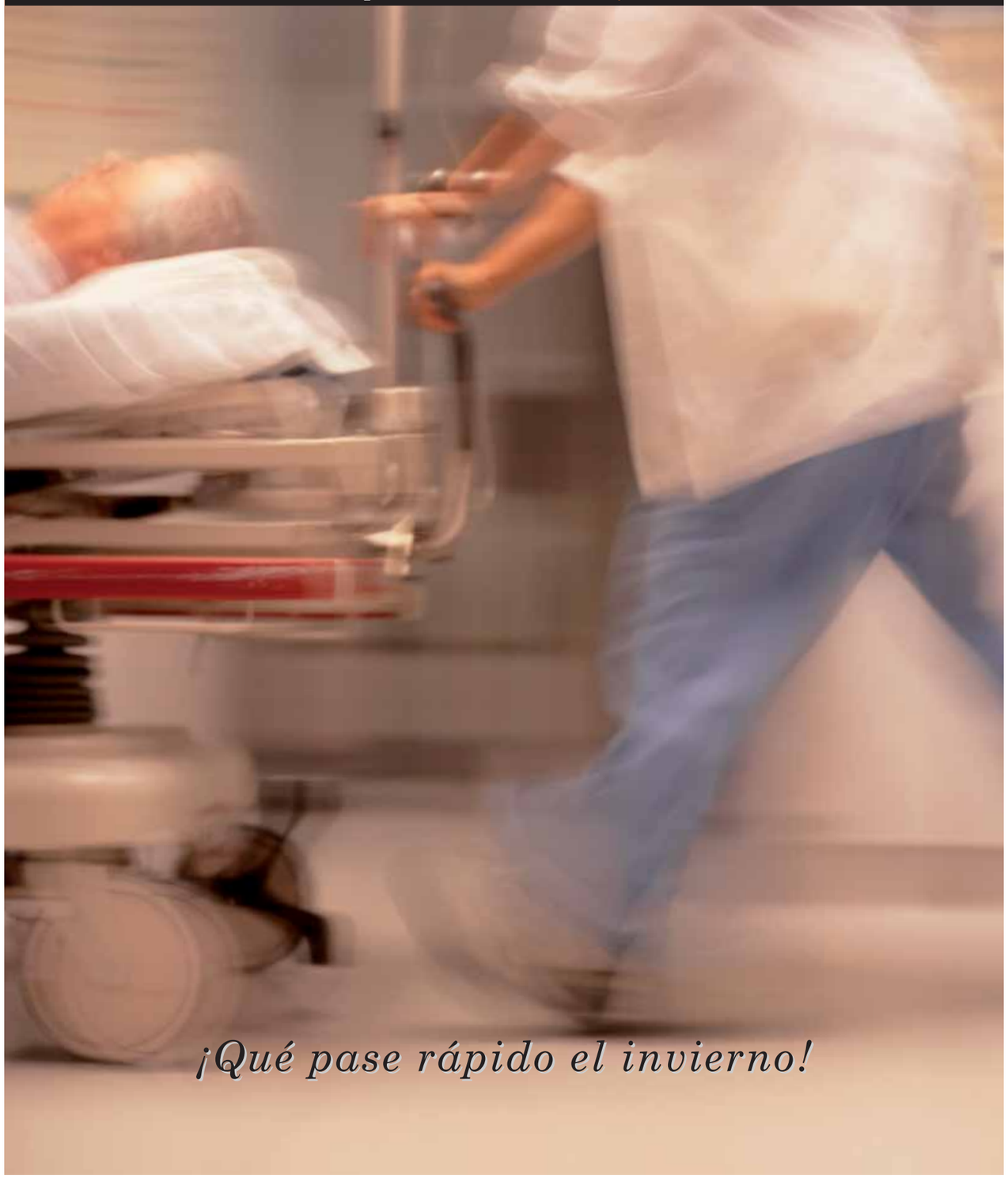
medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoV enerofebrero2011 nº27



¡Qué pase rápido el invierno!

LIBÉRATE DE GAFAS Y LENTILLAS

Promoción especial en corrección visual por láser* de **febrero a abril** para **personal y familiares directos de**

PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA

925€/ojo

*excepto tratamientos Lasik/Lasek personalizados Z-100.

Tarifa privada 1.095€/ojo.

Consulta y pruebas previas 35€.

Promoción válida hasta el 31-12-11, no acumulable a otras ofertas.

20% de descuento en el resto de consultas y tratamientos (excepto en prótesis).

Imprescindible acreditación en su primera visita a la clínica.

CB Pamplona. Avda. Sancho El Fuerte (esquina Mº de Vadoluengo, 4)
Tel. 948 19 96 15. Dra. Rosa María Rodríguez Conde y Dr. Juan Carlos Pinto Bonilla.

CLINICA BAVIERA
INSTITUTO OFTALMOLOGICO EUROPEO

902 130 100
www.clinicabaviera.com

A CORUÑA · ALAVA · ALBACETE · ARAGON · ASTURIAS · BALEARES · BARCELONA · BURGOS · CASTELLON · CIUDAD REAL · GUIPUZCOA · LA RIOJA · MADRID · MALAGA · MURCIA · NAVARRA · PALENCIA · PONTEVEDRA · SEVILLA · TARRAGONA · VALENCIA · VALLADOLID · VIZCAYA

Sumario

4-5 Relación entre un problema en la lectoescritura con la visión y audición

6 Limpieza de Colon

7 Las lamias de la sal

8-9 Ejercicio y tercera edad

10 Nuestro pan de cada día

11 Tratamiento psicolócico de los acúfenos

12-13 Alimentación en la edad infantil

14-15 Anestesia en el paciente anciano

16-17 Pan, bollería, repostería y pastelería "Artesanas": tradición, sabor y calidad

18-19 El diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad de Parkinson

20 Barreras a la hora del cuidado de la boca

21 Anestesia epidural

22-23 El niño con miedos y ansiedad

24-25 La apatía

26-27 Cáncer de mama: Epidemiología y factores de riesgo

28-29 Diagnóstico precoz de cáncer de mama.

30-31 La alimentación del lactante y las enfermedades nutricionales de nuestra sociedad

32 Consumo de cannabis y psicosis

33 La sobrecarga del Cuidador en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias

34-35 La terapéutica necesariamente compleja del trastorno bipolar

36-37 Ejercicio físico y funcionamiento intelectual

38-39 Las vitaminas

Zona Hospitalaria Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L.
Dirección Alfredo Erroz **Redacción** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción** PubliSic
Fotografía portada Archivo **Publicidad** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L.** NA2471/2006.

© 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 digital* ***e-zh*** *y recibir en su correo electrónico el pdf de la revista.*
- *Acceder a todos los artículos publicados sobre medicina, salud y cultura.*
- *Consultar nuestra* ***Guía de Servicios*** *para planificar sus compras, reservar un restaurante...*
- *Expresar sus opiniones y sugerencias a través de nuestro Buzón de atención al lector.*
- *Proponer temas referentes a la medicina y salud que le interese ver publicados.*
- *y mucho más...*

Relación entre un problema en la lectoescritura con la visión y audición

María J. Izquierdo
Doctora en Optometría por la Universidad de New England, USA
Directora del Centro de Especialización Optometrica, Pamplona.

CEO
CENTRO DE ESPECIALIZACION OPTOMETRICA

Vivimos en una sociedad de gran competitividad y avance tecnológico, por lo que la demanda visual es mucho más alta que hace 20 años. Las horas de colegio son más o menos las mismas, pero tenemos que añadir las horas que pasan delante del ordenador, televisión, juegos interactivos y deberes ¿Nuestro sistema visual esta preparado para soportar todas estas demandas visuales?

La ruta visual es la que más demanda oxigeno al cerebro, eso no es algo nuevo, pero ¿qué ocurre cuando las exigencias son mayores de lo que podemos dar? El sistema se bloquea y deja de rendir. Pongamos un ejemplo, un niño de 8 años con problemas de lectura, el cual tiene que leer constantemente tanto en un libro como en la pizarra durante al menos 6 horas al día. A este niño le cuesta leer tres veces más que a otro niño lo que le supone más tiempo, una mayor fatiga visual, más relecturas y una gran frustración. Los deberes en casa se ven también incrementados en tiempo, lo cual provoca conflictos familiares ya que no hace la tarea correctamente y los padres no entienden por qué le cuesta tanto. ¿Será porque es un VAGO y no quiere hacer las tareas? O ¿Puede ser que no SEPA o no pueda hacerlas MEJOR?

Investigar las causas

Este artículo pretende llamar la atención de todos los educadores, padres o profesionales de la educación para que tengan en cuenta otros factores que pueden estar provocando que un niño no lea, escriba o rinda adecuadamente. Lo primero que se debería hacer es investigar la razón o las causas por las cuales ese niño no puede seguir el ritmo normal de la clase.

En el CEO (Centro de Especialización Optométrica) vemos más de 120 niños a la semana con problemas de aprendizaje, bien sea de lectura, escritura o comprensión. Son niños que, a pesar de haber "entrenado" la lectura todos los días, todavía no son eficaces. Si no mejoran con las técnicas habituales del colegio, nos deberíamos preguntar entonces ¿Por qué este niño no puede leer mejor? Uno de los síntomas o signos visuales más habituales que nos encontramos es una mala habilidad para mover los ojos a lo largo de una línea. Estos niños realizan más fijaciones sacádicas (paradas) de lo normal, más regresiones (ir hacia atrás para poder comprender lo leído), usan el dedo para no saltarse de línea o piden a los padres que les lean para evitar hacerlo ellos.

Capacidad de enfoque convergencia y percepción visual

Durante el examen optometrico, se debe evaluar no sólo que vea el 100% sino que reconozca lo que está viendo, es decir, debe comprender lo que ve. Se necesita también tener una buena capacidad de enfoque para poder pasar de la pizarra al cuaderno y viceversa, ya que esta tarea se realiza más del 75 % del tiempo que el niño está en clase. La convergencia debe ser adecuada para que los 2 ojos se crucen en un mismo punto, para evitar visión borrosa, visión doble o malas posturas (tumbarse sobre el papel) a la hora de realizar las tareas de cerca. También tenemos que evaluar la percepción visual para determinar cómo procesa la información y detectar que áreas son las más afectadas y cuales están provocando los problemas de aprendizaje.

La lectura es uno de los procesos mas complicados que hay, pero si tenemos las herramientas necesarias deberíamos hacerlo de una manera natural, automática y no consciente. Y ¿cuándo adquirimos esas capacidades? Desde el primer año de vida estamos realizando conexiones neurológicas y creando archivos que nos ayudarán en un futuro a realizar un aprendizaje sin esfuerzo. En el caso de que no haya adquirido esas herramientas, entonces empezará a "tropezar" y le costará llegar a la meta de la lectura con velocidad y comprensión. Por esta razón debemos indagar en todo el proceso del desarrollo motor del niño, ya que a través del movimiento adquiere conocimientos de toda el área espacial que más tarde necesitará para leer y escribir de arriba – abajo y de izquierda a derecha. Una de las pruebas que realizamos es la evaluación de la presencia de Reflejos Primitivos activos, los cuales pueden estar interfiriendo en la madurez del Sistema Nervioso Central. Estos reflejos deben estar integrados para no obstaculizar los procesos cognitivos del aprendizaje. Si están activos, podemos realizar una Terapia de Movimientos Rítmicos. En este apartado también se determina la lateralidad y dominancia de ojo, mano y oído. En el caso de una lateralidad cruzada, se ha comprobado que los niños durante los primeros años (1º y 2º) pueden ser más lentos a la hora de realizar las tareas escolares.

Percepción auditiva

En la parte auditiva, es importante detectar si existen problemas en la percepción, ya que durante los primeros años, todo el aprendizaje se realiza de manera auditiva. Un problema de "picos" de hiper-audición puede provocar distracción, falta de atención y concentración en clase ya que le cuesta más filtrar la información verbal de la profesora dentro de un espacio con ruido como puede ser una clase llena de niños.

Con toda esta información, podemos tener una idea de cómo funciona la ruta visual y auditiva. Cuando leemos en voz alta, hay 3 rutas que pueden estar afectadas: la visual, la verbal y la auditiva. Por lo tanto se debe investigar cual de estás es la que está causando dificultades. La verbal la trabajará el logopeda, la percepción auditiva si no hay ninguna patología, un profesional en Re-educación Auditiva y la visual la tratara un Optometrista funcional especializado en Terapia Visual. Este tratamiento consiste en una serie de ejercicios visuales y motores que se realizan en la consulta una vez a la semana. Estas sesiones se combinan con otros ejercicios que realizan durante 15-20 minutos, 5 días a la semana en casa. La duración de todo el programa depende de las dificultades y la evolución de cada niño.

El niño es global, es decir, en clase tiene que mirar a la pizarra, verla y decodificar lo que pone, luego tiene que pasar esa información al cuaderno y escribirlo, tiene que escuchar y entender a la profesora mientras se mueve. Si alguna de estas áreas no está funcionando correctamente, puede dar lugar a un fracaso escolar.

Debemos trabajar de manera conjunta con todos los profesionales que están implicados en el desarrollo de las habilidades del aprendizaje, es decir, profesores, educadores, psicólogos, pedagogos, logopedas, neurólogos y médicos ya que el aprendizaje en general no abarca sólo un área sino que todas están implicadas y todas se deberían trabajar de una manera multidisciplinar para ayudar al niño a desarrollar las herramientas necesarias para que sea autónomo y que pueda adquirir conocimientos de una manera natural.

El colegio tiene una gran importancia y cada vez más los profesores se integran y se implican en los niños con dificultades. Sin ellos, este trabajo sería imposible. Hay que tener en cuenta que en una clase hay muchos niños y muchas veces es difícil personalizar, pero la mayoría de los profesores detectan los problemas y ponen en marcha clases de apoyo y tutorías para ver como pueden ayudar a los niños.

Entre todos tenemos un gran reto por delante, que es prevenir y evitar que haya niños con dificultades de aprendizaje. Si trabajamos desde los primeros años y estamos alerta a los primeros síntomas de un retraso en el desarrollo, podremos evitar en un futuro un fracaso escolar.

Pio XII, 4-1º A+B • 31008 Pamplona
T. 948074240 • www.centroceo.com

OPTICA & VISION

Limpieza de colon y función bacteriana

Félix D. Irigoyen
Director Instituto INSUMED
Instituto Superior de Medicina Biológica. www.insumed.es

Centro Sirius

La microflora bacteriana instalada en el tubo digestivo es esencial para mantener su función fermentativa y absortiva y la función, también, de putrefacción de principios alimenticios residuales y de inmunidad general. La limpieza hidroterápica del colon al inducir un drenaje directo de coprolitos y deshechos orgánicos acumulados en exceso, potencia el obligado equilibrio entre tasa bacteriana en exceso y tasa bacteriana en defecto. Este equilibrio es clave en el mantenimiento de un estatus general de bienestar global.
De este modo, ciertos hidratos de carbono como la celulosa que no han podido ser digeridos en el intestino delgado, deben serlo en el colon mediante la acción de glucosidasas bacterianas.

