medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoIII mayojunio2009 nº17

Primavera y verano, ***agua, sol y energía***

HOSTAL ABODI
GRUPO HOSTELET

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

4 Ejercicio aeróbico y control de peso

6 Rinitis alérgica

8 Depresión: cómo ayudarnos a nosotros mismos

10 Circo infantil en Amma Argaray

12 Ansiedad ante los exámenes

14 Cetoacedosis en la diabetes infantil

16 Comer bien en primavera

18 Primeros auxilios en verano

20 Perder el miedo al dentista

22 El servicio de Nefrología

24 Las grasas saturadas

26 Otitis serosa y lenguaje

28 Alimentos transgénicos

30 Preparación maternal

32 Envejecimiento en animales

34 Transtornos inflamatorios del folículo pilosebaceo

36 Desarrollo psicológico del bebé

38 ANDIMUD: la música como medicina

Zona Hospitalaria Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L.
Coordinador Alfredo Erroz **Dirección y Redacción** Imanol Osácar (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción** PubliSic
Fotografía portada Marta Erroz Ferrer **Publicidad** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L.** NA-2471/2006. **Tirada** 8.000 ejemplares

© PubliSic S.L. El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista.

La información que usted necesita...

www.zonahospitalaria.com

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

A través de nuestra web, usted puede:

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

Ejercicio aeróbico y control de peso

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

Conforme alarga el día y el sol se va convirtiendo en algo más habitual, las vacaciones se acercan y la perspectiva de lucir las lorzas en público se convierte en amenazadora, empezamos a pensar en la "operación bikini". Comienzan a llegar las facturas de nuestros excesos invernales y lo que con el año nuevo era simplemente un buen propósito, perder peso, se convierte en una necesidad o incluso en una obsesión.

La manera ideal de hacerlo sería alejándonos de los tópicos o de los "milagros" que nos asaltaran desde nuestro entorno, desde las publicidades engañosas o desde el mismísimo y omnipresente Internet.

No conviene engañarse. El peso o mejor aún, el sobrepeso, es algo así como una cuenta corriente. En la cuenta bancaria el factor que la hace engordar o decrecer es el dinero. En las cartucheras lo son las calorías. Si metemos más calorías de las que sacamos, el michelín aumenta. Si, por el contrario gastamos más calorías de las que entran, disminuye su tamaño. No hay más secretos.

Entonces, para controlar el sobrepeso tenemos dos caminos: Ingresar menos o gastar más. La solución ideal, obviamente, sería la intermedia. Comer un poco menos (y mejor a ser posible) y aumentar nuestro gasto calórico incrementando la actividad física.

Metabolismos implicados

Una vez sentado que el ejercicio físico es un factor importante a la hora de controlar el

peso, vamos a ver que tipo de deporte es el más adecuado. Básicamente tenemos tres tipos de metabolismos implicados, en función de la forma en la que obtenemos la energía. Hay esfuerzos anaeróbicos aálcticos, que son aquellos de máxima intensidad y muy corta duración, como sería correr 100 o 200 metros lisos. Después vendría el ejercicio de alta intensidad y duración relativamente corta, que utiliza el metabolismo anaeróbico láctico y cuyo exponente serían las carreras de 400 a 800 metros. Es un tipo de ejercicio cuyo único combustible es el glucógeno muscular y que deja un residuo que es el ácido láctico, residuo que al ir acumulándose a nivel muscular lleva al agotamiento en poco tiempo. La tercera vía de obtención de energía es el metabolismo aeróbico. Es aquel que usa el organismo en esfuerzos de intensidad media y larga duración, tales como correr, nadar o andar en bici. Se caracteriza por poder utilizar cualquier tipo de combustible, hidratos de carbono (glucógeno), grasas e incluso, en casos de necesidad, proteínas. Sus productos de deshecho son el agua y el CO_2, que son fácilmente eliminados por la respiración y el sudor sin ningún tipo de efecto negativo sobre el organismo.

Una vez explicado esto, cabe preguntarse qué

tipo de deporte sería el más recomendable para el control de peso. La respuesta es obvia. El ejercicio aeróbico, aparte de ser el más saludable y el mejor para el sistema cardiovascular, es también el más idóneo a la hora de combatir el exceso de peso graso. El hecho de permitirnos estar mucho tiempo practicándolo, que somos nosotros los que decidimos la intensidad del ejercicio, que ésta pueda ser fácilmente controlable mediante el control de pulsaciones y que cuando agota el glucógeno acumulado quema grasas, hace que sea la actividad de elección si nos planteamos acabar con esos kilitos de más.

Rinitis alérgica

Dra. Margarita Fernández-Benítez
Consultor del departamento de Alergología e Inmunología Clínica Universidad de Navarra

El término rinitis define el proceso inflamatorio de la mucosa nasal caracterizado por los siguientes síntomas clínicos: rinorrea anterior o posterior, estornudos, taponamiento o congestión nasal y/o prurito/picor de la nariz. Estos síntomas deben manifestarse durante dos o más días consecutivos y más de una hora la mayoría de los días.

La sinusitis se acompaña siempre de una rinitis, por lo que la inflamación de los senos paranasales se denomina rinosinusitis y se caracteriza por dos o más de los siguientes síntomas: bloqueo nasal/congestión/obstrucción, rinorrea anterior o posterior, dolor/presión facial, y/o disminución o pérdida del olfato, siendo necesaria la presencia de uno de los dos primeros.
La rinitis alérgica (RA) se ha definido según el informe del comité de nomenclatura de la Organización Mundial de Alergia (WAO), como el cuadro clínico resultante de una reacción de hipersensibilidad mediada inmunológicamente (mediada por IgE) sobre la nariz.

Clasificaciones de la rinitis

Hay múltiples clasificaciones de la rinitis. Una clasificación clínica, avalada por un amplio consenso internacional es la que se propone en el documento ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma).

1• Según duración

INTERMITENTE significa que los síntomas están presentes durante un espacio de tiempo menor o igual a 4 días a la semana, o durante 4 ó más semanas consecutivas.
PERSISTENTE significa que los síntomas están presentes durate un plazo superior 4 días a la semana y superior 4 semanas consecutivas.

2• Según gravedad

LEVE significa que ninguno de los siguientes ítems está presente: Alteración del sueño y Afectación de las actividades cotidianas, de ocio y/o deportivas. Afectación de las tareas escolares o laborales. Los síntomas son molestos.
MODERADA significa que uno, dos o tres de los anteriores ítems están presentes.
GRAVE significa que los cuatro ítems están presentes.

Rinitis alérgica

La rinitis alérgica es **la más frecuente de las rinitis no infecciosas y la más relacionada con el asma.** La clasificación de la rinitis alérgica puede ser según: el Alérgeno responsable: perenne, estacional, laboral; la duración: intermitente, persistente; y la gravedad: leve, moderada-grave

Epidemiología

La prevalencia de rinitis alérgica en la población general española se ha estimado en torno al 21,5 %. En el estudio ISAAC se ha determinado recientemente una prevalencia de síntomas de rinoconjuntivitis de 7,9% en niños españoles de 6-7 años.

Diagnóstico

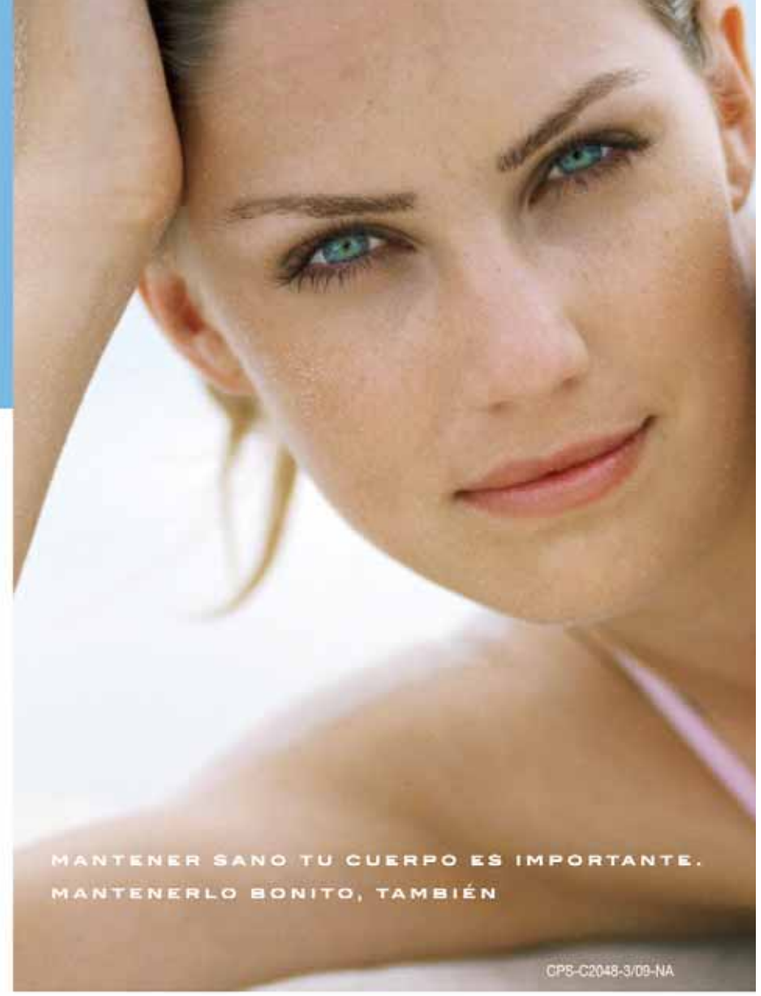
El diagnóstico de la rinitis es fundamentalmente clínico. La historia familiar de alergia, la estacionalidad de los síntomas, la coincidencia de síntomas oculares y nasales, y la relación con la exposición a epitelios, pólenes y polvo, son datos clínicos con alto valor predictivo en el diagnóstico de sospecha de la rinitis alérgica.
En el diagnóstico etiológico de rinitis alérgica las pruebas que se realizan son las pruebas cutáneas de punción epidérmica o prick, y/o test in vitro como la IgE específica. En algunos casos, cuando no hay clara relación con la historia clínica, hay que recurrir a la prueba de provocación nasal especifica con el alérgeno sospechoso. Es preciso tener en cuenta que los resultados de las pruebas cutáneas o las IgE específicas positivas a algunos alérgenos pueden ser irrelevantes desde el punto de vista clínico. Las pruebas alérgicas se pueden realizar a cualquier edad.

Tratamiento

El tratamiento de la rinitis alérgica incluye: educación del paciente, evitación de alérgenos y contaminantes, farmacoterapia e inmunoterapia alérgeno-específica. En la elección del tratamiento farmacológico se deben evaluar la eficacia, la seguridad de los medicamentos, las preferencias de los pacientes, la gravedad de la enfermedad y la presencia de comorbilidades.
El tratamiento farmacológico de la rinitis alérgica debe incluir recomendaciones claras y de manera escalonada según la gravedad, los fármacos más frecuentes utilizados son: antihistamínicos por vía oral o inhalados, y corticoides inhalados.
La inmunoterapia específica con alérgenos (vacunas) es eficaz en el tratamiento de la rinitis alérgica causada por pólenes y ácaros, en adultos y en niños, tanto en su forma de administración subcutánea, como con la oral (sublingual). Precisa para su indicación un correcto diagnóstico alergológico. Puede alterar el curso natural de la enfermedad alérgica respiratoria, disminuyendo la frecuencia de aparición de asma y previniendo nuevas sensibilizaciones.
Las medidas de evitación de alérgenos de interior (ácaros) han demostrado una disminución de los niveles de exposición, pero no una mejoría en los síntomas y la evolución de la enfermedad, si se utilizan de forma aislada.
Los principios del tratamiento de la rinitis alérgica en niños son los mismos que en los adultos, pero hay que tener especial cuidado con los efectos adversos. Las dosis deben ser las adecuadas y en algunos casos hay que considerar la edad del paciente para ciertos fármacos.

UNA OFERTA EXCLUSIVA PARA EL PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA

Como miembro del **PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA**, tú y tus familiares directos podéis disfrutar de precios especiales en todos los tratamientos para hombre y para mujer de **CLÍNICA LONDRES**. Infórmate sobre nuestros tratamientos personalizados y condiciones de financiación. Además, si vienes entre junio y agosto te beneficiarás de una oferta muy exclusiva.
Imprescindible acreditarse en la primera visita.



OFERTA EXCLUSIVA PARA LOS MIEMBROS DEL PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA

TRATAMIENTO		TARIFA PRIVADA	TARIFA PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA	PROMOCIÓN PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA de junio a agosto
FOTODEPILACIÓN MÉDICA LÁSER	COMPLETO INGLES + AXILAS	775 €	645 €	615 €
	COMPLETO INGLES + AXILAS + PIERNAS	2.470 €	2.095 €	1.975 €
MEDICINA CORPORAL	CIRCUITO 15*	950 €	795 €	725 €
	CIRCUITO 30*	1.530 €	1.300 €	1.220 €
MEDICINA FACIAL	TRATAMIENTO ANTIARRUGAS T. BOX	475 €	385 €	345 €
	TRATAMIENTO ANTIARRUGAS T. BOX DUPLO ANUAL**	855 €	725 €	680 €

Promoción especial en tiempo limitado (no acumulable) Tarifas válidas hasta el 31/12/09

*Hasta 15/30 sesiones de endermología (LPG), vacuum, accent, mesoterapia, presoterapia o bodyter.
**Incluye 2 tratamientos completos de antiarrugas T. Box en un año.

15% de descuento en el resto de tratamientos excepto en cirugía y BIG

COMPLETO Sesiones limitadas durante 3 años

902 12 33 66
www.clinicalondres.es

C/ Iñigo Arista, 7. Pamplona (Navarra). Tel. 948 199 419

UNIDAD MÉDICA ESTÉTICA • UNIDAD CIRUGÍA PLÁSTICA • UNIDAD LÁSER • UNIDAD DE OBESIDAD

CLÍNICA LONDRES
MEDICINA Y CIRUGÍA ESTÉTICA

BARCELONA / BILBAO / CASTELLÓN / CIUDAD REAL / MADRID / MURCIA / PAMPLONA / SEVILLA / TARRAGONA

Depresión: cómo ayudarnos a nosotros mismos

Dr. Manuel Martín Carrasco
Psiquiatra
Clínica Psiquiátrica Padre Menni
Hermanas Hospitalarias
Pamplona

HERMANAS HOSPITALARIAS
del Sagrado Corazón de Jesús
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PADRE MENNI, PAMPLONA

La depresión o enfermedad depresiva es un trastorno muy frecuente que se caracteriza por una perturbación del estado de ánimo en la que predomina un sentimiento de tristeza injustificado, y que casi siempre se acompaña de asiedad, ideas repetidas de tipo pesimista, sentimientos de culpa y minusvalía personal, así como también de síntomas somáticos, entre los que destacan el insomnio, la fatiga, las molestias gastrointestinales, la pérdida o exceso de apetito, y la disminución o ausencia del deseo sexual.

Con frecuencia se produce un enlentecimiento mental y físico: hacer las cosas cuesta más, se pierde memoria y capacidad de concentración. Por lo tanto, más que una enfermedad psiquiátrica, podemos decir que la depresión es un trastorno de todo el organismo: afecta al estado de ánimo, al pensamiento y al comportamiento, a la forma de comer y dormir, a la manera de sentirse con uno mismo y de pensar. No todas las depresiones son iguales, ni por su gravedad ni por su duración, lo que da lugar a distintos tipos de depresiones. Generalmente, la enfermedad cursa en episodios autolimitados de gran intensidad, que pueden durar semanas o meses, y que aparecen una o más veces a lo largo de la vida. En ocasiones, los episodios depresivos se alternan con otros de euforia igualmente injustificada. Otras veces, los síntomas son menos graves ("hay días buenos y malos"), pero más persistentes, pudiendo llegar a durar años.

