguna enfermedad crónica, como diabetes, bronquitis crónica, asma, problemas del corazón, es conveniente que te reconozca



Solo CAN te dice cuánto gana contigo [transparencia] y tú decides a qué proyectos destinar 30 de cada 100 euros de ese beneficio [participación]

No dejes que otros decidan por ti

ÚNETE A LA BANCA CÍVICA. VEN A NUESTRAS OFICINAS O ENTRA EN CAN.ES







Obesidad infantil en Navarra

Manuela Sánchez Echenique Pediatra del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea en la Sección de Evaluación y Calidad Asistencial de Atención Primaria

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa corporal y se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal. En los últimos años se ha producido un aumento del interés sobre esta afección, ya que se trata de un problema que, por sus implicaciones en la Sociedad (está correlacionada con varias patologías, sobre todo en la vida adulta, como la diabetes tipo II, ateroesclerosis, etc.), se ha convertido en un problema de Salud Pública. Su aumento progresivo a nivel mundial ha hecho que la OMS en el año 2004 la

En el siglo XX, la mejora de las cosechas, la mejor conservación de los alimentos y las comunicaciones ha conseguido que, en los países occidentales, las personas no tengan limitación en la oferta de los alimentos y han aparecido las consecuencias a medio y largo plazo. La obesidad, junto con la caries dental, es el trastorno nutricional más frecuente durante la infancia y la adolescencia en el mundo desarrollado. En el resto del mundo todavía hay muchos problemas de abastecimiento, lo que debería sonrojarnos.



Se suelen ver familias cuyos miembros son, la mayoría, obesos, ¿se hereda la obesidad?

Se heredan los genes y de éstos se han detechaya declarado epidemia del siglo XXI. tado hasta 600 implicados en la obesidad, pero los cambios que se han dado en los últimos años vienen a indicar que son los cambios en los hábitos de vida (comidas, sedentarismo etc.) los responsables del cambio, ya que no ha habido cambios genéticos importantes en poco tiempo; como anécdota se ha verificado que, a menudo también en las casas de obesos los niños adoptados y hasta el perro llegan a ser obesos. El 95% de los obesos lo son por desequilibrio de energía entre la ingesta y el consumo de ésta. El exceso se acumula en forma de grasa. Solamente el restante grupo de

obesos lo son por patologías concretas que ocasionan secundariamente una acumulación de grasa.

¿Cuál era la situación de Navarra en relación a España con respecto a la obesidad infantil?

Uno de los principales estudios sobre obesidad infantil realizados en España fue el Estudio Enkid. Realizado en el año 2000 con una muestra de ámbito nacional entre niños y jóvenes, este estudio mostró que España tenía un 13,9% de obesidad y un sobrepeso del 12,4%, sumando entra las dos 26,3%. Estas cifras eran superiores a las existentes en estudios efectuados en los años 80 y 90. La muestra del estudio ENKID tenía también niños de Navarra. La región NORTE, Navarra incluida, mostraba cifras mejores, con un 12,3% de obesidad y un 12,7% de sobrepeso, sumando en conjunto 25%.

Navarra realiza un estudio Novedoso

EL estudio actual realizado por el SNS-O con los datos proporcionados por la Historia Clínica Informatizada, utilizada por el 100% de los centros de Salud de Navarra, permite emplear como muestra a la práctica totalidad de la población infantil atendida en el Servicio Navarro de Salud, que tiene una cobertura mayor al 97% de la población (el resto tienen alguna otra cobertura). Además, en este caso, la muestra fue de todas las zonas de Navarra, con registros de 77.762 niños nacidos entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 2006, de

los que 39.531 eran chicos y 38.231, chicas. La información obtenida se enviará a los médicos responsables de cada niño, para que puedan planificar cómo actuar, de manera individual o grupal.

¿Qué se ha medido y con qué se ha comparado?

Se ha medido el Índice de Masa Corporal (IMC) que refleja bien la relación entre peso y altura y que se calcula mediante la fórmula IMC = Peso (en kg.)/altura ² (en metros). En el niño, debido a que está en desarrollo y tiene una proporción de grasa diferente según sexo y edad, hay que compararlo con unas gráficas de percentiles también según edad y sexo. Hemos utilizado las tablas propuestas por la OMS y las de Hernández, con los criterios actuales. Para la comparación con el Estudio ENKID hemos utilizado los mismos criterios que éste, con el fin de tener una misma vara de medida en los dos estudios.

¿Cómo se ha mantenido la confidencialidad?

Los datos extraídos fueron codificados, de manera que el niño no sea identificado; de todas maneras cualquier persona que maneje los datos entra bajo la legislación del secreto profesional.

¿Cuáles son los resultados?

Globalmente, entre los menores de 15 años, las tasas de obesidad han sido 8,81% y de sobrepeso 11,41%, pero hay una diferencia entre chicos y chicas: siendo la obesidad entre los chicos de un 9,93% y 7,66% entre las chicas. Estas cifras tomando los criterios actuales de obesidad, más estrictos. Con los criterios ENKID las cifras globales serían Obesidad 4,1%, sobrepeso 9,13%, pero también se diferenciarían los chicos cuya obesidad sería de 5,07% y el Sobrepeso de 9,61% y las chicas con 2,95% de obesidad y 8,56% de sobrepeso.

¿Estas cifras son mejores o peores que los datos anteriores?

Son mejores comparadas con las de ENKID del año 2000. La razones pueden ser varias, bien porque la variedad de la población no estaba suficientemente representada en la muestra o porque ha habido cambios; ahora bien, no son las cifras más deseables. Y lo que más reservas produce es que los datos de los niños más pequeños indican que el problema comienza en los primeros años de vida y es ahí donde hay que continuar con los esfuerzos de prevención. Las células que almacenan grasa, llamadas adipocitos, crecen en número en la niñez y después parece que este número permanece constante, de manera que los



niños que en su niñez o adolescencia han sido obesos, pueden tener más facilidad para ganar peso en la vida adulta.

¿Hay diferencias en los resultados de las áreas sanitarias y las zonas Básicas de Salud?

Las diferencia entre las áreas no son muy grandes, pero sí entre las Zonas Básicas que tienen cifras muy dispares, posiblemente como resultado de los diferentes hábitos de vida de las familias y sociedades; se evidencia que las tasas más altas de obesidad se dan en las zonas de la montaña y en alguna zona concreta del área sanitaria de Tudela, lo que se va a tener en cuenta a la hora de establecer las estrategias para modificar las dietas y tipo de vida en estos

¿Hay diferencias entre los niños Actividad física moderada (ver TV o video-jueautóctonos y los llegados de otros

Sí, aunque la muestra no es muy comparable, en un grupo de más de 500 niñas foráneas se evidencia una diferencia en las tasas de obesidad

de casi dos puntos por encima de las autóctonas, lo que concuerda con otros estudios existentes. Sin embargo, hay que continuar estudios más afinados.

¿Qué puede hacer una familia para conseguir un crecimiento adecuado de sus hijos y prevenir el sobrepeso v obesidad?

Depende de las edades; en niños pequeños, la lactancia materna es un factor que previene la obesidad; una vez que ya se come en familia, procurar hacer 5 comidas al día, tres principales y dos ligeras, iniciando el día con un buen desayuno que lleve, un lácteo, pan o cereales y una fruta, Consumir varias raciones de frutas y verduras siendo el agua la mejor fórmula para la sed . un consumo solo ocasional de moderado de bollería, embutidos y refrescos...

gos menos de 2 h/día) y realizar una práctica deportiva habitual 2 días semana. Hay que vigilar asimismo el tamaño de las raciones, ya que los niños de 6 años por ej. solamente necesitan el 60% de la ración de carne de un adulto.

Navarra 2006	Criterios actuales ICM mayor (P85)	Criterios actuales ICM mayor (P95)
	Sobrepeso	Obesidad
Chicos	9,61	9,93
Chicas	8,56	7,66
Global	11,41	8,81

Estrategias dietéticas para evitar el sobrepeso corporal

Hacer 4-5 comidas al día, sin saltarse ninguna

No comer entre horas

Itilizar fruta y productos lácteos desnatados en el almuerzo y merienda Acompañar los segundos platos con guarnición de verdura o ensalada liminar de la compra diaria y de la nevera o despensa alimentos poco saludables omo chocolate, embutidos, etc., que deben de ser de consumo ocasional Itilizar solamente agua como fuente de bebida, aumentando su ingesta imitar las bebidas blandas tomándolas sólo de forma ocasional Prohibir las bebidas alcohólicas

zonahospitalaria ■ noviembrediciembre2008 ■ n°14





Los videojuegos en la infancia y la adolescencia

Juan Montesinos Vales PediatraCentro de Salud de Cizur Mayor

Los videojuegos ocupan, en la actualidad, una parte importante del tiempo dedicado al ocio sustituyendo al deporte y demás actividades al aire libre. Se ha cambiado el juego en la calle por la televisión, los videojuegos o Internet.

Esta situación se ha ido agudizando a partir de los años 80, con una repercusión mayor en los niños que en las niñas, quizás debido al contenido de los videojuegos. La gran atracción que tienen los videojuegos para los jovenes no es de extrañar ya que les permite vivir experiencias y disfrutar de actividades que en la realidad no se podrían permitir: conducir coches de alta cilindrada, pilotar aviones etc. Son juegos que se adaptan a cada niño con diferentes niveles de dificultad, con unas reglas claramente determinadas y además con un reconocimiento social por los compañeros.

Según las últimas publicaciones, 3 de cada 4 niños de entre 8 y 13 años tienen videoconsola. Sus efectos han sido y son objeto de gran discusión. En unos estudios las conclusiones son contradictorias y en otros no son valorables por no tener ningún rigor científico.

Se les responsabiliza de aislar al niño, de incitarles a la violencia, de disminuir el rendimiento escolar, de producir adicción y de provocar obesidad; pero en otros estudios se les consideran verdaderas herramientas

Recientemente, se les responsabiliza de contribuir a la obesidad facilitando una conducta sedentaria. Según los últimos estudios, el sedentarismo, más que el tipo de dieta, está influyendo en el incremento de peso que ha pasado de afectar al 6 % de los niños en 1990 a mas del 10 % en el año 2005. Pero dentro de las actividades sedentarias, el videojuego es de las que menos influye en la obesidad, por debajo de la televisión, quizás debido a que con la televisión habitualmente se asocia un aumento de ingesta de alimentos altamente energéticos. Además, en la actualidad, los nuevos videojuegos apuestan por la actividad física, como el bien conocido Wii Fit entre otros, pues para poder jugar el niño tiene que moverse y el jugar puede llegar a ser

Pero como se comenta en un articulo publicado en El Pais, los videojuegos no son el origen ni la causa de la obesidad y sólo el ejercicio y la promoción de una alimentación eguilibrada son los pilares en que se basa el control del peso.

¿Qué actitud debemos tener los tutores ante los videojuegos para tratar de minimizar estos efectos secun-

Debemos supervisar los juegos, permitiendo sólo el uso de juegos adecuados para la edad del niño. El 30 % de los niños reconocen que utilizan videojuegos para mayores de 18 años

y un 15 % desconoce la clasificación de los juegos que utiliza.

Se ha demostrado que cuando los padres tienen hábitos sedentarios sus hijos/as tienen también hábitos sedentarios. Por tanto los padres han de dar ejemplo tratando de modificar sus hábitos.

Pero sobre todo debemos poner límites estrictos en el tiempo. La Academia Americana de Pediatría y la Sociedad Española de Pediatría han situado el límite entre lo tolerable y lo peligroso en 2 horas diarias para todas las actividades de pantalla. Es conveniente que los niños juequen en la misma estancia que están los adultos, y comenten con los padres los temas de los juegos e inclusive que traten de jugar con ellos. De esta manera podemos controlar tanto el contenido de los videojuegos, como el tiempo dedicado a ellos.

Conclusiones

Para concluir podemos decir que los videojuegos no son intrínsecamente buenos ni malos, que el problema no esta en los videojuegos sino en el uso que se hace de ellos y, como decía Victoria Campos, que al igual que los padres controlan la dieta de sus hijos deben controlar también la dieta televisiva, hecho que podemos hacer extensivo a los videojuegos, y además, como dice J. Marchamalo, este es el mundo que nos ha tocado vivir y tendremos que a aprender a convivir con la tecnología y obtener de ella todos sus beneficios para ayudarnos a vivir



Cinfa, primer laboratorio español en unidades de medicamentos dispensadas en las farmacias, ha puesto en marcha una nueva planta industrial. Las nuevas instalaciones, construidas sobre un terreno de 48.000 m2 en la localidad navarra de Olloki, cuentan por el momento con dos naves industriales -una de producción y otra de almacenaje, picking y expedición- y un edificio de oficinas. El proyecto, que prevé la construcción de más naves para nuevos desarrollos, supondrá una inversión final superior a los 100 millones de euros.

"Estas infraestructuras -que ya han comenzado a funcionar- han permitido a Cinfa aumentar su capacidad de producción por un

lado, y abordar nuevas líneas de desarrollo, producción e innovación farmacéuticas por otro", sostiene Javier del Río, director general de Cinfa. "La inversión en I+D+I es clave en nuestro laboratorio, por eso en 2007 destinamos 9,6 millones de euros a este concepto y tenemos previsto superar los 74 millones en los próximos cinco años, incorporando nuevos proyectos y líneas de investigación".

Tratamientos contra el cáncer

Una de las novedades de dichas instalaciones es que posibilitan la elaboración de medicamentos genéricos de alta especialización. Estos fármacos son denominados así porque, debido al alto grado de complejidad en su desarrollo farmacéutico y clínico, requieren una fabricación en instalaciones especiales.

Parte de las nuevas infraestructuras se destinan a la fabricación de lotes pequeños y medianos de estos fármacos en los que se invierten más de cuatro años durante sus distintas fases de desarrollo. Los medicamentos de alta especialización desarrollados en Cinfa se usan primordialmente en las áreas de oncología, transplantes y endocrinología.