Círculo biológico perfecto

Esta acción debe ser bien medida por el colon puesto que una digestión en exceso eliminaría la fibra celulósica, esencial en el movimiento defecatorio del intestino grueso.
Igualmente, glucosa, galactosa, fructosa, alcohol y grasas que llegan al colon sin haberse podido digerir en tramos anteriores lo van a ser en el colon limpio y van a producir como resultado metabólico ácidos (acético, láctico, butirico, carbónico) aprovechables a su vez por otras bacterias para cerrar un circulo biológico perfecto.
Otras acciones metabólicas del colon como la putrefacción de deshechos se van a ver potenciadas en un muro colonico más limpio y por tanto más tonificado. La decarboxilación de aminoácidos por consiguiente y la depuración que supone, ha demostrado una estimulación evidente tras limpieza de colon. El proceso digestivo final es más correcto en un colon limpio.
La producción de ureasa para controlar el exceso de urea, la producción de enzimas para controlar el exceso de bilirrubina, la acción transformadora de los ácidos biliares primarios en secundarios y la ampliación así del espectro digestivo de las grasas es privilegio, todo ello, de la acción bacteriana del colon y va a verse incrementada tras su limpieza hidroterápica.
Finalmente hay que hacer énfasis en la capacidad bacteriana intestinal para sintetizar vitaminas K, B12, tiamina y riboflavina lo que constituye un mecanismo trascendental en la biología humana.
Por tanto, enterobacterium, streptococos (viridans y salivarius), lactobacilus y perfringens son la flora bacteriana que mantiene con las barreras antibacterianas gástricas, de Waldeyer y de Payer una lucha biológica para ejercer estas funciones bacterianas sin exceso y sin defectos. La limpieza del colon no interviene ni a favor ni en contra en el metabolismo intestinal bacteriano sino que sitúa el campo digestivo en una funcionalidad óptima.
La misma, exacta, función que representa la fitoterapia específica B-4 y B-1.
La hidroterapia colonica tiene, por tanto, una acción terapéutica sobre el colon pero tiene una acción global, sobre toda la biología inmunitaria digestiva y energética que resulta esencial.

¿Qué beneficios tiene la limpieza de Colon?

La limpieza de colon es un procedimiento cuyo objetivo es desintoxicar el organismo y devolverle al cuerpo su vitalidad renovada. Al expulsar los desechos acumulados, el organismo experimenta un estado de alegría, paz y energía.

- Ayuda a mejorar el tránsito intestinal
- Ayuda a mejorar y reducir el vientre
- Mejora la situación del estreñimiento
- Mejora el sistema inmunológico
- Mejora las flatulencias
- Mejora los transtornos en general de la piel.
- Mejora las piernas cansadas
- Mejora la celulitis, obesidad, cansancio...
- Mayor resistencia a la fatiga
- Aumenta el tono vital
- Mejora el estado anímico del sueño...

Obteniendo una agradable sensación refrescante de bienestar y relajación físico y emocional...

Centro Sírius
c/ Remiro de Goñi, 28 Bajo
31009 Pamplona
Cita previa:
T. 948 10 44 62 - 686 77 17 79

Ilustración: Dani Albors

ELGORRIAGA
BALNEARIO - BAINUETXE

Las lamias de la sal

Lorena V. Galarregui.
Marketing Balneario Elgorriaga

Les voy a relatar una leyenda, una de esas historias que pasan de abuelos a nietos.

Biotz era una jovencita de cara alargada y nariz afilada, su rostro siempre sonriente dejaba asomar unos mofletes rosáceos muy marcados en los caracteres de los habitantes del valle Malda-Erreka. Todas las mañanas obediente a los deseos de su abuelo, en cama desde hacía años, la joven Biotz acompañaba un rebaño de ovejas lachas a pastar por los pastos verdes. Un día, saliendo de su itinerario común y de forma mágica siguiendo su intuición bordeando el Bidasoa, llegó hasta un manantial. Al inclinarse e intentar llenar un cuenco que allí había en forma de kaiku, descubrió que el agua tenia un sabor especial, era agua salada, muy salada. Tras de ella, escuchó un sonoro estallido, y al girarse vio a una bella mujer saliendo del Bidasoa. Ella asombrada le pregunta a tal bella fémina.

- ¿No tenéis frío?

La cual con voz angelical le contestó:
- No linda joven. Este es mi hábitat (realizando un esfuerzo para mostrarle una preciosa cola repleta de escamas doradas que salía desde el río). Biotz había escuchado las leyendas sobre las Lamias, pero nunca creyó que fuesen ciertas.
La Lamia le contó, que donde más a gusto estaban ellas era en esta zona, porque al estar tan cerca del agua salada, les recordaba de donde venían estas bellas sirenas, del mar y que al ser desterradas a tocar fondo en riachuelos, este regalo de Afrodita lo saboreaban con mayor precisión.
La Lamia le dijo a Biotz, llena tu zurrón de agua de este manantial y llévasela a tu abuelo que sé que hace años que esta en cama, que la aplique sobre hojas de alcornoque y tierra durante nueve días, veras como mejorará.
Biotz, aturdida, emocionada, lleno el zurrón de agua de este manantial, y cuando llegó a casa le contó lo sucedido a su abuelo, él sonrió, hizo lo que la Lamia le ordenó, y al noveno día ayudado por un bastón de roble se levantó. Llamó a su nieta y le pidió que lo acompañara al manantial de esta agua salada. Al llegar allí junto a una borda en ruinas, se alejó de su nieta Biotz, a voz en alto llamo un nombre de mujer.

-Vittori!! Gritaba.

Hasta que de entre las aguas apareció ella de nuevo, esa Lamia de ojos miel y sonrisa picara.
El abuelo fue corriendo hacia su amor, Biotz no comprendía nada. Su abuelo desapareció en el fondo del río. Aritz que es como bautizaron a su abuelo tenía un secreto. Nadie en el valle lo sabía. Cuando era muy joven viajó al Cantábrico en donde se enamoró de una hermosa mujer, una preciosidad que siempre iba acompañada de vientos, sus pelos color grana siempre iban jugueteando con las brisas marinas, él no pudo luchar contra la fuerza de su alma y se dejó embrujar. Día tras día iba al puerto a verla aparecer entre barcas y galeones, ella le sonreía y al aire arrojaba besos que le golpeaban en los labios, aroma y sabor a salitre de mar. Aritz tuvo que volver a su tierra, a sus valles, a Elgorriaga. Allí cada día lloraba junto al manantial por no poder ver a su amor, el tiempo transcurrió, se casó, tuvo hijos y estos le dieron nietos. Lo que nadie supo es que las lagrima que se derraman por amor son mas salinas, y estas hacían mella día tras día en el manantial, la turba fina de este valle filtraba y creaba un bálsamo que río arriba llego al cantábrico y como si de un mensaje en una botella se tratase golpeo el rostro bajo el agua de esta sirena de cabellos rojos, nunca sintió esta sensación, el amor la había pescado y la condujo hasta este río de caudal hermoso. Cuando llegó supo del lugar por su sabor, por el enamoramiento salado del agua en cauce dulce. Era tarde, Aritz había enfermado. Vittori ya se había convertido en Lamia de agua dulce y no podía volver al salino Cantábrico, así que allí atracó, todos los días a la misma hora cuando unos escasos rayos de luz entraban entre lo árboles, asomaba su cabeza entre las aguas y piedras repletas de musgo. Aritz no aparecía, tan solo oía canturrear una voz de una jovencita, la cual intuyó que la ayudaría, ya que tan solo la magia funciona cuando uno cree en ella.

Desde entonces se cuenta que en las aguas saladas del manantial se puede beber amor y el amor lo cura todo. De ello surgió el Balneario de Elgorriaga. Salud y Amor.

Ejercicio físico y tercera edad

Dr. Juan Manuel Vellosillo Ortega / Dr. Carlos Ruiz Muneta
Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

Un gran porcentaje de personas mayores, especialmente aquellos que padecen artrosis u otros procesos degenerativos, son reacios a hacer ejercicio porque piensan que les puede ocasionar más dolor o molestias.
Cuando se realiza de forma adecuada, los beneficios del ejercicio físico se obtienen siempre, independientemente de la edad, estado de salud y condición física de la persona que lo desarrolle.

Ejercicio físico… ¿A cualquier edad?

El incremento de la esperanza de vida en la sociedad actual ha dado lugar a un crecimiento de la población en la etapa que hemos llamado "tercera edad". Con ello indudablemente ha aumentado el deseo de poder disfrutar de una larga vida, libre de enfermedad, en buena forma física y mental.
El camino para alcanzar este ansiado "envejecimiento saludable" debe pasar ineludiblemente por fomentar lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina "envejecimiento activo", es decir, modificar los factores que influyen en la forma y el ritmo de envejecer, más que tratar únicamente las diferentes enfermedades que se asocian a la ancianidad. En definitiva, el envejecimiento no está programado genéticamente y es por tanto un proceso variable, de modo que está en nuestra mano que dicha influencia pueda ser negativa (acelerándolo) o positiva (retardándolo).
A este respecto, tenemos que huir de la idea errónea de considerar nuestro cuerpo como una máquina que se desgasta con el uso. No debemos plantear nuestra edad media o tercera edad con una actitud pasiva, ya que por el contrario, cuanto más ejercitamos nuestro cuerpo, siempre dentro de unos límites razonables, más cosas somos capaces de hacer y mayor independencia adquirimos.

¿Por qué es tan beneficioso el ejercicio?

La actividad física se propone actualmente en la medicina como un medio altamente eficaz para tratar y prevenir las principales causas de enfermedad, la mayor parte de las cuales están asociadas al propio envejecimiento.
Es conocido su papel en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad coronaria y se considera un factor protector frente a determinados tipos de cáncer como los de mama, próstata y colon.
En personas de mediana edad y especialmente en ancianos, un nivel adecuado de actividad física ha sido descrito como un elemento preventivo frente al riesgo de sufrir una fractura de cadera, ya que incrementa la densidad ósea y por tanto previene la osteoporosis, no siendo necesario para ello realizar un ejercicio muy intenso, sino simplemente caminar de forma habitual. El mantenimiento de una adecuada musculatura a nivel de las piernas, obtenido a través de la actividad física, está también directamente relacionado con una reducción en el número de caídas y por tanto de fracturas óseas.
Con respecto al dolor crónico que padece un porcentaje importante de personas de edad avanzada, según diversos estudios publicados, se ha observado que el ejercicio físico realizado de forma adecuada, puede generar cambios en la percepción del dolor disminuyéndolo en gran medida.
Por otro lado, se ha descrito que un buen estado de forma física reduce la pérdida neuronal que se produce con la edad. De esta manera permite a la persona anciana disfrutar de mayor autonomía en sus actividades y tareas habituales de la vida diaria, mejorando su independencia personal y la posibilidad de vivir más tiempo sin ayudas externas.
La práctica habitual de ejercicio no sólo afecta positivamente a la salud física, sino también a la salud mental. Diferentes estudios han demostrado que el ejercicio físico influye favorablemente sobre la autoimagen, autoestima, depresión, ansiedad y trastornos de pánico. Se ha observado que aunque el tratamiento farmacológico antidepresivo puede tener a corto plazo un efecto más rápido que el ejercicio, tras 16 semanas de tratamiento la eficacia de ambas terapias se iguala.
Las actividades deportivas incrementan la sensación de logro personal, los sentimientos de competencia y auto-eficacia, aumentando de este modo los beneficios sociales y psicológicos que la práctica deportiva tiene en el bienestar de las personas mayores.

¿Qué tipo de actividad física es la adecuada para mi?

La realización de ejercicio como tratamiento antienvejecimiento debe estar basada en la individualización, de manera que la actividad física desarrollada sea la adecuada a las características de cada persona. Los beneficios en la condición física pueden obtenerse a cualquier edad pero es fundamental para ello conocer el nivel del que parte el sujeto y en qué aspectos necesita mejorar más. Partiendo de una correcta evaluación de la forma física, y teniendo en cuenta el estilo de vida y nivel de actividad de cada persona, se puede prescribir un adecuado ejercicio que permita al sujeto desarrollar, dentro de sus posibilidades, el máximo potencial y mejorar en definitiva su estado de salud físico y mental.
Aquellas personas sedentarias, deben comenzar con un plan de ejercicios de poca intensidad y duración, que según su tolerancia podrán aumentar de forma progresiva. Olvidando la prisa en obtener buenos resultados, es fundamental conocer que se necesitarán varios meses para alcanzar una condición óptima para su edad.
Pequeñas modificaciones de los hábitos de vida, tal y como evitar los ascensores, realizar desplazamientos a pie y las tareas del hogar suponen en sí mismas actividad física, que acumulada a lo largo del día podría ser suficiente en las personas que parten de un nivel de forma física muy bajo.
En la tercera edad se ha observado que una actividad física vigorosa no es imprescindible para obtener mejorías en la calidad de vida. La experiencia médica nos lleva a afirmar que el hábito de caminar constituye un determinante de bienestar y salud en las personas ancianas, siendo la actividad que mejor se mantiene al avanzar la edad.

Vida activa, vida saludable

Si nos basamos en los estudios científicos más recientes, se ha demostrado que el ejercicio físico, practicado de forma habitual y adecuado siempre a las características de cada persona, es la mejor herramienta hoy disponible para retrasar y prevenir la aparición de enfermedades asociadas al envejecimiento, así como para fomentar la salud y el bienestar físico y mental.
Es un hecho constatado que la actividad física en las personas mayores mejora su condición física y psicológica, lo cual permite disfrutar de una vida más sana, más equilibrada, más alegre, más activa y más dinámica.
En definitiva, desde el ámbito de la medicina actual, el potenciar una forma de vida activa basada en un buen estado de forma física, es el mejor aliado del que disponemos para alcanzar el tan ansiado objetivo de añadir tanto años a la vida como vida y salud a los años.

Nuestro pan de cada día

Arantza Ruiz de las Heras
Dietista-Nutricionista
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra

Esta frase resume perfectamente la necesidad de tomar pan como parte fundamental de la dieta diaria, en consonancia con la interpretación de la pirámide de la alimentación saludable que dice que es un alimento de consumo habitual todos los días.

¿Cómo conseguir este propósito?

Las recomendaciones hablan de tomar entre 4 y 6 raciones del grupo de cereales. Cada ración equivale a unos 40-60 g. de pan, una rebanada de entre 4 o 6 dedos de barra tradicional.

Con estos datos resulta fácil poder describir diferentes y múltiples variantes de combinaciones de pan a lo largo de la jornada. Se puede tomar pan en comida y cena, de forma moderada, a modo de acompañamiento. Pero no son estos los únicos momentos en los que se puede consumir tan básico manjar.

Pan en el desayuno

La primera toma del día debería suponer alrededor de la cuarta parte de la ingesta calórica de las 24 horas restantes. Por este motivo, debe ser una comida completa, consistente, al menos, en un alimento del grupo de lácteos (leche, yogur, cuajada, queso magro, etc.), otro del grupo de frutas, mejor entera y con piel y otro del grupo de cereales (galletas maría, cereales de desayuno, pan, biscotes, tostadas, etc.)

Este último grupo es el que hace que el día comience tomando pan: refinado o integral, tradicional o con cereales, fresco o tostado, el pan combina perfectamente con aceite de oliva, tomate, queso fresco, mantequilla, margarina, mermelada, membrillo, jamón cocido o serrano, fiambre de pavo, etc.

Pan en almuerzo y merienda

Comer unas cinco veces al día conlleva muchos beneficios. De esta forma, serán tomas más frecuentes pero menos copiosas. Así se incluye en la dieta la media mañana y la merienda, muy importantes no sólo para niños o ancianos, sino para todas las edades.

Al introducir estas comidas frugales, entra en juego de nuevo el pan. La estructura en ambas puede ser similar pero alternando para no repetir ni cansar. Bien un lácteo con una pieza de fruta o unas galletas, bien la fruta acompañada de un pequeño bocadillo, bien un lácteo con una tostada, bien una infusión o zumo con un pincho, etc.