La depresión afecta a una de cada 5 mujeres y a uno de cada 10 hombres, de manera que se calcula que sólo en España hay entre 1.200.000 y 1.500.000 enfermos con depresión. Según un estudio recientemente publicado, realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard (Estados Unidos) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), la depresión será en el año 2020 el segundo mayor problema de salud del mundo, sólo superado por los problemas cardiovasculares.

Comprender la depresión

Tan importante como saber qué es la depresión es saber lo que no es depresión. No es algo imaginario o que la persona se invente. Tampoco aparece por propia voluntad, ni se puede mejorar solo con desearlo. No es una tristeza pasaje–ra, un signo de debilidad personal o de pecado. Por eso, algunos comentarios que se hacen con frecuencia a las personas deprimidas, tales como "hay que poner algo de tu parte", "anímate y date una vuelta" o "lo que necesitas son unas buenas vacaciones", suelen ser nocivos para los pacientes, y provocan sentimientos de no ser comprendidos, e incluso de culpa e incapacidad, que pueden provocar incluso un agravamiento de la tristeza. No hay que confundir la depresión con la reacción normal de tristeza ante alguna circunstancia que nos afecta: la depresión siempre tiene un sello de injustificación o reacción desproporcionada que la diferencia de los altibajos en el estado de ánimo que todos podemos tener.

Como ocurre en la mayoría de las enfermedades, no existe una causa única de depresión. Hay más riesgo de padecer la enfermedad si existen antecedentes familiares, lo que indica una cierta predisposición genética. También existen fases hormonales en la mujer especialmente propicias a la aparición de la depresión, como son el postparto y la menopausia. Asimismo, existen personas con una personalidad que podríamos denominar "predepresiva", y que tienen más facilidad para padecerla. Se trata de personas con autoestima baja, tendencia a ver el mundo desde una perspectiva pesimista ("siempre me pongo en lo peor"), poca capacidad para apreciar los aspectos lúdicos y placenteros de la vida, y un gran sentido de la responsabilidad, lo que suele dar lugar a sentimientos de culpa, ya que tienden a pensar que no han cumplido satisfactoriamente con las obligaciones que les correspondían. Ciertas experiencias infantiles traumáticas, como las carencias afectivas, pueden estar en el origen de este tipo de personalidades, aunque también en ello se aprecia una tendencia familiar.

Factores implicados

Hay otros factores que pueden estar implicados en la aparición de una depresión: una pérdida importante, una enfermedad crónica, conflictos familiares o de pareja, problemas financieros o cambios bruscos del modo de vida (ej. cambio de casa o de barrio, aunque sea "a mejor"; un ascenso, porque enfrenta a la persona con sus límites) pueden desencadenar un episodio depresivo. Por otra parte, también hay aspectos socioculturales que pueden influir de forma negativa, como el materialismo, la lucha por el éxito o el individualismo, que dificultan el establecimiento de relaciones personales profundas y significativas, y tienden a aumentar el nivel de estrés y de fatiga, haciendo a las personas más sensibles a otros factores.

En cualquier caso, ya actúen uno o más factores, el resultado final es la puesta en marcha de unos mecanismos patológicos en el sistema nervioso central, que condicionan ciertos cambios bioquímicos; en concreto, la disminución de la disponibilidad cerebral de unas sustancias denominadas neurotransmisores, como la serotonina y la noradrenalina.

Tratamiento farmacológico

La mayoría de los episodios depresivos se curan con el tratamiento apropiado; este puede consistir en medidas de tipo farmacológico, psicoterapéutico y ambiental. El tratamiento farmacológico consiste en unos fármacos llamados antidepresivos, que restablecen el equilibrio de los neurotransmisores cerebrales. Existe un buen número de sustancias antidepresivas, y aunque alguna de ellas han llegado a ser muy populares, es al médico al que corresponde la elección del fármaco y las dosis a utilizar.

En cualquier caso, una característica común de todos los antidepresivos es que no comienzan a hacer efecto hasta pasados varios días de utilización, y que los síntomas depresivos no desaparecen bruscamente, sino de forma paulatina a lo largo de varias semanas. Durante las primeras semanas de tratamiento es más frecuente que aparezcan efectos secundarios, como boca seca, náusea, somnolencia, molestias gástricas o hipotensión. Los fármacos modernos son tan eficaces como los más antiguos, y se toleran mejor. Es posible que su médico añada otros tratamientos, como hipnóticos o tranquilizantes, en caso de que el insomnio o la ansiedad sean muy importantes.

Es muy importante que durante las primeras semanas no se abandone el tratamiento ni se disminuyan las dosis para intentar disminuir los efectos secundarios. Si se toma una dosis menor de la prescrita, el fármaco puede ser ineficaz, pero tiene que tener en cuenta que

tampoco se aumenta su eficacia si se toma en dosis mayores; en cambio, si que aumentarán probablemente los efectos adversos. Si estos son muy molestos, hay que consultarlo con el médico, para que tome la decisión oportuna. Nunca debe dejarse un tratamiento sin consultar antes. Ninguno de los fármacos antidepresivos provoca adicción o causa dependencia: el paciente no se convierte en un drogadicto. Tampoco cambia la forma de ser. Cuando el médico tome la decisión de suspender el tratamiento, que debe prolongarse un tiempo después de la recuperación de los síntomas para evitar la aparición de recaídas, simplemente hay que retirarlos de forma gradual y escalonada.

Tratamiento psicoterápico

Los tratamientos psicoterápicos se basan en la interacción verbal entre un profesional adiestrado y el paciente. No consiste únicamente en "hablar de lo que me pasa", y ciertamente, es totalmente desaconsejable ponerse en manos de personas poco expertas o que utilicen métodos poco contrastados científicamente. No hay una única forma de psicoterapia válida. Pueden ser muy útiles, porque ayudan al paciente a comprender mejor la enfermedad, a ponerse en contacto con su vida emocional y a enfrentarse con los problemas que le afectan evitando los mecanismos de autoinculpación que favorecen la aparición del trastorno depresivo.

Medidas medioambientales

Por último, también existen medidas ambientales para el tratamiento de la depresión. En general, estas no consisten en "huir de los problemas", sino en afrontarlos cuando se esté preparado para ello. Hay que evitar realizar cambios drásticos o viajes prolongados en el curso de una depresión, siendo más aconsejable posponerlos hasta que esta se haya resuelto.

Es muy importante ayudarse a sí mismo en el curso de una depresión, especialmente cuando ya ha empezado a producirse una mejoría. Sobre todo, hay que entender que la desconfianza y el pesimismo que se siente es una consecuencia de la propia depresión, y que progresivamente van a ir desapareciendo conforme el tratamiento vaya haciendo su efecto. También es importante aprender a conocernos y a evitar las situaciones o circunstancias que nos entristecen, si son evitables. En cualquier caso, las siguientes indicaciones pueden servir de ayuda.

Consejos prácticos

1. Es conveniente mantener la actividad en tanto sea posible, pero sin plantearse metas difíciles ni aceptar grandes responsabilidades.
2. Asumir que la enfermedad ha limitado nuestra capacidad: hacer lo que permitan las fuerzas. No dar prioridad al rendimiento, sino a la curación de la enfermedad.
3. Dividir las grandes actividades en pequeñas tareas; establecer prioridades.
4. No aislarse; esforzarse por estar con otras personas. Intentar que comprendan lo que nos pasa, pero sin sentirnos obligados a contárselo a todo el mundo. Podemos elegir con quien compartir nuestra intimidad.
5. Participar en actividades que nos hagan sentirnos mejor, sin grandes esfuerzos (ej. leer, ir al cine). Es muy recomendable hacer ejercicio físico, de forma suave.
6. No tomar decisiones trascendentes, por ejemplo, cambio de trabajo o de domicilio, casarse, divorciarse, etc. Es aconsejable posponerlas para cuando haya desaparecido la depresión.
7. No aceptar pensamientos negativos: forman parte de la enfermedad.
8. Cumplir las indicaciones médicas o de los profesionales que nos atienden. No cambiar o iniciar tratamientos por nuestra cuenta. Acudir a las consultas con regularidad. Nunca deben consumirse drogas, alcohol o sustancias euforizantes; con frecuencia tienen el efecto contrario a medio plazo. Suspender las dietas o regímenes no controlados médicamente.
9. Rechazar los sentimientos de culpa. La depresión es una enfermedad, no un signo de debilidad.
10. Una vez se ha superado la enfermedad, reflexionar sobre aquellos factores de nuestra forma de ser y de nuestra forma de vida que puedan haber contribuido al desencadenamiento de la enfermedad.

Niños y niñas del Sagrado Corazón organizan una sesión de circo para los mayores de Argaray

La actuación, de más de una hora de duración, en la que participaron 87 alumnos y alumnas de tercer curso de educación infantil fue muy aplaudida por los residentes y sus familias. Esta función se enmarca en las actividades intergeneracionales que desarrolla el centro durante todo el año.

Payasos y acróbatas, majorets, forzudos, equilibristas, focas, caballos, leones y elefantes e incluso un faquir y un mago ofrecieron un divertido espectáculo a los mayores del centro gracias a la ilusión y a los disfraces, en una sesión que resultó inolvidable para niños y mayores.

Esta representación circense se ha convertido en una tradición en este colegio, cuyos alumnos ensayan durante todo el curso para deleitar a sus familias. Pero este año se ha organizado también una segunda función específicamente dirigida a los mayores de Amma Argaray, una residencia en la que los niños y niñas de este centro educativo suelen realizar durante el año distintos encuentros intergeneracionales.

Este circo es una unidad didáctica que se desarrolla a lo largo de tres semanas después de las vacaciones de Navidad. Cada niño y niña elige el número que quiere realizar y, a partir de ahí, se trabaja en la confección de disfraces

y de coreografías, buscando que aprendan y disfruten a la vez, desarrollando habilidades como el ritmo, la expresividad oral, la expresión corporal y la mímica y la organización y relación con otros niños y niñas de su mismo colegio, todo ello coordinado por los profesores del centro.

Amma Mutilva vive sus propias Fallas con pregón, ofrenda floral, mascletá y cremá

Los propios residentes elaboraron los monumentos falleros en las clases de manualidades. También fueron los residentes quienes eligieron por votación el Ninot indultado, en un fiesta que contó con la participación activa de residentes, familiares y trabajadores.

La jornada fallera fue precedida por la celebración, el domingo anterior, de una actuación musical en el salón de actos de la residencia a cargo del Casal Valenciano de Navarra. A las 10,00 horas se procedió a la Plantá de los monumentos falleros, elaborados por los propios residentes en clases de manualidades. Media hora después se llevó a cabo la lectura de la Cridá (pregón fallero) y a las 11,30 horas, los mayores pudieron asistir a la proyección de un reportaje sobre la cultura fallera en el salón de actos.

Antes de terminar la mañana, se procedió a la elección del Alcalde, tres presidentes y las tres falleras y falleros mayores. Ellos dieron comienzo a la ofrenda floral a la virgen en la capilla del centro, una ofrenda en la que fueron participando todos los residentes. Tras este acto, en el patio estaba ya todo preparado para la tradicional Mascletá, con la particularidad de que, por motivos de seguridad, se hizo a base de explotar globos en vez de petardos. Los actos fueron culminando ya por la tarde con el indulto del Ninot, elegido en una votación entre los propios residentes, y con la tradicional Cremá.

Convenio con el Centro de Formación Politécnica de Pamplona para la realización de prácticas en Amma Oblatas

El Grupo Amma ha suscrito un convenio de colaboración con el Centro de Formación Politécnica de Pamplona por el que los alumnos y alumnas de Formación Profesional de Atención Sociosanitaria, perteneciente a la familia profesional de Servicios Socioculturales y a la Comunidad, podrán realizar prácticas en la residencia Amma Oblatas, dentro del programa correspondiente al módulo de F.C.T. (formación en centros de trabajo) que estos alumnos deben llevar a cabo como parte de su formación.

En el marco de este convenio están realizando ya sus prácticas las primeras seis alumnas, realizando al día una jornada de 6 horas y media, en horario de mañana, hasta el próximo 19 de junio, lo que en total les computará 410 horas de prácticas. Las alumnas tienen dos tutores durante el tiempo que permanecerán en la residencia, uno del centro educativo y otro designado por Amma Oblatas. Ambos tutores se encargan de la coordinación, seguimiento y orientación de las actividades formativas que los alumnos realizan en el centro de trabajo. Durante todo el periodo de prácticas se realizarán diferentes evaluaciones, que se recogerán en un informe de evaluación final que quedará reflejado en el expediente académico del alumno.

El ciclo de Atención Sociosanitaria está dirigido a preparar a los estudiantes en las tareas de atención a personas y colectivos con especiales necesidades de salud física, psíquica y social, como mayores, discapacitados, enfermos crónicos y convalecientes, aplicando las estrategias y procedimientos más adecuados para mantener y mejorar su autonomía personal, sus relaciones con el entorno y su inserción ocupacional.

Ibañeta celebra la primavera con un concierto a cargo de los niños y niñas de Orreaga

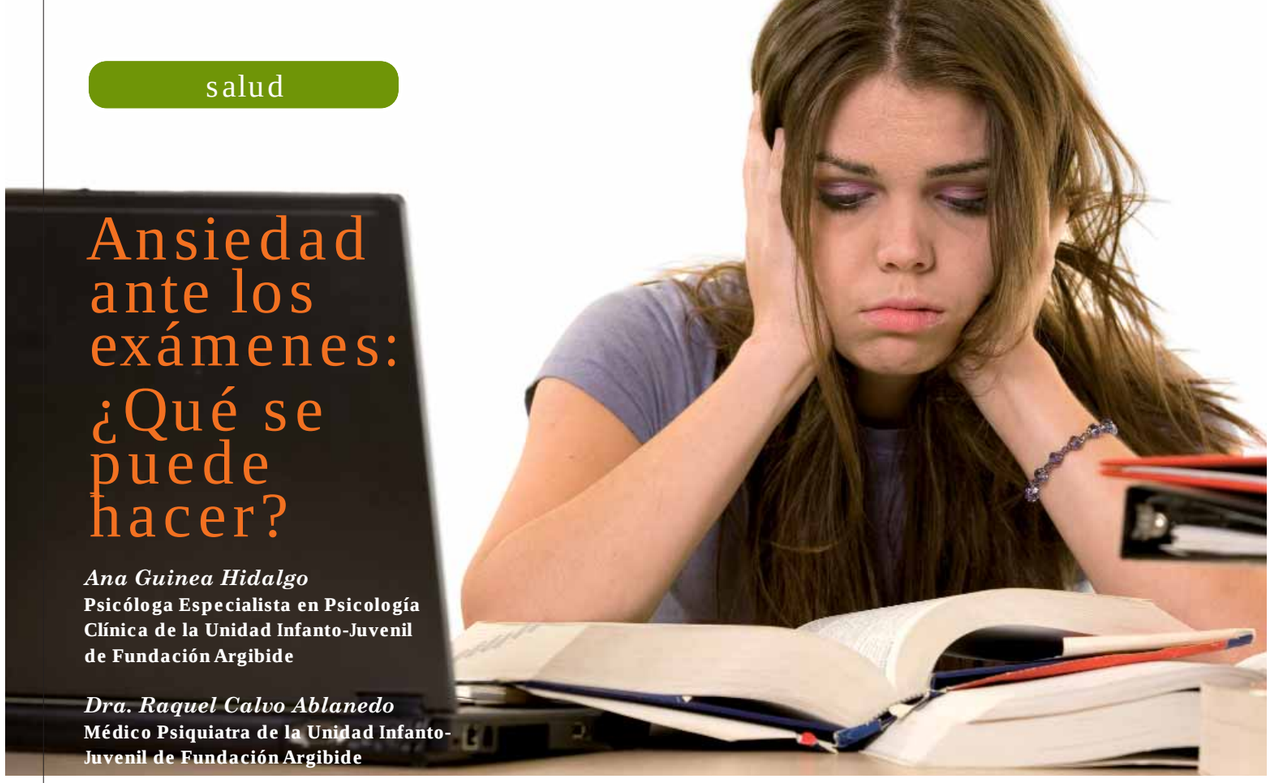
El centro gerontológico Amma Ibañeta, ubicado en la localidad navarra de Erro, celebró su particular fiesta de la primavera con un concierto en la propia residencia a cargo de una treintena de niños y niñas, con edades comprendidas entre los 7 y los 12 años, pertenecientes a la Escuela de Música Orreaga.