Máxima eficiencia energética

Por su parte, el nuevo edificio de oficinas, que ha obtenido la Máxima Calificación Energética (A), refuerza el compromiso de Cinfa con el medio ambiente v el desarrollo sostenible. "Al año esto supondrá un ahorro aproximado de 100 toneladas de CO2, cantidad que necesitaría de 16,5 hectáreas de bosque para ser absorbida", aclara el director general.









La incontinencia se cura en un 75% de los casos y mejora en un 22%

La Unidad de Incontinencia Urinaria de Amma Argaray lleva ocho meses ofreciendo solución a problemas de incontinencia urinaria y diferentes disfunciones del suelo pélvico (prolapso de los órganos pélvicos, incontinencia anal, algias perineales). Los tratamientos puestos en práctica por esta novedosa unidad, una iniciativa del Foro **OPEA** de Investigación y Docencia sobre "Calidad de vida en las personas de edad avanzada" logran solucionar la mayoría de los casos de pérdidas de orina, lo que supone una gran mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

La Unidad puede ser utilizada por residentes, familiares y trabajadores de los centros gerontológicos del Grupo Amma con tarifas especiales. Además, está también abierta a cualquier persona que quiera tratar y solucionar sus problemas de incontinencia urinaria. Para la construcción de este servicio, denominado Unidad de Fisioterapia para Recuperación Funcional, se ha contado con la colaboración económica de Fundación Caja Navarra a través de la iniciativa

"Tu eliges, tu decides"; así como con la colaboración el Colegio de Farmacéuticos de Navarra en la difusión de esta iniciativa.

Según explica la directora de la unidad, María Medrano Muñoz, fisioterapeuta especializada en Suelo Pélvico (Uro-Ginecología y Coloproctología), los nuevos tratamientos aplicados logran que las pérdidas de orina tengan solución en la mayoría de los casos, por lo que no hace falta resignarse y padecer las consecuencias incómodas de este trastorno.

Una afección curable

Medrano, que cuenta con una amplia experiencia profesional en centros europeos pioneros en este campo, recalca que la incontinencia "no es una fatalidad que corresponda a la edad. Es un mal funcionamiento de la entidad abdomino-pelviana, y no es inevitable. Es un problema curable y tratable, y cuanto antes se trate mejor", recalca. En opinión de esta especialista, no es aceptable asumir que "como le pasaba a mi abuela y a mi tía mayor, es algo relacionado con la edad y con ser mujer". La experta insiste en que el tratamiento de las

afecciones de suelo pélvico suele mostrar una

evolución positiva. "Actualmente el problema por el que más se acude a la Unidad es la incontinencia urinaria, seguido de la recuperación postparto. Podemos hablar de un 75% de curación y un 22% de mejoría", explica

Problema de salud pública

La incontinencia urinaria es una alteración frecuente en personas mayores y en mujeres, aunque puede presentarse en ambos sexos y a cualquier edad. Se trata de un importante problema de salud pública, que conlleva graves problemas sociales y emocionales, así como un elevado coste sanitario (sólo en 2001, la Seguridad Social gastó 210 millones de euros

La vergüenza que produce a los afectados y la falta de información sobre el tratamiento hacen que muchas personas que padecen incontinencia urinaria se resignen a afectar esta dolencia y las molestias que conlleva. Los últimos datos señalan que en España están afectados seis millones de personas, de los cuales dos millones serían hombres y cuatro mujeres. La prevalencia aumenta con la edad, hasta afectar a





un 26,5 % de la población mayor de 65 años. Y en centros residenciales de mayores, la patología puede llegar a afectar a hasta un 80% de la población.

Factores de riesgo

La causa más frecuente de la aparición de este trastorno en las mujeres es el debilitamiento de la musculatura del suelo pélvico, que origina la llamada Incontinencia de Esfuerzo, caracterizada por perdidas ocasionales de orina que se producen ante actividades comunes de la vida diaria que ocasionan un aumento de la presión abdominal, tales como toser, reír o saltar. Entre los principales factores que contribuyen a debilitar esta musculatura se encuentran el embarazo y el parto, el postparto, la menopausia y el envejecimiento; así como deportes de impacto (baloncesto, balonmano, aerobic); determinados hábitos cotidianos como aguantarse las ganas de orinar de forma persistente, el uso de fajas o prendas muy ajustadas, o la tos crónica: v por último, también influyen otros factores como la herencia, la obesidad o el estreñimiento.

La patología de suelo pélvico también afecta, aunque en menor medida, a los hombres. En el caso de los varones, la aparición de la incontinencia urinaria suele producirse tras sufrir una intervención quirúrgica de la próstata. Por último, esta dolencia también puede afectar a los más pequeños. En el niño es frecuente la lla-



mada eneuresis, incontinencia urinaria nocturna, a menudo asociada a malos hábitos miccionales y a problemas de estreñimiento.

Variedad de tratamientos

Para solucionar los problemas relacionados con el suelo pélvico existen varios tipos de tratamiento: el conservador, el farmacológico y el quirúrgico, dependiendo del tipo de incontinencia que se padezca. La terapia conservadora, por su sencillez y eficacia, es el primer tratamiento de elección y permite mejorar el tono y la fuerza de los músculos del suelo pélvico y la función de los órganos relacionados con él. Para desarrollar esta terapia, la unidad de Amma Argaray cuenta con innovadoras técnicas como gimnasia esfinteriana, gimnasia

estimulación, osteopatía uroginecológica, v tratamiento postural.

Iniciativa del foro QPEA

La iniciativa de crear esta unidad partió el pasado mes de mayo del Foro QPEA de Investigación y Docencia sobre "Calidad de vida en las personas de edad avanzada", creado en 2005 por profesionales del Grupo Amma y del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de Navarra. La Unidad de Fisioterapia para Recuperación Funcional, una iniciativa pionera en el sector residencial español, tiene como objetivo dar una respuesta profesional a quienes padecen incontinencia urinaria y otras disfunciones del suelo pélvico.

Recuperación después del parto

El proceso del embarazo y el parto suponen una distensión de la musculatura abdóminoperineal y un sobre esfuerzo, por lo que hay que re-equilibrarla en el postparto. "Es muy importante aliviar la situación de hiperpresión abdominal que se crea", recuerda María Medrano, directora de la Unidad de Fisioterapia para Recuperación Funcional del centro Amma Argaray. La experta recuerda que aunque se produce una cierta recuperación espontánea, los músculos "no son elásticos al 100% y no todo vuelve a su estado habitual de forma espontánea". En este sen-

tido, recalca la importancia de no esperar a que las pequeñas alteraciones vayan produciendo cada vez más problemas. "Lo ideal es iniciar el tratamiento de forma precoz, con una correcta gimnasia prenatal, que prepare al cuerpo para lesionarse al mínimo durante el embarazo y el parto, y luego durante el postparto, recuperar toda esta musculatura abdominoperineal, devolviendo a la mujer su correcta estática pélvica", explica. Y añade: "En la medicina actual hay un correcto seguimiento de la mujer embarazada y del bebé, pero desgraciadamente podemos constatar un déficit de atención a la mujer tras el parto".



Dr. Enrique Ornilla

Jefe de la Unidad de Reumatología de la Clínica Universitaria de Navarra

La artritis reumatoide es una enfermedad reumática que se caracteriza por la inflamación de las articulaciones, aunque también puede afectar a otras partes del organismo, lo que provoca dolor, deformidad y dificultad para el movimiento. Es una enfermedad crónica, aunque con un buen tratamiento se puede conseguir un control de la misma en la mayoría de los casos.

Se trata de una patología con una prevalencia en España en torno a una de cada 200 personas. Estaríamos hablando, por tanto, de más de 200.000 afectados en nuestro país. Es más frecuente en mujeres y se presenta con mayor frecuencia entre los 45 y los 55 años aunque puede aparecer a cualquier edad.

¿Dónde se produce la artritis reumatoide?

La artritis reumatoide afecta predominantemente a las articulaciones (estructuras que unen huesos y permiten la movilidad del cuerpo humano). Se produce, concretamente, por la inflamación de la membrana sinovial que recubre dichas articulaciones y es la encargada de mantener la función y la estructura de la articulación en buen estado.

La inflamación de la membrana sinovial es la responsable del dolor, de la hinchazón y de la sensación de rigidez que notan muchos pacientes. La persistencia de esta inflamación condiciona que el lugar del hueso en el que se fija la membrana sinovial se dañe, dando lugar a erosiones, y hace que el cartilago, que permite el rozamiento suave entre los huesos, adelgace y desaparezca.

Aunque la localización fundamental de las lesiones producidas por la artritis reumatoide está en la membrana sinovial de las articulaciones, a veces se pueden alterar otras estructuras, como es el caso de nódulos reumatoides, que son abultamientos duros (nódulos) que aparecen en zonas de roce, como son los codos, el dorso de los dedos de las manos y de los pies, la parte posterior de la cabeza o la zona del talón.

La artritis reumatoide también puede provocar seguedad de la piel y de las mucosas, es decir, inflamación y atrofia de las glándulas que producen las lágrimas, la saliva, los jugos digestivos o el flujo vaginal. Es el síndrome conocido como "Sjögren secundario a artritis reumatoide".

Causas de la artritis reumatoide

La artritis reumatoide es una enfermedad de causa desconocida. Probablemente existan múltiples factores que desencadenen su desarrollo en personas que ya estén predispuestas a padecerla, según se cree, por razones genéticas. Lo que sí se debe destacar es que no es contagiosa.

Se considera una enfermedad autoinmune, ya que existen alteraciones del sistema inmunológico que parecen explicar que la inflamación de las articulaciones es una consecuencia de la invasión de la membrana sinovial por células inmunitarias.

El clima y la humedad no tienen nada que ver con el desencadenamiento o mantenimiento de la artritis reumatoide. Sin embargo, es cierto que algunos cambios climáticos, y en par-

ticular cuando el tiempo va a empeorar, hacen que cualquier articulación dañada por ésta u otra enfermedad sea más dolorosa.

Síntomas de la artritis reumatoide

La inflamación de las articulaciones produce dolor e hinchazón. Así, el dolor articular es el síntoma más frecuente en la artritis reumatoide y la hinchazón articular puede ser más o menos visible por el paciente. A veces, sólo el reumatólogo puede detectar esta hinchazón mediante la palpación de las articulaciones. Las articulaciones que se inflaman con más frecuencia son las muñecas, los nudillos, las articulaciones de los dedos de las manos y de los pies, los codos, los hombros, las caderas, las rodillas y los tobillos. El dolor del cuello puede también ser debido a la artritis reumatoide y debe ser comunicado al médico.

Además del dolor y la hinchazón, por las mañanas puede haber dificultad para el inicio de los movimientos. Su duración es variable según el paciente, pero puede llegar a ser incluso de

La inflamación persistente puede acabar dañando los huesos, ligamentos y tendones que hay alrededor. La consecuencia será la deformidad progresiva de las articulaciones y la reducción de la movilidad articular, lo que puede llevar al paciente a cierto grado de discapacidad para poder realizar algunas tareas de la vida diaria.

Diagnóstico de la artritis reumatoide

El reumatólogo debe valorar los síntomas para saber si una persona padece una artritis reumatoide. Para ello, realiza una exploración de las articulaciones, para comprobar si están o no hinchadas.



Hay otras enfermedades reumáticas que también pueden producir molestias similares. Es por esta razón que son de gran utilidad las radiografías y algunos estudios analíticos, en los que se tendrán especialmente en cuenta los factores reumatoides.

Tratamiento de la artritis reumatoide

El diagnóstico de la artritis reumatoide cambia la vida de la persona que la padece y la de su familia, que ha de ajustar aspectos a veces importantes de su actividad cotidiana a la nueva situación.

Actualmente, la artritis reumatoide no tiene un tratamiento curativo, pero sí que existen

medicamentos que ayudan a controlar la enfermedad en un porcentaje cada vez más elevado de pacientes.

Para tratar la artritis reumatoide existen dos tipos de fármacos:

Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y los glucorticoides son útiles para bajar la inflamación y sobrellevar el dolor del día a día, pero no sirven para modificar la evolución de la enfermedad a largo plazo.

Fármacos modificadores de la enfermedad no sirven para tratar el dolor en un momento determinado, sino que actúan haciendo que la actividad de la enfermedad a largo plazo sea menor. Este es el caso del metrotextato, la sulfasalazina, las sales de oro, la cloroquina,

Hay que destacar que todos los medicamentos tienen efectos secundarios y que siempre deben ser suministrados por un profesional.

Recomendaciones ante una artritis reumatoide

Las principales recomendaciones para pacientes de artritis reumatoide son:

- Dormir una media de 8 a 10 horas nocturnas.
- Comenzar el día con un baño con agua caliente contribuye a disminuir la rigidez y el agotamiento nocturno.
- Evitar actividades que precisen esfuerzos fí-
- No hacer excesivos esfuerzos físicos con las
- No es recomendable practicar deportes con contacto físico. Aunque se recomienda montar en bicicleta, nadar y pasear.
- Durante el descanso, se debe evitar doblar las articulaciones, mantener los brazos y las piernas estirados y tener una cama dura y una almohada baia.
- Mantener una dieta adecuada con el fin de evitar la obesidad.

Lo más importante a tener en cuenta es que el profesional que se encarga de este tipo de dolencias es el reumatólogo.



Self-Service Iruña



Un amplio menú con la mayor calidad al mejor precio

Tel.: 948 17 55 36

restaurantes en



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



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

La posibilidad de elegir entre self-service v carta

Irunlarrea, 6 31008 Pamplona



Cambio climático y cáncer de piel

Dra. Conchita Ros Servicio de Dermatología Hospital de Navarra

Es una realidad que el clima global está cambiando. Ante esta amenaza, debemos responder sin demora, de forma firme y contundente. El cambio climático es el resultado de las actividades humanas que llevan al acúmulo de gases de efecto invernadero en la atmósfera, responsables del calentamiento del planeta en más de medio grado Celsius. Como consecuencia, se espera que la temperatura aumente entre 1,5° y 4,5 ° C en las próximas décadas. Si la emisión de estos gases sigue aumentando, serán nuestras necesidades más básicas las más amenazadas. Nos referimos a su repercusión en el suministro de agua y la producción de alimentos, sin olvidar el impacto en la salud y medio ambiente.