Bocadillos, tapas, pinchos, etc.

No siempre han de estar compuestos por ingredientes grasos y calóricos. Se puede hacer un bocadillo tan saludable como exquisito, si se mezcla, por ejemplo, queso fresco y salmón o berenjena plancha o jamón serrano con tomate o lomo con pimientos o un vegetal, o crema de aceitunas con un toque de mermelada, etc. La oferta es enorme y sólo pone límite la falta de imaginación. Además, si se tiene en cuenta que la variedad de tipos de pan es elevada, todavía se pueden obtener más combinaciones deliciosas.

No es una casualidad que el pan combine tan bien con todo tipo de productos e ingredientes y esté delicioso en cualquier situación, ya que se trata de un alimento básico en nuestra alimentación. Su sabor, no demasiado penetrante, deja paso a los ingredientes que acompaña sin enmascararlos, su textura, crujiente en el exterior y blanda en el interior, hace que untar resulte fácil, su aroma cuando se está cociendo, evoca buenos tiempos de comida casera y despierta el apetito. El resultado final es una simbiosis perfecta que realza el sabor y aroma de todos los componentes, de forma que el pan sigue siendo nuestro pan de cada día.

Tratamiento psicológico de los acúfenos

Maite Pascual Vergara
Psicóloga
Gabinete Psicológico Maite Pascual Vergara

Los acúfenos o tinnitus se definen como la percepción de un sonido sin que exista fuente sonora externa que lo origine. Se trata de un síntoma, no de una enfermedad y no debe ser confundido con alucinaciones auditivas. Puede afectar a uno de los oídos, a los dos o referirse a la cabeza, y percibirse como un tono puro y sencillo o, con más frecuencia, como ruidos complejos (murmullo de mar, chorro de vapor, grillo, timbre, etc.)

El acúfeno es, entonces, una actividad neuronal anómala que puede producirse por diversas circunstancias desde disfunciones del sistema auditivo, cardiovasculares, metabólicas, neurológicas, farmacológicas, psicológicas, etc... Se puede decir que el acúfeno es una señal de malestar biopsicosocial que muestra el desequilibrio de la homeostasis física, psíquica y social necesaria para el funcionamiento elemental del ser humano.

Aspectos psíquicos de los acúfenos

Los pacientes que sufren de acúfenos suelen ver afectada gravemente su calidad de vida, pero generalmente no es el acúfeno el responsable de tanto sufrimiento, sino los trastornos emotivos que suelen presentarse asociados a su presencia, tales como ANSIEDAD, DEPRESION y TRASTORNOS DEL SUEÑO, en concreto INSOMNIO.

ANSIEDAD: La persona afectada por acúfenos pone en práctica soluciones erróneas por su cuenta, y adopta conductas desadaptativas que no hacen otra cosa que reforzar el acúfeno y retardar su proceso de habituación.

DEPRESIÓN: Es una situación de la cual el afectado no puede librarse con facilidad, y que si no se afronta con el tratamiento debido, sus síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años.

INSOMNIO: Puede afirmarse que el acúfeno no produce el insomnio, sino los trastornos emotivos relacionados con el propio acúfeno.

Tratamiento

El tratamiento del acúfeno debe ser multidisciplinar y puede incluir la farmacología, la estimulación sonora, y por supuesto el componente psicológico, ya que juega un papel muy importante y debe ser tenido en cuenta en el tratamiento.

Como se ha mencionado anteriormente, es muy importante desde el punto de vista psicológico tratar los trastornos asociados al acúfeno como la ansiedad, depresión, insomnio, el estrés, etc.... pero además se puede tratar el acúfeno directamente a través de una técnica psicológica llamada habituación a los acúfenos. La habituación es no percibir nuestro acúfeno a pesar de su presencia o percibirlo de forma no aversiva que nos permita llevar una buena calidad de vida.

No es la percepción del acúfeno lo que nos perturba, sino el trastorno emotivo que tal percepción nos ocasiona. Habituarse significa que la persona ha alcanzado la misma calidad de vida, o superior, que tenía antes de la aparición del acúfeno.

La mejora de la calidad de vida se explica por el cambio de actitudes y pautas de conducta nuevas que el afectado ha realizado a lo largo del proceso, con lo cual consigue, además de habituarse al acúfeno, disponer de más recursos de afrontamiento ante el estrés en general.

El tratamiento psicológico de los acúfenos incluye las acciones siguientes:

- Visita a los médicos especialistas.
- Evaluación del estado de ánimo.
- Si hay trastorno, prescripción de tratamiento.
- Estudio de la personalidad.
- Reestructuración cognitiva.
- Afrontamiento.
- Entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en autohipnosis.
- Evaluación de los resultados.
- Seguimiento.

Grupos de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua (GAM) en acúfenos están compuestos por personas que comparten el mismo problema o situación, se reúnen para intercambiar información, apoyo emocional, sentirse comprendido, ayudar a los otros miembros, compartir vivencias, salir del aislamiento, reforzar la autoestima, etc. ... hablar con quienes están en la misma situación parece ser la clave.

Si consideras que puedes estar sufriendo algunas de las afecciones mencionadas anteriormente, en el gabinete de psicología Maite Pascual Vergara podemos ayudarte con técnicas GAM y otras adecuadas a tu caso particular.

GABINETE PSICOLÓGICO MAITE PASCUAL
Avda. Carlos III, 37-1º | 31004 Pamplona
T. 622 10 40 00 – 948 10 16 41
maite@maite-pascual.com
www.maite-pascual.com

GABINETE PSICOLÓGICO

MAITE PASCUAL VERGARA
Psicóloga

Psicología Infantil, Adolescentes y Adultos
Entrenamiento de Habilidades Sociales
Mediación y Orientación Familiar
Psicología Forense

Avda. Carlos III, 37-1º
31004 Pamplona
T. 622 10 40 00 – 948 10 16 41
maite@maite-pascual.com
www.maite-pascual.com

Alimentación en la edad infantil

Rosario Ezcurra Irure
Dietista-Nutricionista. Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionista de Navarra

En la infancia se definen cuatro diferentes etapas: lactancia, de 1 a 3 años, preescolar y escolar. Cada una de ellas tiene características propias y diferenciadas. Sin embargo, desde el punto de vista nutricional, tienen en común unos requerimientos elevados debido al crecimiento físico y al desarrollo psicomotriz propios de esta edad.

El proceso de aprendizaje de los hábitos alimentarios es especialmente importante durante los primeros años de vida ya que, además de facilitar un buen estado nutricional y un crecimiento óptimo, ayudará a consolidar la adquisición de hábitos saludables para la edad adulta.

Lactancia

Es el periodo que transcurre desde el nacimiento hasta los 12 meses. En esta etapa las necesidades energéticas, comparadas con las de un adulto por kg de peso, casi se triplican.
La Organización Mundial de la Salud recomienda, siempre que sea posible, la leche materna como el mejor alimento de forma exclusiva hasta los 6 meses de vida ya que, además de adaptarse perfectamente a las necesidades del bebé, crea un mayor vínculo afectivo con su madre.
Además, existen otros beneficios. Para el bebé: protección inmunológica, aportación de nutrientes en cantidad y proporción adecuada y de factores de estimulación del crecimiento, seguridad e higiene en las tomas, regulación del apetito y prevención de enfermedades infantiles y de la edad adulta. Para la madre: recuperación más fácil del peso previo al embarazo, disminución del riesgo de cáncer de ovario y mama, así como de osteoporosis y anemia, etc.
En caso de que la lactancia materna no sea posible o sea insuficiente se optará por la lactancia artificial mediante fórmulas infantiles, de inicio hasta los 4-6 meses y de continuación a partir de esta edad.
A partir de aproximadamente los seis meses, y manteniendo si es posible la lactancia materna, se han de incorporar nuevos alimentos hasta conseguir que el niño tenga una alimentación lo más parecida a la de un adulto. Es lo que se denomina el proceso de diversificación alimentaria.
La incorporación de nuevos alimentos no sigue un esquema fijo, ya que depende de las características, necesidades y tolerancia del bebé.
La introducción de alimentos sólidos debe ser gradual tanto en cantidad como en variedad, respetando un intervalo de, como mínimo una semana, para comprobar su tolerancia y facilitar al niño o niña la aceptación del nuevo alimento. En este sentido, la OMS considera que la introducción tardía sólo debe realizarse en alimentos potencialmente alergénicos como: clara de huevo, frutos rojos, melocotón, pescados y leche de vaca o cuando la textura del mismo pueda producir problemas de atragantamiento o asfixia.
Desde el momento en que el lactante aprende a tomar líquidos en un vaso y a comer con cuchara se le animará a utilizarla, en lugar del biberón. Inicialmente, se ofrecerá el alimento triturado, luego machacado o en trocitos pequeños.
Para favorecer la aceptación, es conveniente ofrecer distintos tipos de alimentos y preparaciones, sin forzar a comer puesto que el niño tiene (salvo enfermedad o indicación del equipo de pediatría) la capacidad de autorregularse según sus necesidades.
Como orientación se puede describir el siguiente calendario:

• De 0-6 Meses
Alimento: Lactancia materna exclusiva
Características: Lactancia artificial, si la materna no es posible con fórmula de inicio y, posteriormente, de continuación.

• 6 Meses
Alimento: Cereales, frutas, verduras y hortalizas
Características: Cereales en cena y/o desayuno. Frutas trituradas en merienda. Comenzar con naranja, manzana, pera y plátano.
Comenzar con patata, judía verde, calabacín y zanahoria en puré en la comida.
Preparar en el momento de consumo con poca agua y sin sal. Añadir una cucharada de aceite de oliva virgen en el momento de servir.

• 7-8 Meses
Alimento: Carnes magras
Características: Incluirlas en el puré de verdura de mediodía. Cocida o al vapor.
Comenzar con pollo, pavo, ternera magra, conejo.

• 8-10 Meses
Alimento: Pescado blanco
Características: Incluirlo en el puré verdura de mediodía dos veces por semana. Cocido o al vapor.
Comenzar con pescado blanco. Si el niño tiene antecedentes de alergia esperar hasta los 12 meses.

• 11 Meses
Alimento: Yema de huevo
Características: Incluirla cocida en el puré de verdura de mediodía dos veces por semana.

• 12 Meses
Alimento: Legumbre
Características: Incluirla cocida en el puré de verdura de mediodía dos veces por semana.
Comenzar con lentejas.

• 12 Meses
Alimento: Huevo entero
Características: Incluirlo en forma de tortilla de 1 unidad para la cena, dos veces por semana.

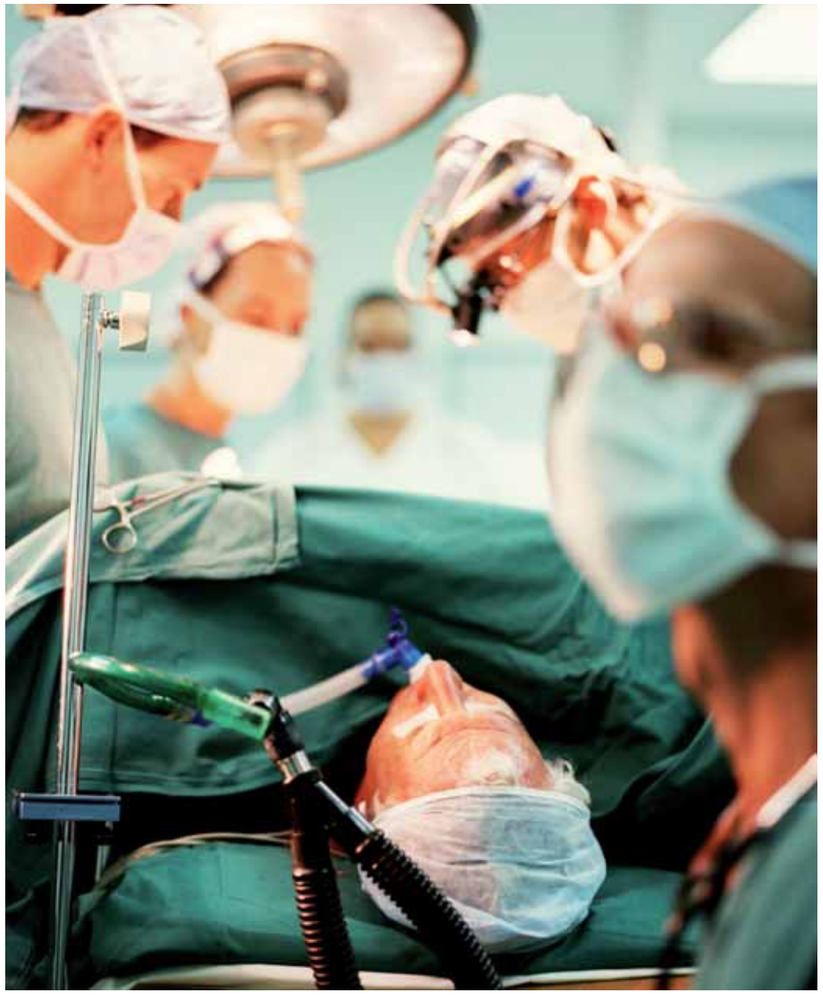
Alimentación del niño/a de 1 a 3 años

Esta es la etapa crucial para adquirir hábitos alimentarios. El aparato digestivo y las funciones metabólicas han alcanzado la madurez por lo que, al final de este periodo, el niño debería masticar con normalidad y su dieta incorporar todo tipo de alimentos con su textura propia.
Este periodo se caracteriza por una menor velocidad de crecimiento comparado con el lactante, lo que conlleva una disminución en las necesidades energéticas y nutricionales y esto se traduce en un menor apetito. Esto debe ser aceptado con normalidad en el entorno del niño. Él tiene la capacidad de autorregular su ingesta, por lo que, si se le fuerza se puede producir una situación de rechazo.
La mejor forma de aprendizaje es la observación, imitación y repetición. Por ello, se debe incorporar lo antes posible a la mesa familiar, procurando establecer un ambiente agradable y de diálogo y evitar distracciones como la televisión, juegos, etc. El niño o niña debe aprender a disfrutar de la comida sin preferencias alimentarias que desplacen el consumo de alimentos; debe aprender que hay que tomar alimentos que gustan menos.
Si el niño o niña se queda a comer en la escuela infantil es necesario conocer el menú para complementar la dieta con la cena en casa.
Los objetivos de esta etapa deben ser: mantener un adecuado estado nutricional, crecimiento y desarrollo, con una adaptación progresiva a la dieta del adulto aprendiendo a disfrutar de la comida.
La estructura de una comida convencional debe componerse de:
Primer plato: Generalmente a base de arroz, pasta, verduras con patata, ensalada, legumbre en puré. El valor nutritivo de este primer plato es principalmente a partir de hidratos de carbono complejos.
Segundo plato: Carne magra, jamón, fiambre de pavo, pescado o huevo. Debe presentarse en cantidades moderadas (el hambre no debe saciarse a base de proteínas). Pueden acompañarse de una guarnición de ensalada o verduras o patatas (asadas, cocidas o en puré, no siempre fritas). Conviene incluir bastante pescado (blanco y azul) y huevos.
Postre: Lo mejor es incluir fruta y alternar con lácteos sencillos (yogur, queso magro, etc.)
Cuidar la cantidad y calidad de grasa de la dieta, controlando su aporte. Preferir aceite de oliva virgen para cocinar y aliñar, consumir con mayor frecuencia pescado que carne y evitar el consumo excesivo de productos industriales como bollería, platos preparados, postres industriales, etc.
Realizar cinco comidas diarias, respetar los horarios y evitar el "picoteo".