Los alumnos interpretaron diversos temas de folklore popular con txistus, trikitixas y gaitas navarras. Además, interpretaron diversas piezas de música clásica al piano. El concierto, que comenzó a las seis de la tarde y tuvo una duración de unos 40 minutos, fue seguido también por un buen número de familiares y vecinos de la localidad que quisieron sumarse al evento. Tras su finalización, se ofreció una merienda para todos.

Beneficios para niños y mayores

Esta iniciativa se enmarca en el programa de actividades que la residencia Amma Ibañeta realiza durante el año, siguiendo la política del Grupo Amma de incentivar la relación de los centros con su entorno social y de favorecer los encuentros entre distintas generaciones. Según los expertos en gerontología, el hecho de que niños y mayores compartan actividades comporta beneficios a unos y otros. Para los mayores, de hecho, supone una fuente de alegría y de motivación y también una forma de potenciar su sociabilidad y de mejorar su autoestima.

La Escuela de Música "Orreaga" es un centro de enseñanza musical con sede en la localidad de Garralda cuya titularidad la ostenta un patronato compuesto por representantes del Valle de Aezkoa, Valle de Esteribar, Valle de Erro, Ayuntamiento de Burguete y representantes de padres, alumnos y profesores.



Ansiedad ante los exámenes: ¿Qué se puede hacer?

Ana Guinea Hidalgo
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica de la Unidad Infanto-Juvenil de Fundación Argibide

Dra. Raquel Calvo Ablanedo
Médico Psiquiatra de la Unidad Infanto-Juvenil de Fundación Argibide

Para enfrentarnos a cualquier actividad es necesario que experimentemos cierta dosis de energía; los nervios ante algunas actividades son por tanto, una reacción normal y sana. La mayoría de estudiantes sienten ansiedad en la época de exámenes, esto es algo bastante normal, incluso puede resultar motivador para afrontar el esfuerzo que supone prepararlo. Sin embargo, niveles elevados de ansiedad interfieren en la concentración y en el rendimiento.

La ansiedad suele generar molestias físicas, como dolores de estómago, de cabeza o alteraciones en el sueño y el apetito. Por otro lado, se tienen pensamientos negativos acerca de las propias capacidades ("no voy a ser capaz de estudiarlo todo") y se hacen anticipaciones negativas de lo que va a ocurrir ("me quedaré en blanco", "no podré controlar los nervios"). Esta falta de confianza en sí mismo se acompaña de un miedo intenso a enfrentarse a las situaciones de estudio y/o de examen, pudiendo llegar a evitarlas.

¿Quiénes son más propensos a sufrirla?

Los alumnos perciben la situación de examen como más o menos amenazante, en función de sus características personales y las del entorno que les rodea (familia, colegio, amigos). Las personas excesivamente perfeccionistas y que tienden a preocuparse mucho por las cosas tienen más probabilidad de tener problemas de ansiedad en general. Esa necesidad de ser perfectos hace que se presionen mucho a sí mismos y que "no se perdonen" cometer errores. También los niños inseguros con escasa confianza en ellos mismos y en sus capacidades pueden ser más propensos a desarrollar estos miedos. En nuestro Servicio observamos que un porcentaje significativo de las personas que acuden por ansiedad ante los exámenes tienen asociados otros trastornos de ansiedad (como fobia social, trastornos de ansiedad generalizada o trastorno obsesivo-compulsivo) o trastornos depresivos, que requieren una intervención específica.

En cuanto a los factores del entorno, la familia y en concreto la interacción entre padres e hijos, puede funcionar como variable generadora de ansiedad o protectora ante ella. Como factores generadores se encuentra la experiencia acumulada de fracasos o las interacciones punitivas ante los resultados académicos; estos pueden tener un papel determinante en la aparición de la ansiedad. Fuera de la familia, la crítica de los compañeros o la percepción de una falta de apoyo por parte de los profesores pueden favorecer la aparición de estos miedos.

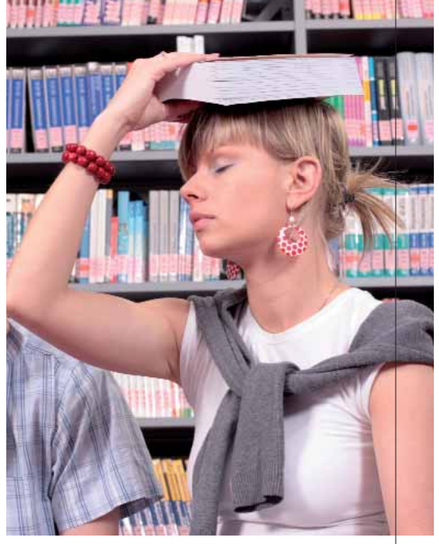
¿Qué se puede hacer para manejar la ansiedad lo mejor posible?

Estudiar de forma correcta

Como paso previo, es fundamental estudiar de una forma correcta durante todo el curso y no sólo en la época de exámenes. Una buena técnica de estudio incluye: estudiar siempre en el mismo lugar, donde se tenga todo el material necesario para el estudio y en el que no haya cosas que puedan distraernos. Es conveniente planificar un horario de estudio que sea realista y en el que se incluyan también los tiempos de descanso; lo ideal suele ser estudiar periodos de unos 50 minutos e intercalar descansos de 5 o 10 minutos. Al estudiar es importante que se extraiga el significado de lo que se estudia, evitando aprender todo el material de memoria; para ello se aconseja subrayar, tomar notas, hacer resúmenes o esquemas de lo estudiado y utilizar reglas mnemotécnicas que ayuden a la retención. Por otro lado los repasos, van a ayudarnos a afianzar lo estudiado y a sentirnos más seguros, sin embargo, también hay que dedicar tiempo a estudiar materia nueva; las personas perfeccionistas tienden a repasar lo estudiado una y otra vez y nunca llegan a sentirse satisfechos. Es importante dejar un último repaso para el día antes del examen, evitando estudiar material nuevo.

Controlar los pensamientos negativos

Es importante, primero, detectarlos cuando aparecen, ya que son potentes generadores de ansiedad. En relación con los exámenes pueden ser del tipo: "no voy a poder estudiarlo todo"... "seguro que me quedo en blanco"... "si no apruebo será un desastre". Hay que tener presente que no son pensamientos reales y que son inútiles y perjudiciales, ya que no ayudan a conseguir metas ni a resolver problemas. Para hacerles frente, hay que aprender a cuestionarlos y a desviar la atención a otros pensamientos más positivos: "yo soy capaz"... "voy a hacerlo lo mejor que sepa"... "si suspendo no se acabará el mundo".



Practicar formas de relajarse

Practicar alguna técnica de relajación como la respiración abdominal o el tensar y destensar músculos, puede ayudarnos a manejar mejor los nervios. La respiración abdominal, por ejemplo, consiste en llenar de aire completamente los pulmones, tomando el aire por la nariz, reteniéndolo durante unos segundos y expirándolo por la boca lentamente. Esto debe realizarse varias veces, concentrándose en la sensación de tranquilidad. No hay que olvidar que estas técnicas serán más efectivas cuanto más se practiquen; por ejemplo sería ideal practicarlas a diario, durante 10-15 minutos incluso en épocas en las que no hay exámenes.

El día del examen

Conviene haber dormido lo suficiente y no ir con el estómago vacío. Hay que leer el examen detenidamente para tener claro lo que están preguntándonos, antes de comenzar a responder. También es importante distribuir el tiempo por pregunta, comenzando a responder aquellas preguntas que resulten más sencillas o de las que se esté más seguro. El fenómeno de "quedarse en blanco", se produce al intentar recuperar toda la información de forma inmediata, capacidad que nuestra memoria no tiene. En caso de sentir que se tiene la mente en blanco, conviene pasar a responder otra pregunta. Esto ayudará a disminuir esa sensación tan incómoda. Es preferible "gastar" un par de minutos en dejar el bolígrafo en la mesa, respirar lentamente y generar algún pensamiento positivo cuando nos encontremos bloqueados o muy nerviosos. Antes de entregarlo, si da tiempo, es importante volver a leer el examen con atención.

Ayuda de los padres

No hay que olvidar que valorar el esfuerzo realizado por nuestros hijos más que los resultados en sí, es imprescindible para no generar una excesiva presión en ellos.

Evitar la cetoacidosis en la diabetes infantil

Dra. Mirentxu Oyarzabal
Jefe de la Unidad de Endocrinología Pediátrica y Diabetes. Hospital Virgen del Camino. Representante de la Comisión de Diabetes de la SEEP (Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica)

Cada año aparecen en España aproximadamente 1.100 casos nuevos de diabetes en niños y adolescentes. En la gran mayoría de estos casos, la causa es una falta de insulina, lo que produce al aumento de glucosa en la sangre. La insulina es la hormona que permite el paso de la glucosa al interior de las células para ser utilizada como energía; si esto no es posible, el organismo emplea otra fuente energética que proviene de la grasa, lo que da lugar a la formación de los llamados cuerpos cetónicos. Su acumulación en el organismo conduce a la cetoacidosis.

La cetoacidosis diabética (CAD) representa una de las más serias complicaciones metabólicas agudas de la diabetes mellitus. En caso de no identificarse relativamente pronto los síntomas típicos (beber mucho, orinar en abundancia), la progresión del cuadro puede dar lugar a una situación de gran gravedad, con riesgo de muerte.

Los síntomas que presenta habitualmente el niño que acude a urgencias son un decaimiento importante, náuseas, vómitos, deshidratación, respiración irregular y cierto grado de afectación del nivel de conciencia. Éste es el cuadro de la Cetoacidosis, antes conocida como "coma diabético".

En el mundo "menos desarrollado", la mortalidad asociada a esta enfermedad es del 100%, es decir, todos los niños mueren; mientras que en el mundo avanzado, dos-tres niños de cada 100 presentan una gravísima complicación de alta mortalidad que es el edema cerebral. Existe una gran variación geográfica en la frecuencia de cetoacidosis diabética en el debut de la diabetes. El rango de frecuencias va desde el 15 al 70% en Europa, Australia y Norte América. La cetoacidosis diabética en el momento del diagnóstico es más frecuente en los niños más pequeños (menores de cinco años) y en niños cuyas familias tienen mal acceso al Sistema sanitario por razones sociales o económicas. Un reciente estudio en EEUU ha mostrado una frecuencia de CAD del 25% en el momento de debut diabético.

Probabilidades de desarrollo

El riesgo de CAD en niños y adolescentes con DM-1 establecida es de 1-10 por 100 personas cada año. La omisión de insulina, sea inadvertida o deliberadamente, es la causa en la mayoría de casos de que se desencadene una cetoacidosis en un niño con diabetes ya conocida.

Hoy en día, no podemos evitar la aparición de la diabetes, pero sí prevenir esta grave situación. Con el objetivo de evitar la aparición de la CAD se está realizando a nivel mundial una campaña que se describe a continuación.

Día mundial de la diabetes

El Día Mundial de la Diabetes es un Día Mundial de la Salud oficial de las Naciones Unidas. Se celebra todos los años el día 14 de noviembre. Se escogió esta fecha porque es el aniversario del nacimiento de Frederick Banting, a quien, junto a Charles Best, se atribuye el descubrimiento de la insulina en 1921. El Día Mundial de la Diabetes está representado por un logo con un círculo azul. El círculo azul es el símbolo mundial de la diabetes y representa la unidad de la comunidad diabética mundial en respuesta a la pandemia de diabetes.

El Día Mundial de la Diabetes fue creado por la Federación Mundial de la Diabetes (FID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991, en respuesta a la preocupación por la creciente incidencia de diabetes en todo el mundo. Su misión es "promover la prevención, el tratamiento y la cura de la diabetes en todo el mundo", una declaración de intenciones que trata de resolver los desafíos a los que se enfrenta la comunidad diabética mundial en el siglo XXI. El tema central para el Día Mundial de la Diabetes 2008 es "Diabetes en niños y adolescentes" siendo el objetivo último prevenir la cetoacidosis en la diabetes infantil.

Reconocimiento precoz

Para poner en marcha esta campaña, la comunidad científica se ha apoyado en la experiencia realizada en Italia por el profesor M. Vanelli de Parma en los años 90, quien desarrolló una campaña de educación e información pública en escuelas, ámbitos sanitarios y centros pediátricos, basada en el reconocimiento precoz de los síntomas de la diabetes (beber mucho, numerosas micciones, sobre todo, por la noche). El resultado fue tan espectacular que desapareció prácticamente la cetoacidosis. La finalización de esta campaña se asoció llamativamente a un repunte de la CAD. Basándose en esta campaña, Canadá ha realizado una prevención similar con éxito. En España, en nuestra experiencia, al igual que en otros países desarrollados, alrededor de un 30% de nuestros niños ingresan en esta situación de gravedad, siendo algo inaceptable por poder ser, en la gran mayoría de casos, evitable.

La cetoacidosis diabética a menudo se instaura durante un periodo de tiempo, más o menos prolongado, en el cual la relación entre los síntomas de la diabetes (beber y orinar mucho) y la hiperglucemia está infra-diagnosticada. Reducir este periodo puede ser suficiente para prevenir la cetoacidosis en los niños con reciente diagnóstico de diabetes.

El Grupo de Trabajo Diabetes de la SEEP (Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica) ha querido sumarse a esta campaña mediante la realización de un póster que advierte de este peligro y que pretende llegar a padres, profesores, alumnos y sanitarios. Se trata de evitar la grave situación clínica que supone la cetoacidosis diabética cuando se retrasa el diagnóstico de la enfermedad. El mensaje del Día Mundial de la Diabetes para noviembre de 2008 es que ningún niño debería morir por la diabetes.

Es necesaria la colaboración de todos los profesionales sanitarios, autoridades, colegios y, sobre todo, las asociaciones de diabéticos para conseguir llevar a buen puerto los objetivos propuestos en esta campaña. La evolución en los próximos tiempos nos dirá si hemos hecho las cosas bien o no.

Comer bien en primavera

Cristina Heras Elizalde
Dietista-Nutricionista.
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra

Con la primavera comienza el buen tiempo. Nos vamos despojando poco a poco del abrigo y nuestro cuerpo se va preparando para la llegada del verano. Disfrutamos más de actividades al aire libre y nos empiezan a apetecer alimentos más frescos, eso sí, sin olvidar que es muy importante incluir alimentos de todos los grupos que aporten gran cantidad de vitaminas, minerales y antioxidantes para poder combatir la astenia primaveral, las alergias y los posibles catarros tardíos.