Se prevén cambios climáticos extremos, días más calurosos (aumentos de la temperatura de 4°C comprometerán seriamente la producción alimenticia mundial). La fusión de los glaciares aumentará el peligro de inundaciones y disminuirá el suministro de agua. Se esperan más episodios de precipitaciones extremas, au-

mentos de vientos y ciclones tropicales. El cambio climático incrementaría la mortalidad y la morbilidad asociadas al calor y reduciría la mortalidad asociada al frío en los países templados. Las elevadas temperaturas favorecerán la reproducción de mosquitos vectores responsables de la propagación de la malaria y enfermedades víricas como el dengue y la fiebre amarilla. Tanto la seguía como las inundaciones aumentarán el riesgo de enfermedades diarreicas. Asistiremos a la extinción de numerosas especies de plantas y animales y se elevará el número de muertes por desnu-

Estas consecuencias no se distribuirán de forma equitativa, siendo los países más pobres quienes las sufrirán más intensamente por su mayor vulnerabilidad económica, por carecer de un sistema de salud adecuado y por ser regiones ya de por sí más cálidas, con una mayor variación en su pluviosidad.

Efectos en la piel

La Academia española de Dermatología y Venereología alerta sobre los efectos del cambio climático en la piel.

La predisposición al cáncer de piel es en parte genética (las más expuestas son las personas de piel blanca). Sabemos que la incidencia del cáncer de piel (carcinomas basocelulares, carcinomas epidermoides y melanoma) está aumentando debido entre otros al cambio de

nuestros hábitos de vida, como la incorporación de actividades al aire libre y el abuso de sistemas de bronceado sin adoptarse las medidas de protección adecuadas.

El calentamiento global y la reducción de la capa de ozono también están directamente ligados al incremento del cáncer de piel. El ozono que contiene la estratosfera absorbe la mayor parte de la radiación ultravioleta procedente del sol, en particular la radiación ultravioleta de menor longitud de onda, que es la más nociva. Se calcula que la concentración anual media de ozono ha descendido aproximadamente un 4% por década, algo más en Argentina y Australia por su proximidad al agujero de ozono. Aumentarán los días de sol y crecerá el número de horas de exposición a la radiación, el agente cancerígeno más conocido en la actualidad. Clásicamente se han considerado a los rayos UVB como los más dañinos ya que los UVC son filtrados por la capa de ozono. En la actualidad, la reducción de la capa de ozono hace que disminuya la filtración de los rayos UVC, los más cancerígenos

Efectos cutáneos de la radiación solar ultra-

- Melanoma maligno.
- Cáncer de piel no melanocítico: carcinoma basocelular y epidermoide.
- Quemaduras solares

- Dermatosis solar crónica
- Fotodermatosis.

Recomendaciones

Algunas de las actuaciones recomendadas por la AEDV en este sentido son:

- Evitar la exposición al sol en las horas centrales del día (entre las doce y las cuatro de la tarde).
- Utilizar barreras físicas para que el sol no llegue a la piel (sombreros, camisetas).
- Aplicar en la piel fotoprotectores con filtros de protección UVA y UVB.
- Usar gafas de sol que absorban el 100% de los rayos UVA.
- Adecuar las medidas al lugar donde uno se encuentre (montaña, playa).
- Beber agua para evitar la deshidratación.
- Protegerse en días nublados.

Quiero pensar que entramos en una etapa esperanzadora. Que seamos realistas no debe de servir para ver el futuro con pesimismo, sino para implicarnos en el día a día de la recuperación de nuestro planeta. La reducción de los efectos adversos del cambio climático en materia de salud implica a los gobiernos, la sociedad y los individuos, y exige cambios tecnológicos y de comportamiento. Reducir el consumo de petróleo, recuperar la calidad del agua marina, medidas como la reforestación,

promocionar modalidades agrícolas sostenibles, apostar por energías renovables e incluir hábitos cotidianos como reciclar y fotoprotección constituyen los compromisos más inmediatos según los expertos para luchar contra el cambio climático y prevenir enfermedades de piel.

Gases de efecto invernadero:

- Dióxido de carbono.
- Metano.
- Óxido nitroso.
- Hidrofluorocarbonos.
- Perfluorocarbonos.
- Hexafluoruro de azufre.



Fuentes:

Energía:

Quema de combustible:

- Industrias de energía
- Industria manufacturera y construcción
- Transporte y otros

Emisiones fugitivas de combustibles:

- Combustibles sólidos
- Petróleo y gas natural

Procesos industriales:

- Productos minerales

- Industria química
- Producción de metales y otros

Utilización de disolventes y otros productos

Agricultura:

- Fermentación entérica
- Aprovechamiento del estiércol
- Cultivo del arroz
- Suelos agrícolas
- Quema prescrita de sabanas
- Quema en el campo de residuos agrícolas







Dr. Garrido-Landívar, E. Especialista en Psicología de la Salud

El Dr. Martín Seligman, en 1999, fue uno de los pioneros en este moderno y antiguo paradigma que es la búsqueda de la manera de ser más feliz en el mundo que nos rodea, utilizando las emociones y el bienestar de que disponemos, para nuestro desarrollo personal y social. Su conferencia en la **American Psychological Assotiation** fue uno de los puntos claves para este entronque de nuevo cuño; y más recientemente, el trabajo del premio Nóbel de Economía y Psicólogo Daniel Kahneman, sobre las estructuras e índices de factores ligados al bienestar de los ciudadanos.

La calidad de vida, tanto en el ámbito de las ciencias sociales y económicas como en el de la medicina. ha sido desde hace unas décadas un objetivo prioritario de la comunidad científica. Las ciencias económicas son fundamentales para incrementar el bienestar de los ciudadanos. Y por mucho que nos cueste entenderlo, éste tiene mucho que ver con que las emociones positivas se derivan de la confianza y la seguridad del individuo ante los avatares de la crisis. de la vida o de la evolución social en la que estamos inmersos. Por eso, la confianza de los pueblos, de la economía, del interior de los in-

dividuos como personas y como grupo, no se compra ni se vende. Es un concepto de emoción positiva que va desarrollándose sutilmente en nuestro entorno personal y social.

La Psicología, como la medicina, ha sido muy intervencionista en el sentido de intervenir, tratar, evaluar, "apagar incendios"; y muy poco preventiva en el sentido de educar, realizar desarrollos personales que sirvan para poner las bases de un bienestar que prevenga carencias emocionales y sea consciente de sí mismo y de su protagonismo frente a su vida interior y la forma cómo organiza su vida para que sea más feliz con lo que tiene.

La felicidad, objetivo prioritario

Esto es, ni más ni menos, la Psicología positiva: ocuparnos de la felicidad humana como objetivo prioritario. Una vez se han cubierto las necesidades primarias, hemos de intentar hacer un nuevo enfoque, destinado a mantener un equilibrio emocional positivo, una salud positiva y un bienestar continuado.

Sin guerer, ocupándonos de la mente, hemos creado una ciencia de la conducta o una psicología muy patológica, casuística. Una psicología de lo negativo, del trastorno, de la enfermedad; incluso negando lo positivo de las personas, adoptando una actitud pesimista hacia el propio ser humano. En este contexto no tenía cabida el humor, la alegría, el vivir, la ilusión, la emoción, el placer, la creatividad... Estábamos tan ocupados con los problemas de la mente humana que perdimos de vista

otras facetas más positivas v más ricas de esa

Quizás, lo que hemos hecho con ese modelo negativo ha sido tratar de evitar las emociones negativas de los humanos, en vez de estimular las positivas como la esperanza, la ilusión, la alegría y la motivación para hacer cosas estimulantes. Está más que demostrado que las personas con fortaleza humana actúan con amortiquadores contra el trastorno mental y que determinadas características positivas como el optimismo, la esperanza, la ilusión, la perseverancia, el valor y cierto grado de paz -no neurotizar las cosas-, hacen de barrera contra dichos trastornos.

Sufrir por sufrir

Todos sabemos y hemos comprobado que una persona pesimista, triste, demasiado precavida, obsesionado por todo, muy preocupada por su salud, obtiene niveles más bajos de salud, aunque le parece que previene más por su forma de ser. Esta forma de ser actúa paradójicamente en contra -muchas veces- de lo que uno desea. También sabemos que una persona que "quiere sufrir", sufre. Sufrir por sufrir no ha sido nunca positivo. Puede ser que los clínicos no hayamos sabido transmitir este concepto: es mejor no sufrir cuando el sufrimien-

Algo parecido nos ha pasado con el hecho de transmitir de forma práctica que el paciente es un ser pasivo en todo el proceso de su curación o enfermedad. Curación sería positivo, enfermedad sería negativo. "Puesto que estoy enfermo no hago nada"-sería un concepto negativo- y "puesto que estoy enfermo, ¿qué debo hacer yo por mí mismo para curarme antes?"-sería un concepto positivo. Con la responsabilidad de todos, el paciente sigue siendo un sujeto pasivo, no hace nada por sí mismo para ayudar a "tomar las medicaciones correspondientes", porque ese es el criterio que ha recibido durante toda su vida, que la salud depende del médico, del profesional; no de sí mismo también. Sabemos que las pastillas actúan de placebo en muchos sujetos y esa actitud "de placebo" puede ser negativa o positiva. Por supuesto que dependerá de mí humor, de mí sensación de esperanza, de la alegría o simplemente de confianza en las pastillas y de quién me las prescribió... ¡Esta forma de pensar es positiva y cura antes!

Nivel de riesgo

En mis años de hospital, con el intercambio siempre enriquecedor con los cirujanos, hemos llegado a una conclusión casi determinante. En operaciones quirúrgicas menores y, por supuesto, en las de mayor trascendencia, se observa mayores complicaciones en aquellos pacientes que entran al quirófano con un mayor nivel de riesgo. Este riesgo es medido de forma empírica de la manera más simple: nivel de



optimismo, nivel de miedo, nivel de esperanzaconfianza, nivel de aceptación y forma positiva de encajar la operación. La persona es un riesgo para sí misma cuando su nivel de miedo, desesperanza, tristeza y duda actúan como desencadenante ante una operación quirúrgica. Estos son aspectos negativos de la salud, que dependen mucho de nosotros mismos. A todo este proceso lo denominamos Psicología positiva. Poner nuestra emoción positiva en guerer, en colaborar, en aceptar, en hacer cosas que me ayuden, en decidir, en llevar una vida de calidad y de buen humor, de alegría y convivencia social.

Estado de ánimo

Lo mismo podríamos decir ante un proceso depresivo. El estado de ánimo bajo, la ausencia de emociones positivas, la tristeza profunda, la pasividad para actuar y todos los efectos negativos que conlleva un cuadro depresivo, son más exagerados y permanentes en aquellas personas que toman una actitud negativa y pasiva que en quienes activan pensamientos y emociones positivas, ejercicio físico todos los días, distracción continuada y "hacer algo" a favor de uno, a pesar de no encontrar todavía ese alivio que vendrá mucho antes de lo esperado si uno hace algo para ello.







Vacunación antigripal

Fernando Recalde Arretxea. Manuel García Cenoz y Jesús Castilla

Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles Instituto de Salud Pública

La gripe es una enfermedad contagiosa, de pocos días de duración, que afecta a las vías respiratorias y da lugar a síntomas como la tos y congestión nasal, y una afectación del estado general con síntomas como fiebre, malestar general y dolores musculares. Aunque estos síntomas son comunes a otras enfermedades, es característico de la gripe su presentación en forma de epidemias estacionales en los meses fríos y su rápida extensión por todo el mundo. En la mayoría de los casos, la gripe evoluciona por sí sola a la curación, pero en algunos casos pueden aparecer complicaciones, especialmente en personas mayores y con enfermedades crónicas.

¿Cómo se tramsmite la gripe?

Se transmite de persona a persona mediante las gotitas y los aerosoles producidos por la tos y los estornudos de individuos contagiosos. También pueden transmitirse a través de la mano, al tocar objetos previamente contaminados con los virus y tocarse luego la boca y la nariz. Las personas sin síntomas pero infecta-



das pueden transmitir la gripe a otras personas. Se pueden transmitir los virus desde un día antes del inicio de los síntomas hasta una semana después. Tras padecer la enfermedad, en las personas sanas el virus puede permanecer en sus vías respiratorias altas hasta cinco días. Los niños pueden expulsar virus durante dos semanas, mientras que las personas con las defensas bajas, pueden hacerlo durante meses.

¿A quién va dirigida la vacunación

- A todas las personas de 60 años o más, y sobre todo a las que conviven en institucio-
- A personas menores de 60 años que tienen un alto riesgo de complicaciones derivadas de

- Niños mayores de 6 meses y adultos que padezcan enfermedades crónicas cardiovasculares o pulmonares.
- Niños mayores de 6 meses y adultos con enfermedades metabólicas crónicas como la Diabetes Mellitus, insuficiencia renal, inmunodeprimidos, receptores de trasplantes, y todas las personas que necesiten un seguimiento medico periódico.
- Personas que conviven en residencias de la tercera edad, instituciones o centros de asistencia a enfermos crónicos.
- Niños y adolescentes de 6 meses a 18 años que hayan seguido un tratamiento con as-
- A las mujeres embarazadas y SÓLO, en el segundo o tercer trimestre.
- A personas que pueden trasmitir la gripe, a



aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones:

- Profesionales sanitarios y parasanitarios.
- Trabajadores de instituciones geriátricas, de atención domiciliaría, y convivientes de pacientes que pertenecen a grupos de alto riesgo.
- A personas que prestan servicios comunitarios esenciales: personal docente, policías, bomberos. etc.
- A personas que trabajan con aves.
- A personas con alto riesgo de complicaciones por la gripe, antes de algunos viajes al extranjero.

¿La vacuna puede producir la gripe?

La vacuna no puede producir la enfermedad de la gripe porque esta elaborada con virus inactivados.

¿Cuánto tiempo protege la vacunación antigripal?

Los niveles de defensa máximas en sangre se alcanzan 4-6 semanas después de la vacunación, y posteriormente desaparecen gradualmente hasta un 50% en los seis meses posteriores.