En definitiva, los niños aprenden de lo que ven hacer a los adultos, por lo que, la mejor escuela es que en casa la familia realice una alimentación correcta y adecuada y ponga en práctica unos hábitos de vida saludables, de esta forma el niño sólo tendrá que imitar lo que ve.

Anestesia en el paciente anciano

Dr. Miguel Castañeda Pascual
Dr. Mikel Batllori Gastón
Servicio Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Complejo Hospitalario de Navarra "A". Pamplona



El concepto de ancianidad es difícil de definir. No existe una forma universal de envejecer y no hay una edad crítica a partir de la cual consideremos que ya formamos parte de la tercera edad. Además del factor cronológico, en el proceso de envejecimiento entran en juego otros factores de diversa índole: fisiopatológicos, emocionales, socioculturales, etc. Lo cierto es que cada vez vivimos más, y es muy habitual que pacientes de avanzada edad visiten el quirófano. La atención perioperatoria del paciente anciano supone un reto para el anestesiólogo.

¿Está aumentado el riesgo anestésico en el paciente anciano?

Es lógico pensar en que así sea. Evidentemente al existir diversas patologías y un deterioro de las distintas funciones orgánicas, el paciente anciano posee un riesgo anestésico-quirúrgico más elevado que los pacientes más jóvenes. Pero es un riesgo relativo, es decir, ello dependerá de estado basal del paciente (grado funcional), del control de las patologías coexistentes y su adecuado tratamiento, del tipo de intervención a realizar, etc. No es infrecuente encontrarnos con ancianos que gozan de un mejor estado de salud que pacientes mucho más jóvenes y deteriorados.

¿A qué es debido?

El aumento de longevidad favorece la aparición de enfermedades degenerativas, inmunosupresión y neoplasias. Además, se produce una pérdida de la reserva funcional de todos los órganos. Ésta se define como la diferencia entre la función máxima y basal de un órgano, y depende de las enfermedades coexistentes y las condiciones de vida (alimentación, higiene, hábitos, etc). Representa el margen de seguridad de todas las funciones de un órgano y es uno de los factores más determinantes en el aumento de la morbimortalidad de estos pacientes. Esta baja reserva funcional es difícil de evaluar, y con frecuencia se manifiesta en situaciones de estrés, sobre todo en el periodo postquirúrgico.

¿Cómo se refleja esa degradación orgánica a nivel de todos los sistemas?

Aparato osteomuscular: la artrosis degenerativa limita los movimientos de estos pacientes. Es importante prestar atención a la postura que adoptan los pacientes en quirófano ya que se pueden provocar fractura, compresiones nerviosas y luxaciones.
Sistema cardiovascular: La arterioesclerosis y la hipertensión arterial son factores de riesgo frecuentes en estos pacientes, e implican un alto riesgo perioperatorio. La disminución del gasto cardiaco compromete la irrigación de los principales órganos corporales.
Sistema respiratorio: el funcionamiento pulmonar se encuentra reducido, con lo que se favorece el cortocircuito arterio-venoso, la formación de atelectasias, la hipoxemia, infecciones pulmonares, etc.
Sistema nervioso: son evidentes la pérdida neuronal y la atrofia cerebral (daño cognoscitivo), así como la disminución del flujo sanguíneo cerebral y la disfunción del sistema nervioso autonómico.
Sistema digestivo: el tránsito digestivo se encuentra enlentecido, así como la función metabólica del hígado.
Sistema renal: la función renal comienza a declinar a una edad temprana y se calcula que, a los 90 años, el funcionamiento renal será sólo del 40%. Por ello, en estos pacientes el manejo de líquidos se torna crítico. Igualmente debe tenerse en cuenta que la eliminación renal de los fármacos también está disminuida.
Sistema endocrino: la diabetes mellitus es una enfermedad muy común en los ancianos, y suele estar asociada frecuentemente con daño cardiovascular, renal, neurológico, visual, inmunológico, etc.

¿Se ve alterado el metabolismo de los fármacos anestésicos en el paciente anciano?

El progresivo deterioro celular modifica la farmacocinética (procesos de absorción, distribución, metabolismo y eliminación del fármaco) y farmacodinamia (efectos que el fármaco provoca en el organismo) en estos pacientes. Las drogas eliminadas por el hígado y el riñón tendrán una vida media plasmática y eliminación más prolongadas. La disminución del flujo en los distintos órganos y de las proteínas plasmáticas, facilitan niveles sanguíneos elevados de las drogas utilizadas, con posibilidad de incrementar la toxicidad de las mismas.
Es labor del anestesiólogo saber pautar y ajustar correctamente la dosis de todos los fármacos empleados según el estado del paciente.

¿Qué tipo de intervenciones son más habituales en ancianos?

La cirugía más frecuente por encima de los 75 años es la de corrección de catarata. Asimismo, son muy habituales procedimientos traumatológicos, urológicos y la reparación de hernias inguinales. Igualmente, los estudios endoscópicos digestivos (gastroscopia y colonoscopia) se realizan con asiduidad en este tipo de pacientes.

¿Está indicada especialmente la anestesia regional en estos pacientes?

No cabe duda que someter a una anestesia general a un paciente anciano con graves patologías de base conlleva un riesgo que podría minimizarse con el empleo de técnicas anestésicas loco-regionales. La anestesia regional ofrece ventajas como una menor incidencia de trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar, menos complicaciones respiratorias y una mejor monitorización del estado neurológico del enfermo, pero, a cambio, requiere cierto grado de colaboración por parte del paciente.
Es importante una adecuada valoración preoperatoria del paciente para realizar una correcta elección de la técnica anestésica, ya que se trata de una decisión individualizada: no todos los pacientes ni todas las intervenciones son candidatos a una anestesia regional.

¿Son candidatos los pacientes ancianos a una cirugía en régimen ambulatorio?

La separación prolongada del medio habitual del paciente geriátrico y la llegada a un nuevo ambiente puede provocarle perjuicios tanto físicos como emocionales.
Diversos trabajos demuestran el beneficio de ciertas cirugías realizadas en régimen ambulatorio (sin ingreso hospitalario), basándose en una menor incidencia de complicaciones cardio-respiratorias y una menor tasa de delirio postoperatorio. Siempre que el estado del paciente y la baja complejidad de la cirugía y la técnica anestésica lo permitan, es una buena opción para estos pacientes.

¿Qué es el trastorno cognitivo postoperatorio o delirio postoperatorio?

Se trata de un deterioro global de las funciones superiores observado con frecuencia en el periodo postoperatorio en pacientes ancianos, que implica un aumento de la morbimortalidad del paciente, del coste sanitario y del tiempo de ingreso.
Consiste en un cambio de personalidad que se acompaña de trastornos de memoria, elevados niveles de ansiedad y tendencia a episodios de desorientación témporo-espacial, así como frecuentes estados de agitación. Su incidencia no es despreciable, ya que puede darse hasta en el 45% de los pacientes mayores de 65 años, dependiendo del tipo de cirugía. La cirugía vascular, ortopédica y las cirugías de larga duración se asocian a una incidencia mayor de delirio postoperatorio. Existen circunstancias previas que también actúan como factores de riesgo para la aparición de este cuadro: edad avanzada, bajo nivel sociocultural, abuso previo de alcohol o sustancias psicotrópicas, alteraciones endocrino-metabólicas, trastorno ansioso-depresivo y estados prolongados de hipoxemia, hipotensión o deshidratación.

óptica unyvisión
AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA
Tel. 948 178 188

- Revisión visual
- Terapia visual
  - *Habilidades visuales*
  - *Problemas de aprendizaje*
- Medida de la tensión ocular
- Adaptación de lentes de contacto

Solicite consulta sin compromiso

Un producto Reyno Gourmet

Pan, bollería, repostería y pastelería "Artesanas": tradición, sabor y calidad

Arantza Ruiz de las Heras de la Hera
Dietista-Nutricionista

Dietéticamente, el pan y los alimentos englobados como bollería, repostería y pastelería se clasifican en dos grupos bastante diferentes en cuanto a propiedades nutricionales, usos, características, componentes globales, recomendaciones de consumo en la dieta habitual, etc. Por un lado, se encuentra el pan y, por otro, el compuesto por bollería, repostería y pastelería. Comparten uno de los ingredientes principales, como es la harina, pero no sólo eso, también tienen en común una gran tradición de consumo entre la población, una gran palatabilidad y la gran apetencia que despiertan en numerosas personas.

Pan: el pilar de la dieta

No es exagerado afirmar que el pan se puede considerar como uno de los pilares de nuestras dietas, ya que se sitúa en el primer escalón básico de la pirámide de la alimentación saludable ideada por la SENC (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria) en el año 2004. Esto se traduce en que la recomendación de consumo de este alimento debe ser de varias raciones al día. Una ración de pan se considera una rebanada de entre 40-50 g. Por este motivo, y para poder cumplir con lo aconsejado por los expertos, es adecuado tomar pan en las distintas comidas principales del día (desayuno, comida y cena), así como en alguna de las complementarias (almuerzo y merienda). Incluso en ciertas patología en las que, tradicionalmente, su consumo se ha restringido excesivamente, en el mejor de los casos, cuando no prohibido, por parte de profesionales sanitarios, está más que demostrado que no es conveniente excluirlos de la dieta, sino controlar su consumo, y balancearlo con el resto de hidratos de carbono de esa comida y de los que se toman ese día. Porque el nutriente mayoritario del pan son los hidratos de carbono complejos o de lenta absorción, por lo que resultan más saludables que los azúcares sencillos ya que se absorben más lentamente y, así, pasan a la sangre de forma paulatina, y se consigue mantener mejor las curvas de azúcar en sangre y en control de las sensaciones de hambre y saciedad.

Además, si el pan es integral conserva la cubierta externa del cereal, por lo que se aumenta el contenido en fibra, vitaminas, minerales y sustancias fitoquímicas respecto a su homólogo blanco o refinado. La fibra aporta beneficios para la salud como la regulación del tránsito gastrointestinal, enlentecimiento en la absorción de determinados nutrientes, prevención de algunas enfermedades, incremento en la sensación de saciedad, etc. Por todos estos motivos, la recomendación, siempre que no haya contraindicación, es usar preferentemente el pan integral.

El pan como "Alimento Artesano"

La clasificación de "Alimento Artesano" hace referencia a una marca propiedad del Gobierno de Navarra que dispone de unas normas específicas de la Artesanía Agroalimentaria de Navarra. La finalidad de la marca "Alimentos Artesanos" es garantizar la calidad de los productos elaborados por empresas artesanas registradas como tal y facilitar la distinción de dichos alimentos en el mercado. Y que la acredita como una de las Certificaciones de Calidad amparada bajo el paraguas de Reyno Gourmet. Por lo tanto, la denominación de pan "artesano" exige una serie de requisitos que comprende todos los aspectos del proceso de elaboración de este alimento, desde los ingredientes permitidos y no permitidos hasta la forma de amasado y fermentado y, por supuesto, su cocción.

Bollería, repostería y pastelería

El grupo genérico de bollería y repostería se cataloga en la parte alta de la pirámide, cerca de la cúspide, por lo que su consumo no se recomienda de manera diaria, sino ocasional. Debido, principalmente a los ingredientes que contiene, ya que suelen ser productos ricos en azúcares y grasas, principalmente, con un alto contenido en grasas saturadas por el uso, bien de grasas animales (mantequilla, manteca, tocino, etc.) o bien por el uso de algunas grasas vegetales que, a pesar de su origen, también aportan grasas de las denominadas menos saludables. El claro ejemplo de estas últimas son las de coco y palma, ampliamente utilizadas en producción alimentaria debido a su elevada estabilidad por lo que hace que resulte muy sencillo trabajar con ellas y su reducido coste. Además, algunas grasas utilizadas en bollería y pastelería industrial son grasas parcial o totalmente hidrogenadas, lo que supone un proceso tecnológico por el cual se obtienen unas cadenas de moléculas con una configuración espacial de la forma TRANS, que no es la más abundante en la naturaleza. Además, se ha comprobado que estas grasas TRANS son sumamente perjudiciales a nivel cardiovascular. Por estos motivos, el consumo diario de este tipo de alimentos no está aconsejado.

Características de la bollería, repostería y pastelería "artesana"

Estos alimentos se caracterizan por la regulación estricta de las normas técnicas que han de

cumplir tanto en sus materias primas, como en su proceso de elaboración, cocción, etc. Como dato a tener en cuenta hay que comentar que existen prácticas permitidas y prohibidas, dentro de estas últimas se encuentra el uso de conservantes, colorantes y saborizantes, así como el uso de masas preparadas o precocinadas. Además, las materias primas reguladas en su fabricación aseguran la ausencia de grasas hidrogenadas incorporadas como ingrediente. Como grasas de uso se permiten únicamente el aceite de oliva, aceite de girasol, manteca de cerdo, mantequilla y margarina.

Así, y como conclusión, este grupo de alimentos, derivados de los cereales, deberían englobarse de forma controlada dentro de la dieta habitual. En el caso del pan, de manera diaria. En el caso de la repostería, bollería y pastelería debería tomarse de forma ocasional, como recurso en el caso de algún postre o en almuerzos y meriendas. Sin embargo, nunca estos alimentos deberían sustituir a otros básicos de nuestros menús, ni hacerlo de forma continuada. Y, por supuesto, todo ello dentro del marco de una alimentación rica en productos de origen vegetal y lo más variada y equilibrada posible. Llevar un estilo de vida saludable repercutirá de forma positiva en nuestra salud y calidad de vida y, al fin y al cabo, esto es lo más importante.

El diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad de Parkinson

Dra. María Elena Erro Aguirre
Servicio de Neurología A. Complejo Hospitalario de Navarra.

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa en la que se produce una pérdida de neuronas de la sustancia negra que envían sus proyecciones a otra estructura encefálica que se denomina estriado donde liberan un neurotransmisor, la dopamina. De esta denervación dopaminérgica del estriado se derivan muchos de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, aunque no todas, ya que pueden afectarse otras estructuras encefálicas y neurotransmisores. En el cerebro de los pacientes con EP se encuentran depósitos de una proteína llamada alfa-sinucleína y que forma parte de unas inclusiones neuronales características llamadas cuerpos de Lewy.

La causa de la EP se desconoce y por lo tanto no es posible establecer medidas de prevención. En una minoría de casos se han definido unos genes que cuando mutan causan la EP, por ejemplo, mutaciones de genes que codifican para las proteínas alfa-sinucleína o parkina, han demostrado de forma convincente que causan EP familiar pero con frecuencia sin un patrón de herencia mendeliana típica. Familias con patrones claramente autosómicos recesivos o dominantes son raras. Aun así el riesgo de padecer EP es más de tres veces mayor para un individuo asintomático cuando tiene un familiar de primer grado afectado por la EP esporádica. Estudios de asociación genómica extensa en grupos numerosos de pacientes han permitido identificar genes de riesgo que contribuyen al riesgo general de padecer EP. Algunos de éstos estaban implicados en la EP familiar apoyando la noción de que mecanismos comunes pueden subyacer a la enfermedad esporádica y a las formas hereditarias.