Al igual que en el resto de estaciones, debemos realizar, al menos, cinco comidas a lo largo del día. Lo ideal es consumir los alimentos de temporada, que nos aportan todos los nutrientes necesarios para mantener nuestro cuerpo con la suficiente energía para afrontar la primavera con optimismo y salud. Actualmente tenemos la suerte de poder disfrutar de todo tipo de alimentos en cualquier época del año, aunque cabe destacar que los alimentos propios de cada estación mantienen óptimas sus cualidades nutricionales, tienen un sabor más intenso y son más económicos.

Verduras

Las verduras tienen un bajo aporte calórico, ya que contienen un alto contenido en agua. Están compuestas por gran cantidad de vitaminas y minerales, además de fibra y antioxidantes que ayudan en la prevención de enfermedades. Recordemos que debemos consumir 2 raciones de verduras diarias, una de ellas en forma cruda (ensalada).

En primavera, además de las verduras que se cultivan durante todo el año, es tiempo de:

Espárragos: una de las hortalizas con mayor aporte de proteínas. Son diuréticos debido a que son ricos en potasio y pobres en sodio (menos los espárragos en conserva). Por otra parte son ricos en purinas, por lo que debe moderarse su consumo en casa de hiperuricemia, gota e insuficiencia renal.

Judía verde: tiene efectos diuréticos y es beneficiosa en caso de patologías de las vías urinarias como la cistitis por su aporte de potasio y arginina. Su contenido en fibra ayuda a que los azúcares se absorban más lentamente.

Alcachofas: lo más destacable es que tiene sustancias de propiedades diuréticas, hepatoprotectoras, y sustancias que limitan la absorción del colesterol, así como su importante contenido en fibra.

Pepino: es ideal para mantener hidratado el organismo ya que es muy refrescante, idóneo para los días de calor. En general es fácil digerirlo, pero hay personas a las que les resulta indigesto, lo cual puede ser debido a las sustancias amargas que se encuentran en la piel.

Ajos frescos: en comparación con el resto de verduras tienen un alto contenido en proteínas e hidratos de carbono, con lo cual su valor calórico es mayor, aunque es irrelevante ya que la cantidad que consumimos es mucho menor que la del resto de verduras. Tienen gran cantidad de cualidades: diuréticas, antibacterianas y antisépticas. Mejora la circulación sanguínea por sus propiedades vasodilatadoras, aunque debido a estas mismas, está desaconsejado su consumo elevado en caso de hemorragias o si se va a someter a operaciones quirúrgicas.

Frutas

Las frutas son alimentos que debemos incluir a diario en nuestra alimentación, ya que nos aportan gran cantidad de fibra, sustancias antioxidantes, vitaminas y minerales. Aunque su componente mayoritario es el agua, a diferencia de las verduras, tienen una mayor cantidad de azúcares en forma especialmente de fructosa, lo que hace que tengan ese sabor dulce característico. Deben consumirse como mínimo 3 raciones al día de fruta fresca.

La primavera es la mejor época para consumir:

Fresas: destaca su aporte de fibra que ayuda a mejorar el tránsito intestinal y gran cantidad de vitamina C que ayuda a la absorción del hierro de los alimentos y previene de posibles infecciones.

Albaricoque: tiene gran cantidad de agua y pocos hidratos de carbono, lo que hace que sea una fruta con menos aporte calórico que el resto. Tiene propiedades astringentes, antiinflamatorias y por supuesto antioxidantes.

Cerezas: son ricas en hidratos de carbono pero no tienen un valor calórico alto. Tienen gran contenido en fibra y antioxidantes.

Pescados y carnes

Con respecto al pescado, especialmente el azul, contiene ácidos grasos omega-3, beneficiosos para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Aporta cantidades significativas de yodo, muy importante durante la infancia, el embarazo u la lactancia, además de ser indispensable para el buen funcionamiento de la glándula tiroides. Los pescados que se comen enteros aportan mayor cantidad de calcio, ya que éste se encuentra en las espinas.

Los que podemos encontrar con mayor facilidad en las pescaderías en esta época son los pescados azules: salmón, sardina, anchoa, verdel; pescados blancos: rodaballo, gallo, lenguado; marisco: langostinos, sepia...

En referencia a la carne, cabe destacar el cordero como característica de primavera. La carne de este animal es muy grasa y en su mayor parte es grasa saturada. Para evitar consumirla se deben elegir las partes más magras del animal o los animales más jóvenes y retirar la grasa visible. Las proteínas del cordero son de muy buena calidad. En primavera la carne de cordero es más suave, tierna y contiene menos grasa que en otra época del año.

Otros alimentos

Las legumbres frescas, como habas tiernas y guisantes, se recolectan en primavera y destacan por su riqueza en hidratos de carbono y proteínas vegetales de bajo valor biológico, ya que les falta alguno de los aminoácidos esenciales. Para solucionar esto, las legumbres se pueden combinar con cereales, para que las proteínas resultantes se conviertan en proteínas de alta calidad, como las de la carne o el pescado.

Por supuesto no debemos olvidarnos que, a parte de todos estos alimentos, debemos consumir lácteos, cereales, grasas, especialmente en forma de aceite de oliva y líquidos, todo ello en cantidades recomendadas. De esta manera, siguiendo una alimentación equilibrada, conseguiremos hacer frente a alergias, cansancio y resfriados, característicos de esta época.

Primeros auxilios en verano

Dr. Diego Reyero Díez
Médico UVI-Móvil de bomberos

Hablar de fechas vacacionales o veraniegas es sinónimo de una mayor actividad. No sólo aumentamos la realización de actividades deportivas en las piscinas, playas o recintos deportivos. También se produce un aumento de los desplazamientos por carreteras, bien sea en bicicletas, motocicletas o turismos. Todo ello hace que aumente el nivel de exposición a sufrir un accidente. Además, los hábitos de vida como el tabaco o el consumo de alcohol, enfermedades silenciosas como la hipertensión, la diabetes o el colesterol, nos exponen siempre a poder sufrir una enfermedad médica aguda grave.

Podemos enfrentarnos de dos formas a esta realidad. La primera y más efectiva es la prevención. Si sabemos que los traumatismos son la principal causa de muerte en la población con edades comprendidas entre 1 y 44 años, lo mejor que podemos intentar es que estos no ocurran. No es lo mismo plantearse los accidentes como "un hecho que sucede por azar o por causas desconocidas" que hacerlo como " un hecho desafortunado por falta de atención, despreocupación o ignorancia". Si el planteamiento que hacemos es el segundo, llegaremos a la conclusión de que los fallecimientos por lesiones traumáticas pueden evitarse.

Accidentes de tráfico

Siendo los accidentes de tráfico la causa más frecuente de fallecimiento por lesiones traumáticas, queda claro que la reducción de la velocidad, el uso de los sistemas de retención (cinturón de seguridad en adultos y asientos infantiles en niños), evitar el consumo de alcohol, la utilización del casco en motos y bicicletas y, en definitiva, la utilización de los sistemas de transporte de una forma prudente y responsable, reducirá en gran medida la siniestralidad por esta causa.

En cuanto a las actividades deportivas, es una obviedad decir que la prevención de las lesiones pasa por una realización de las mismas de forma prudente y haciendo uso de los dispositivos de protección que cada actividad requiera.

Del mismo modo, unos hábitos alimenticios correctos, no abusar del alcohol u otras drogas y las visitas periódicas a nuestro centro de salud, servirán para prevenir la enfermedad médica aguda grave.

La realidad, a pesar de recalcar la importancia de la prevención, es que por desgracias los accidentes y las enfermedades médicas agudas graves ocurren y, como indicábamos antes, tendremos que enfrentarnos a ellos de una segunda forma.

Parada cardiaca

La parada cardiaca representa el evento más grave si de enfermedad médica hablamos. Cuando el corazón deja de latir, la sangre deja de fluir y el oxígeno y los nutrientes no llegan a los tejidos y no se eliminan las sustancias de desecho. El cerebro que es el órgano más sensible a la falta de oxígeno, comienza a sufrir daños al cabo de entre 4 y 6 minutos, que pasan a ser irreversibles a los 8 o 10 minutos. ¿Qué hacemos entonces ante una parada cardiaca?

Cadena de supervivencia

Está demostrado que las tasas más altas de supervivencia después de sufrir una parada cardiaca se logran si se llevan a cabo una secuencia determinada de acciones denominadas, cadena de supervivencia. Esta cadena está formada por cuatro eslabones, y todos ellos tienen la misma importancia.

Reconocer la situación de emergencia y activar los servicios de emergencias (SOS 112) es el primer eslabón. Todo el mundo debe conocer el número 112 como el de acceso a los servicios de coordinación de emergencias. Síntomas que se prolonguen más de 5 minutos como molestias sordas en el tórax, debajo del esternón, dolor o presión, dolor en tórax que se extiende hacia la parte izquierda del cuello o mandíbula, respiraciones cortas, sensación de que el corazón late demasiado rápido o demasiado lento, sudor frío repentino o ansiedad con sensación de muerte inminente, deben alertar y hacer que el paciente interrumpa cualquier actividad y active el sistema de emergencias llamando al 112. Puede ocurrir que el primer síntoma de una emergencia sea una parada cardiaca. Un paciente que está inconsciente, no respira, no tose ni se mueve está en parada cardiaca. Entonces llamaremos al 112 y pasaremos al segundo eslabón de la cadena.

Segundo eslabón

El segundo eslabón es la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) precoz. Tras activar el sistema de emergencias, el mejor tratamiento de las paradas cardiacas antes de que llegue un desfibrilador y la asistencia avanzada es la RCP. Si se hace eficazmente, la RCP ayuda a mantener la función cardiaca y la cerebral. Para aumentar las posibilidades de supervivencia del paciente, la RCP se iniciará lo antes posible. Cuanto más se divulgue la formación en técnicas de RCP en la población, más aumentará la probabilidad de que alguien pueda aplicarla inmediatamente a posibles víctimas de parada cardiaca antes de que llegue la ayuda médica. Además, el alertante puede recibir instrucciones desde el centro coordinador de los pasos a seguir, siendo un médico coordinador el que le guiará.

Tercer eslabón

El tercer eslabón es la Desfibrilación precoz. La parada cardiaca suele estar provocada por una frecuencia anómala del corazón denominada fibrilación ventricular (FV). Con la FV los impulsos eléctricos del corazón se vuelven repentinamente irregulares y poco eficaces, lo que provoca que el corazón deje de latir y que la sangre no fluya, privando de ella a los órganos vitales. El único tratamiento eficaz contra la FV es la desfibrilación, que se aplica con aparatos denominados desfibriladores. La probabilidad de supervivencia disminuye un 7 a 10% por cada minuto que se demore esta operación. Al igual que las maniobras de RCP, el futuro pasa por la formación de la población en el uso de los desfibriladores externos semiautomáticos. Estos son aparatos ligeros, seguros y precisos que dan instrucciones por voz y paso a paso para su manejo.

Cuarto eslabón

El cuarto y último eslabón de la cadena es la asistencia avanzada y la atención hospitalaria precoz. Este último eslabón que puede parecer el más importante, ya que son los profesionales sanitarios los que lo realizan, tiene muy poco éxito si la cadena se ha roto en alguno de sus eslabones o si se ha puesto en marcha demasiado tarde.

Por lo tanto, queda claro que es tarea de la población el activar y realizar los dos primeros pasos de la cadena. Cuanta más gente haya formada en RCP, mejor será el pronóstico de los pacientes que sufren un paro cardiaco.

Traumatismos

Si hablamos de traumatismos, debemos diferenciar entre los banales o leves y los graves. Ante un traumatismo grave, al igual que en la patología médica, debemos seguir unos pasos para que la atención se realice lo más rápido posible.

Lo primero y fundamental es el examen del entorno que incluye la protección personal (cuidado con la sangre, las secreciones corporales, los cristales, los escombros y resto de materiales que pueden estar en la escena) la seguridad del entorno (valorar los riesgos que existen en la escena y si la escena no es segura no entrar en ella) e intentar objetivar las características del suceso y el número de víctimas implicadas, todo ello para poder dar una información lo más completa posible al centro coordinador para que éste movilice los recursos necesarios.

El siguiente paso sería la activación de los servicios de emergencias a través del número 112. Cuanto más fiable sea la información que demos en cuanto al lugar exacto del suceso y al número de víctimas, mejor se realizará la movilización de los recursos.

El tercer paso sería la valoración inicial de las víctimas, que consiste en detectar y solucionar posibles lesiones que comprometan la vida del paciente. Esto requiere de una formación que debería estar al alcance de toda la población. Al igual que en la patología médica, cuanto más personas conozcan los primeros pasos a realizar en la atención de un herido, mejor será su pronóstico.

Si bien el centro coordinador al que accedemos a través del número 112 va a ser quien nos guíe en los pasos a seguir, la formación básica en técnicas de RCP y atención a víctimas traumatizadas debería extenderse a la mayor cantidad de población posible. Al igual que en muchos países del norte de Europa, deberíamos plantear dentro de la educación oficial la instauración de la formación en esta materia.

Perder el miedo al dentista

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

El miedo es una respuesta natural hacia lo desconocido, sobre todo si lo vemos como una amenaza a nuestra intimidad y produce sensación de alerta y angustia por la presencia de un peligro o mal, sea real o imaginario. Históricamente, los tratamientos dentales eran de carácter invasivo, lo que ha relacionado al dentista con dolor, nerviosismo y molestias que nos provocan temor. Además el ruido del instrumental, el olor de los materiales y el no poder ver y controlar lo qué está haciendo el dentista, nos provoca una situación de indefensión.

Este miedo se incrementa cuando estamos nerviosos, o si en la primera visita al dentista tuvimos una mala experiencia. Si los adultos sienten temor ante el dentista, qué podemos decir de los niños. Los padres a veces somos los causantes de infundirlo; con la celebre frase "no te va a doler" ponemos en alerta al niño, haciendo de la visita al dentista toda una odisea, ya que, es normal que se pongan nerviosos, inquietos, más si es la primera vez.

El miedo nos lleva a cancelar o posponer la visita de mantenimiento en el dentista, lo que tiene efectos negativos sobre la salud buco-dental. La boca es un órgano muy sensible. Generalmente acudimos o llevamos a nuestros hijos al dentista cuando el dolor es insoportable y no nos queda otra. Esto además provoca el "miedo a que nos regañen" en la clínica dental porque sabemos que no hemos seguido las recomendaciones para prevenir problemas bucales. No hay porque avergonzarse, ya que, el profesional comprende las dificultades que llega a tener el paciente.

El dentista en la actualidad

Ir al dentista ya no es lo mismo que años atrás. Los profesionales de la salud buco-dental cada vez están más preparados y disponen de medios que ayuden a realizar una odontología más preventiva y menos invasiva lo que evita el dolor casi en un 100%.

Hoy, el tratamiento dental es menos o nada agresivo. Hemos pasado en poco tiempo de la época de nuestros abuelos en los que el tratamiento de elección era la extracción; a la época de nuestros padres donde vieron que visitando al dentista se podían arreglar los dientes alargando la vida media de la boca; a la odontología actual, en la que enfoques preventivos nos ayudan a evitar la enfermedad. Comprendemos mejor sus causas y disponemos de marcadores que nos indican que problemas va a desarrollar el paciente y cuales de ellos los van a sufrir con más facilidad (personas de alto riesgo) para trabajar en evitarlos. En definitiva, nos dedicamos a mantener al paciente en salud, ya que, si se deja la boca a su libre evolución, ésta, inevitablemente, va enfermando y deteriorándose.

¿Qué hacer para vencer al miedo?