¿Cuáles son sus efectos secundarios?

Aproximadamente el 30% tendrán efectos secundarios locales poco importantes, consistentes en dolor, calor e induración en la zona de aplicación de la vacuna.

Los efectos secundarios generales, menos frecuentes y consistentes en fiebre mialgias y malestar general, se producen a las 6-12 horas de administrar la vacuna y suelen durar uno o dos días. Suelen ser mas frecuentes en niños.

¿A qué personas esta contraindicada la vacunacion?

A personas alérgicas a la proteína de huevo

o a algunos de los antibióticos usados en su fabricación. También lo estará para las personas con enfermedad aguda infecciosa, procesos malignos evolutivos, enfermedades re-

¿Dónde me tengo que vacunar?

La vacunación de las poblaciones con indicación de vacunarse se realiza en el centro de salud, tras previa petición de cita.

¿Se puede poner simultaneamente con otras vacunas?

Se puede administrar al mismo tiempo que la vacuna triple vírica (varicela, sarampión, parotiditis), DTP (difteria, tétanos, tosferina), polio, haemophilus influenzae tipo B y neumococo. Siempre se ha de administrar en diferentes lugares del cuerpo o separados 5 centímetros.

¿La gripe de este año va ser más

A priori no se sabe. La vacunación se hace contra los tipos de virus que se piensa que van a producir la enfermedad.

¿En qué porcentaje protege la vacuna • Si no desaparece la fiebre pese al tratamiento. de la gripe?

La vacuna tiene una protección variable, pero no total. Las personas vacunadas pueden padecer la gripe pero siempre el riesgo de padecerla será menor en vacunados que en no

¿Qué hacer ante una gripe?

La gripe suelen curarse en una o dos semanas sin necesidad de antibiótico, con paciencia y algunos cuidados.

Se aconseja:

No fumar ni respirar aire con tabaco, ni fre-

cuentar ambientes cargados de estas sustancias o similares.

- Protegerse del frío y evitar los cambios bruscos de temperatura.
- Descansar con reposo en cama si es necesario.
- Beber abundantes líquidos (zumos de frutas naturales, infusiones, caldos de verdura).
- Si hay malestar general, dolor de cabeza y mucha fiebre, se pueden aliviar con analgésicos antitérmicos. La fiebre puede disminuirse también frotando la piel con una esponja empapada en agua fría, aunque si es febrícula es mejor respetarla porque estimula las defen-
- No tomar antibióticos sin indicación médica, pues son ineficaces contra los virus y al tomarlos pierden su eficacia contra otros gér-
- Las personas sanas previamente, con un cuadro de gripe no complicado, no es necesario que acudan al medico. Así evitaremos que las consultas se colapsen y conseguiremos que las personas que realmente necesitan asistencia médica la reciban adecuadamente.

¿Cuándo acudir a su medico de familia?

- Si tiene dificultad para respirar estando en re-
- Si no cesa la tos en 10 días.
- Si esta incluido en algún grupo de riesgo y no esta vacunado.

¿Cuándo acudir a urgencias?

No utilice las urgencias salvo complicaciones graves, como dificultad severa para respirar, mareos o disminución de conciencia. Ayude a evitar que se colapsen los servicios

de urgencias. Deben estar reservados a los casos graves y urgentes.



Fernando Recalde Arretxea, Manuel García Cenoz y Jesús Castilla Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles Instituto de Salud Pública

El neumococo es una bacteria cuyo hábitat natural son las fosas nasales y la faringe humana, donde en condiciones normales no provoca enfermedad. Sin embargo, en determinadas circunstancias y con las defensas bajas, puede causar varios tipos de infecciones, neumonía, sinusitis, otitis media, meningitis, osteomielitis, artritis séptica, endocarditis, peritonitis, pericarditis, celulitis, y abscesos cerebrales.

¿Qué es la vacunación?

Consiste en estimular las defensas de nuestro cuerpo frente a un germen mediante la exposición a una cantidad muy pequeña de estos gérmenes inactivados o debilitados, para asegurarnos de que no produzcan la enfermedad.

Las vacunas han demostrado ser una de las medidas mas eficaces y seguras para la prevención de enfermedades.

Nuestro organismo está preparado para protegernos frente a las infecciones. Cuando una persona se pone en contacto con un virus o bacteria, las defensas aprenden de esa experiencia, y la próxima vez que esta persona tenga una infección por el mismo virus o bacteria, las defensas lo reconocerán y estas prevendrán la infección en la mayoría de los casos, o bien atenuaran los síntomas.

Las vacunas activan este mecanismo sin necesidad de pasar la enfermedad.

¿Dónde me tengo que vacunar?

La vacunación de las poblaciones con indicación de vacunarse se realiza en el centro de salud, tras previa petición de cita.

¿A quién va dirigida la vacuna antineumococica?

La indicación de vacuna antineumococica es

• Personas de 65 años o mas que no hayan sido previamente vacunados.

• Personas menores de 65 años con enfermedades cardio pulmonares crónicas, diabéticos, enfermedades hepáticas crónicas, personas con audifonos implantados, personas sin bazo, VIH, SIDA, neoplasias generalizadas, leucemias, insuficiencia renal crónica y trasplantados.

¿Cuáles son los efectos secundarios y las contraindicaciones de la vacuna antineumococica?

Aproximadamente en 60% de personas vacunadas puede producirse alguna reacción local leve, que puede consistir en dolor, enrojecimiento, induración o edema en la zona de aplicación de la vacuna. Suele ser leve y

En un 2% de personas se observa fiebre moderada y transitoria que en 24 horas se resuelve por sí sola.

Contraindicaciones

La vacuna esta contraindicada en personas alérgicas a alguno de sus componentes y deberá aplazarse en caso de fiebre, enfermedad aguda o crónica reactivada.

MUCHO POR OÍR

Llame y reserve hora para su **REVISIÓN AUDITIVA GRATUITA**

PAMPLONA

Alhóndiga, 6 Tel. 948 212 159 Martín Azpilicueta, 20 Tel. 948 262 744

Avda. Pío XII, 41 Tel. 948 278 106







GABINETE DE ASESORAMIENTO INTEGRAL DE IMAGEN EN LOS TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA

- CONSULTA: Disponemos de despacho privado, donde podremos darle una información exhaustiva de nuestros servicios, proporcionada por profesionales expertos en recuperación de la imagen.

- CENTRO DE IMAGEN: Ofrecemos atención personalizada en cabinas privadas. Se sentirá confortable, tranquila/o y muy segura/o.



PRÓTESIS CAPILARES DE FABRICACIÓN PROPIA: La pérdida del cabello no debe suponer un problema. Nuestros diferentes tipos de prótesis capilares de diseño, confeccionadas y personalizadas, indetectables y de cabello natural 100%, le facilitarán el desarrollo de una vida totalmente normal. Podrá dormir, bañarse, hacer deporte, etc., de forma natural.

- PELUCAS DE CABELLO NATURAL Y FIBRA SINTÉTICA: Amplia gama de pelucas prêt-à-porter en stock. Variedad decolores y peinados. Se las podrá probar, elegir y llevarse la más adecuada en el acto.

> UNIDAD MÓVIL: Ponemos a su disposición un equipo de profesionales que se desplazará donde se encuentre, en caso de estar hospitalizada/o.

SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE SU PRÓTESIS O PELUCA: Tenemos delegaciones en toda España. Podrá ser atendida/o en su ciudad o muy cerca de ella. Posibilidad de atención al cliente en algunos lugares del extranjero.





40 AÑOS TRABAJANDO PARA HACER MÁS FELICES A LAS PERSONAS

Estamos en: Monasterio de Urdax nº 8, 1ª (Esquina Pío XII nº 9) · 31007 PAMPLONA · Tel.: 948 25 50 53 / 948 17 18 20 info@rueber.es · www.manoloibanez.com · www.rueber.es



El tiroides (Parte II) Hipotiroidismo

Dr. Javier Pineda Arribas Dra. Emma Anda ApiñánizServicio de Endocrinología
Hospital de Navarra

El hipotiroidismo es el cuadro clínico causado por la disminución de las hormonas tiroideas en el torrente sanguíneo. Es la enfermedad más frecuente del tiroides, afectando a un 3-5 % de toda la población y con un claro predominio en las mujeres.

Las hormonas tiroideas (T3 y T4) se producen en la glándula tiroidea y su funcionamiento está controlada por la glándula hipófisis, localizada en la base del cerebro, a través de una hormona llamada "thyroid stimulating hormone" o TSH. El hipotiroidismo suele deberse a un funcionamiento insuficiente de la glándula tiroides, en cuyo caso el nivel de TSH en sangre está muy alto porque la hipófisis secreta una mayor cantidad de TSH para intentar mantener un nivel relativamente constante de hormonas tiroideas circulantes. En otros casos (muy poco frecuentes), el hipotiroidismo se debe a una falta de producción de TSH por la glándula hipófisis y en esos casos el nivel de TSH en sangre es bajo.

Las hormonas tiroideas son esenciales para la función de cualquier célula del organismo y



regulan el crecimiento y desarrollo, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la temperatura corporal y la actividad metabólica del organismo. Las manifestaciones elínicas del hipotiroidismo son independientes de la causa que lo produce y se deben a un enlentecimiento de muchos de estos procesos fisiológicos.

Así, los síntomas más frecuentes en el hipotiroidismo son cansancio, debilidad, intolerancia al frío, estreñimiento, somnolencia, aumento de peso, pérdida de pelo, piel seca, hormigueos, enlentecimiento mental y ánimo depresivo. Además se puede observar un enlentecimiento en el habla, en los reflejos, edema palpebral, un ritmo cardíaco más lento y un aumento de los niveles de colesterol.

Sintomatología característica

Pero, el hipotiroidismo no posee ningún síntoma característico, y no existe ningún síntoma presente en todas las personas con hipotiroidismo. Además, todos los síntomas que pueden tener las personas con hipotiroidismo también pueden ocurrir en personas con otras enfermedades, de forma que es la sospecha clínica del médico la que lleva al diagnóstico cuando se producen un conjunto de síntomas de aparición relativamente reciente.

En la mayoría de los casos estos síntomas son leves y de instauración lenta y progresiva. Son más severos cuanto más profundo y rápido es el hipotiroidismo, aunque en pacientes mayores tienden a ser menos llamativos.

Excepcionalmente existen situaciones clínicas más graves que pueden llevar hasta el coma (coma mixedematoso) por un hipotiroidismo grave.

Una situación especial es la de los niños, en los que el hipotiroidismo no diagnosticado lleva a un retraso mental irreversible y por ello se realiza de forma universal en nuestro medio una determinación de TSH en el talón del recién nacido para descartarlo o tratarlo inmediatamente.

Diagnóstico

El diagnóstico del hipotiroidismo se realiza con la medición de la TSH que es un parámetro muy sensible y no deja lugar a dudas en los hipotiroidismos primarios, donde encontramos un nivel de TSH elevado y de T4 disminuido. Es una analítica muy fácil de hacer, y muy utilizada en nuestro medio. Por ello, en ocasiones se descubren situaciones muy iniciales y leves, sin ninguna sintomatología, en que únicamente detectamos una TSH levemente elevada con un T4 normal (hipotiroidismo subclínico) que en la mayoría de los casos no es necesario tratar, sino ir vigilando su evolución en el tiempo.

La causa más frecuente de hipotiroidismo de forma global en el mundo es el déficit de yodo. En áreas del mundo donde existe deficiencia de yodo en la dieta, puede ocurrir hipotiroidismo severo en 5-15 % de la población. Hoy esta situación sólo ocurre en determinadas zonas del Tercer Mundo.

En nuestro medio, la causa más frecuente de hipotiroidismo es una inflamación autoinmu-



ne de la glándula tiroides, que se llama tiroiditis linfocítica crónica o de Hashimoto. El diagnóstico se basa en el hallazgo de niveles altos de los anticuerpos antitiroideos. Ocurre más frecuentemente en mujeres por encima de los 30 años y en ocasiones se acompaña de bocio. Otras causas de hipotiroidismo son la cirugía de extirpación del tiroides, el uso de yodo radiactivo para tratar determinadas afecciones tiroideas o la radioterapia cervical.

Determinados fármacos (litio, antitiroideos) y, paradójicamente, ciertas medicaciones muy ricas en yodo (como la amiodarona o con-

trastes yodados) pueden producir hipotiroidismo.

Además, todas las enfermedades hipofisarias pueden causar un hipotiroidismo secundario por falta de producción de TSH.

Tratamiento

El tratamiento se basa en la toma diaria de levotiroxina, que es la misma hormona que fabrica el tiroides (T4), en la dosis que cada paciente precise. Es muy fácil y efectivo, consiguiendo rápida y eficazmente que el nivel de las hormonas tiroideas plasmáticas sea el nor-

mal y que por tanto, desaparezcan los síntomas del hipotiroidismo. Es un tratamiento meramente sustitutivo porque en la mayoría de los casos no podemos tratar la causa del hipotiroidismo.

Únicamente hay que controlar que la dosis sea la adecuada (ni demasiado alta, porque provocaremos un hipertiroidismo, ni demasiado baja porque persistirá el hipotirodismo). Esto se realiza con un control analítico a las 10-12 semanas inicialmente y más espaciado posteriormente (puede ser semestral o anual). Habitualmente este control puede ser realizado por el médico de Atención Primaria.

Una situación especial es el embarazo. En mujeres sin enfermedad tiroidea aumenta la producción de hormonas tiroideas durante el embarazo porque el feto necesita de la hormona materna, especialmente en el primer trimestre. Por ello, en aquellas pacientes afectas de hipotiroidismo, debemos indicar un aumento de entre un 25-50% de la dosis de levotiroxina que la mujer estaba tomando previamente, desde el inicio del embarazo para poder imitar el aumento fisiológico que se produce en toda gestación.

Si el tratamiento se toma adecuadamente no hay ninguna complicación ni consecuencia para la salud y la calidad de vida.







Consulta preanestésica, ¿un trámite incómodo o una necesidad obligatoria?