Se ha producido por tanto un gran avance en el conocimiento de la genética de la EP pero está claro que no sólo la genética determina el desarrollo de la enfermedad y su expresión clínica. Numerosos tóxicos y exposiciones ambientales podrían participar de la causa de la EP o desempeñar un papel protector (café, tabaco). Así, la mayoría de los casos de EP probablemente tengan una etiología multifactorial. Profundizar en todos estos factores podrá ayudar a conocer cual es el primer estadio de la cascada de neurodegeneración.

Ligera lentitud de movimientos

La EP suele comenzar en la sexta década de la vida aunque también puede comenzar antes o después. Los síntomas iniciales pueden ser ligera lentitud de movimientos y suelen empezar en un lado del cuerpo, con más frecuencia por la extremidad superior. Los signos capitales de la EP son la acinesia, el temblor, la rigidez y los trastornos del equilibrio y de la marcha. La acinesia se define como la lentitud del movimiento que puede traducirse en dificultad para los movimientos finos como abrocharse botones pequeños o para movimientos repetitivos tales como batir un huevo. En la consulta se pone de manifiesto pidiendo al paciente que realice movimientos repetitivos con las manos como contar los dedos o hacer marionetas. La rigidez es un estado continuo de tensión y de firmeza muscular que dificulta el desplazamiento de las articulaciones. El temblor típico de la EP es de reposo, suele comenzar en una mano y en un 30% de los pacientes con EP está ausente. Además en la EP los movimientos automáticos están disminuidos y puede observarse una falta de braceo al andar. La cara se vuelve inexpresiva y la escritura se vuelve irregular. Las alteraciones del equilibrio y de la marcha no suelen ser evidentes en fases precoces de la enfermedad cuando sólo está afectado un hemicuerpo.

Diagnóstico de la EP

El diagnóstico de la EP es clínico lo que significa que se basa en las alteraciones motoras de la exploración neurológica. ¿Cómo puede una enfermedad diagnosticarse antes de que los primeros síntomas aparezcan?. Una actual y preocupante aproximación estratégica es la de procurar identificar biomarcadores fiables en sujetos predispuestos genéticamente a desarrollar la enfermedad lo que permitiría establecer un diagnóstico precoz. La búsqueda de biomarcadores en sangre, líquido cefalorraquideo o en orina no han dado resultados hasta el momento. En los últimos años han adquirido gran relevancia los llamados síntomas no motores, algunos de los cuales pueden aparecer en fases iniciales de la enfermedad, antes incluso de que se manifiesten los problemas de movimiento. Estos síntomas son la pérdida de olfato o hiposmia, el estreñimiento, el trastorno de conducta del sueño REM y la depresión. Se los ha considerado como posibles marcadores pre-clínicos de enfermedad. Hipotéticamente, si se consiguiera detectar precozmente a individuos en riesgo en la fase promotora se abrirían nuevas perspectivas en cuanto al papel de una posible terapia neuroprotectora. Sin embargo no se sabe en la actualidad cual es el riesgo real de un individuo con uno o varios de estos síntomas no motores de desarrollar EP, ya que son síntomas muy prevalentes en la población general.

Reorganización de los circuitos neuronales

La búsqueda de un biomarcador en el cerebro usando técnicas de imagen como la PET o SPECT ha dado resultados más prometedores ya que la visualización de las terminales nerviosas nigroestriadas de la síntesis de dopamina mediante PET con flurorodopa o SPECT con el trasportador presináptico de la dopamina pueden alterarse antes de que aparezcan las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

El desarrollo de terapias modificadoras de las enfermedades degenerativas como la EP está frenado por la sustancial pérdida neuronal que se produce cuando aparecen los primeros signos clínicos. Aunque algunos ensayos recientes han sugerido el papel neuroprotector de algunos fármacos, una prueba convincente de esta función puede ser difícil de demostrar debido a que estas terapias probablemente se inicien demasiado tarde para detener o frenar el proceso degenerativo una vez que aparecen los primeros síntomas, dado el largo periodo preclínico de la neuropatología subyacente.

A pesar de que no disponemos en la actualidad de un tratamiento curativo es importante establecer precozmente el diagnóstico de EP para a su vez comenzar pronto un tratamiento sintomático que mejore la calidad de vida del paciente. Hoy en día se sabe que los pacientes tratados precozmente van a estar en mejores condiciones al cabo de los años que aquéllos que con el mismo grado de enfermedad comienzan a tratarse más tarde. Se piensa que esto se debe a que los fármacos favorecen que se produzcan unos mecanismos de compensación mediante una reorganización de los circuitos neuronales dañados. Actualmente disponemos de una gran variedad de fármacos con distintos mecanismos de acción que en diferentes combinaciones dependiendo de la edad y otras características del paciente resultan eficaces para revertir la sintomatología de la EP.

Barreras a la hora del cuidado de la boca

Dr. José Ignacio Zalba
Dentista. Especialista en Programas de Prevención para la salud buco-dental (UCM)

¿Me cuido yo la boca correctamente? Es seguramente una pregunta muy común y más de uno debe habérsela planteado. Sin embargo, esta pregunta es ambigua porque primero puedo pensar que yo ya cepillo los dientes todos los días y segundo porque siguen apareciéndome problemas en la boca.

¿Es suficiente lo que hago? generalmente aquí está la respuesta, solo con el cepillado de dientes no es suficiente, hoy prácticamente todo el mundo lo realiza. Siendo una medida básica, un correcto cuidado de la boca requiere algo más, no a todas las personas le son suficientes las mismas medidas de mantenimiento, de hecho hoy se analiza el riesgo de enfermedades que uno tiene más probabilidad de padecer (caries, problemas de encías, desgaste dental,...), permitiendo individualizar y así optimizar el cuidado adaptándolo a las necesidades personales.
Una higiene correcta, hacer ejercicio, la dieta, dejar de fumar,... son muchos los hábitos saludables que se deben seguir, pero, merece la pena, no solo para la boca sino para la salud general, todo parece más difícil de lo que en realidad es, no hay más que empezar.

¿Por qué no nos cuidamos?

Estudios sociológicos demuestran que el nivel de conocimiento de temas de salud puede mejorar mucho. Somos inconscientes de nuestros hábitos, ni siquiera elegimos en su día de pequeños lo que queríamos hacer sino lo que veíamos en nuestros mayores. Es más fácil cambiar conductas negativas en los niños pequeños, que es cuando está estructurando su personalidad y sus patrones de conducta. Los errores son más difíciles de cambiar cuando la persona es adulta aunque en muchos casos con darnos cuenta del problema es suficiente. El dentista es la persona que mejor le informará sobre sus necesidades específicas, ya que, se suele recurrir primero a los consejos de la familia, un amigo, etc.
"Ya me lo arreglarán cuando se estropee". Existe el convencimiento del poder sin límites de los tratamientos para solucionar los problemas, cuando por lo general estos resuelven los efectos secundarios de las lesiones, no solucionan por si solos la enfermedad y presentan limitaciones con lo que seguimos volviendo a sufrirlos. Solo hay que hacer caso a la sabiduría tradicional: Es mejor prevenir... para no curar.

"A mí no me va a pasar"

Vivimos con la ideología de que "a mí no me va a pasar" aun cuando la realidad nos golpea todos los días con sus datos, el 98% de la población desarrolla caries y el 92% problemas de encías, ante enfermedades de alta prevalencia hay que desarrollar enfoques preventivos. Cuando no hay una percepción del riesgo no existe la conciencia de que hay que poner una solución.
El hecho de no sentir problemas y no notar resultados inmediatos con el mantenimiento que nos obliga a ser constante, nos lleva a detenerlo o a no seguirlo con regularidad. Vivimos en la sociedad de lo inmediato, el cortoplacismo y la salud requiere de miradas más lejanas. La boca requiere de un cuidado continuado, el ritmo de progresión de las lesiones por lo general es lento con periodos de actividad y reposo, tardando años en aparecer el daño. Hay temporadas donde uno se cuida mucho en todo o depende del estado de ánimo que tenga, también si se está preocupado uno se descuida y coloca otras prioridades antes que a uno mismo como...
Los beneficios de hacer bien las cosas son inmediatos desde el primer día aunque sobre todo se ven conforme avanzamos en edad.
Por lo general el comienzo de hábitos saludables empieza en la etapa adulta cuando se lleva muchos años con costumbres que hay que cambiar, en el mejor de los casos y después de haber sufrido problemas se van introduciendo los cambios oportunos. En cualquier caso nunca es demasiado tarde pero tampoco nunca es demasiado temprano. Como hemos visto antes, la niñez es la etapa ideal para incorporar los hábitos saludables.
Mi familia tiene mala boca, comentario bastante común que quiere justificar más que la falta, un cuidado incorrecto o incompleto. Estar sano no depende de la suerte (genética) depende de uno mismo. Aunque hay sin duda una influencia de la calidad de los tejidos y de aspectos propios del individuo, tanto la caries como los problemas de encías son enfermedades que se pueden prevenir. Recuperar o desarrollar hábitos de vida saludables es la principal arma contra estas enfermedades. Hoy las medidas preventivas se adecuan a la genética y al estilo de vida del individuo, de ahí la necesidad de personalizar, ya que, lo que funciona en mí no necesariamente va bien en ti.

Otro gasto más

Tenemos mal definidas nuestras prioridades además de tener un concepto erróneo en la relación de costo-calidad... ¿por qué curamos en lugar de prevenir?, ¿cómo defines tú tus prioridades de salud? La salud de la boca requiere de un mantenimiento como puede ser el de nuestro coche, hoy todos cambiamos el aceite, revisamos los frenos,...y no esperamos a tener un accidente donde los costes de todo tipo van a ser mayores tanto económicamente como a otros niveles. En definitiva prevenir es más barato que curar.
Todo ello nos ayuda a entender el concepto de Prevenir que es el acto por el cual se evita que algo suceda. La misión esencial del profesional sanitario de hoy es evitar la aparición de la enfermedad. La boca es uno de los órganos del cuerpo que más atención necesita por su alta prevalencia. Una infección de la boca puede agravar cualquier otro tipo de enfermedad, por lo que es esencial tenerla sana. Los mejores pacientes son los más informados. El reto de la prevención es implicar y responsabilizar de lo peor que se puede perder: la salud.

Nota: visita al dentista regularmente.

Anestesia epidural

Mary Mar Horcada
Matrona.
Asociación Navarra de Matronas

La anestesia epidural es una técnica de alivio del dolor que se puede utilizar en la atención al parto.
Lo ideal es que esta técnica se aplique cuando la madre se encuentra en la fase activa de parto, es decir, cuando haya alcanzado al menos los 4cm de dilatación, y tenga contracciones intensas y regulares, pero en cualquier caso son los profesionales que atienden a la gestante los que deciden cuando está indicada la aplicación de ésta técnica.

¿Cuáles son las condiciones previas que necesito para que se me aplique la anestesia epidural?

Lo más importante es que estés informada de las ventajas y de los inconvenientes. Esta información te la facilitarán los profesionales que te atienden especialmente en las clases de preparación a la maternidad. No dudes en preguntar todo lo que necesites.
Cuando llegues al servicio que va a atenderte puedes solicitarla. Se te entregará un pequeño cuestionario para recoger unos datos sobre tu salud. Es imprescindible que firmes un consentimiento. Si todo está en orden y en la revisión de tu historia clínica se cumplen todos los requisitos: Ausencia de contraindicaciones, analíticas recientes, parto activo, etc., se podrá aplicar esta técnica.

¿Cuales son las ventajas?

- La mayor ventaja es el alivio del dolor.
- Posibilita la cesárea y el parto instrumental, evitando la anestesia general.

¿Cuáles son los inconvenientes?

- La aplicación de la epidural implica un parto medicalizado. En muchas ocasiones es necesaria la administración de oxitocina, para conseguir unas buenas contracciones ya que la anestesia epidural puede disminuir el ritmo y la intensidad de las mismas , incluso en gestantes que acuden con un buen ritmo e intensidad de contracciones espontáneas.
- Prolonga el tiempo de expulsivo. Ya que la sensación de empujar disminuye.
- Disminuye la tensión arterial
- Existe más riesgo de parto instrumental.
- No todas las epidurales son eficaces.
- Puede producir dolor de cabeza.
- Las complicaciones más graves aunque se, producen en raras ocasiones, pueden suceder, y por lo tanto deben ser también valoradas: Infecciones, hematomas etc.

¿Qué cuidados tengo que tener durante y después de la aplicación de la técnica?

Los profesionales que te atienden te ayudaran a colocarte en la posición adecuada, generalmente será sentada. Es muy importante que no te muevas durante todo el proceso. El/la anestesista te aplicará un anestésico local y posteriormente te insertará una aguja en la espalda, por donde pasará un catéter, el cual se conectará a una bomba de perfusión que contiene la medicación. La anestesia epidural se mantiene todo el tiempo que sea necesario.
Los profesionales que te atienden te vigilarán estrechamente, tanto a tu bebé como a ti mediante la aplicación de técnicas como son: monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal, monitorización continúa de la tensión arterial, valoración de los niveles de anestesia etc. y te atenderán en todas aquellas situaciones que precises, aportándote las explicaciones y los cuidados oportunos.
Como hemos comentado anteriormente la anestesia epidural , es una técnica que en el caso del parto, sirve mayoritariamente para el alivio del dolor. Es decir, aporta confort, pero es un técnica invasiva que tiene sus ventajas e inconvenientes, hay que sopesar muy bien los inconvenientes frente a las ventajas, para tomar una buena decisión. Por ello debes estar muy bien informada. El curso de preparación a la maternidad es un buen momento para consultar con las matronas, y exponer todas las dudas que tengas, ellas te darán todas las explicaciones que necesites.

El niño con miedos y ansiedad

Dr. César Soutullo Esperón
Director, Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente,
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra
Dra. Ana Figueroa Quintana
Psiquiatra infantil y adolescente. Hospital Perpetuo Socorro. Las Palmas de Gran Canaria.
Hospital General de La Palma. Servicio Canario de Salud, Breña Alta, La Palma.

Marina tiene 5 años, al irse a dormir, cuando sus padres apagan la luz, se pone nerviosa y tensa, no puede respirar, suda, le palpita el corazón y piensa que puede entrar un ladrón por la ventana. Siente mucho miedo a la oscuridad, no aguanta más, llora, no puede dormir y corre a la habitación de sus padres.
Andrés, de 8 años, empezó a decir que no quería ir al colegio. Convencido de que haría el ridículo ante sus compañeros, tenía un miedo atroz a que se riesen de él, "pensarán que soy tonto", y prefiere quedarse callado, también en los recreos, antes que hablar con otros.
Leyre tiene 11 años, de pequeña lloraba mucho al dejarla en el colegio, pero acabó acostumbrándose. Desde hace varios meses, especialmente los domingos por la noche y lunes por la mañana se queja de dolor de tripa, vomita, o le duele la cabeza. Los viernes está mejor. Su madre le ha llevado a múltiples médicos que no han encontrado causas físicas de sus problemas de estómago y de cabeza. Cuando Leyre está en el colegio pasa todo el tiempo pensando en sus padres, en que algo malo les pasará y que no volverán a por ella. Sus profesores dicen que está muy inatenta en clase y sus notas han bajado.