- Pedir al dentista explicaciones sobre los procedimientos que va a llevar a cabo, pudiendo levantar una mano para parar unos instantes con el fin de controlar su ansiedad.
- Las revisiones periódicas nos ayudarán a mantener nuestra salud o detectar cualquier problema a tiempo, para así poder tratarlo más fácilmente.
- Llevar al niño al dentista cuando le hayan salido todos los dientes de leche o al cumplir 1 año.
- Mantener una higiene bucal adecuada, siendo necesario el cepillado de los dientes después de cada comida y sobre todo por la noche, antes de dormir, completar con el hilo dental.
- Escuchar música con auriculares para evitar los ruidos y así relajarse. Estar relajado ayuda a controlar el nivel de ansiedad, ya que, el estrés pone más irritable y sensible.

Actualmente se esta utilizando en pacientes ansiosos y temerosos la sedación consciente, que es un tipo de sedación que mantiene al paciente despierto. Se utiliza el óxido nitroso, un gas usado con oxígeno, que tiene la propiedad de relajar al paciente, manteniéndolo en un estado de letargo y disminuyendo la velocidad de sus estímulos, por lo que es ideal para tratamientos dentales largos, para el paciente que padece una enfermedad dental severa, siente mucho miedo, personas con discapacidad física, etc.

La sedación consciente mantiene al paciente despierto, aunque durante su efecto no sentirá dolor propio de la curación, despertará rápidamente sin reacciones adversas y después de su efecto no recordará el proceso dental por el que pasó.

NOTA: tenemos todos que trabajar para la salud no en contra de la enfermedad. Esto incluye a dentistas, pacientes, padres, profesionales de la salud, profesores...

Manolo Ibáñez
&
RUEBER
CENTRO ANTICALVICIE
HOMBRE - MUJER

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 Servicio de Nefrología

Jesus Mª Arteaga Coloma
Jefe del Servicio de Nefrología
Hospital de Navarra

La Nefrología es una especialidad médica que se encarga de estudiar la estructura y la función de los riñones, tanto en la salud como en la enfermedad.

¿Por qué son remitidos los pacientes a la consulta del Nefrólogo?

Varias son las razones por las que el Médico de Familia u otros especialistas remiten un paciente para que sea atendido en nuestro Servicio. Puede habérsele detectado hipertensión arterial, y se desea un estudio mas exhaustivo de las causas de la misma, o bien no se puede controlar adecuadamente y se solicita la opinión de un experto en este campo. Puede ser remitido por insuficiencia renal, detectado a través de análisis de sangre. Puede ser remitido porque aparece sangre o proteínas en la orina. También por presentar litiasis renal recidivante o infecciones urinarias.

Sin embargo la actividad del Servicio se concentra básicamente en el tratamiento de pacientes con Insuficiencia Renal aguda o crónica que requieren diálisis para sobrevivir.

¿Cuáles son las funciones principales de los riñones?

Los riñones se encargan de eliminar los productos de desecho del organismo (ej: urea) y de mantener un equilibrio de los líquidos corporales, mediante la producción de orina mas o menos concentrada. Cuando los riñones fallan, se retienen una serie de sustancias en la sangre que pueden dar lugar a diferentes síntomas y que en grado extremo, comprometen la vida del enfermo. Además, puede que el enfermo deje de orinar u orine una escasa cantidad de orina, con lo que se puede producir una retención importante de líquidos que se manifieste como hinchazón o como dificultad respiratoria. Los riñones producen una serie de hormonas importantes para la producción de los glóbulos rojos de la sangre y para mantener adecuadamente los huesos.

¿Qué ocurre cuando los riñones dejan de funcionar?

Es una situación incompatible con la vida. Al enfermo se le ofrecen diferentes posibilidades de tratamiento: conservador, diálisis o trasplante renal.

¿Qué es la diálisis y qué tipos de diálisis existen?

La diálisis es un procedimiento médico por el que se depura el organismo de sustancias tóxicas almacenadas que no ha podido eliminar el riñón. Existen básicamente dos tipos de diálisis: La hemodiálisis, consistente en depurar la sangre con una máquina que lleva incorporado un filtro, que denominamos dializador, a través del cual, se limpia la sangre; Y la diálisis peritoneal, que se sirve del propio peritoneo del paciente, para utilizarlo como filtro y mantener limpio el organismo dentro de unos límites. La diálisis, sin embargo, no sustituye completamente la función de los riñones. Por desgracia, con la diálisis habitual, se consigue alrededor de un 15% de la función renal normal.

El Trasplante renal de cadáver y de vivo, constituyen la mejor oportunidad para los pacientes que tienen una insuficiencia renal crónica en estadio muy avanzado y pueden recibir un trasplante. Mejor en términos de supervivencia y también mejor, en términos de calidad de vida.

Situación de la diálisis en Navarra

Aunque ya hace más de 25 años que se comenzó a dializar en Navarra, en los últimos 10 años se ha producido un gran incremento, prácticamente triplicándose el número de pacientes que precisan este tratamiento sustitutivo renal. En Navarra, actualmente se dializan aproximadamente 300 pacientes, de los cuales alrededor de la mitad lo hacen en el Hospital de Navarra. El resto se dializan en el Hospital Virgen del Camino, la Clínica Universitaria y el Hospital de Tudela. Debido al incremento de pacientes y con ello de la necesidad de darles una atención adecuada, unido al hecho de tener que cambiar la ubicación actual en el Pabellón C por las reformas previstas en dicho pabellón, se proyectan unas nuevas instalaciones que den solución durante los próximos años a la demanda, en un contexto de calidad y confort del siglo XXI.

Recientemente se acaba de inaugurar la infraestructura más importante del Servicio de Nefrología, en el sótano del Pabellón J, dentro del recinto del Hospital de Navarra.

Instalaciones

Podemos distinguir las siguientes:

- Una zona de recepción
- 5 salas de hemodiálisis, cada una de las cuales alberga 8 monitores de hemodiálisis (riñones artificiales). Cada sala se ha diseñado con 3 criterios: la seguridad de los pacientes, el confort y tratar de mantener la intimidad de los mismos.

- 1 sala de hemodiálisis con 4 monitores
- 1 sala de agudos con dos monitores de hemodiálisis
- 1 sala de aislamiento para pacientes infecciosos
- 1 área de consultas y tratamiento ambulatorio. Es una zona dedicada a hospitalización de día, donde se realizan además actividades de enseñanza de diálisis peritoneal.
- Una zona de relax.
- Despachos, salas de trabajo y reuniones.
- Una planta de tratamiento del agua que proviene de la red pública que debe ser acondicionada para ser utilizada en el proceso de la Hemodiálisis.

¿Cuáles son los retos en el tratamiento de la Insuficiencia renal crónica?

El principal, la prevención, actuando sobre los factores de riesgo vascular como la Hipertensión arterial y la Diabetes. En segundo lugar, mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes en diálisis. En tercer lugar, mejorar la tasa de trasplantes y los resultados del mismo. En relación al último punto, debemos hacer llegar a la opinión pública que el número de trasplantes de pacientes jóvenes ha disminuido y previsiblemente disminuirá más, si como, por otra parte es deseable, disminuye la mortalidad en las carreteras españolas. La sociedad debe ser consciente de este hecho, y aceptar, como una necesidad, al igual que los países mas desarrollados del mundo occidental (USA, países nórdicos), que el Trasplante de vivo es la mejor opción que le podemos ofrecer a un paciente con enfermedad renal crónica muy avanzada, para mejorar su supervivencia y calidad de vida. Si, como parece, los avances científicos de los próximos años, consiguen que el organismo acepte como propios los injertos de otras personas sin requerir medicación inmunosupresora, habremos dado un paso de gigante en el tratamiento y en el pronóstico de los pacientes que sufren una enfermedad renal crónica.

Las grasas saturadas

Cristina Fernández Miqueleiz
Dietista-Nutricionista
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra.

Es posible que muchas personas ya sean conscientes de que un consumo excesivo de grasas saturadas contribuye al aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre. Sin embargo, lo que quizás no sepan es que este tipo de grasa puede esconderse en algunos productos bajo el nombre de "grasas o aceites vegetales". Aquí es donde debemos cuestionarnos en qué alimentos se encuentran las grasas saturadas, cómo podemos identificarlas y si estas son o no necesarias para nuestra salud.

Las grasas saturadas, que también se denominan grasas ricas en ácidos grasos saturados, son un tipo de grasa sólida a temperatura ambiente. Esto explica que alimentos ricos en este tipo de grasa como el sebo, el tocino o la mantequilla,tengan un aspecto más sólido que otras grasas. Además, la composición química de las grasas saturadas destaca porque todos sus átomos de carbono están saturados de hidrógeno. Estos y otros aspectos les diferencia de las grasas insaturadas,donde no todos sus átomos de carbono están unidos a hidrógeno sino que están unidos por dobles enlaces y además son líquidas a temperatura ambiente.

¿Dónde se encuentran?

Las grasas saturadas pueden ser tanto de origen animal como vegetal. Las grasas saturadas de origen animal están en aquellos alimentos que provienen de animales terrestres como las carnes y derivados (carnes grasas, tocino, patés, embutidos, etc.), huevos y derivados (mayonesas, pudding, mouse, etc.) y los lácteos y sus derivados (nata, mantequilla, crema de leche, queso, etc.). En cambio las grasas saturadas de origen vegetal son las grandes desconocidas y se encuentran en los aceites de coco y de palma. Estos aceites son muy económicos y con ellos se elabora bollería industrial envasada, productos de galletería, snacks fritos, precocinados, etc. Los aceites de coco y de palma proporcionan una gran palatabilidad a los productos que con ellos se elaboran, lo que hace que se consiga un producto muy sabroso y agradable al paladar.

¿Son necesarias?

Este tipo de grasa son necesarias para nuestro organismo y no podemos prescindir de ellas. Además, se encuentran en lácteos, huevos y productos cárnicos, que son grupos de alimentos que deben estar presentes en una alimentación equilibrada. Sin embargo, sí debemos controlar su consumo. Si se quiere reducir el aporte de grasas saturadas de la dieta se puede recurrir a lácteos desnatados, limitar el consumo de huevo a no más de cuatro unidades semanales y tomar carnes con poca cantidad de grasa como el pollo o el pavo sin piel, el conejo y las partes magras del cerdo o la ternera, o incluso eliminar la grasa visible de las carnes antes de cocinar. Conviene consumir de forma ocasional todo tipo de embutidos, carnes muy grasas o productos lácteos muy grasos como la nata o la mantequilla.

Especial atención al etiquetado

Con la bollería envasada, las galletas, ciertos productos precocinados, etc. se ha de prestar especial atención al etiquetado nutricional. Debemos elegir con criterio un producto u otro y no dejarnos guiar por la publicidad. Así, por ejemplo, en los lineales de los supermercados encontramos multitud de galletas diferentes. No hay que dejarse llevar únicamente por las estrategias de marketing que emplean las casas comerciales, ni mucho menos fijarse exclusivamente en la letra grande, las calorías totales o el contenido en fibra de las mismas. En algunos productos se indica la cantidad de cada tipo de grasas, por lo que hemos de elegir aquellos que, además de tener un porcentaje bajo de grasas totales, tengan una menor proporción de grasas saturadas. Sin embargo, muchas marcas no indican el tipo de grasa y la cantidad que utilizan en su elaboración, por lo que conviene prescindir de ellas. Los consumidores deben tener claro que cuando un fabricante no identifica claramente la grasa que usa (aceite de oliva, girasol, soja, mantequilla, etc.), lo habitual es que ésta sea poco saludable, como la grasa saturada (aceite de palma o coco) o grasas hidrogenadas, cuyo efecto es aún más perjudicial. Estos fabricantes se limitan a indicar entre los ingredientes el término "grasas o aceites vegetales", que confunde al consumidor, ya que éste lo asocia con beneficios para la salud, y detrás de este mensaje esconden grasas perjudiciales para la salud cardiovascular. En definitiva, siempre que se pueda, conviene elaborar la repostería casera o, en su defecto, comprar aquellos productos cuya etiqueta ofrezca garantías de buena calidad nutricional.

Y, si hablamos de cifras, cabe destacar que del 30 al 35% de las grasas que se recomienda ingerir a diario, las grasas saturadas deben representar menos del 7% de la energía total, el resto han de ser grasas insaturadas. Si este porcentaje se supera de forma habitual puede resultar perjudicial para la salud puesto que dichas grasas elevan los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre.

Como conclusión, para mantener una ingesta de grasas adecuada y una alimentación sana y equilibrada conviene consumir: entre 4 y 6 raciones diarias de cereales y derivados; 5 raciones de frutas y verduras al día; emplear el aceite de oliva tanto para aliñar como para cocinar; consumir entre 2 y 4 raciones de lácteos al día (dando prioridad a los productos desnatados o semidesnatados); carnes, pescados y huevos de 1 a 2 veces al día; entre 2 y 4 veces por semana legumbres; pequeñas cantidades de frutos secos a diario; y, de forma ocasional, embutidos, carnes grasas, dulces y bollería.

Comiendo sano nuestra salud cardiovascular nos lo agradecerá. Y, por supuesto, no esperes a que la salud te obligue a mejorar la alimentación.

Otitis serosa y repercusión en adquisición del lenguaje

Una visión desde los Especialistas del Lenguaje

Inés Rubio Vega
Psicóloga Especialista en Lenguaje
Centro Diagnóstico y Atención Temprana

La Otitis Media Serosa (OME) supone la acumulación de líquido en el oído medio en ausencia de signos de infección aguda. Pueden ocurrir como episodio aislado o ser consecuente a una Otitis Media Aguda (OMA).

A lo largo del desarrollo del niño (normalmente hasta los 2 años) es normal que se produzcan episodios de otitis agudas que, aunque puedan ser recurrentes, se superan con rapidez sin repercusiones en la audición.

¿Qué ocurre a partir de los 2 ó 3 años cuando el niño ya tiene ciertas destrezas adquiridas a nivel de lenguaje, tanto comprensivo como expresivo? De acuerdo con la especialista Paloma Rodríguez, Otorrinolaringóloga del Servicio Navarro de Salud , en esta franja de edad el peligro se centra en la presencia de otitis medias con menor sintomatología clínica y, por tanto, con mayor dificultad para una detección rápida. En estas edades la otitis serosa puede ser reiterativa y variable en intensidad y duración. Dependiendo de la acumulación de mucosidad en el oído la calidad de la audición del niño también se verá afectada en mayor o menor medida.

Actuación pediátrica

Uno de los aspectos esenciales para una correcta intervención (ya sea a nivel de observación /seguimiento como de tratamiento quirúrgico) se centra en la actuación pediátrica. Una derivación del pediatra al especialista ante cualquier tipo de duda permitirá un diagnóstico preciso evitando riesgos innecesarios en los que se suponen períodos críticos a nivel madurativo en el desarrollo del niño. Desde que el niño nace comienza su entrenamiento en aspectos como audición, orientación al sonido, percepción y discriminación auditiva, memoria auditiva, etc. A partir de los dos años y medio el niño empieza a emitir frases de dos palabra y sus producciones se van haciendo más complejas; pero previamente a que esto ocurra, su sistema auditivo ha ido desarrollando habilidades más sutiles como distinguir sonidos semejantes del habla (discriminación auditivo-fonética), secuenciar ordenadamente los sonidos dentro de la cadena hablada, etc. Estos aspectos irán evolucionando continuamente a medida que el niño crezca y le permitirán progresivamente conseguir una destreza especial a nivel fonológico (para distinguir sonidos) y también a nivel fonético (para articular dichos sonidos).