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

Se conoce como estudio preoperatorio al conjunto de consultas, pruebas realizadas y documentos firmados, previos al paso del paciente por el quirófano. La consulta preanestésica es un paso imprescindible dentro de este estudio. Representa un elemento esencial en la seguridad anestésica y permite al anestesiólogo elegir la técnica y cuidados postoperatorios más adecuados, según el estado del paciente y el procedimiento quirúrgico programado.

¿En qué consiste la consulta preanestésica?

La consulta preanestésica es una consulta médica especializada. Además, es un requisito legalmente obligatorio para la realización de una intervención quirúrgica. El médico responsable interrogará al paciente sobre sus antecedentes y síntomas actuales, lo explorará y le explicará las alternativas anestésicas más apropiadas dependiendo de su estado físico y de la intervención que se vaya a realizar, así como las posibles complicaciones que puedan

surgir en el acto quirúrgico y el postoperatorio inmediato.

¿De qué se compone? ¿Cuáles son sus objetivos?

El principal objetivo es que el paciente llegue al quirófano en las mejores condiciones físicas y emocionales.

- Evaluar el estado clínico del paciente: antecedentes y estado físico actual, grado de control de enfermedades crónicas, hábitos tóxicos, alergias medicamentosas, medicación habitual y exploración física.
- Incidentes anestésicos en intervenciones previas (náuseas y vómitos, intubación dificultosa, reacción alérgica farmacológica, etc.), así como problemas anestésicos en familia-
- Examen de la vía aérea (boca, dientes, cuello) en previsión de una ventilación-intubación para una posible anestesia general.
- Tratamientos previos: mantener, modificar o sustituir la medicación del paciente.
- Premedicación: manejo de la ansiedad preoperatoria, protección antibiótica, prevención de náuseas y vómitos, protección gástrica, pauta sustitutiva de corticoides, etc.
- Exámenes complementarios: electrocardiograma, analítica, radiografía de tórax, etc. Información al paciente: oral y escrita sobre

técnica y riesgos anestésicos, posibilidad de transfusión sanguínea, tratamiento del dolor postoperatorio, etc.

¿Dónde y cuándo se lleva a cabo la consulta preanestésica?

Cuando se va a realizar una cirugía de forma programada, la consulta preanestésica se llevará a cabo en el mismo recinto hospitalario -o en un centro vinculado- donde se intervendrá al paciente, unos días o semanas antes de la intervención. Es el cirujano responsable del paciente quien deriva al enfermo a esta consulta, señalando el motivo de la intervención y la probable fecha en la que ésta se llevará a cabo. El paciente es avisado por teléfono o correo con varios días de antela-

¿Es necesaria la consulta preanestésica para cualquier tipo de intervención?

Teóricamente, la consulta preanestésica deberá realizarse siempre que se vaya a necesitar la presencia del anestesiólogo para llevar a cabo cualquier tipo de anestesia (general, regional, sedación, etc.), sea el tipo de intervención que sea. Existen algunas intervenciones de cirugía menor que pueden realizarse con anestesia local sin la vigilancia de un anestesiólogo. En



estos casos, la selección del paciente será muy cuidadosa, ya que, incluso en estas pequeñas intervenciones, pueden surgir graves complicaciones.

con la consulta preanestésica?

En función de cuál sea el estado del paciente, hay ocasiones en las que el estudio preoperatorio puede alargarse más allá de esta consulta, ya que se pueden solicitar pruebas diagnósticas complementarias o interconsultas a otros especialistas, con el fin de optimizar el estado preoperatorio del paciente y disminuir su riesgo anestésico-quirúrgico.

¿Qué información debo obtener del anestesiólogo?

Antes de firmar el consentimiento informado, debemos exigir al anestesiólogo que nos explique los procedimientos anestésicos que lle-El estudio preoperatorio, ¿finaliza vará a cabo y las posibles complicaciones que puedan surgir. Es conveniente plantearle cualquier otro tipo de cuestión que nos inquiete: dolor postoperatorio, temor a un despertar intraoperatorio, tipo de monitorización utilizada en su caso, posibilidad de transfusión sanguínea y sus riesgos, etc.

> Una vez firmado el consentimiento, se supone que el paciente ha entendido todo lo explicado, está de acuerdo y da su permiso

para la realización de la técnica anestésica acordada.

¿Qué es la clasificación de la ASA?

La asociación americana de anestesiólogos (A.S.A.) creó una clasificación de riesgo anestésico basada en el estado clínico del paciente previo a la cirugía. A priori, los pacientes clasificados como grado I-II tendrán menor riesgo y menos complicaciones que los grado III-IV. Si la intervención se realiza de urgencia, la letra "U" añade un grado al estado del paciente.

CLASIFICACION DE LA A.S.A.

Grado I. Paciente sano. Sin otra afección que la que requiere el acto quirúrgico.

Grado II. Ligera afectación general. (Ej: Paciente hipertenso o diabético bien

controlado, obesidad moderada) Grado III. Afectación importante no incapacitante. (Ej: Insuficiencia cardiaca o res-

piratoria moderada)

Grado IV. Afectación severa no reversible con peligro vital. (Ej: Insuficiencia cardiaca grave, insuficiencia respiratoria que requiere

Grado V. Esperanza de vida <24 h, tanto si se opera o no. (Ej: Aneurisma de aorta roto, paciente en shock hipovolémico)

zonahospitalaria ■ noviembrediciembre2008 ■ n°14



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

Ronda Landaben, 3 • 31012 Pamplona • Apdo. de Correos 125 • 31080 Pamplona



Gota

Dr. Juan Pastrana Delgado Consultor Clínico. Dpto. de Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra

La gota es una enfermedad originada por el depósito de cristales microscópicos de ácido úrico en las articulaciones, lo que provoca su inflamación. La gota puede afectar también al riñón generando la formación de cálculos renales o una alteración en su funcionamiento llamada nefropatía urática. En ocasiones, los cristales de ácido úrico forman acúmulos que se depositan en distintas zonas del cuerpo (pabellones auriculares, codos, tendón de Aquiles etc.) pudiéndose palpar a través de la piel. Son los llamados tofos gotosos.

Es una enfermedad conocida desde la antigüedad. Ya Hipócrates en el siglo V antes de Cristo la describe, denominándola podagra o gonagra, según afectara el dedo gordo del pie o la rodilla. Existen numerosos testimonios de personajes famosos como el emperador Carlos V que la han padecido. De ellos ha sido Thomas Sydenham, médico ingles del siglo XVIII, a quien debemos la mejor y mas detallada descripción al haberla sufrido durante 34 años.

¿A quién afecta?

Es veinte veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Puede presentarse desde la adolescencia hasta la edad senil, aunque preferentemente afecta a los varones entre los 35 y 50 años, y a mujeres en la etapa post-menopausica, es decir por encima de los 50 años.



¿Existen factores de riesgo para serie de reacciones bioquímicas es igual a la padecerla?

Además del sexo masculino, el principal factor de riesgo lo constituyen los niveles elevados de ácido úrico en la sangre (hiperuricemia). Existe una mayor tendencia a padecer gota cuanto mayores sean éstos.

Entre los factores predisponentes podemos destacar algunos trastornos genéticos del metabolismo, el consumo de alcohol que favorece la producción de ácido úrico por el organismo, la toma de ciertos fármacos (aspirina a dosis bajas y algunos diuréticos) y una dieta rica en sustancias precursoras del ácido úrico denominadas purinas. La obesidad y la hipertensión arterial se han correlacionado así mismo con una mayor predisposición a la gota.

¿Por qué se produce la gota?

En condiciones normales, la cantidad de ácido úrico que ingerimos con la dieta, más la que sintetiza el propio organismo a través de una

cantidad que se elimina por la orina y, en menor medida, por las heces. Esto mantiene estables los valores de ácido úrico en la sangre por debajo de 7 mg/dl en el varón y de 5,7 mg/dl en la mujer, lo que permite que permanezca en disolución. Cuando la cantidad de ácido úrico producida por el organismo más la cantidad ingerida excede la eliminada, el ácido úrico aumenta de forma progresiva, hasta un punto en que precipita en forma de cristales, depositándose predominantemente en las articulaciones, aunque también en los riñones y otras partes del cuerpo, dando lugar a los síntomas y signos propios de la enfermedad.

¿Cuáles son sus síntomas?

La gota se presenta habitualmente en forma de episodios bruscos (ataques) caracterizados por la aparición de un dolor muy intenso e inflamación de una única articulación (monoartritis). La articulación más frecuente afectada es la primera metatarso-falángica del pie (dedo gordo), pero también pueden verse implicadas otras articulaciones del pie como el empeine, los tobillos y más raramente, las rodillas o las muñecas. En ocasiones, pueden inflamarse las bolsas sinoviales o los tendones, dando lugar a bursitis o tenosinovitis, respectivamente.

El episodio agudo, sin tratamiento puede durar varios días y generalmente cura sin dejar secuelas recuperando el paciente la actividad articular normal. Estos episodios tienden a repetirse, pudiendo afectar en los ataques sucesivos la misma o nuevas articulaciones. En muchas ocasiones se pueden reconocer fenómenos precipitantes de las crisis, como traumatismos sobre la articulación afecta, excesos en la dieta o ingesta excesiva de alcohol.

Si se deja evolucionar la enfermedad sin tratamiento, los ataques pueden no resolverse completamente entre crisis, afectándose varias articulaciones a la vez y limitando de forma importante la calidad de vida del paciente. En fases avanzadas, pueden aparecer acúmulos palpables de ácido úrico en forma de nódulos duros, llamados tofos.

En ocasiones, los cristales de ácido úrico se depositan también en los riñones, dando lugar a episodios de cólico nefrítico o alterando su funcionamiento hasta poder llegar a originar una insuficiencia renal.

¿Cómo se diagnostica?

Generalmente, el diagnostico se hace en base a los síntomas y signos de la exploración física, y mediante la determinación de las cifras de ácido úrico en la sangre. En ocasiones es necesario extraer líquido de la articulación afectada para confirmarlo, observándose entonces al microscopio la presencia de cristales de ácido úrico en el liquido articular y en el interior de los leucocitos.

¿Cómo se trata un ataque de gota?

El tratamiento se basa en el reposo articular y la administración de colchicina (fármaco muy especifico frente a la gota) antiinflamatorios no esteroideos, o ambos, a dosis decrecientes durante varios días hasta el cese total de los síntomas. En casos rebeldes pueden ser útiles los corticoides durante un corto periodo de tiempo. La utilización de medicamentos que disminuyen el ácido úrico en sangre como el alopurinol está contraindicada en la fase aguda ya que un descenso rápido de este, puede también favorecer su precipitación y perpetuar la crisis.

¿Se puede prevenir la aparición de nuevos ataques?

En la mayoría de los casos, la prevención es posible mediante un tratamiento adecuado. Es preciso hacer una dieta pobre en purinas (mariscos, vísceras animales, carnes rojas, caza,

espárragos etc.) eliminar el consumo de alcohol y tomar una medicación bajo supervisión medica, alopurinol o febuxostat, para disminuir la síntesis de ácido úrico por el organismo, generalmente de forma ininterrumpida. Durante el primer año, en casos de crisis recurrentes, puede ser útil añadir al tratamiento colchicina a dosis bajas para prevenir la apari-

¿Qué hacer si el ácido úrico en la sangre está alto y no han aparecido síntomas?

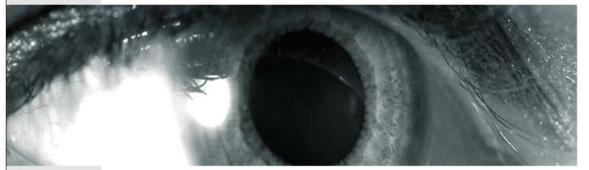
ción de nuevos ataques.

Se debe limitar la toma de alimentos ricos en purinas, el alcohol y corregir la obesidad y la hipertensión si están presentes. Sólo cuando las cifras de ácido úrico en la sangre son muy altas puede ser recomendable el tratamiento con fármacos hipouricemiantes de forma preventiva.

zonahospitalaria ■ noviembrediciembre2008 ■ n°14

¿Por qué hacer **COMUNICACIÓN** en crisis?

"Si tú no dices lo que eres, otros dirán lo que no eres..."



PubliSicestudio de comunicación

Benjamín de Tudela, 35 Bajo / 31008 Pamplona T. 948 276 445 / F. 948 273 108 www.publisic.com



Comer sano en el frío invierno

María Arraiza Ruiz de Galarreta Especialista en endocrinología y nutrición

Sección de dietética y nutrición clínica del Hospital de Navarra

Las temperaturas bajan, ¡además de repente!. v necesitamos calorías para mantener el calor. Por otro lado nos movemos menos y llevamos más ropa encima, lo cual hace que nos relajemos en cuidar nuestro peso. Aquí tienen unos consejos para disfrutar de nuestra gastronomía en estas fechas de una forma saludable.

Al llegar el invierno, dejamos atrás la estación del pacharán y los arándanos, los pimientos rojos, las setas, las castañas, la calabaza, la uva... Ha llegado el frío, la nieve, llegará la Navidad, el fín de año... fechas hogareñas y familiares.