Marina, Andrés y Leyre tienen síntomas de ansiedad, como otros muchos niños, porque son los síntomas psiquiátricos más frecuentes en niños y adolescentes.
La ansiedad es una sensación de miedo o alerta ante una situación potencialmente peligrosa (una araña, la altura, un examen o algo nuevo para el niño). Por eso, es normal sentir miedo en ciertas circunstancias. La ansiedad puede ayudar al niño a superar una situación difícil, e incluso mejorar su rendimiento, por ejemplo, estudiar más el día antes de un examen por miedo a suspender.
Los miedos normales cambian con la edad: los niños pequeños temen separarse de los padres o a la oscuridad; los niños de primaria temen hacer el ridículo ante sus compañeros, a hacerse heridas y a fenómenos naturales como las tormentas; y los adolescentes se preocupan por su popularidad y su rendimiento académico. Los "miedos normales" disminuyen con el tiempo, cuando el niño va dominando la situación, hasta que desaparecen.
Si no se disipa y la ansiedad continúa, aumenta o interfiere en la vida cotidiana del niño, puede tratarse de un trastorno o ansiedad patológica. Entonces la ansiedad hace que bajen las notas, aparezca una sensación de "nerviosismo" todo el tiempo, enfados frecuentes, quejas físicas, evitar ir a sitios (fiestas, extraescolares, campamentos), sufrimiento interno, etc. Los trastornos de ansiedad son problemas médicos reales, no son una invención o un capricho del niño, o de sus padres. Son frecuentes. Y son tratables.

Es importante tener información científica, reciente y contrastada sobre qué es la ansiedad, sus causas, cuando se convierte en un trastorno psiquiátrico y cómo tratarlo. En su libro para padres "Convivir con Niños y Adolescentes con Ansiedad", el Dr. César Soutullo y la Dra. Ana Figueroa repasan las ideas fundamentales sobre los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

Definición y tipos

- Los trastornos de ansiedad son problemas médicos con origen biológico cerebral, en la amígdala y la corteza prefrontal las regiones cerebrales responsables de los síntomas de ansiedad. Se han descrito desde hace siglos en países y culturas diferentes.
- Hay varios tipos de trastornos de ansiedad: generalizada, por separación, ataques de pánico, fobias (agorafobia, fobia específica, fobia social), trastorno de estrés post-traumático y trastorno obsesivo-compulsivo.

¿Qué síntomas tiene la ansiedad?

Son diferentes según la edad y nivel de desarrollo del niño: Síntomas psicológicos: Temor o miedo recurrente, persistente o intenso, o evitación de situaciones. Síntomas físicos (son muy frecuentes): dolor de cabeza, de estómago, naúseas, vómitos, sensación de ahogo, diarrea, taquicardia. Síntomas motores: agitación, nerviosismo, tics. Problemas del sueño: insomnio, pesadillas.

Causas

- Tienen en parte un componente genético (heredabilidad del 20%). Con frecuencia la madre o el padre del niño con ansiedad también sufren ansiedad. Los padres pueden "modelar" o incluso fomentar que su hijo evite ciertos lugares, actividades o cosas. Esto no ayuda al niño, pero en ningún caso significa que el trastorno de ansiedad del hijo sea culpa de los padres. A nadie se le ocurriría afirmar que una madre que sufre diabetes o cáncer es culpable de que su hijo también lo padezca. Los trastornos de ansiedad en los niños NO son culpa de los padres.
- Factores ambientales como la muerte de un ser querido, el abuso o abandono y otros, pueden desencadenar y mantener en el tiempo un trastorno de ansiedad.

Impacto de la enfermedad

- Pueden llegar a provocar un deterioro grave en la vida familiar, social y académica del niño. En la consulta hemos valorado niños que llevan años sin ir al colegio por síntomas de fobia social. La ansiedad puede tener consecuencias muy negativas.
- Se diagnostican con una entrevista clínica estructurada, por un psiquiatra o un psicólogo infantil con experiencia clínica.
- Sin tratamiento tienden a persistir, cuando el niño se convierte en adolescente o adulto.

Tratamiento

- Con tratamiento, que es seguro y muy eficaz, tienen buen pronóstico, incluye varios elementos: psicoeducación, psicoterapia y manejo conductual de los síntomas, y medicación.
- La psicoterapia cognitivo conductual es la más estudiada y la más eficaz en trastornos de ansiedad. Consiste en ayudar al niño a afrontar la situación temida (por ej., hablar en público o dormir solo), poco a poco, para que vaya ganando confianza en sí mismo y lo afronte cada vez con menos ansiedad. La clave: afrontar el miedo, no evitarlo.
- Cuando la ansiedad provoca mucho sufrimiento o tiene un impacto negativo en el día a día del niño, puede ser necesario tomar medicación durante un tiempo. La medicación facilita el afrontar lo temido, porque disminuye la intensa ansiedad que el niño siente en una situación (por ejemplo, al dormir fuera de casa) a un nivel "tolerable".
- El riesgo de tener efectos secundarios de la medicación es mucho menor que el riesgo de sufrir consecuencias muy adversas si su ansiedad no se trata.
- Si la ansiedad de niño no se trata puede tener un trastorno de ansiedad más grave, depresión, uso de drogas, evitar actividades en las que hubiera podido aprender o pasárselo bien, etcétera. Las consecuencias de no tratar la ansiedad pueden ser irreparables.

Es labor de todos los profesionales de la salud mental infantil y adolescente detectar y tratar cuanto antes a los niños con trastornos de ansiedad; sin buscar culpables, sólo soluciones.

Soutullo C, Figueroa A. Convivir con niños y adolescentes con ansiedad. Editorial Médica Panamericana, 2010. ISBN: 9788498353297. Páginas: 158, Encuadernación: Rústica, Medidas: 13cm x 19cm, Precio: 16,00 Euros

La apatía

Dra. Lucía Moreno Izco
Médico Adjunto Psiquiatría.
Complejo Hospitalario de Navarra. Sección de Psiquiatría B.

Si realizáramos una encuesta a nivel poblacional y preguntáramos a las personas por el significado de apatía, la mayoría de ellas comenzaría su definición con un "falta de...ganas, energía, vitalidad...".

Para comprender su significado, debemos investigar en la historia, en el origen del concepto. A pesar de que fueron los cristianos los que adoptaron este término para referirse al desprecio de todas las preocupaciones mundanas (estado de mortificación), no comenzó a aceptarse entre la población hasta la Primera Guerra Mundial, en la que las atroces condiciones de la batalla llevaban a la "apatía" a millones de soldados.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (del latín Apath a y este del griego π) se define como impasibilidad del ánimo; dejadez, indolencia, falta de vigor o energía. Pero ¿Qué implica realmente este término desde el punto de vista médico y más específicamente, neuropsiquiátrico?

Existen muchos términos que se confunden con el concepto de apatía, pero que no son en realidad sinónimos: Depresión, Cansancio, Astenia, Anergia, Anhedonia, Desmoralización...

Apatía

La apatía se describe como "pérdida de motivación", que implica una disminución de los aspectos conductuales, emocionales y cognitivos, de las acciones dirigidas a un objeto, en relación con lo que se consideraría normal en función de la edad y cultura del individuo. Para entender esta definición, no podemos obviar el concepto de voluntad. Entendemos la "voluntad" como la capacidad de elegir o decidir entre caminos distintos, y de actuar según la elección tomada, más aún cuando la acción se dirige hacia un fin específico, o se inspira en ciertos ideales de conducta. El "acto volitivo" (acto voluntario que supone la culminación, por ejecución u omisión, de toda una serie de pasos intermedios que comienzan con el proceso ideativo) se puede dividir en cuatro pasos: ideación/motivación (representación ideacional de la meta), deliberación, decisión y ejecución o realización efectiva del acto. La apatía se considera un trastorno del primer paso (ideación/motivación), tal y como ha sido mencionado previamente en su definición.

A nivel anatómico, existen unas estructuras cerebrales, denominadas ganglios basales, que se encuentran implicadas mediante varios circuitos, en diferentes aspectos de la conducta. Los trastornos asociados a la disfunción de estas estructuras, se asocian tanto con una intensificación de la acción (impulsividad) como con un aplanamiento de la misma (apatía).

Causas

La apatía puede ser una reacción normal en respuesta a ciertas situaciones estresantes, pero también ha sido descrita en múltiples enfermedades médicas, neurológicas y en trastornos psiquiátricos.

1. En cuanto a las enfermedades médicas se refiere, podemos observar la presencia de apatía en:

- Alteraciones hormonales (tiroides, paratiroides...). En este punto es importante destacar el hipotiroidismo, fundamentalmente por su alta prevalencia.
- Anemia, tan frecuente en mujeres en edad fértil y que suele cursar con importante astenia y apatía.
- Enfermedades infecciosas (ej: Borreliosis o enfermedad de Lyme).
- Síndrome confusional: síndrome cerebral orgánico transitorio y de intensidad fluctuante. Se trata de un "problema médico" (de múltiples causas orgánicas) con síntomas psiquiátricos y potencialmente grave.
- También puede objetivarse en trastornos inducidos por fármacos (algunos psicofármacos), así como en el consumo perjudicial y abstinencia a sustancias tóxicas como el Cannabis y las anfetaminas.

2. A nivel neurológico:

- Demencias y más concretamente en la enfermedad de Alzheimer. Probablemente, la apatía es el cambio conductual más frecuente en dicha enfermedad. Se manifiesta precozmente y típicamente empeora a medida que empeora el deterioro cognitivo. Al principio suele ser una queja de los familiares que creen que el paciente es perezoso y se sienten frustrados por ello. Siempre además se debe clarificar para distinguir entre depresión, que como veremos posteriormente se asocia con un grado de apatía, de la apatía sola, como síntoma común en la demencia. El paciente apático no es consciente de ello y se muestra despreocupado sobre sus sentimientos.
- Lesiones vasculares (infartos o hemorragias) que afecten a zonas cerebrales implicadas en la aparición de apatía.
- Infección del sistema nervioso central por el VIH.
- Otras enfermedades: Enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington, Síndrome de Korsakoff...

3. A nivel psiquiátrico:

- Depresión: Los síntomas afectivos, que incluyen cambios en el estado de ánimo con tristeza, pesimismo, falta de ilusión, desesperanza y tendencia al llanto, son su característica fundamental. Además, puede asociar otro tipo de síntomas como los cognitivos (ideas de minusvalía y de inutilidad, apareciendo el futuro sombrío, con ideas de muerte así como disminución de la atención, concentración y pérdida subjetiva de memoria), volitivos (entre los que encontraríamos la apatía) y somáticos (afectación del sueño, apetito, disminución del deseo sexual, cefaleas, lumbalgias...).
- Esquizofrenia: Además de la sintomatología psicótica (alucinaciones, delirios) la esquizofrenia cursa además con síntomas desorganizados y negativos entre los que podríamos incluir la apatía.
- Trastornos de ansiedad: con la prolongación en el tiempo de la sintomatología ansiosa, pueden añadirse además síntomas como tristeza, apatía, desinterés...
- Autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo: cursan con una desconexión con el medio, con una cierta apatía hacia el entorno que alterna con fases de irritabilidad.

Prevención, diagnóstico y tratamiento

Lo primero que una persona debe hacer ante la presencia de dicha sintomatología (apatía), es ponerse en contacto con su Médico de Atención Primaria. Es importante destacar que puede ser considerado normal pasar por periodos de apatía (ligera), que pueden corresponder a problemas de la vida diaria y que no requieren un abordaje específico. No obstante, debería realizarse una adecuada historia clínica (con el paciente y sus familiares, si es posible) para valorar la existencia de cualquier otro síntoma que alertara de la presencia de alguna de las enfermedades previamente descritas, así como una adecuada exploración física. Debería completarse el estudio con una analítica sanguínea y pruebas de laboratorio, para realizar un adecuado despistaje de cualquier enfermedad médica que pudiera encontrarse en el origen de los síntomas.

Sería conveniente realizar además una adecuada exploración neurológica y en caso de encontrarnos ante la presencia de alguna alteración en la misma, podría ser solicitada una prueba de neuroimagen (TAC craneal) para descartar patología vascular o tumoral a nivel cerebral.

De igual manera, debería realizarse una recogida de información exhaustiva, con el objetivo de descartar la posibilidad de encontrarnos ante el inicio de un cuadro de deterioro cognitivo. Valorar si el paciente, además de la apatía, ha presentado pequeños olvidos o déficits de memoria y si es capaz de realizar de forma correcta las actividades básicas (continencia de esfínteres, movilidad y simples de autocuidado, como son lavarse, vestirse, comer e ir al lavabo) e instrumentales (ir de compras, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono y manejar dinero) de la vida diaria. En caso de que el Médico de Atención Primaria sospechara la existencia de una demencia, sería conveniente derivar al paciente al servicio de Neurología, con el objetivo de filiar adecuadamente el cuadro clínico y completar el estudio con las pruebas complementarias necesarias.

Una vez descartada la existencia de una posible causa orgánica, sería conveniente realizar una adecuada exploración psicopatológica que nos orientara hacia la existencia de patología psiquiátrica. Se debería explorar el estado de ánimo del paciente, descartar sintomatología ansiosa así como la posible existencia de sintomatología psicótica (delirios y alucinaciones). Se debería así mismo valorar los ritmos biológicos (apetito y sueño fundamentalmente) y la ideación de muerte. Todo ello orientará el diagnóstico psiquiátrico. El Médico de Atención Primaria puede iniciar tratamiento en función de la sintomatología observada (antidepresivo, ansiolítico, antipsicótico...) y en caso de no producirse mejoría de la misma o bien, ante la duda diagnóstica, el paciente puede ser derivado a su Centro de Salud Mental de referencia donde se completará la evaluación y se decidirá el plan terapéutico más adecuado.

Cáncer de mama: Epidemiología y factores de riesgo

Dra. Eva Ardanaz
Jefe de Sección de Epidemiología de Enfermedades No Transmisibles del Instituto de Salud Pública de Navarra.

Introducción

Dr. Luis Apesteguía Ciriza

Durante los próximos números de ZONA HOSPITALARIA, dedicaremos una parte importante de espacio a un tema de salud tan importante como es el cáncer de mama. Abordaremos, a lo largo de 7 capítulos, todos los aspectos más importantes que se relacionan con esta enfermedad, tan frecuente y preocupante para la población, sobre todo del género femenino. Y trataremos de hacerlo de un modo que resulte comprensible para personas no especialistas.

En este, como en otros problemas de salud, actualmente el trabajo de los médicos no se concibe de forma aislada, sino que se desarrolla en el seno de equipos interdisciplinares, integrados por especialistas con diferente formación, unos más dedicados al diagnóstico y otros al tratamiento o seguimiento de la enfermedad.

Con relación al orden de los temas que se van a exponer, hemos tratado de seguir un orden lógico, que abarca desde los aspectos de epidemiología y detección, hasta los aspectos psicosociales de la enfermedad, deteniéndonos en explicar aspectos de diagnóstico por imagen, anatomía patológica, tratamientos quirúrgicos y tratamientos complementarios, como radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia.

En el capítulo primero, que aparece en este número, se exponen datos de gran interés, relacionados con los factores de riesgo conocidos de cáncer de mama, así como la incidencia y mortalidad de esta enfermedad en el mundo, en España y en Navarra. En el segundo artículo, se aborda el principal método de prevención eficaz actualmente disponible: el cribado poblacional mediante mamografía, actividad en la que Navarra fue pionera entre las comunidades españolas.