Casi todos los estudios que se han llevado a cabo para relacionar ciertos retrasos del desarrollo del lenguaje con la falta de audición por OMS han sido contradictorios por falta de consistencia en el diseño. Lo que sí es evidente es que existen ciertos síntomas funcionales, comportamentales sobre todo, observados en ambientes escolares, o fáciles de detectar por profesionales especialistas en lenguaje que indican que algo está fallando en el sistema auditivo y lingüístico del niño.

Menor sintomatología

¿Qué ocurre cuando un niño en edad de afianzar el lenguaje presenta OME pero con una menor sintomatología clínica? En principio en la mayoría de casos los niños con otitis suelen sufrir pérdidas leves de audición, por esto la tendencia es esperar y observar. En este punto uno de los problemas más importantes es que en este proceso existe falta de coordinación entre los distintos profesionales

relacionados con este desarrollo de la audición y de la adquisición del lenguaje.

En la práctica clínica los logopedas o psicólogos especialistas en lenguaje explican como una y otra vez la decisión de derivar al niño al otorrinolaringólogo o de intervenir mediante drenajes transtimpánicos llega cuando éste ya ha pasado varios meses integrado en la escuela con sintomatología comportamental (falta de atención, tendencia a aislamiento, bajo rendimiento en tareas escolares) y de lenguaje (dificultades a nivel fonológico y fonético de evolución lenta).

De acuerdo con la especialista Paloma Rodríguez, a partir de los 2 años puede existir mucosidad en el oído que puede no ser detectable simplemente a nivel de conductas observables por parte del niño. Además, esta mucosidad puede tener formas variables por lo que, ante la duda, la valoración del otorrinolaringólogo es esencial. Como criterio de intervención se sigue el siguiente protocolo: si se detecta una otitis unilateral se puede llevar a cabo un seguimiento de unos 8 meses de observación. Si la otitis es bilateral, se considerará crónica a partir de 4 meses de persistencia. Todo esto siempre y cuando no haya patología de lenguaje o de cualquier problema en el desarrollo del niño. En estos casos los tiempos de toma de decisiones se acortarán.

Vocales y consonantes

Es curioso que aunque la variabilidad de los umbrales de audición pueda ir desde los 20 dB hasta más de 35 o 40 dB, apenas se tenga en cuenta como criterio de riesgo cuando nos encontramos ante una población que está en plena adquisición del lenguaje. ¿Cuál debería considerarse la pérdida auditiva mínina para alertarnos sobre posibles repercusiones en adquisición del habla? Hay que tener en cuenta que la mayoría de las pruebas de audición estandarizadas manejan sonidos puros y no sonidos del habla. Es frecuente encontrarnos con niños que presentando otitis serosa dan resultados aceptables a nivel de pruebas auditivas pero que sin embargo presentan alte-

raciones fonológicas y articulatorias constatables como por ejemplo dificultades en la discriminación de sonidos /p-b/ o en la adquisición de sonidos sordos /p, t.../. "La razón reside en la naturaleza misma de los sonidos del lenguaje, en los que el máximo de energía elocutiva reside en las vocales y consonantes sonoras. Las consonantes sordas contienen tan poca energía elocutiva que a menudo caen aún por debajo de los umbrales auditivos normales en la conversación rápida habitual". Esta es la razón por la que los niños deben de ser capaces de recibir una estimulación auditivo-lingüística en su totalidad en estas edades en las que se está configurando todo su sistema lingüístico. Si la entrada perceptiva de sonidos del habla no es adecuada (aunque la pérdida auditiva sea muy pequeña) muy posiblemente nos encontremos con repercusiones en el desarrollo del habla.

Conclusión

Como conclusión de lo expuesto anteriormente, podemos señalar 3 aspectos relevantes: Importancia de una detección temprana. Necesidad de una coordinación bidireccional entre médicos y profesionales del lenguaje y necesidad de crear protocolos de seguimiento conjuntos para observar audición y progreso en la adquisición de los sonidos del habla.

Planteamiento de una estimulación temprana a nivel de habla y lenguaje ante cualquier tipo de duda. En lugar de esperar y observar, mejor incidir a través de programas preventivos que faciliten el desarrollo de habilidades de discriminación auditiva y de producción de fonemas (apoyo de lectura labial, etc.), sobre todo, anticipando y reforzando la adquisición de estrategias previas al lenguaje escrito.

Alimentos transgénicos

Amelia Marti del Moral, PharmD, PhD
Profesora Titular de Fisiología
Universidad de Navarra

Los alimentos transgénicos son aquellos en cuya producción (o en la de sus ingredientes) se han utilizado técnicas de ingeniería genética. Se llaman también alimentos recombinantes o modificados genéticamente (MG). Con estas técnicas se pretende introducir nuevos genes en células animales o vegetales, para que realicen nuevas funciones mediante la síntesis de nuevas sustancias o bien para modificar e incluso suprimir la expresión de un gen propio. La ingeniería genética representa un gran potencial, ya que se pueden intercambiar genes de distintas especies.

Por ejemplo, podemos tener tomates transgénicos a los que se le introduce un gen para que maduren sin ablandarse o fresas transgénicas capaces de crecer a bajas temperaturas, etc. Estos alimentos deben ser iguales en todo a los convencionales, excepto en la característica nueva que han adquirido por la introducción o supresión de un gen con una función propia.

Novedad de los alimentos transgénicos

El hombre ha actuado como un verdadero biotecnólogo de alimentos desde casi el principio de su existencia. Mucho antes de que las bases científicas fueran comprendidas, el hombre se ha aprovechado de la variación genética para seleccionar por técnicas de cruce y selección, especies de plantas y animales mejoradas y ha utilizado microorganismos y enzimas para la elaboración de diversos productos fermentados. De manera que, las técnicas tradicionales de selección y cruce también se basan en el intercambio de material genético, aunque dicha transferencia es al azar y sólo se da entre individuos de la misma especie. Por ejemplo: cruces entre variedades de plantas similares o de árboles frutales.

Desarrollo de la biotecnología

La biotecnología es una herramienta nueva que permite agilizar y canalizar la transferencia de genes de manera que no sea al azar, sino altamente específica. Permite elegir qué genes se transfirieren y dónde se insertan. Su mayor potencial estriba en que permite una transferencia de genes incluso entre organismos de especies diferentes, esto es por ejemplo entre vegetales y animales. Ejemplo: a plantas de fresas se le pueden insertan genes de peces del Ártico. Esta propiedad conlleva que esta nueva tecnología sea algo revolucionaria en términos de los beneficios potenciales que puede aportar; aunque también produce preocupación desde el punto de vista ético, con relación al medioambiente, a la seguridad y estabilidad biológicas, etc.

Los avances en la biotecnología han sido graduales produciéndose fundamentalmente a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. En primer lugar, el descubrimiento de la estructura de los ácidos nucleicos (ADN): hebras que contienen la información genética y explican y/o dirigen el comportamiento de las células, a mediados de los años 50. En 1960 se descubren los plásmidos, secuencias de ADN circular, fáciles de manipular y de replicación independiente al ADN genómico. A partir de los años 70 se sigue progresando y se obtienen las ligasas y las enzimas de restricción, el ADN recombinante y los plásmidos de transferencia. Estos se utilizan como vehículos (vectores) para la transferencia de genes obteniéndose en los años 80 las primeras plantas transgénicas con genes de origen bacteriano. Además de conseguirse importantes avances en el cultivo de células in vitro así como en la regeneración de plantas enteras a partir de diversas partes.

Aplicaciones al sector de producción alimentaria

Las aplicaciones de la biotecnología en la obtención de alimentos se pueden agrupar en tres grandes áreas: agricultura, industria alimentaria y producción animal. Con los alimentos transgénicos se buscan soluciones a problemas antiguos tales como aumentar la calidad y el valor nutricional de nuestros alimentos, sin olvidar la importancia de disponer de un aporte de los mismos en cantidades adecuadas y a unos precios razonables. Los alimentos transgénicos no son la panacea ni van a sustituir a los productos tan variados presentes en nuestra gastronomía.

Tras una década de investigaciones y desarrollo de nuevas variedades con propiedades interesantes se empezaron a cultivar a gran escala diferentes tipos de plantas modificadas genéticamente. A escala mundial la superficie cultivada aumentó entre 1996 y 1999 de 1.7 millones de hectáreas a casi 40 millones (20 veces). En los países asiáticos del Sur de América y EE.UU. la producción se esta incrementando de forma muy significativa. A modo de curiosidad se puede señalar que en EE.UU. la extensión de terreno sembrado con maíz modificado genéticamente equivale a la superficie total que la Unión Europea dedica al cultivo de maíz tradicional. La producción mundial más abundante corresponde al cultivo de soja, seguida de maíz y canola.

En Europa las primeras especies aprobadas para su comercialización hasta 1999 fueron diferentes tipos de maíz, soja, colza y achicoria. En el entorno de UE el maíz ocupa el primer lugar en cuanto a liberación de especies transgénicas seguido de colza, remolacha y patata.

Riesgos para la salud

A pesar de los numerosos beneficios derivados del uso de la biotecnología en la alimentación, los alimentos transgénicos tienen riesgos potenciales para la salud de diversa índole y que han despertado gran alarma social. Entre los que se encuentran:

- Interacciones entre genes inesperadas, por ejemplo algunos estudios encuentran pesos algo inferiores en animales alimentados con plantas transgénicas.
- Riesgo de cáncer, por ejemplo si contienen mayores niveles de residuos –pesticidas- que los alimentos convencionales.
- Potencial alergénico debido a la presencia de nuevas proteínas. Se debe examinar con rigor.
- Transferencia horizontal de genes puede darse entre miembros de la misma especie o diferente o incluso de reinos distintos.
- Resistencia a antibióticos, que pueda trasferirse de unos organismos a otros, debido a que en algunos procesos tempranos de la modificación genética se usan genes de resistencia a antibióticos. No hay evidencias de que haya sucedido.

Riesgos medioambientales

Aparte de los riesgos para la salud humana están los riesgos medioambientales y además de las cuestiones científicas, sociales y todas las relacionadas con el medio agrícola.

Conviene señalar que el riesgo biológico más importante es la llamada "fuga de genes", que depende de la especie vegetal (silvestre) y del gen transferido. La contaminación biológica es difícil de medir y tiene mayor importancia en relación con genes selectivos como la resistencia a herbicidas. Puede llevarse a cabo de tres maneras:

- A través de la persistencia vegetal en suelos de semillas o restos de plantas transgénicas que pueden quedar en el campo tras la cosecha, o inclusos ser transportadas a largas distancias. El peligro estriba en la aparición de "supermalashierbas" –hierbas transformadas con resistencia genética a herbicidas.
- A través del polen, de plantas transgénicas que puede fertilizar a otras que no lo sean. Este proceso depende de la compatibilidad reproductora entre dichas plantas. Si las especies vegetales fueran parecidas se podrían formar "supermalashierbas".
- Otros riesgos potenciales estarían en relación con la reducción de la biodiversidad silvestre, de la biodiversidad agropecuaria, la contaminación de suelos o acuíferos a través de bacterias MG que expresen ciertas sustancias tóxicas, etc.

Por todo ello aunque la ingeniería genética representa un gran potencial deberemos ser cautelosos en su aplicación al sector alimentario puesto que debe primar la salud y seguridad alimentaria del consumidor. Además, se deberían premiar las actuaciones respetuosas con la naturaleza de los alimentos y con el medio ambiente.

Preparación maternal

Marta Sanzol Marco
Matrona
Hospital Virgen del Camino

Ser madre es una de las tareas más difíciles en la vida de una mujer. Durante el embarazo, además de la ilusión, la emoción y múltiples expectativas, surgen también incertidumbres, dudas y miedos relacionados con el embarazo, el parto, el cuidado del recién nacido, etc. En muchas ocasiones nos encontramos con una realidad totalmente diferente a la que nos la habíamos imaginado.

En Navarra el control de los embarazos se realiza en los CAM (Centros de Atención a la Mujer), siempre que la gestación lleve un curso normal. Las visitas se realizan con un protocolo ya establecido y, según las semanas de gestación, las realiza un ginecólogo ó una matrona.

Complementariamente a estas visitas, se ofertan desde estos centros los programas de Preparación Maternal, coordinados e impartidos por una matrona. El acceso a estas clases es totalmente voluntario y va dirigido a las gestantes que lo deseen y a sus parejas. Cada mujer debe acudir a los cursos de Preparación Maternal que se desarrollen dentro del CAM donde controla su gestación. Puede acudirse a otro centro que no sea el de referencia por diversas circunstancias como incompatibilidad de horarios, lejanía en relación al lugar de trabajo, etc.

Objetivos

Los objetivos que se persiguen con estos cursos son preparar física, psicológica y emocionalmente a los futuros padres. Mejorar sus conocimientos sobre embarazo, parto, puerperio, lactancia, recién nacido, etc., aprendiendo a identificar signos de alarma. Adquirir recursos y habilidades para vivir activamente tanto el embarazo como el parto y la crianza de sus hijos.

Afianzar la seguridad de las mujeres y romper con falsas creencias, mitos y tabúes, tratando de eliminar miedos y ansiedades.

Facilitar el proceso adaptativo familiar del trinomio madre-bebé-padre, ofreciendo una perspectiva más completa de los cambios que la maternidad supondrá en sus vidas.

La preparación Maternal se inicia durante el tercer trimestre de embarazo, hacia el 6º mes. Consta habitualmente de 7 sesiones grupales. Las sesiones son semanales, con una duración aproximada de 2 horas. Constan de una parte teórica y una parte práctica.

Contenido de las sesiones

Los temas que se desarrollan durante estas semanas son:

- Primera sesión: Embarazo, cambios fisiológicos del tercer trimestre. El suelo pélvico. Señales de inicio de parto. Motivos por los que acudir a urgencias.
- Segunda sesión: Fases del parto: dilatación, expulsivo y alumbramiento. Importancia de las contracciones uterinas en todo este proceso y de los principales recursos que disponemos para afrontarlas: tranquilidad y distracción, relajación y respiración. Papel de los acompañantes durante el parto. Importancia del padre no como mero espectador sino como participante del proceso del parto y del nacimiento de su hijo. Pocas vivencias son tan emotivas y de tanta intensidad como el parto.
- Tercera sesión: Tipos de parto: normales, instrumentales, cesáreas. Inducción al parto. Complicaciones. Información de las diversas opciones de parto. Técnicas para el control del dolor: posiciones corporales, respiración, uso de pelotas, masaje, anestesia epidural, etc.
- Cuarta sesión: Puerperio o postparto: se trata de un periodo en el cual las estructuras maternas que han participado en el embarazo y en el parto recuperan su estado. El cuerpo va volviendo a la normalidad lentamente. El puerperio supone un periodo importante de adaptación a una nueva situación, en la cual nunca deben ocultarse los sentimientos. Las tres palabras clave que se deben tener presentes durante este periodo son: reposo – tranquilidad – confianza. Los temas que se tratan durante esta sesión son: cambios físicos, emocionales y psicológicos que ocurren en este periodo.

tristeza puerperal y depresión postparto.
cuidados maternos: cuidados de la episiotomía – desgarro, higiene, loquios, dieta, etc.
signos de alarma del puerperio.
sexualidad y métodos anticonceptivos.