Alimentos propios de invierno

Alcachofas, Coliflor, Brócoli, Cardo, Borraja, Espinacas, Endivias, Escarola, Lechuga, Puerros Frutas

Plátanos, Naranja, Mandarina, Piña, Granada Carne

Caza

Pescado

Bacalao fresco, Besugo, Lenguado, Lubina

Marisco

Mejillón

Hierbas aromáticas

Hinojo

Verduras

Las verduras son un componente básico de nuestra alimentación. Es recomendable incluir

una ración fresca (ensaladas) y una cocida en nuestro menú diario. Tienen un papel regulador, nos aportan vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra. Al igual que las frutas, son fundamentales para la prevención del cáncer y de las enfermedades crónicas degenerativas de nuestra sociedad occidental. Conviene conservarlas en el frigorífico y en plástico perforado y consumirlas en pocos días. El calcio y el hierro que contienen se absorben en menor medida que los de las fuentes animales. Al cocerlas se pierden vitaminas y minerales. Una excepción a esta regla es la vitamina A, presente en muchas de ellas, fundamental para la visión, la defensa contra infecciones, la fertilidad y el desarrollo de los huesos. Para minimizar la pérdida habremos de preparar los alimentos inmediatamente antes de su utilización, cocerlos en grandes trozos y sin remojo previo. El caldo resultante suele preservar el sabor y algunos efectos beneficiosos de la

sícula biliar, con función diurética y controla el nivel de colesterol. Se piensa que puede tener un papel curativo en la dermatitis de

Cardo: protagonista de la cena de Nochebuena en muchas casas navarras; crece de forma espontánea en los países de Europa mediterránea y del norte de África, donde se viene utilizando desde tiempos muy antiguos. En España, se cultiva junto con la alcachofa en Navarra, Zaragoza, La Rioja, Cataluña y Valencia. Beneficioso para el hígado y la vesícula biliar y diurético.

Coliflor y brécol (brócoli): la coliflor es muy rica en elementos anticancerígenos y en celulosa, lo cual favorece la formación de gases intestinales, y puede resultar algo indigesta. El brécol es rico en vitamina A. Los dos pueden

favorecer el desarrollo de bocio ingeridos en grandes cantidades.

Borraja: es una verdura muy poco común, en la mayor parte de España desconocida, que cultivamos los navarros y aragoneses, a la ribera del Ebro. En países como Francia e Italia se considera una verdura de lujo y se sirve en restaurantes de prestigio. Aporta provitamina A. Contiene flavonoides (anticancerígenos) y taninos (astringentes). El caldo resultante de la cocción resulta beneficioso en resfriados y catarros, ya que suaviza las mucosas, facilita la expectoración y aumenta la transpiración.

Espinacas: muy nutritivas, anímese a probarlas en ensalada. Contienen proteínas (son una excepción a la verdura), ricas en vitamina A, ácido fólico, vitamina C, magnesio y hierro.

Lechuga, endivia y escarola: fuentes muy importantes de ácido fólico (importantísimo en embarazadas, fundamental para el desarrollo de glóbulos rojos, para el buen estado de nuestros sistemas nervioso e intestinal). La endivia Alcachofa: beneficiosa para el hígado y la ve- y la escarola son muy beneficiosas para el hígado y la vegado y la vesícula biliar. La lechuga contiene vitamina C y hierro; junto con la escarola aporta provitamina A.

> Puerro ("ajo de oriente"): alcaliniza la orina (como las fresas, las frambuesas, la granada, los plátanos y las manzanas), por lo cual beneficia a aquellas personas con niveles de ácido úrico elevado, con riesgo de formar piedras renales. También tiene ácidos esenciales sulfurados, como el ajo y la cebolla, que favorecen la expectoración en catarros y bronquitis. Buen plato de invierno es la porrusalda navarra.

Las frutas también son imprescindibles a diario, como las verduras, en un mínimo de 2 piezas. Nos aportan los mismos nutrientes que las verduras y más energía en forma de hidratos de carbono. Al comerlas crudas, tomamos gran cantidad de vitaminas y minerales.

Plátano: muy rico en potasio, contiene bastante vitaminas C y B6. Aporta serotonina y podría mejorar el estado de ánimo. Alcaliniza la orina, como el puerro, previniendo de piedras renales de ácido úrico. Tiene más calorías que el resto de las frutas, en forma de hidratos de carbono de absorción lenta (ideal para tomarlo a mitad de una larga jornada de trabajo) y contiene menos fibra (por ello va muy bien en la diarrea).

Piña: fruta ácida muy rica en vitamina C (como la naranja y la mandarina). Fresca favorece la digestión de proteínas. Inhibe las nitrosaminas, cancerígenos presentes en conservas y frituras.

Granada: rica en azúcares y potasio. Contiene vitamina C, ácido cítrico, flavonoides (potentes antioxidantes), pelletierina (en los tabiques internos, vermífuga, favorece la eliminación de parásitos intestinales), taninos (astringente y antinflamatoria intestinal, beneficiosa en la diarrea). Alcaliniza la orina, como he comentado del puerro y del plátano.

Pescados

Fuente importante de proteínas de alto valor biológico. Muy ricos en fósforo, potasio y yodo; aportan menos grasa y ésta es más saludable que la de la carne roja.



Besugo, pescado navideño, buena fuente de

Bacalao fresco es especialmente bajo en ca-

Carne de caza y marisco

El consumo de ambos ha de ser moderado, dado que en general son ricos en purinas y colesterol, por lo que no son recomendables en personas con ácido úrico o colesterol elevados en sangre.

Conejo y liebre: carne magra, con proporción baja de grasa, poco colesterol, muy ricos en vitamina B12 (fundamental para el buen es-



Mejillones: muy ricos en hierro, beneficiosos en la anemia y recomendados en mujeres fértiles.

Hierbas aromáticas

Hinojo: durante la Edad Media se consideró una planta mágica, capaz de deshacer los designios de la brujería. Contiene un aceite esencial gracias al cual favorece la digestión, contribuye a expulsar los gases intestinales. Puede utilizarse para administrar a niños y bebés con dolores cólicos abdominales. Para ello basta con añadir unas gotas de una infusión sencilla de hinojo en el biberón.

Diseño de PÁGINAS WEB













PubliSicestudio de comunicación

Benjamín de Tudela, 35 Bajo / 31008 Pamplona T. 948 276 445 / F. 948 273 108 www.publisic.com



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

-¿Sabes Mari Jose que me he propuesto dejar de fumar a primeros de año? - Yo igual también lo intento.

Esta es la conversación que oigo a dos mujeres de unos 40 años que están sentadas en la barra de un bar tomando un café con leche. Tanto Mari Jose como su amiga disponen de métodos que han demostrado su eficacia para abandonar el tabaco.

Métodos para dejar de fumar

Existen muchos procedimientos y técnicas para dejar de fumar, unos han demostrado su eficacia, otros la tendrán que demostrar y otros son ineficaces. En general, los métodos que prometen y garantizan el dejar de fumar en una sola sesión, que va a ser fácil, que dejará de fumar sin ninguna dificultad, no dan resultado, le pueden desanimar, y le pueden hacer perder el dinero.

• Método del avestruz (método muy eficaz, pero no recomendable)

Es uno de los métodos mas utilizado por los fumadores, quizás sea la terapia mas eficaz (hasta un 70 % de éxitos), pero a la vez sea tambien el método menos recomendable. Consiste en esperar o posponer la decisión de fumar a la aparición de un cáncer, ictus o infarto.

- Métodos eficaces (20-40 %)
- -Terapias cognitivo-conductual
- -Terapias farmacológicas
- -Sustitutos nicotínicos
- -Parches (Nicotinell, Nicorete)
- -Chicles
- -Bupropión (Zyntabac, Quomen)
- -Vareniclina (Champix)
- -Terapia multicomponente : son las mas eficaces y recomendables, combinan las terapias cognitivo-conductuales a las farmaco-
- Métodos que tendrán que demostrar su efi-
- -Libros de autoayuda (1- 2% de eficacia): Método Allen Car. No es una técnica, sino una serie de formulas y recomendaciones. Tiene sus limitaciones, en ocasiones da resultado. Es barato y goza de gran difusión.
- -La acupuntura, por sí sola, no ha demostrado ser eficaz, mejora su eficacia si se acompaña de técnicas psicológicas.
- Métodos ineficaces
- -Homeopatía, aromaterapia
- -Terapias con hierbas, y complejos vitamínicos
- -Láser, auriculoterapia

A continuación se expondrán seis recomendaciones que te van a ayudar para dejar de fumar:

- 1- Tomar la decisión en firme
- 2- Prepararse
- 3- Buscar apoyos

- 4- Aprendizaje de habilidades y conductas
- 5- Solicite ayuda farmacológica y seguirla ade-
- 6- Estar preparado para prevenir recaídas

Tomar la decisión

Hacer un intento serio para dejar de fumar es un paso adelante en el camino del cese del habito tabáquico. Supone haber sopesado ventajas que uno va a percibir si deja de fumar e inconvenientes que se va a encontrar en el camino. Uno tienen que buscar los motivos mas poderosos que tiene para dejar el tabaco. Definir y anotar de forma clara estos motivos te ayudará en los momentos mas duros durante las

Una vez tomada la decisión de dejar de fumar y después de tener claros los motivos que tienes para dejar de fumar, pasaremos al apartado siguiente.

Prepararse

primeras semanas.

Cuando uno decide dejar de fumar, fijar una fecha es fundamental. La mayoría de los fumadores deciden hacerlo durante los meses de enero y febrero en un intento por mejorar su salud. En ocasiones es una buena idea fijar Seis recomendaciones para dejar de una fecha que sea importante y significativa, como puede ser el día que nació el hijo o un

> Procura que no sea una época de gran tensión o trabajo excesivo, pero no te engañes esperando un momento perfecto para dejar de fumar. Evita plantearte pensamientos como "dejar de



fumar para siempre". Este tipo de razonamientos producen un gran agobio al fumador que lo esta dejando. El objetivo es no fumar hoy y mañana será otro día.

Busca apoyos

Es importante y muy efectivo el buscar apoyo de los que te rodean. Diles que estas dejando de fumar y que hay momentos en que lo estas pasando mal. Tanto la familia y amigos, como los compañeros de trabajo suelen mostrar una actitud respetuosa y comprensiva (en especial si alguno de ellos ha dejado de fumar recientemente).

Aprendizaje de habilidades y conductas nuevas

Durante muchos años has asociado la conducta de fumar con muchas situaciones, lugares y estados emocionales. Si eres fumador de un paquete al día, al año habrás repetido mas de 200.000 veces los mismos rituales. Este es el motivo por el que al principio debes cambiar todos tus hábitos que estén asociados al fumar. Para eso deberás detectar todas esas

• Sustituir temporalmente el café por otra bebida

una de ellas. Las mas habituales son:

situaciones y encontrar un sustituto para cada

• Cuando se está dejando de fumar, la practica de algún deporte es siempre beneficiosa ya que ejerce siempre un efecto psicológico beneficioso, además ayudará a que no se gane peso.

- Hacer una dieta mas ligera, aumentando la cantidad de verduras y frutas. Todos los fumadores tienen un déficit crónico de vitami-
- Todo fumador lleva un ex-fumador dentro. Esta nueva imagen no fumadora tiene que ir emergiendo poco a poco y de forma cada vez mas intensa.

Solicite ayuda farmacológica y sígala adecuadamente

En el caso de que no pueda dejarlo solo, sepa que existen medicamentos eficaces para dejar de fumar. Le van a ayudar a superar mejor el síndrome de abstinencia y pueden duplicar o triplicar las posibilidades de que al año siga usted sin fumar. Solicite información en su centro de salud o farmacia del barrio.

Estar preparado para prevenir recaídas

Toda recaída tiene una explicación La mayoría de recaídas ocurren en el primer mes. Tendrías que evitar, durante los primeros meses, las situaciones que creas difíciles o puedan suponer un riesgo de volver a probar "uno solo".

Las principales razones de recaída son:

- Estrés agudo, acontecimientos impactantes
- Depresión (16%).
- Recuerdo del placer de fumar o perdida de motivación (16%).

- Entorno social favorable (16%). Aumento de peso (15%).
- Estrés crónico tensión psicológica permanente (13%).
- Reaparición súbita del deseo de fumar (8%). Las situaciones de mayor riesgo son:
- Juntarse o estar con otros fumadores, en reuniones de amigos o familiares. Esta situación puede provocar en ti un deseo de fumar.

• Animo deprimido, estados de ansiedad o

nerviosismo ante una situación laboral estresante, la enfermedad o muerte de un familiar. Consumo abusivo de alcohol El alcohol desinhibe y produce el efecto "yo controlo". Lo primero que debemos hacer para evitar la recaída es anticiparnos a la situación de peligro y tener alguna alternativa o truco para cuando se presente la ocasión. Si no dispone-

mos de trucos o alternativas seria mejor eludir y no jugar con fuego, sobre todo al principio del cese.Utilizar de forma positiva experiencias anteriores que te han hecho recaer te dará nuevas herramientas en el futuro.

iiiMuv importante!!!

Dos consejos últimos a tener en cuenta durante todo el proceso:

- 1- Sea cual sea el método que elijas, lo mas importante es dejar de fumar.
- 2- Dejar de fumar es la mejor acción que puede adoptar un fumador para mejorar su salud.



ENÚS DEL DIA; DMIDAS Y CENAS ONOS PARA COMPAÑANTES

PubliSicestudio de comunicación www.publisic.com Tel. 948 276 445





Calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama

Dr. Juan Ignacio Arraras Psicólogo Clínico. Servicio Navarro de Salud. UNED Pamplona. Yolanda Santesteban Psicóloga. Fundación Senda

Las mujeres que han sido tratadas de un cáncer de mama y se encuentran en período de seguimiento tras la finalización de su tratamiento, constituyen un grupo importante en nuestra Comunidad. Entendemos que es clave intentar conocer y entender cómo es la experiencia de estas mujeres para, entre otras cosas, ofrecerles un apoyo más adecuado tanto a ellas como a sus personas más cercanas.