El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres. Según los últimos datos disponibles del Registro de Cáncer de Navarra, supone aproximadamente el 28% de los cánceres diagnosticados. Es un tumor que tiene igualmente gran peso en la mortalidad, siendo el responsable del 14,5% de las muertes por cáncer y del 2,7% del total de las muertes. Es la segunda causa de muerte por cáncer en Navarra entre las mujeres, después del cáncer de colon y recto. La tasa de mortalidad de Navarra (ajustada a la población mundial), durante 2003 a 2005, se sitúa por debajo de la tasa de España en el mismo periodo y también por debajo de la media de la Unión Europea o de la registrada en países como los Estados Unidos de América. En el periodo 2003-2005 se diagnosticaron en Navarra 334 casos de cáncer de mama por año. Durante las últimas décadas se ha detectado un aumento de la incidencia de la enfermedad, que ha pasado de 37,7 casos por 100.000 mujeres en el periodo 1973-77 a 70,7 casos en el periodo 2003-2005. Pero, al mismo tiempo, se ha producido una disminución de la mortalidad, con unas tasas de 17,9 y 11,8 por 100.000, respectivamente.

Según los últimos datos publicados, el riesgo de desarrollar un cáncer de mama en las mujeres de Navarra antes de los 75 años es de 1 de cada 13 mujeres. La media de edad en el momento del diagnóstico se sitúa en 61 años y la media de edad de la mortalidad, en 71 años. En la actualidad se puede esperar que cerca de un 90% de las mujeres diagnosticas de este cáncer sobrevivan más de 5 años.

Factores de riesgo del cáncer de mama

Además de los factores de riesgo más conocidos, como la edad y el sexo, se han identificado otros factores asociados al cáncer de mama, que se pueden agrupar en los siguientes apartados:

- Factores genéticos y familiares
- Factores hormonales
- Factores dietéticos
- Antecedentes de patología mamaria
- Factores ambientales

La probabilidad de tener un cáncer de mama aumenta con la edad y la mayoría de las mujeres tienen más de 60 años cuando se les diagnostica. La incidencia aumenta mucho con la edad hasta el momento de la menopausia y después la velocidad de aumento se mitiga.

El riesgo es mucho mayor en el sexo femenino que en el masculino. El cáncer de mama masculino representa menos del 1% de los casos.

Factores genéticos y familiares: Se ha reconocido a la historia familiar de cáncer de mama como un factor de riesgo de la enfermedad, aunque el riesgo familiar refleja una combinación de influencias genéticas y ambientales que es difícil separar. El riesgo es mayor si existe cáncer de mama en familiares directos sobre todo si este familiar fue diagnosticado antes de los 50 años de edad. Hay ciertos genes como el BRCA1 o BRCA2 que aumentan el riesgo de cáncer de mama. Además, si existen mutaciones genéticas, el riesgo aumenta conforme aumenta el número de estas mutaciones. El aumento de riesgo es similar sea cual sea la rama familiar afectada (materna o paterna).

Factores hormonales: El cáncer de mama tiene una relación clara con las hormonas femeninas y numerosos estudios han relacionado un mayor riesgo del cáncer de mama con factores tales como la edad temprana de la menarquia (primera menstruación antes de los 12 años), edad tardía de la menopausia (última menstruación después de los 55 años) y edad tardía del primer embarazo. Una duración prolongada de la lactancia reduce levemente el riesgo de cáncer de mama en la mujer premenopáusica. Las mujeres sin hijos tienen un riesgo mayor.

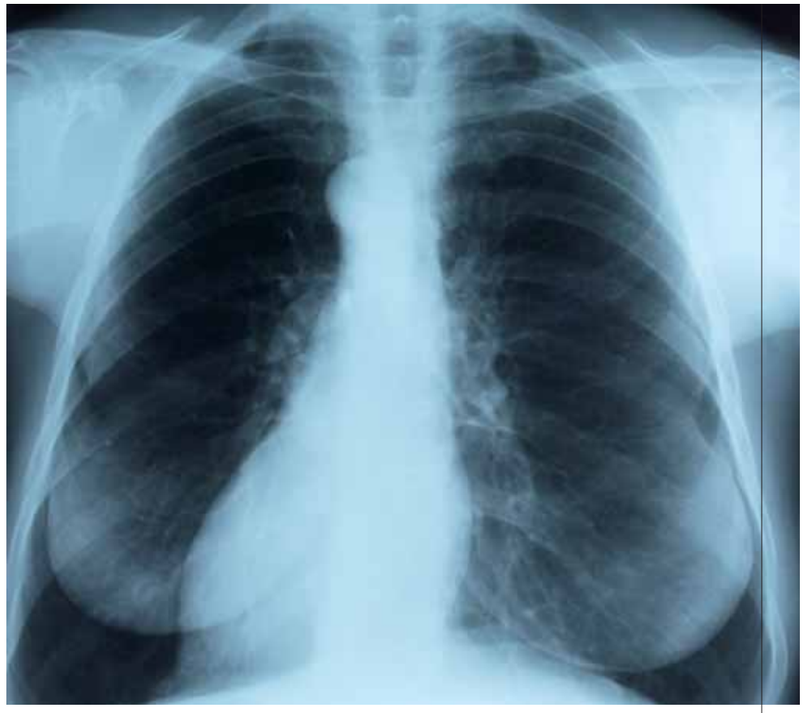
En resumen, por lo general la acción prolongada de las hormonas femeninas (estrógenos) aumenta ligeramente el riesgo.

Factores dietéticos: Según algunos estudios, el consumo de grasa parece estar relacionado con la mayor incidencia y mortalidad de cáncer de mama. Muchos estudios también asocian la ingesta de alcohol con el riesgo de cáncer de mama. Aumentan también el riesgo la inactividad física, la obesidad o el sobrepeso después de la menopausia.

Antecedentes de patología mamaria: Entre éstos destacan con un pequeño aumento del riesgo las enfermedades proliferativas, especialmente la llamada hiperplasia atípica. Se trata de una lesión que se diagnostica en algunas biopsias y que es considerada de carácter benigno pero con posibilidad de evolucionar hacia una lesión maligna.

Factores ambientales, entre los que se encuentran las exposiciones a radiaciones ionizantes, ya sean secundarias a explosiones nucleares o a métodos diagnósticos y terapéuticos que aumentan el riesgo de cáncer de mama, de modo proporcional a la cantidad de radiación administrada. La exposición moderada a radiación después de los 40 años, tal como ocurre con la realización de mamografías de cribado, produce un aumento mínimo del riesgo, mientras que la exposición a edades tempranas lleva consigo un riesgo mayor.

A pesar de estos factores de riesgo conocidos, exceptuando la edad y el sexo, el 50 % de las mujeres que son diagnosticadas de cáncer de mama no tienen ningún factor de riesgo identificado.



Por otra parte, el que una mujer tenga asociado un factor de riesgo no significa que vaya a tener necesariamente cáncer de mama a lo largo de su vida. La mayoría de las mujeres con factores de riesgo nunca padecerán cáncer de mama.

Por ello, los programas de detección precoz por mamografía se dirigen a todas las mujeres de determinadas edades y lo que es importante es la participación en dichos programas, ya que el diagnóstico en fases tempranas mejora la supervivencia de la enfermedad.

De este tema se habla en el artículo que se presenta en las páginas 28 y 29.

Diagnóstico precoz de cáncer de mama.

Programa de detección precoz de cáncer de mama de Navarra

Dra. Nieves Ascunce Elizaga
Directora de Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Instituto de Salud Pública

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres, y como ya se ha señalado en un artículo anterior, un problema de salud importante entre las mujeres navarras.
La forma más eficaz de controlar una enfermedad es evitar su aparición, sin embargo, a pesar de la multitud de estudios realizados, los factores de riesgo clásicos explicarían menos del 50% de los casos observados. Por el contrario, el cáncer de mama es una entidad susceptible de cribado: constituye un problema de salud importante, se conoce su historia natural, se dispone de métodos diagnósticos que permiten detectar la enfermedad en fases iniciales y su tratamiento es más efectivo cuando se diagnostica en un estadio precoz.

En numerosos estudios se ha demostrado que la realización de mamografías periódicas conduce a una disminución del riesgo de morir por esta enfermedad. Esta disminución se estima en alrededor del 30% en el grupo de más de 50 años. El cribado poblacional por debajo de esa edad exige la realización de nuevos estudios que demuestren su efectividad.

El primer programa poblacional de detección precoz de cáncer de mama en España se inició en Navarra en 1990. Desde entonces todas las comunidades han ido poniéndolos en marcha, habiéndose alcanzado ya un 100% de cobertura.
Todos los programas incluyen el grupo de edad de 50 a 64 años. Algunos también incluyen a mujeres entre 45 y 49 años. La edad máxima objetivo va extendiéndose progresivamente hasta los 69 años. La prueba básica de cribado es la mamografía. Todos los programas coinciden en la periodicidad del cribado, cada dos años, independientemente de los factores de riesgo. Únicamente se recomienda un control más frecuente si existen criterios radiológicos de carácter individual que la indiquen.

Programa de detección precoz de cáncer de mama en Navarra

El Programa de Prevención de Cáncer de Mama de Navarra se inició, a efectos de realización de exploraciones, el 3 de marzo de 1990. En agosto del año 2010 ha comenzado su vuelta numero 11, que finalizará en julio del año 2012.
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama se desarrolla según las siguientes bases:
Población objetivo: mujeres residentes en Navarra de edades comprendidas entre 45 y 69 años. En este momento están incluidas alrededor de 90.000 mujeres. Todas ellas reciben una carta de invitación personal con el día y hora reservada para realizar su correspondiente revisión.
Test de cribado: A todas las mujeres se les hacen dos mamografías por mama. Cuando el resultado de su lectura no es concluyente se les vuelve a citar para realizar pruebas complementarias (nuevas mamografías y/o ecografía). Si después existe sospecha de tumor maligno, la mujer se envía a los hospitales de referencia (Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino) para completar el proceso diagnóstico y terapéutico.
Intervalo entre exploraciones: Con carácter general se establece en 2 años, aunque a un subgrupo de mujeres se les recomienda una revisión al año.
El programa, está integrado en el Instituto de Salud Pública. Desde ese centro se realizan todas las actividades de dirección, gestión y evaluación del programa. En el mismo centro se ubica una Unidad de Detección con dos mamógrafos, donde se exploran las mujeres que residen en Pamplona y comarca. El resto lo hacen en una Unidad Móvil que va recorriendo toda Navarra.

La Unidad Móvil tiene un importancia vital para acercar el servicio a la población y para conseguir una accesibilidad total. Además Navarra es una provincia con una población bastante dispersa, especialmente en la zona norte, por lo que un autobús lanzadera realiza los traslados de las mujeres desde cada una de sus localidades de residencia hasta el lugar de instalación de la Unidad Móvil, habitualmente Centros de Salud.

Resultados del proceso

Cuando se diseñó este programa, uno de los aspectos fundamentales que se consideró fue el de la participación, y en consecuencia se trabajó para conseguir que la mayoría de las mujeres acudieran a la cita. La sensibilización, no solo de las mujeres objetivo sino de toda la población, mediante grandes campañas de publicidad y la organización del servicio teniendo en cuenta la accesibilidad al mismo, fueron determinantes para conseguir que las mujeres realizaran esa primera exploración. Así lo manifestaron ellas mismas en los primeros estudios de opinión que se realizaron.
En estos años más de 150.000 mujeres han sido invitadas al menos una vez y ya desde la primera vuelta se obtuvieron participaciones por encima del 85%, cifra que con pequeñas oscilaciones se han mantenido durante los 20 años de desarrollo del programa.
Pero además es necesario que las exploraciones se realicen en el intervalo recomendado y que las mujeres se adhieran al mismo, es decir, que vuelvan en las sucesivas invitaciones. La adherencia en el programa de Navarra siempre ha superado el 95%; la realización de mamografías ya es un hábito entre la población femenina de Navarra.
A lo largo de estos años se han realizado más de 500.000 exploraciones. La lectura del test de cribado permite descartar la sospecha del tumor en más del 90% de los casos; menos de un 1% requieren completar el estudio en los hospitales de referencia.
En el 95% de los casos se obtiene un resultado negativo; la mujer vuelve a ser citada a los 2 años para realizarse una nueva exploración. Aproximadamente un 4,5% de las mujeres son citadas al año para una revisión intermedia. En 4,5 de cada mil mujeres exploradas se confirma un tumor maligno.

Impacto del programa

Se observa una clara diferencia entre los tumores que se diagnosticaban antes y después de la puesta en marcha del programa. Incluso los cánceres detectados fuera de programa presentan unas características mucho más favorables que las de los diagnosticados con anterioridad al mismo, lo que pone de manifiesto el cambio global que se produce en el manejo clínico de una patología cuando se establece un programa de tipo poblacional (20% frente a 5% de tumores intraductales, 60% frente a 35% son invasivos menores de 2 centímetros, más del 70% no tienen invasión ganglionar etc.)
A corto plazo, esta modificación en el estadio de diagnóstico se traduce en un aumento de supervivencia, como así ha ocurrido en Navarra. La supervivencia relativa a 5 años ha pasado de 70% en los tumores diagnosticados en el quinquenio 1985-1989 a algo más del 85% en los del periodo 1995-1999 (más del 90% si solo se consideran los diagnosticados por programa). La tendencia de la mortalidad por cáncer de mama era ascendente hasta 1993-95, en donde se alcanzó la tasa máxima, para comenzar un descenso en los años siguientes. El porcentaje de descenso entre el periodo 2002-2004 y el previo a la introducción del programa, 1987-1989, fue de un 36%. En el grupo de edad de 50 a 69 años la tasa observada en el periodo 2002-2004 es un 52% menor.
El cáncer de mama no se puede evitar pero sí controlarlo detectándolo precozmente. Las mujeres navarras así lo han entendido y con su participación en el programa a lo largo de todos estos años son las que han hecho que realmente sea cierto lo que desde el principio se consideró como el slogan del programa: Prevenir es curar.

La alimentación del lactante y las enfermedades nutricionales de nuestra sociedad

¿Podemos influir a través de la alimentación, en los primeros meses de vida, en la salud del futuro?

Dr. Félix Sánchez-Valverde Visus, Elena Aznal, Verónica Etayo
Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica.
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

El modelo alimentario predominante de nuestra sociedad en el momento actual es una dieta hipercalórica, con exceso de grasa y proteínas. Este escenario esta presente ya desde los primeros meses de vida del lactante.

El reto de averiguar hasta que punto las pautas de alimentación de los primeros años de vida puede influir en la salud futura del individuo ha atraído desde hace mucho tiempo a los investigadores. Este planteamiento que hasta hace unos años no pasaba de ser una quimera, esta adquiriendo últimamente verdaderas bases científicas, y actualmente estamos descubriendo la relación que puede existir, ya desde el nacimiento, entre la nutrición y la expresión de diversos genes relacionados con la mayoría de las enfermedades secundarias a la nutrición en nuestra sociedad.

Se ha denominado programming según Lucas al "*concepto según el cual un estímulo o agresión puede tener un efecto a largo plazo sobre la estructura y función del organismo cuando se aplica en una época especialmente sensible*". En definitiva que a través de unas pautas alimentarias en el primer año de vida podamos predisponer al individuo a un tipo de repuesta especial al tipo de estímulos nutricionales. Los factores "programadores" de la obesidad y otras enfermedades ligadas al modelo de nutrición en el primer año de vida, que han sido postulados son: el tipo de lactancia inicial, la edad de introducción de la alimentación complementaria (AC), las dietas híper calóricas y la distribución de nutrientes y, dentro de esta última, el exceso tanto de grasa como de proteínas.