- Quinta sesión: Lactancia materna: claves de la lactancia materna, ventajas para la madre y el recién nacido, cambios en la composición de la leche, posición del bebé al pecho, diferentes posturas para amamantar, técnica del amamantamiento, posibles dificultades con la lactancia, prevención y tratamiento de posibles problemas que puedan surgir como ingurgitación mamaria, grietas, mastitis, extracción manual de la leche, utilización de sacaleches, conservación de la leche materna.
- Sexta sesión: Crianza del bebé y cuidados del recién nacido: características normales del recién nacido, alimentación, baño, sueño, llanto, etc. Vínculos afectivos e importancia del contacto piel con piel. Cólicos del lactante.
- Séptima sesión: Trámites administrativos: inscripción en el registro civil del recién nacido, solicitar cobertura sanitaria, prestación por baja maternal, permiso de lactancia, etc.

En el desarrollo de estas clases siempre se tiene en cuenta las necesidades e inquietudes de cada grupo y se adecuan los temas a las circunstancias.

Prácticas

Además de estas sesiones teóricas, se realizan diversas actividades prácticas.

Entrenamiento de técnicas de respiración. La importancia de la respiración radica en varios aspectos:

- mejora la oxigenación madre-bebé, con lo cual se consigue un mayor bienestar materno-fetal.
- supone una importante herramienta para alcanzar un estado de relajación que ayude a afrontar las contracciones durante el trabajo de parto.
- aumenta la tolerancia al dolor.
- favorece el autocontrol.

El objetivo final de estas prácticas es conseguir crear un reflejo condicionado "Contracción – Respiración – Relajación". Los reflejos condicionados se crean repitiendo, por lo que la constancia en el entrenamiento respiratorio es imprescindible.

Entrenamiento de los denominados "pujos": ayudan al bebé para que descienda por la pelvis durante el expulsivo.

Ejercicios físicos: dirigidos a conseguir una buena higiene postural en las actividades diarias, a mejorar la flexibilidad de la pelvis y la circulación de las piernas, a reforzar la musculatura abdominal, pectoral y perineal y a tomar conciencia del suelo pélvico.

Ejercicios de Kegel: destinados a fortalecer y recuperar el suelo pélvico; conjunto de músculos que sostienen la parte baja del abdomen y actúan como una hamaca para la vejiga, útero e intestino.

Técnicas de relajación sofrológica, respiración profunda y concentración, que nos van a permitir reconocer nuestro cuerpo.

Conclusión

El embarazo supone una etapa de la vida donde se producen multitud de cambios físicos y psicológicos que movilizan muchas emociones: alegría, euforia, miedos, bienestar, inseguridades, cansancio, ilusión, ambivalencias... Es necesario escucharnos, reconocer que necesitamos y que sentimos, compartir nuestras inquietudes.

Los cursos de preparación maternal son un recurso que nos facilita conseguirlo.

La preparación maternal supone un tiempo y un espacio donde poder hablar y reflexionar, compartir inquietudes y experiencias con otras parejas, sentirse escuchado y apoyado y sobre todo ayuda a alcanzar un grado de conocimiento, seguridad y confianza en una misma para vivir un embarazo más saludable, afrontar el parto con mayor tranquilidad y prepararse para la crianza de nuestros bebés.

Envejecimiento en animales

Desde el gusano hasta la tortuga gigante

Xabier Artaechevarria Artieda
Ingeniero de Telecomunicación
Laboratorio de Imagen del Cáncer, CIMA

Una tortuga gigante puede llegar a vivir doscientos años, mientras que son pocos los individuos de la especie de gusanos Caenorhabditis elegans los que sobrepasan las dos semanas de vida. Todos los animales envejecen antes o después, aunque ocurra a distintas velocidades. ¿Todos? En realidad, no todos.

La hidra es un pequeño animal que vive en algunos lagos y ríos de los trópicos, y su organismo no muestra signos de envejecimiento independientemente de su edad. Esto nos lleva a hacernos varias preguntas, como, ¿por qué envejecen unos animales antes que otros? ¿Existe un programa genético para ello? Y si existe, ¿cómo ha escapado a la fuerza de la selección natural? Recientes investigaciones en el campo de la genética del envejecimiento y una mejor comprensión de las leyes de la evolución de las especies permiten esbozar respuestas para estas preguntas aunque, como suele ocurrir en ciencia, estas respuestas lleven a nuevas preguntas.

La esperanza de vida de los insectos del orden de los efimerópteros apenas sobrepasa unas pocas horas, frente a los doscientos años que puede llegar a vivir una tortuga gigante. Entre estos dos extremos encontramos al resto de especies animales, cada uno con una esperanza de vida que va desde los minutos hasta las decenas de años. Parece obvio que cada especie tiene una esperanza de vida diferenciada del resto, lo que hace suponer que la genética juega un papel clave en este aspecto. De hecho, los investigadores han sido capaces de aumentar significativamente la esperanza de vida en individuos de varias especies, como los gusanos C. elegans o los ratones, mediante alteraciones genéticas.

Sin embargo, no se ha conseguido detener del todo el proceso de envejecimiento. Además, si el envejecimiento estuviese totalmente programado por el ADN, los gemelos monocigóticos (los que tienen unos genes idénticos) deberían envejecer al mismo tiempo y de la misma manera. Así, podemos decir que la genética es importante en el proceso de envejecimiento, pero no es el único factor que influye.

Selección natural

La idea de la evolución de las especies por medio de la selección natural, introducida por Darwin en 1859, revolucionó la forma de entender la biología. Según esta teoría, la selección natural favorece las mutaciones genéticas que aumentan las probabilidades de supervivencia de una especie, y desecha las que son perjudiciales. De acuerdo con esta idea, podríamos pensar que los genes relacionados con el envejecimiento deberían haber sido rechazados, por contribuir de forma negativa a las posibilidades de supervivencia de un individuo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la selección natural actúa durante millones de año sobre los individuos de las especies que viven en estado salvaje. En ese contexto, la supervivencia está sujeta a agresivos factores externos como la disponibilidad de alimento, la presencia de depredadores y las condiciones atmosféricas. Por ejemplo, la mayoría de los ratones de campo mueren antes de cumplir un año, normalmente de frío, mientras que en cautiverio y en condiciones adecuadas pueden llegar a vivir dos años. Dado que en la naturaleza son muy pocos los individuos de las especies que llegan a la vejez, los genes que tienen efecto en esa edad escapan a los efectos de la selección natural.

No sólo genética

Ya hemos visto que la genética por sí sola no puede explicar el proceso de envejecimiento de las especies. También podemos entender que el envejecimiento ocurra a pesar de la selección natural. Pero, entonces, ¿por qué envejecen los animales? La teoría que explica esto de la forma probablemente más satisfactoria es la llamada teoría del soma desechable. Las células reproductoras de los animales, aquellas encargadas de transmitir la información genética de generación en generación, constituyen la llamada línea germinal o germen. Por otro lado, el resto de células constituyen la llamada línea somática o soma. Según esta teoría, la línea germinal estaría llamada a ser inmortal, por transmitirse de una generación a la siguiente. El soma, en cambio, sería un conjunto de células desechable, distinto en cada generación e individuo, y que está al servicio de la perpetuación de la línea germinal.

Recursos limitados

El hecho es que la vida de un animal exige la realización de varias tareas, como el desarrollo del cuerpo, la alimentación y el mantenimiento del soma en buenas condiciones. El problema es que existen unos recursos limitados, en forma de energía limitada, para la realización de estas tareas. Como ejemplo, podemos imaginar que para una gacela escapando de un león lo más efectivo es concentrar toda su energía en correr lo más rápido posible, y se deje la reparación de pequeñas alteraciones que puedan ocurrir en su organismo a cualquier nivel (molecular, celular, tejidos, órganos, etc.) para otro momento más adecuado. De igual manera, si la mayoría de ratones mueren antes del primer año de vida, lo normal es que no utilicen demasiada energía para mantener su cuerpo en buenas condiciones más allá de ese primer año. Invertirán esa energía que podrían utilizar en mantenimiento en otras tareas vitales como la alimentación y la reproducción. Un ejemplo extremo de soma desechable el salmón del pacífico. Estos animal vive en las aguas del océano Pacífico hasta que llega el momento de reproducirse. En ese momento, y guiados por un instinto cuyo mecanismo desconocemos, vuelven al río en el que nacieron. Es tal el esfuerzo que tienen que realizar para remontar el río a contracorriente, que mueren inmediatamente después de fecundar los huevos. Una vez realizada su función reproductora, el soma se desecha en favor de las nuevas generaciones.

Programados para vivir

En conclusión, se puede decir que los animales no están programados para envejecer y morir, sino para vivir. Lo que ocurre es que, de alguna manera, vivir envejece. En todas las especies animales, la selección natural ha optado por la estrategia del soma desechable. Esta es una apuesta con mucho sentido, porque ¿qué sentido tendría invertir una gran cantidad de energía en mantener el cuerpo en buenas condiciones para siempre, si la vida en la naturaleza está llena de peligros? Lo lógico es repartir la energía: un poco para el mantenimiento, otro poco para la generación de calor cuando hace frío, otro poco para la reproducción, etc. ¿Y qué es entonces lo que hace que unas especies vivan más que otras? Es sencillamente una diferencia en la cantidad energía disponible y en la forma de distribuirla, motivada por las condiciones externas.

¿Y qué ocurre con la hidra? Como hemos dicho al principio del artículo, nuevas respuestas llevan a nuevas preguntas...

NOTA: El presente artículo está basado en el artículo "Xixareak, dortoka erraldoiak eta hidra hilezkorra", ganador del primer premio en el certamen de artículos de divulgación en euskera CAF-Elhuyar, y disponible en el número de abril de la revista de divulgación científica Elhuyar.

Trastornos inflamatorios del folículo pilosebaceo

Dra. Ana Valcayo Peñalba
Servicio de Dermatología
Hospital de Navarra

La piel contiene estructuras conectadas a ella que denominamos anejos cutáneos. Son las glándulas ecrinas y apocrinas, los folículos pilosebáceos y las uñas. Los folículos pilosebáceos son una unidad funcional formada por el pelo, la glándula sebácea, y el músculo erector; y en algunas localizaciones como axilas, areolas mamarias, región anogenital y periumbilical también con glándulas sudoríparas apocrinas. Se distribuyen por la piel de todo el cuerpo excepto en palmas y plantas, siendo en cuero cabelludo donde su grosor y densidad es mayor.

Por tanto, incluso en zonas donde no es evidente la presencia de pelo, por ser este mínimo o rudimentario, sí podremos observar los poros, como vulgarmente decimos, que marcan el orificio de salida de los folículos. En muchas ocasiones, la inflamación del folículo, por diversos motivos y a distintos niveles, condiciona la presencia de nódulos o "bultos", rojos o eritematosos, más o menos a tensión, que se acompañan con frecuencia de picor y/o dolor. Pueden evolucionar a pústula que en el tronco suelen observase centradas por el pelo. Los procesos típicos de inflamación folicular son: las foliculitis y el acné. En muchas ocasiones las lesiones son descritas como "granos".

Acné

El acné es una enfermedad que evoluciona con brotes más o menos subagudos, de diferentes intensidades, durante un período de años, en los que la piel, por la influencia hormonal, realiza su evolución natural de piel infantil muy seca, a piel del adulto con folículos plenamente desarrollados y ya normalizados en su funcionalidad. El cambio siempre se acompaña de lesiones pero en ocasiones son mínimas. Depende de diferentes factores hereditarios, hormonales y factores externos, como Propinobacterium acnes, del uso de sustancias con alto contenido en grasas o manipulaciones, el que se presenten formas más intensas, agresivas y/o resistentes a tratamientos.

El acné es típico en edades juveniles, desde los 14 a los 25 años, pero puede presentarse también en edades más tardías. Además de afectar a la cara, puede ocasionar lesiones en el tronco sobretodo en la "V" pectoral y la parte superior de espalda. Para poder realizar un diagnóstico de acné, estas lesiones inflamatorias se han de acompañar de poros dilatados, conteniendo queratina que conocemos como comedones. Estos pueden ser "abiertos", que se observan como puntos negros, y son las clásicas espinillas; y los "cerrados", que son blancos y más frecuentes en cara. Se combinan estas lesiones no inflamatorias con lesiones inflamatorias como las descritas anteriormente: pápulas, pústulas y nódulos, de pequeño tamaño y salpicados o en formas más severas de mayor tamaño, combinándose con lesiones fluctuantes, quísticas y cicatrices.

Tratamiento

Los tratamientos han de adecuarse a la severidad, extensión, localización y forma clínica de cada momento. En formas leves y con lesiones superficiales, los tratamientos locales con queratolíticos y antibióticos tópicos pueden obtener muy buenos resultados si se aplican de forma continuada. En las formas moderadas y severas se requieren tratamientos orales que deben ser supervisados por el dermatólogo, con anticonceptivos , antibióticos, o isotretinoina. El tratamiento hormonal sólo tiene sentido en mujeres que además pueden beneficiarse de realizar contracepción al tiempo que se controlan los brotes de acné. Los tratamientos con antibióticos pueden obtener remisiones en casos moderados, pero suelen precisarse durante temporadas. Se pueden combinar con tratamientos queratolíticos. La isotretinoina es el fármaco de elección en los casos severos de acné y en los que son rebeldes a otros tratamientos. Los efectos secundarios más importantes que pueden presentarse, además de la capacidad teratogénica que tiene, son alteraciones de lípidos en sangre y hepatotoxicidad. Otros efectos secundarios menos severos pero más frecuentes y molestos son la intensa sequedad de piel y mucosas durante los 4-6 meses que dura el tratamiento. Es preciso informar al enfermo antes de iniciar este tratamiento de los posibles efectos no deseados que pueden presentarse así como de los controles analíticos que se requerirán durante el tratamiento para supervisarlo. Se requiere receta e informe del dermatólogo.

Consejos Prácticos

- En los procesos de inflamación del folículo pilosebaceo y el acné en tronco, es importante evitar el uso de ropa ajustada porque puede rozar, irritar y favorecer la oclusión y por tanto las lesiones. Es preferible usar prendas de algodón, evitando fibras, para disminuir la sudoración y favorecer la transpiraración.
- Cualquier cosmético, sobre todo los más ricos en grasa, favorecen la oclusión del poro y la formación de comedones. Si se precisan fotoprotectores o tratamientos locales, es preferible usar los que denominamos no comedogénicos o en forma de gel para minimizar este efecto.
- La higiene con lavados de la zona o ducha diaria permiten un mejor control de la transpiración y evitan la oclusión y dilatación del poro. Lo podemos considerar como un primer escalón de tratamiento. Muchas veces se pueden usar soluciones jabonosas más específicas para ese proceso y/o con desinfectantes.
- Ser paciente y perseverar en las indicaciones dadas por el dermatólogo, ya que la mejoría no es inmediata y aparece al cabo de unas semanas.
- Evitar automedicarse y consultar al médico y/o dermatólogo siguiendo sus pautas de tratamiento y visitas que te indique.

Mitos Sobre el Acné

- El acné no mejora por el sol, aunque si puede notarse menos intenso sobre todo en tronco, por efecto del uso de ropa más ligera con disminución de la sudoración y del roce, y por el bronceado que atenua las rojeces de las lesiones inflamatorias.
- La alimentación no influye en el acné por lo que no hay que eliminar nada de la dieta.

Foliculitis por pityrosporum

Se caracteriza por una erupción crónica, moderadamente pruriginosa, de pápulas cupuliformes y pequeñas pústulas que se localizan en la porción superior de la espalda y zonas adyacentes; puede asociarse a pitiriasis versicolor o a dermatitis seborreica y es causada por un microorganismo, Malazessia furfur, por lo que revierte fácilmente con tratamientos antimicóticos. Este hongo es de amplia difusión y sólo es patógeno en determinadas condiciones de la piel y por predisposición personal, por lo que no se considera enfermedad contagiosa. Es preferible realizar tratamientos locales con sulfuro de selenio, que se aplica 30 minutos con ducha posterior; o econazol local 2 veces al día, durante un mes. Los tratamientos orales con fluconazol en dosis única o itraconazol durante 5-7 días están indicados sólo en afectaciones muy extensas o rebeldes.