Factores generales que pueden influir en la adaptación de las pacientes

- 1. La presencia de problemas médicos, incluyendo los efectos tardíos del cáncer y de los diferentes tratamientos que haya recibido, y también la posible presencia de otras enfermedades previas - comorbilidades (ej problemas cardiovasculares, pulmonares...), pueden afectar a su Calidad de Vida;
- 2. El tipo y nivel de apoyo que reciban de otras personas, la adaptación de las pacientes a su situación puede verse favorecida por un nivel adecuado en cantidad (número de personas que le ayudan y tiempo que le dedican), y en calidad (si las pacientes se sienten entendidas,

notan que cuentan con alguien cercano cuando lo necesitan):

- 3. Los recursos económicos de los que dispone la persona: puede darse el caso de que no se den dificultades en esta área, lo que le puede ayudar a seguir con su vida habitual, o por el contrario, puede pasar que a partir de la enfermedad o previamente a esta, la persona se encuentre con problemas económicas que limiten su Calidad de Vida;
- 4. Factores de tipo más psicológico, como la capacidad de las pacientes para hacer frente a las dificultades, o la presencia de patologías previas: puede darse el caso de mujeres que cuentan con niveles de ansiedad y depresión elevados previos al diagnóstico de la enfermedad pueden tener una peor adaptación emocional tanto durante como después del tratamiento.
- 5. Otro factor que puede influir en el estado emocional de las pacientes es el tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento. Es esperable que en general el paso del tiempo, y en la medida que la enfermedad tenga una buena evolución, facilite una mejor adaptación
- 6. La edad de las pacientes: en algunos estudios se observa que el grupo de las mujeres más jóvenes puede tener más riesgo de una peor adaptación emocional: Además, en las pacientes de más edad pueden darse factores que pueden tener un efecto más beneficioso para su adaptación emocional, como que hayan tenido más experiencias de hacer fren-



te a las dificultades o que entiendan que es un proceso normal o natural que las personas de más edad tengan enfermedades.

En general podemos decir que el funcionamiento psico-social de las pacientes con cáncer de mama en los primeros años tras terminar su tratamiento es bueno. Hay un subgrupo pequeño de pacientes que pueden necesitar tratamiento psicológico por presentar síntomas emocionales más intensos, y además, hay

un grupo algo mayor de pacientes que presentan distrés psicológico, es decir síntomas de ansiedad y ánimo bajo, pero sin que dichos síntomas constituyan una patología clara (un cuadro psicológico intenso). Este último grupo de pacientes suelen ser sujetos que consideran que el cáncer o los tratamientos les han podido crear algunas limitaciones en su vida.

Temor a recaer

Un elemento que aparece con frecuencia en la experiencia de las pacientes con cáncer en período de seguimiento, es el del temor a que se pueda producir una recaída. Esta preocupación la podemos entender como normal dentro del proceso de adaptación a la enfermedad, y su presencia no indica que dicha recaída se vava a dar.

Hay factores que pueden favorecer el que dicho temor aparezca, como es el haber recibido tratamientos oncológicos más agresivos, o que realmente exista una probabilidad real mayor de recaída (en el caso de estadios de la enfermedad más avanzados).

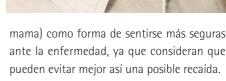
Por otro lado, las pacientes, una vez terminado el tratamiento, suelen pasar de haber mantenido un contacto frecuente con los profesionales sanitarios, a que esta frecuencia se reduzca, y los contactos se den básicamente en las consultas de seguimiento. Este cambio en la frecuencia de entrevistas puede favorecer que se puedan sentir más inseguras porque ven menos al profesional y también, porque puedan pensar que una vez que los tratamientos han finalizado, hay que esperar a ver en qué grado han sido efectivos.

En general, sabemos que el paso del tiempo y los sucesivos contactos con los profesionales, juegan a favor de que ese temor a recaer disminuya.

Tipo de cirugía recibida

Un área que podemos considerar como clave en la experiencia de las pacientes con cáncer de mama es el del tipo de cirugía que hayan recibido, sea esta conservadora (extirpación del tumor o de una parte de la mama) o radical (mastectomía). En general podemos decir que las mujeres cuya enfermedad ha sido diagnosticada en estadios iniciales, que han recibido cirugía conservadora y que se encuentran en un periodo de seguimiento tras la cirugía, tienden a considerar que tienen mejor imagen corporal, (ej verse más cómodas delante del espejo o delante de su pareja) que aquellas en igual estadio de la enfermedad, tratadas con mastectomía.

Sin embargo, hay mujeres que prefieren recibir una cirugía más agresiva (eliminar toda la



Vida laboral

Una de las áreas que pueden preocupar a estas pacientes, es la de su regreso a su vida laboral. Es cierto que hay una proporción pequeña de mujeres que no pueden retomar su actividad laboral, total o parcialmente, debido a las limitaciones físicas creadas por la enfermedad (en estadios avanzados). Pero en muchos otros casos, vuelven a llevar adelante su vida profesional. Entendemos que en esta área es fundamental valorar y si se ve necesario mejorar la información que tanto las pacientes, como las personas para las que trabajan tengan sobre la enfermedad. De todas formas es importante tener en cuenta que las reacciones de los compañeros de trabajo y de los jefes hacia las pacientes con cáncer suelen ser en un número importante de casos de aceptación y apoyo.

Vida de pareja y soporte de otras personas

Otro de los aspectos que preocupa a las pacientes, es si su vida de pareja puede verse afectada. Enun número importante de casos la relación no ha variado como consecuencia del cáncer, es más, la experiencia de haber tenido el tumor y el tratamiento ha ido unida a un fortalecimiento de relaciones.

Si es importante tener en cuenta que entre un 10 y un 20% de los casos se han observado problemas de comunicación y de limitaciones en apoyo emocional dentro de la pareja: algunas mujeres, por ejemplo, refieren tener la sensación de no sentirse entendidas.

Un factor que puede favorecer los problemas de comunicación es que dentro de la población general se tiende a dar una falta de información sobre cómo puede ser la experiencia de la persona con cáncer de mama. Además hav temor a cometer errores al hablar con ellas.



Las pacientes también en ocasiones nos indican que tienen la sensación de que el nivel de apoyo que reciben de las otras personas disminuye con el paso del tiempo.

Algunas mujeres también han referido un empeoramiento en el interés y la actividad sexual a partir de la experiencia del cáncer de mama por el cansancio provocado por la propia enfermedad y el tratamiento, la afectación en la imagen corporal, que puede influir al verse desnudas delante de la pareja, empeoramientos leves en el estado de ánimo...

Entendemos que para ofrecer apoyo a este grupo de mujeres, puede ser de gran ayuda el intentar entender cómo esta siendo la vivencia y la adaptación de la persona a su situación. Para ello puede ser bueno tener en cuenta si se esta dando un mal funcionamiento en alguno de los aspectos que hemos mencionado.

A partir de ahí podemos mostrar nuestra disposición a dar apoyo con una herramienta que sabemos es de gran ayuda, como es la de es-



La importancia del cuidado de la boca en la persona mayor

Dr. José Ignacio Zalba

Especialista en programas preventivos para la salud buco-dental (UCM)

Dada la dinámica poblacional y al envejecimiento progresivo, así como el logro de una mejor esperanza de vida, se ha alcanzado un aumento de la población mayor, con necesidades diferenciadas de atención a la salud. Y es que cada grupo de edad tiene unas necesidades específicas en el cuidado de la boca. No es la misma una persona en su niñez, que en su adolescencia, en la edad adulta o de mayor. Así que, para mantener los dientes durante toda la vida, en pos de una mejor salud general y calidad de vida, la boca necesita una atención y cuidados especiales para su conservación, adecuados a la realidad individual.

En el caso de las personas mayores o de la tercera edad, por lo general, a causa del envejecimiento, sus bocas adquieren una serie de características que las diferencian de otros momentos de su vida, al igual que en el resto del cuerpo. Además, pueden presentar enfermedades crónico-degenerativas, problemas psicosociales asociados, utilizar fármacos que suelen tener efectos secundarios, etc. La atención de pacientes con estas características requiere por parte del dentista una atención específica, que aborde aspectos propios de esta

etapa de la vida, así como una buena comunicación con los demás profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etc.), para poder llegar a un grado de comprensión integral y así lograr su mejor atención.

Ventajas de mantener una boca sana

- Salud genera
- Factores funcionales: masticación, deglución, fonación.
- Psicológicos : apariencia personal, autoestima.
- Sociales : de relación con los demás.
- Factores como dolor o incomodidad.
- Mantener el mayor número de dientes permite al paciente una mayor autonomía.

Salud oral y salud general

Se ha incrementado la evidencia sobre la relación bi-direccional entre enfermedades de la boca y enfermedades sistémicas. Esto significa que problemas de salud general, como la diabetes, enfermedades infecciosas, problemas digestivos, respiratorios, desordenes emocionales, así como el consumo de muchos medicamentos, aumentan el riesgo de sufrir problemas bucales. Pero también se ha confirmado que los problemas dentales pueden agravar condiciones sistémicas.

Muchos pacientes con enfermedades crónicas toman medicaciones que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades orales. Como resultado se desarrollan caries y problemas de encías en personas que antes no las habían sufrido

¿Podemos PREVENIR los problemas de boca de la persona mayor?

El Dr. Per Axelsson, en los años 70, demostró que las enfermedades de la boca se podían prevenir. Desde entonces, no se acepta la perdida de dientes como un proceso normal asociado a la edad.

En este momento de la vida, el tema de la prevención debe ser enfatizado y controlado tanto o más que en otras etapas, ya que, factores propios de la edad (problemas locomotores, neurológicos, etc.), afectarán a la posibilidad de cuidarse y aumentarán el riesgo de desarrollar problemas.

Un aspecto nuevo del concepto de salud es que se puede y debe hacer algo para evitar la enfermedad antes de que aparezca, sin esperar a que se manifieste para corregirla. En la medicina actual se impulsa este carácter anticipatorio y se procura incrementarlo a través del estudio individualizado de los factores de riesgo, que permiten conocer qué tipo de problemas es más probable que tenga, y poner las medidas de protección necesarias.

¿Por qué cuidarse de mayor?

Las enfermedades orales son de carácter progresivo y acumulativo, siendo más difíciles de controlar a medida que pasa el tiempo y avanza su historia natural. Así que cada vez hay que cuidarse más, ya que, conforme cumplimos años aumenta tanto el riesgo general de tener problemas como el ritmo de progresión de las lesiones.

Los avances en prevención cada vez van disminuyendo el número de dientes perdidos de muchos de nuestros mayores lo que hace que haya menos desdentados. Se envejece con un mayor número de dientes, lo que incrementa el confort de la solución protética, e incluso la evita

La saliva: principal elemento protector

En la saliva encontramos la mayoría de mecanismos de protección de la boca. Su falta o síndrome de boca seca es frecuente en un alto porcentaje de nuestros mayores debido a problemas de salud general y principalmente al consumo de medicaciones. Esta carencia de saliva provoca limitaciones en todas las funciones, además de un ardor y malestar de la boca. Los portadores de prótesis encuentran dificultades para su uso. Hoy, su dentista puede ayudarle al correcto manejo de este problema tan frecuente.

Nota: las personas con dientes viven más.

solidaridad

Acompañar al enfermo necesitado

El voluntariado del Hospital de Navarra lleva casi diez años realizando tareas de acompañamiento a los enfermos que se encuentran solos, bien por estar lejos de su casa o por carecer de recursos familiares. Abierto a todo aquel que quiera reservar al menos dos horas libres a la semana para combatir la soledad de los enfermos, en la actualidad está formado por algo más de 60 personas, desde amas de casa hasta trabajadores en activo, pasando por estudiantes y jubilados.

La iniciativa, recuerda Teresa Urío, secretaria del Voluntariado del Hospital de Navarra, surgió en 1998, al constatar que ingresaban en Urgencias personas que no tenían familia, como los transeúntes o los enfermos que se encontraban lejos de los suyos, lo que provocaba que una vez que eran trasladados a planta estuvieran sin compañía durante toda su estancia en el centro. Ante esta situación, varios profesionales del Hospital se sumaron para compartir esta inquietud y llevar a cabo este proyecto que salió a la luz en el año 1999. Por su parte, el Hospital de Navarra apoyó la iniciativa acogiendo y financiando las necesidades de local y gastos administración. Asimismo, el voluntariado recibe una pequeña subvención de Bienestar Social, que se emplea para los gastos derivados de la formación de los voluntarios. El proyecto contó con la colaboración de las Hermanas de la Caridad, quienes siguen en la actualidad apoyando la acción del voluntariado, una asociación sin ánimo de lucro que, en 2009, cumple su décimo aniversario.

Sesenta voluntarios

Actualmente, el voluntariado está compuesto por 60 personas con diferentes ocupaciones: amas de casa, trabajadores en activo, jubilados y estudiantes; y está dirigido por un equipo coordinador de 8 voluntarias, entre las que hay personal sanitario. Su función principal, según explica Tere Urío, una de las fundadoras del Voluntariado junto con Sor Victoria, considerada "el alma del voluntariado", es acompañar al enfermo y colaborar en el proceso de curación.

Al menos dos horas a la semana

Los voluntarios dedican un mínimo de 2 horas libres un día a la semana, aunque algunos re-



Parte de los voluntarios, en la celebración del Día del Enfermo

piten dos y hasta tres días a la semana. Según explica Urío, el voluntario se compromete a reservar un mínimo de al menos dos horas semanales, que es la duración mínima de cada visita de acompañamiento al enfermo necesitado. El voluntario sólo acude al centro hospitalario si su presencia es necesaria y ha sido requerida. Con antelación suficiente, desde la coordinación del voluntariado, se le comunica el día, la hora y el enfermo al que hay que prestar servicio de acompañamiento. "Las necesidades varían cada semana, en función del número de enfermos y de otros factores", explica Urío.

En la actualidad, se tiende a que las estancias hospitalarias sean cortas, por lo que es habitual que el voluntario se encuentre cada semana con una persona distinta. "Así no te enganchas con ningún enfermo", afirma Tere. Desde el equipo coordinador del Voluntariado se hace una valoración de la situación del enfermo, aunque a veces esta valoración viene ya dada por Trabajo Social, cuya colaboración es importante. Desde Coordinación se programa la asistencia del voluntario en horario de mañana o de tarde según la situación o necesidad del paciente: "Para cuando un voluntario viene a prestar su servicio, está todo acordado con el enfermo, la familia si la tiene y el personal sanitario. Las peticiones llegan al servicio de voluntariado a través de las enfermeras, del trabajador social, o del propio enfermo", explica

Formación

El voluntario cuenta con una formación inicial, sobre su papel dentro del proceso de curación del enfermo y su relación con el personal sanitario y el enfermo, su situación dentro del hospital, el protocolo de actuación, la confidencialidad, el respeto al silencio del enfermo y otros puntos clave que le capacitan para prestar su servicio de manera adecuada y sin interferir con el proceso sanitario. Además, cuenta con una formación continuada, impartida de forma mensual por diferentes especialistas del propio Hospital. Esta formación es obligatoria, y en palabras de María José Etayo, que lleva un año prestando servicio como voluntaria, "muy necesaria. Hasta aquí te trae la buena voluntad –afirma la voluntaria- pero luego tienes que saber como actuar, como escuchar, respetar el silencio del enfermo".