Foliculitis por Pseudomona

Se trata de episodios de lesiones foliculares como pápulas, vesículas y pústulas que con frecuencia aparecen entre 1 y 4 días después del baño con agua caliente o en piscina pública. En otras ocasiones la contaminación con Pseudomonas aureginosa puede localizarse en trajes de buceo o esponjas. Es característico que las lesiones predominen en flancos, axilas y nalgas. A veces se acompaña de síntomas constitucionales como fiebre y malestar general. Puede resolverse en 7-15 días sin tratamiento, pero en ocasiones evoluciona como brotes recurrentes y prolongados. Si las lesiones son extensas y muy inflamatorias o si hay síntomas generales se aconseja tratamiento oral con cefalosporinas de tercera generación o fluorquinolonas como el ciprofloxacino o el ofloxacino. Como medidas preventivas se usan el filtrado del agua y su cloración para mantenerla con pH de 7,2 a 7,8 y la renovación frecuente de la misma. La limpieza con ácido acético diluido en zonas de aseo puede erradicar otros focos menos evidentes.

Desarrollo psicológico del bebé

Mª Josefa Iribarren Cía
Psicóloga clínica
Unidad Infanto-juvenil de Salud Mental Natividad Zubieta

El bebé humano nace con una gran indefensión, debido a que no tiene el repertorio instintivo de otros animales. Si lo comparamos con un pollito, que puede andar a las horas de nacer, podemos comprender que no sobreviviría por si mismo. Eso explica el largo período de dependencia de los adultos hasta que puede vivir por si mismo.

Por otra parte, el sistema nervioso del bebé termina de formarse después del nacimiento y las experiencias de los niños-lobo, por ejemplo, muestran que solo a través de la relación, fundamentalmente madre-hijo se activan las potencialidades y el bebé se convierte en un ser humano.
Pero a pesar de esta gran dependencia, el bebé humano nace con una serie de competencias. Desde hace un tiempo sabemos que percibe la luz, oye, reacciona a olores, a la temperatura, da pruebas de sensibilidad táctil en la cabeza y boca ....
Si antes se pensaba que el recién nacido solamente se alimentaba y dormía entre toma y toma sin enterarse de nada más, los últimos estudios con bebés demuestran que en capacidades visuales, hay preferencia por la figura humana, la miran más.
En cuanto a la audición, hay predilección también por la voz humana, especialmente femenina- más aguda- y a los pocos días de vida distinguen la voz de la madre.
Respecto del olfato, a los seis días reconocen el olor de la leche de la madre y del cuerpo de la madre. Y a nivel de la expresión, tienen un lloro diferente según sientan hambre, dolor o cólera, que las madres identifican pronto para sorpresa del resto de personas , ellas saben enseguida por qué llora su bebé.

Progresos motores

Los progresos motores desde el nacimiento a los 12 meses, contando con que existen grandes diferencias entre unos y otros bebés debidas a múltiples factores, se pueden resumir así:
En el 4º mes, mantiene la cabeza erguida.
En el 6º mes hace ya la oposición del pulgar que permite realizar la pinza con dos dedos y coger cosas.
En el 7º mes se sienta con apoyo.
A los 9 meses se mantiene de pie agarrado.
Al cabo del 1º año se sostiene ya sin apoyo y comienza la marcha autónoma.
Podríamos decir, que a los 12 meses el niño tiene un grado de maduración física comparable a la que tienen otros mamíferos en el momento del nacimiento, y durante estos 12 meses hace unos progresos en la socialización tan grandes como ya no los va a hacer en el resto de sus días.
El recién nacido tiene posibilidades de una relación activa con el entorno, fundamentalmente la madre, pero cada niño tiene un nivel de excitación que le es agradable, superado el cual decrece su interés y a partir de ése momento emite señales, como la desviación de la mirada para regular la estimulación que le viene de la madre. Normalmente, los espacios de tiempo en que está más abierto a la estimulación y el juego relacional, son después de la alimentación y limpieza, cuando están cubiertas sus necesidades primeras pero la madre y el entorno deberán estar alerta porque nos enviará señales de cuándo tiene suficiente.

Hitos durante el primer año

Hay unos hitos principales en el desarrollo de la sociabilidad durante el 1º año de vida:
En torno al segundo mes aparece la sonrisa ante el rostro humano.
En el 4º mes el bebé distingue ya rostros familiares de extraños y no sonríe a éstos.
Entre 5 y 7 meses reacciona de diferente manera ante una cara sonriente o seria.
A los 6 meses descubre su imagen en el espejo. Juega al cucu.
Alrededor del 8º mes se produce la reacción de angustia ante los desconocidos: el niño llora y se aferra al cuerpo de la persona conocida, girando el rostro al extraño.
A los 9 meses empieza a enterarse de que existen otros niños y a tenerlos en consideración.
Entre 10 y 12 meses empieza a emitir las primeras palabras ("mamá", "papá"...)

Este proceso de apertura al mundo culmina con el descubrimiento de que los objetos no desaparecen aunque deje de verlos un momento: así si le escondemos un juguete, lo buscará a partir del 9º mes pero no antes, y del mismo modo, si se le mantienen unas rutinas, irá aprendiendo que la madre puede desaparecer un rato pero luego vuelve.

Relación madre-hijo

La relación madre-hijo establece un modelo de vínculo que se mantendrá bastante estable a lo largo de la vida. Si la madre le ofrece seguridad y continuidad, disponibilidad y accesibilidad, si es sensible a las señales del niño (el llanto del bebé es una llamada para que la madre le calme, por ejemplo) se establecerá la confianza básica que le permitirá caminar por la vida con la idea de que él es bueno, de que merece la pena, y los demás también lo son.
"Comienza, niño pequeño, a conocer a tu madre por la sonrisa, porque aquél a quien no sonrieron sus padres, ni los dioses lo admitieron en su mesa ni las diosas en su tálamo", dice una preciosa Egloga de Virgilio.
¿Pero cómo surge esa sonrisa, y ese vínculo de afecto? La madre corriente entra hacia el final del embarazo en una fase que dura algún tiempo después del nacimiento, de "preocupación maternal primaria", en que se funde, se confunde con el bebé y puede así anticipar, intuir y conocer sus necesidades en cada momento y satisfacerlas.
El recién nacido vive el cuerpo de la madre como si fuera el suyo propio, como una parte de él mismo: Juega con el pezón como con sus manitas o sus pies, no hay todavía noción de un yo y un tú, sino que se trata para él de un todo indiferenciado.
A través, sobre todo, del acto de mamar, y todo lo que a él acompaña (miradas, balanceo, palabras o canciones, caricias...), se establece un diálogo entre ambos que se ha comprobado es fundamental para el desarrollo de la capacidad de amar.

La sonrisa

En ese contexto, y ante el rostro de quien satisface sus necesidades, surge la sonrisa, 1ª manifestación de amor, que al principio se dirige a cualquier rostro humano, como hemos dicho, si la relación con la madre ha funcionado.
Aquí hay ya un atisbo de diferenciación yo-tú. Porque ocurre que con el paso del tiempo, y debido sobre todo a que el niño no encuentra siempre la satisfacción inmediata de sus deseos (la madre se retrasa en alimentarle o cambiarle), empieza a percibir un objeto fuera de sí, diferenciado de él, la madre, que unas veces satisface y otras veces frustra sus deseos. Ya no hay simbiosis, como al principio, pero sí dependencia durante mucho tiempo aún, de una madre que es buena y mala, porque satisface y frustra, aspectos éstos que el niño tendrá que ir poco a poco integrando en la misma persona, objeto de su amor.

Noticias breves

Fe de erratas

En el número 16 de Zona Hospitalaria (marzo-abril), en la página 4, en el artículo "Plan de Hemoterapia de Navarra", debería figurar la siguiente firma: Dra. Marisa Ayape. Directora Técnica del Centro de Transfusión de Sangre de Navarra. En la página 6, en el artículo "Alergia primaveral: polinosis", debería figurar la siguiente firma: Dra. Ana Isabel Tabar. Jefe del Servicio de Alergia. Hospital Virgen del Camino. En la página 22, en el artículo "embarazo y parto después de los 40 años" debería figurar la siguiente firma: Dr. Ricardo Ezcurrra. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino.

Homenaje al personal del Hospital jubilado en 2008

La relación de personas jubiladas durante el año 2008 es la siguiente: Rita Aguinaga Armendáriz, Lourdes Alcat Garde, Rosario Azcona Azparren, Pilar Azcona Burgui, Asunción Azparren Martínez, Natividad Azpilicueta Díaz de Cerio, Carmen Betelu Corcuera, María Teresa Busto Resano, María Victoria Ciganda Echeverría, María Jesús El Cid Sarriguren, María Soledad Extremado Antoñanzas, Esteban Gorria Ustes, Amelia Górriz Echeverría, Lourdes Hermoso de Mendoza, Félix Holgado García, Teresa Ibar Mariezcurrena, María Jesús Ibarra Zulategui, Alfredo Ipiens Aznar, María Ángeles Iracheta Ibarrola, María Ascensión Jaunarena Eugui, Begoña Jiménez Matute, María Ángeles Labayru Urrutia, María Nieves Lacruz Zubiri, Amaya Larumbe Erro, María Reyes Larumbe Valencia, Luis Javier Lizarraga Dallo (fallecido), Mariano Maritorena Mendiberri, Margarita Martínez Roldán, Lucía Muro Insausti, María Fernanda Muruzábal Echeverría, Ramón Navarro Moreno, Blanca Orradre Villanueva, María Isabel Pérez Recarte, María José Pinillos Eguiluz, María Begoña Rípodas Ibarrola, María Teresa Ruiz Resano, Blanca Soria Ochoa-Alda, Blanca Nieves Tabar Barrios, Eugenio Torrano San Francisco, Isabel Torres Jiménez, María del Carmen Unanua Aragón, María Teresa Urio Astráin y Adoración Zugasti Indacoechea.

Virgen del Camino inicia un estudio sobre el efecto del cannabis en la enfermedad mental

Tomarán parte los doctores Víctor Peralta Martínez, Alfredo Martínez Larrea, la doctora Virginia Basterra Gortari y la psicóloga Ana Sánchez Torres, en colaboración con otros centros hospitalarios.

Médicas residentes del Hospital de Navarra logran el primer premio en un concurso nacional

Se trata de cuatro especialistas del área de Medicina Interna: Valentina Fernández Ladrón, Begoña Lasa Insausti, Amaya Suárez López y Sara Pérez Ricarte. El trabajo, que resultó ganador del "I Concurso de casos clínicos para residentes en área cardiovascular y metabolismo", corresponde a un caso de ateroesclerosis generalizada.

Andimud: la música como medicina

ANDIMUD
Asociación Nacional de Discapacitados con la Música
DIAPASON

La asociación ANDIMUD (Asociación Nacional de Discapacitados con la Música Diapasón) ofrece a la persona con discapacidad una serie de servicios y ayudas que emplean la música clásica como base de terapia de rehabilitación y como medio de inserción laboral.

La asociación nace con el fin de servir como punto de apoyo y referencia en la vida del discapacitado, que podrá encontrar dentro de ella todo tipo de ayuda para poder superar las dificultades que aparecen a lo largo de su vida, independientemente del tipo de discapacidad que tenga. Según explica Antonio Orta, presidente de ANDIMUD, busca el desarrollo integral de la persona a todos los niveles, para lograr una mejor calidad de vida y una interacción independiente ante la sociedad. La originalidad del proyecto radica en el empleo de la formación musical, considerada desde una doble óptica. Como ayuda terapéutica, la formación musical complementa a la terapia psicológica habitual para ayudar al discapacitado a acelerar el proceso curativo, ya que contribuye a superar los obstáculos psicológicos derivados de la discapacidad.

Por otro lado, sirve como ayuda para la inserción laboral, bien como técnico en la construcción, mantenimiento y reparación de órganos (principalmente de iglesia), bien como organista profesional, lo que fomenta la independencia económica del discapacitado. Según explica el presidente de la asociación, existen en España numerosos órganos, principalmente en iglesias, que necesitan técnicos que realicen diferentes labores de mantenimiento para su adecuada conservación, así como intérpretes cualificados que les devuelvan el protagonismo como instrumento.

Asimismo, ANDIMUD busca ofrecer a los asociados orientación para su inserción laboral e inserción laboral en microempresas creadas por medio de acuerdos con la red de colaboradores de la asociación, no necesariamente relacionadas con la música. "En un principio la asociación se fundó pensando en la formación musical, pero pensamos que no podemos dejar a ningún discapacitado de lado".

Apoyo investigador

Desde su creación en fechas recientes, la asociación cuenta con el apoyo de de la Universidad Complutense de Madrid, que está elaborando un proyecto de investigación sobre la terapia musical, a través de la facultad de Psicología. Así como con el apoyo de Tecnodiscap, un grupo multidisciplinar de la Universidad de Zaragoza que acoge investigadores de distintos centros y provincias (Zaragoza y Teruel) conformados por ingenieros, psicólogos, informáticos, médicos psiquiatras, expertos en gerontología, matemáticos y educadores sociales, que desarrollará diferentes proyectos de I+D+I encaminados a concebir instrumentos especialmente adaptados a las necesidades de las personas con minusvalías.

El proyecto, explica Orta, ha despertado interés fuera de nuestras fronteras: de dos centros universitarios, uno de Viena (Austria) y otro de Gran Bretaña, que han mostrado su interés por colaborar con el proyecto, especialmente por su alto componente de innovación, tanto terapéutica como aplicada.

Orquesta y orfeón

Por último, Orta plantea un proyecto a largo plazo, uno de los más ambiciosos de ANIDMUD: la creación de un Orfeón y Orquesta musical, cuyo nombre será el de "Orquesta y Orfeón Musical de Discapacitados Reino de Navarra".

Esta orquesta formará parte del proyecto de desarrollo y puesta en marcha de una Orquesta a Nivel Nacional e Internacional de discapacitados así como de grupos musicales de nivel regional para la realización de conciertos y actuaciones musicales, que sean demandados desde los Organismos Oficiales, Administraciones Públicas y de la iniciativa privada.

Entre las actividades previstas para este mismo año, la asociación ha programado una ronda nacional de conciertos para la captación de fondos, que contará con la participación de intérpretes de prestigio, que ofrecen desinteresadamente su tiempo a la asociación.

Captación de socios

En la actualidad la asociación se concentra en el objetivo más importante de todos: la consecución y captación de socios que hagan de ella una asociación lo más dinámica y fuerte posible. Por ello, sus representantes animan a los lectores a suscribirse a ANDIMUD en alguna de sus oficinas de Tudela o Pamplona. Para más información y recepción de solicitudes, puede llamar a Antonio Mª (Presidente), al número de teléfono 610452141; o a José Javier (Secretario), al 679569574.

APARTAMENTOS EQUIPADOS

HABITACIONES INDIVIDUALES Y DOBLES

ALOJAMIENTOS ACELLA

☎ 948 261 000

CON AIRE ACONDICIONADO (OPCIONAL)

HORARIO DE RECEPCIÓN:

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

Viernes y sábado de 9:00 a 23:00 h.

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

RECEPCIÓN: Travesía Acella, 3 BAJO

T. 948 261 000 / 948 173 348

Móvil: 619 786 999

Fax: 948 261 000

reservas@hostalacella.com

www.hostalacella.com