Y continúa: "El resultado es muy satisfactorio. Aunque no lo haces por eso. Vienes aquí por el enfermo", explica Etayo, que se inició como voluntaria por recomendación de una amiga, también voluntaria. "Recibes más de lo que das. Tu vida mejora, sientes más ilusión por lo que les pasa a los demás. Das un cariño que el enfermo está demandando, y le proporciona salud en el día a día. Te da una mayor amplitud de miras, generosidad, abrirte a los demás, salirte de ti mismo y tus necesidades, darte al otro", explica.

Sin funciones sanitarias

Los voluntarios no realizan ningún tipo de tarea sanitaria, ni trabajos propios de los empleados del hospital, como auxiliares de enfermería, celadores o servicio de limpieza: "No hacen nada que esté remunerado en el hospital", puntualiza Asun Elizalde, encargada de la acogida y formación de los voluntarios: "Solo acompañamiento", señala.

Noticias breves

El doctor Olaguíbel, del Hospital Virgen del Camino, elegido presidente de los alergólogos españoles

José María Olaguíbel Ribero es doctor en Medicina por la Universidad de Navarra, realizó la especialidad en Alergología en la Fundación Jiménez Díaz (Universidad Autónoma de Madrid) y con posterioridad completó su formación con estancias y cursos en centros del Reino Unido y Estados Unidos. Es profesor clínico asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra y experto universitario en Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud por la Universidad Pública de Navarra.



El Hospital Virgen del Camino pone en marcha una nueva unidad de escáner en su Servicio de Radiología

Se trata del primer aparato de este tipo en España dotado de un servidor web para posproceso tridimensional remoto de imágenes, lo que redunda en la rapidez y precisión de los diagnósticos y tratamientos El escáner ha supuesto una inversión cercana a 1.100.000 euros y para su manejo, el hospital ha ampliado su plantilla con un especialista en radio diagnóstico, tres ATS/DUE, cuatro TER, dos celadores y un auxiliar adminis-

La Unidad de Neonatología del Hospital Virgen del Camino, I Premio Doctor Alejandro San

Recogió el galardón la doctora Carmen Mendívil, neonatóloga y coordinadora de la Unidad de Metabolopatías del Servicio de Pediatría del Hospital, quien ha sido durante un largo periodo de tiempo responsable además de la Unidad de Neonatología, puesto que ocupa en la actualidad la doctora Concepción Goñi Orayen.

El Gobierno de Navarra desarrolla un protocolo médico para atender a menores adoptados procedentes de países extranjeros

Se trata de una iniciativa que facilitará la atención sanitaria de estos menores y de sus familias, en las distintas fases del proceso de adopción.

La Unidad de Tratamiento del Dolor del Hospital de Navarra ha realizado seguimiento a un total de 8.900 pacientes desde el año 1987

Según explicó su directora, la doctora María Jesús Calvo Guitián, la Unidad ha atendido, hasta septiembre de este año, un total de 543 primeras visitas, 1.229 revisiones, 279 interconsultas de pacientes hospitalizados por otras especialidades, 1.362 seguimientos de pacientes ingresados, 902 actos terapéuticos específicos y 24 procedimientos quirúrgicos.



Cristina Ibarrola Guillén, nueva directora general de Atención Primaria

Ibarrola ha trabajado desde septiembre de 2007 hasta la actualidad como subdirectora de Atención Primaria de la zona Navarra Norte. Es licenciada en Medicina por la Universidad de Navarra (1987-1993), y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Realizó su residencia en el Hospital de Navarra (1994-1996), trabajo como médico adjunto de Urgencias en el Hospital de Navarra (1997-1998) y posteriormente como médico de familia en el Centro de Salud de II Ensanche en Pamplona (1999-2000), en la Zona Básica de Valtierra (2001-2002) y en el Centro de Salud de Ermitagaña en Pamplona (2002-2007).

El Plan de Nutrigenómica y Biomarcadores nutricionales de Navarra recibe el visto bueno de un experto

El profesor Raymond Rodríguez, director del Centro de Excelencia en esta materia de la Universidad californiana de Davis, lo ha calificado de "minucioso y bien concebido".



El Hospital de Navarra reubicará los locales afectados por las obras del recinto hospitalario hasta que estén concluidos los trabajos

Un comité asesor de la dirección velará por que la coincidencia en el tiempo de la remodelación del pabellón C y las construcciones del Centro de Investigación Biomédica y del nuevo edificio de Urgencias, tengan el menor impacto posible en profesionales y pacientes.

Pamplona acoge la jornada "Modelos de incentivación en el ámbito de la salud"

Diferentes expertos y expertas han debatido en la capital navarra acerca de la investigación médica y de cómo incentivar al personal sanitario con el fin de mejorar la calidad asis-

El empleo inadecuado de antibióticos genera resistencias bacterianas en distintas enfermedades

La Comisión Europea ha alertado el pasado 18 de noviembre. Día para el uso prudente de antibióticos, de la creciente aparición de resistencias a tratamientos contra la tuberculosis, malaria, gonorrea, sinusitis e infecciones

Un informe laboral revela que los empleados con sobrepeso rinden menos

Las conclusiones del informe han servido a nutricionistas y expertos en salud laboral para reclamar a las instituciones y grandes compañías la implantación en sus plantillas de programas para el fomento de la dieta sana y el ejercicio. Los empresarios obtendrán una mayor rentabilidad de su inversión en personal y los empleados mejorarán, sin duda, su calidad de vida.

Tudela cuenta desde noviembre lencia. En los mayores de 65 años, el porcentaje con una Unidad de Cuidados se triplica, superando el 25% de la población. Paliativos

Con un total de 20 camas, atiende a pacientes Mundial de la Diabetes. de la capital ribera y su área de influencia. Está atendida por un médico, seis ATS, y siete auxiliares de enfermería que prestan servicio las 24 horas del día. La Unidad atiende a tres tipos de pacientes: oncológicos crónicos o en fase terminal, mayores en recuperación tras superar un proceso agudo o personas con daño ce- en el estudio de enfermedades de nervio y rebral en situación de coma.

El equipo médico de Amma by means of concentric needle electrode, Argaray, premiado por un estu- technical and clinical aspects". La cita es el dio para mejorar el diagnóstico día 4 de diciembre a las 18.30 horas en el de la osteoporosis

El equipo formado por los doctores Joaquín Baleztena y María Pardo ha resultado galardo-Nacional de la Sociedad Española de Residencias (SEMR) celebrado en la isla de La Palma (Canarias) La hasta ahora secretaria del Colegio de

población de Navarra

Un total de 45.000 ciudadanos de la Comunidad Foral están afectados por esta do- nes para la renovación parcial de la Junta

El pasado 14 de noviembre se celebró el Día

Conferencia del profesor Stålberg sobre el estudio de la actividad eléctrica muscular mediante técnicas electromiográficas

Considerado uno de los principales expertos músculo, Stålberg presentará el trabajo titulado "Study of neuromuscular transmission salón Urmeneta del Colegio de Médicos de *El departamento de Cardiología de*

nado con el segundo premio en el VII Congreso M^a Teresa Fortún presidirá el Ha recibido el premio Best In Class (BIC) Colegio de Médicos de Navarra

Médicos de Navarra presidirá la institución La diabetes afecta al 8,5% de la colegial en los próximos cuatro años. La lista que encabeza la doctora Fortún ha sido la única candidatura presentada a las eleccio-

Directiva, por lo que no es necesario realizar votaciones. Fortún ha formado parte de las anteriores juntas directivas del Colegio de Médicos navarro. La toma de posesión de la nueva Junta Directiva se celebrará el próximo 11 de diciembre.



la CUN, premiado por su atención al paciente

2008, que le distingue como el mejor departamento de España en esta categoría. La Clínica quedó finalista además en la categoría de mejor hospital de España en atención al paciente y en la de unidad del Dolor como mejor servicio clínico en Calidad

HIJOS PREMATUROS, AMOR INFINITO

para quienes crecer es una verdadera aventura

Nora Rodríguez La esfera de los libros

Tener un hijo es siempre una experiencia increíble, pero cuando nace antes de las 37 semanas sación de incertidumbre. A menudo se une también la ansiedad por no saber en qué momento físicas e intelectuales: reacciones impredecibles de los bebés prematuros, dar biberón dentro primera experiencia de vida es la separación de su madre; pequeños pero grandes luchadores

TODO UN MUNDO DE SENSACIONES: MÉTODO DE AUTOAYUDA PARA PADRES APLICADO AL PERIODO INICIAL DE LA VIDA Elizabeth Fodor v Montserrat Morán

objetivo es que, mediante el juego, puedas ayudar a tu hijo a alcanzar el máximo rendimiento de sus capacidades intelectuales y motrices y, de esta manera, consigas que sea un niño feliz. A medida concepto de investigación orientado hacia la prevención de problemas visuales y del desarrollo motor e intelectual. Todo dentro del área de la primera infancia.



GOTAS EN EL OCÉANO Dr. Emilio Garrido-Landivar

Recopilación de los artículos del Médico y psicólogo Navarro Emilio Garrido-Landívar publicados en Diario de Navarra. Se trata de una obra sencilla y fácil de leer que expresa en términos entendibles la realidad de la vida en aspectosrelacionados con la educación y

GOTAS

que cada lector lea como quiera y como su ánimo le dicte. Cada día más necesitamos

El libro está compuesto por seis capítulos Educación tiene 29 gotas frescas y zahirien sión y apoyo en cada paso difícil que damos seis gotas gordas, que hay que filtrarlas para a vida de norte a sur y de este a oeste



La celebración da comienzo a las 17.00 horas del día 5 de enero. Poco antes, a eso de las 16.30, el helipuerto del Hospital de Navarra queda ocupado por un helicóptero que, por una vez, no provoca una respuesta de emergencia en el personal sanitario. Se trata del helicóptero de los Reyes Magos, que pasarán el resto de la jornada visitando todas las habitaciones del centro, entregando regalos a todas las personas hospitalizadas, tanto niños como mayores, y deteniéndose a hablar un momento con ellos.

Antes de empezar la ronda de visitas, y escoltados por cuatro motoristas de la Policía Foral, los Reyes Magos se dirigen a la capilla, habitualmente abarrotada, donde son recibidos por los Pastores de Belén. Cada año, un gran número de padres, algunos directamente relacionados con el centro hospitalario, acuden con sus hijos para recibir el saludo de los reyes, que se muestran encantados por el recibimiento que se les dispensa. Una vez termi-







nada la celebración de la Misa de Reyes, oficiada por el capellán del hospital, José Ignacio Martín Badules, los Magos realizan la Adoración al Niño, acompañados por la música de los seminaristas, que se desplazan al recinto hospitalario para la ocasión.

A continuación, los tres magos y sus pajes empiezan su ronda de vistas, que se extenderá a lo largo de toda la tarde, hasta conseguir que todos y cada uno de los internos del hospital sientan que la noche de reves sigue siendo, a

pesar de las circunstancias, una ocasión espe-

La de este año será la vigésimo sexta visita consecutiva de los Magos de Oriente a los enfermos del Hospital de Navarra, lo que convierte a esta celebración en una tradición con más de un cuarto de siglo de antigüedad. La celebración continuará al día siguiente, 6 de enero, con una misa de reyes que se celebrará a las 10.30 horas, de nuevo en la capilla del centro hospitalario, seguida de un concierto coral.



Tres meses preparando el Belén

Mateo Viguria Oronoz lleva 11 años encargándose de elaborar el Belén que puede verse cada año en la entrada principal del Hospital de Navarra. Se trata de un nacimiento de tres por tres metros, compuesto por cerca de 100 figuras, en el que pueden verse diferentes escenas bíblicas relacionadas con el nacimiento, recreadas con gran lujo de detalles. Viguria, antiquo empleado de mantenimiento del Hospital de Navarra, ya jubilado, dedica durante tres meses entre ocho y diez horas diarias, siete días a la semana, a preparar este espectacular nacimiento. Su labor empieza el siempre distintos.

día uno de octubre, y termina poco antes de Navidad, con la inauguración del Belén. El nacimiento podrá verse desde unos días antes del 25 de diciembre hasta después del día de reyes. En un principio, Viguria elaboraba los diferentes escenarios con escayola, aunque en la actualidad emplea placas de poliuretano de cuatro centímetros de grosor, que modela y pinta al detalle. Según explica, cada año trata de realizar un belén diferente. Aunque se sirva de las mismas figuras y cuente siempre la misma historia, la configuración de las escenas y los espacios en los que se desarrollan son





HOTEL TRES REYES

PAMPLONA



Servicio de transporte gratuito a la Clínica Universitaria

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

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

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







FESTINA













San Ignacio, 8 T. 948 211 596

García Castañón, 12 T. 948 226 219

Centro Comercial La Morea T. 948 153 163



EL ÁMBAR, El llanto de los dioses



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

todas las librerías, Corte Inglés



Esta resina fosilizada ha llevar nulseras de este material quita el cansancio y alivia el reuma. Se llegó a llamar al ámbar "el bálsamo de Europa" ciones que se han sucedido, asta despertar en nuestros tiempos un enorme interés y su energía electrostática le confiere según la leyenda un por el misterio de sus inclu iones y la magia de su color.

Hipócrates, vadre de la medicina moderna, constata que los collares de ámbar alivian los dolores de cabeza y que Enmarcado en vlata es una gota de misterio, 50 millones de años de permanencia intacta de la

zonahospitalaria ■ noviembrediciembre2008 ■ n°14



APARTAMENTOS EQUIPADOS HABITACIONES INDIVIDUALES Y DOBLES







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

ON: Móvil: 619 786 999

15 h. Fax: 948 261 000

100 h. reservas@hostalacella.com

15 h. 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.