Beneficios de la leche materna

La leche materna (LM) reduce el riesgo de obesidad en edad escolar en un 20% y en este sentido todos los trabajos son concluyentes. Los niños con LM presentan 400 g menos de peso a la edad de 6 meses y 600 g menos a los 12 meses que un niño alimentado con leche infantil, para unos mismos regímenes de AC. Además cuando se comparan la LM y la lactancia al biberón, se observa que los niños que toman leche infantil reciben entre un 50 y un 70% más de proteínas por kilo en total que si tomaran LM. La concentración de proteínas en la LM es más baja que en las formulas infantiles y cuando se inicia la AC, los lactantes llegan a ingerir cantidades de proteínas 3 o 4 veces superiores a sus necesidades sobre todo si la ración proteica de carne ó pescado es muy elevada. Clásicamente se ha aconsejado dar entre 50-75 gramos de carne o pescado con el puré de verduras en la comida del mediodía a raíz del comienzo de la AC a los 6 meses de edad. Esta pauta en el contexto del modelo de alimentación actual de nuestra sociedad con consumo generalizado de Fórmulas de Continuación e introducción de los derivados lácteos durante el segundo semestre de vida, supone un aporte excesivo de proteínas totales y sería suficiente con una ración proteica en el puré (carne o pescado) de alrededor de 30 gramos.

La alimentación complementaria

La introducción precoz de la Alimentación Complementaria (AC) también se ha postulado como un factor asociado al desarrollo de obesidad y otras enfermedades nutricionales. La AC, como su nombre indica, complementa a la alimentación Láctea (idealmente Leche Materna, o en su ausencia Fórmulas Infantiles), y su función es hacer de transición entre el modelo de la alimentación liquida (leche) hasta la alimentación diversificada completa del adulto. Este proceso abarca desde los 6 meses hasta los 2 años, e incorpora al lactante a la alimentación variada del adulto. Una de las características de la AC es que aumenta la densidad calórica de los alimentos que reciben los lactantes a través de dos circunstancias: aumento de la densidad; (paso a la alimentación blanda y después a la sólida) y por otra parte por la incorporación de comidas más complejas desde el punto de vista de los nutrientes de grasa e hidratos de Carbono, que permiten la incorporación de alimentos de alta densidad energética.

Se ha relacionado la introducción precoz de AC con una apetencia aumentada por las comidas con más calorías y sal, y en cualquier caso la introducción precoz de AC esta asociada a abandono precoz de la LM, introducción precoz de Leche de vaca e introducción adelantada de todos los alimentos complementarios. Existe, sin duda, en el primer año un modelo de comportamiento nutricional que incluye una pauta de comportamiento de abandono de LM asociado a introducción precoz de la AC.

En los primeros meses de vida las dietas híper calóricas y con exceso de proteínas son capaces de modular la respuesta de ciertos genes que van a estar en relación con la capacidad de crecimiento del individuo y la sensación de hambre y de saciedad. En cierto modo estas situaciones nutricionales tienen la capacidad de perpetuarse no solo como modelos o patrones de alimentación (hábitos de alimentación) sino que van a ir acompañados de alteraciones funcionales y orgánicas de genes implicados en un futuro con el desarrollo de enfermedades nutricionales como : obesidad, hipertensión arterial y síndrome metabólico.

Fenotipo ahorrador de energía

Desde un punto de vista antropológico y nutricional, la historia del hombre en la tierra esta ligada a largos periodos de falta de alimentos a los cuales el individuo se tenía que adaptar. Esta situación nutricional fue provocando dentro de la especie humana una selección, por la cual sobrevivían más ante estas situaciones aquellos individuos que presentaban lo que se ha dado en llamar "*fenotipo ahorrador de energía*". Por otra parte la proteína siempre ha sido el nutriente con un costo energético y total más alto. Esta situación histórica del hombre cambia radicalmente a partir del siglo XX en las sociedades industrializadas, donde el exceso de energía y proteína es la norma en el modelo alimentario desde las épocas más tempranas de la vida. En esta situación de cambio ambiental radical, aquellos individuos que presentan un fenotipo ahorrador corren un riesgo aumentado de desarrollar enfermedades secundarias a desequilibrios nutricionales.

¿Que podemos hacer desde el punto de vista nutricional en los primeros meses de vida para anti-programar contra esos factores propios de nuestra sociedad que nos pueden abocar a las enfermedades nutricionales? En la Tabla siguiente podemos observar algunas de nuestras actitudes positivas en la alimentación del primer año de vida a este respecto.

TABLA I. Factores nutricionales saludables durante el primer año de vida, para prevenir las enfermedades nutricionales de la edad adult

- Lactancia Materna
- No introducir precozmente la alimentación complementaria
- Dietas bajas en calorías (Evitar alimentos con exceso de azucares, promocionar el consumo de frutas y verduras).
- Dietas SIN exceso de proteínas. En el modelo actual de alimentación en nuestro medio, es suficiente con una ración de proteína de alto valor biológico (carne o pescado) de 30 gramos en los purés de los lactantes.
- Evitar alimentos con excesivo contenido en grasas.
- Horario reglado de comidas y evitar picoteo.

Detección precoz de grupos de riego nutricional.

Los pasos para prevenir las enfermedades nutricionales del adulto, se pueden y se deben dar en los primeros meses de vida. Tenemos que promocionar y practicar aquellos hábitos de alimentación que se han identificado como protectores y controlar aquellos que pueden resultar de riesgo. Por otra parte es importante detectar aquellos grupos poblacionales de riesgo que van a comenzar ya desde la época infantil a mostrarnos lo que podemos llamar un comportamiento obesogénico y que vamos a ser capaces de detectar no solo por la practica de hábitos poco saludables, sino también por el contexto familiar y social en que se sitúa el niño y que nos va "anunciar" una historia dietética y nutricional previsible.

Consumo de cannabis y psicosis.
Riesgo y posibilidades de recuperación a largo plazo

Margarita Sáenz y Karim Haidar. *Médicos adjuntos de Psiquiatría. Hospital Santiago.Vitoria*
Ana González-Pinto. *Profesora Titular de la UPV/EHU, Jefe clínico y responsable de investigación. Hospital Santiago.Vitoria*

El uso de cannabis se está incrementando de una manera importante en población adolescente. España es uno de los países con mayor consumo de cannabis de Europa. Este consumo lleva asociado unos riesgos para la salud física y mental que son bien conocidos. Sin embargo existen muchos mitos en relación al consumo del cannabis. Entre ellos están que es un producto inofensivo para la salud, o incluso beneficioso, por tratarse de un producto natural. La realidad es que producto natural y producto inocuo no son sinónimos. El tabaco y el opio también son naturales y nadie duda de sus riesgos. Aunque el cannabis pueda tener algún uso terapéutico, los usos médicos se realizan de forma controlada y nada tienen que ver con el uso recreativo.

Existe una asociación entre el cannabis y la psicosis, especialmente en gente joven. El consumo de cannabis adelanta la edad de inicio de la psicosis, de forma independiente del consumo de otras sustancias (González-Pinto y cols., 2008). Estudios epidemiológicos, con seguimientos de 3800 personas desde el nacimiento hasta los 21 años han demostrado que el consumo durante más de 6 años incrementa el riesgo de presentar cuadros psicóticos (OR: 2.2) (McGrath y cols., 2010).

Diferente evolución de pacientes con psicosis que abandonan el cannabis frente a los que continúan el consumo

En el año 2008 se publicó un estudio interesante en el que se demostraba que en pacientes con un cuadro psicótico reciente (primer episodio), los que consumían cannabis tenían mayor pérdida de volumen de sustancia gris cerebral que los que no lo consumían (Rais y cols., 2008). Por ello diseñamos un trabajo en una cohorte de 112 pacientes diagnosticados por nosotros en 1997-1998 y seguidos durante 8 años.

Los pacientes fueron evaluados minuciosamente tanto al inicio como durante el seguimiento con respecto a síntomas, funcionalidad, consumo de sustancias y riesgo suicida. La cohorte fue dividida en tres grupos en función del consumo de cannabis: aquellos que nunca habían consumido, aquellos que consumían al inicio, pero que abandonaron el consumo durante los primeros cuatro años de seguimiento, y aquellos que continuaron consumiendo.

Se valoró la funcionalidad de los pacientes mediante la escala GAF, haciendo énfasis en la valoración de la adaptación sociolaboral de los pacientes. La estadística tomó como variable dependiente la funcionalidad, y valoró la influencia que tenía el consumo, o el cese del consumo en la misma. Se utilizaron modelos mixtos para controlar el consumo de otras sustancias (y su cese), así como la psicopatología de los pacientes.

Los resultados mostraron que los pacientes que abandonaban el consumo mejoraban de forma significativa, con adaptaciones superiores incluso que los pacientes que nunca habían consumido. Los que continuaban consumiendo evolucionaban de forma muy negativa. Las diferencias no fueron evidentes hasta que pasaron cinco años de evolución. Eso nos permitió concluir que se necesita un tiempo prolongado para poder revertir los efectos perjudiciales del cannabis.

El cannabis tiene un efecto dañino para los pacientes con psicosis, empeorando su capacidad de adaptación sociolaboral. Sin embargo el cese del consumo, al menos cuando ocurre en los primeros años tras el debut de la psicosis, permite mejorías lentas y duraderas.

BIBLIOGRAFÍA

Gonzalez-Pinto A, Vega P, Iban˜ez B, et al. Impact of cannabisand other drugs on age at onset of psychosis. J Clin Psychiatry. 2008;69:1210–1216

McGrath J, Welham J, Scott J, Varghese D, Degenhardt L, Hayatbakhsh MR, Alati R, Williams GM, Bor W, Najman JM. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. Arch Gen Psychiatry. 2010 May;67(5):440-7

Rais M, Cahn W, Van Haren N, et al. Excessive brain volumeloss over time in cannabis-using first-episode schizophrenia patients. Am J Psychiatry. 2008;165:490–496

González-Pinto A, Alberich S, Barbeito S, Gutierrez M, Vega P, Ibáñez B, Haidar MK, Vieta E, Arango C. Cannabis and First-Episode Psychosis: Different Long-term Outcomes Depending on Continued or Discontinued Use. Schizophr Bull. 2009 Nov 13

La sobrecarga del Cuidador en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Manuel Martín Carrasco. *Psiquiatra. Clínica Padre Menni. Pamplona*

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neuropsiquiátrico que se caracteriza por su carácter progresivo y por la afectación del funcionamiento cognitivo y de la capacidad funcional de las personas que la sufren. Asimismo, los síntomas psiquiátricos y las alteraciones del comportamiento constituyen aspectos fundamentales de esta patología, llamada a constituir uno de los problemas fundamentales de la atención sociosanitaria en todo el mundo en las próximas décadas, en función de su relación con el envejecimiento.

En efecto, el envejecimiento es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, y los cambios sociodemográficos ocurridos a nivel mundial en el último siglo – básicamente, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fertilidad – condicionan un aumento de la población anciana tanto en cifras totales como relativas. Por ejemplo, se espera que el número de adultos de edad igual o superior a 65 años se duplique entre los años 2000 y 2030, pasando de 420 millones a 973 millones. En la Unión Europea (incluyendo los nuevos países miembros) se estima que viven 5,1 millones de personas con demencia, de ellos una cifra próxima al medio millón es España. En los próximos 50 años esta cifra puede elevarse hasta los 11,9 millones.

En la enfermedad de Alzheimer, las necesidades de atención y supervisión van creciendo conforme progresa la enfermedad, así como la utilización de recursos sociales y sanitarios. La creciente dependencia requiere un esfuerzo muy importante de las personas próximas, ya que más del 70% de las personas con demencia viven en sus domicilios, y casi el 75% de los cuidados necesarios son prestados por los familiares y allegados, sin que exista una contraprestación económica. Se ha estimado que el cuidador principal de un paciente con enfermedad de Alzheimer puede dedicar alrededor de 70 horas a la semana a la labor de cuidados. Obviamente, el esfuerzo realizado por los cuidadores familiares supone un ahorro sustancial a los sistemas sanitarios y sociales, pero a cambio da lugar a una serie de consecuencias negativas para los cuidadores, al conjunto de las cuales se denomina "sobrecarga del cuidador".

No existe una definición unánime acerca de en qué consiste una relación de cuidados. En una relación humana, a partir de un cierto grado de intimidad o parentesco, se asume como una característica de la relación la prestación de cuidados extraordinarios en caso de necesidad. El nivel de lo que se considera "extraordinario" varía sustancialmente según los entornos culturales, sociales y étnicos, pero se admite generalmente que las tareas relacionadas con el aseo personal, la alimentación, el vestido y la autoconservación pertenecen a esa categoría. La relación de cuidados tiene un carácter dinámico, y en general la mayoría de las personas sienten satisfacción al prestarla porque lo consideran un deber hacia el otro.

Cuidar a un paciente

La mayoría de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer son mujeres de edad media, unidas por un lazo familiar directo – son hijas o esposas – con el paciente. Los cuidadores varones son predominantemente los esposos de las pacientes, y en consecuencia suelen tener una edad más avanzada que los cuidadores femeninos. En las sociedades occidentales, una serie de factores están afectando a la capacidad de las familias de atender a los pacientes con demencia; entre ellos podemos citar la reducción del número de personas en la familia, la crisis de la institución familiar, y la incorporación de la mujer al trabajo, lo que da lugar a la multiplicidad de roles.

La compleja tarea de cuidar a un paciente con enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia repercute en diversos aspectos del bienestar del cuidador, como su salud física y mental, su funcionamiento social y laboral, y sus finanzas. El tiempo dedicado a la prestación de cuidados se detrae de otras actividades sociales e incluso de la dedicación laboral, con la siguiente repercusión económica, que va por lo tanto más allá del gasto directo empleado en los cuidados y en las adaptaciones del medio familiar (Ej. Modificaciones en el baño, mobiliario específico, medidas de seguridad, etc.).

En la mayor parte de la literatura se emplea el término sobrecarga ("burden") para describir los efectos negativos de la relación de cuidados sobre los familiares. Existe cierta confusión semántica, ya que es usado para referirse alternativamente a una variedad de fenómenos diferentes relacionados con la prestación de cuidados. Por ejemplo, se ha empleado tanto para referirse al grado de incapacidad que presenta un determinado paciente, como al nivel de ayuda que precisa, o a la repercusión que la prestación de cuidados tiene en el familiar.

Habitualmente se distingue entre sobrecarga "objetiva" (debida a las alteraciones del comportamiento y al deterioro del grado de autonomía del paciente, con los problemas prácticos que conllevan) y sobrecarga "subjetiva", o reacción emocional del cuidador.

Tradicionalmente, la mayoría de los estudios se han centrado fundamentalmente en la vivencia subjetiva de los cuidadores, pero actualmente se ha destaca la importancia de la afectación de la vida social del cuidador. En este sentido, uno de los aspectos con mayor frecuencia señalados por los cuidadores como generadores de estrés es la falta de tiempo para ellos mismos, destacando la mayor afectación de las siguientes áreas: vida social con amigos, tiempo para aficiones, vacaciones y tiempo libre. La organización de las tareas cotidianas, el trabajo y la dedicación a la familia se ven menos afectadas, ya que los cuidadores tienden a proteger a sus familiares y su trabajo, en detrimento del tiempo libre para ellos mismos.

Por último, hay que destacar que la naturaleza bidireccional de la relación de cuidados hace que la sobrecarga del cuidador tenga a su vez una repercusión muy importante sobre la situación del propio paciente. Diversos trabajos han demostrado que los cuidadores con altos niveles de sobrecarga tienden a ingresar en centros residenciales a los pacientes a su cargo con más frecuencia que los cuidadores menos afectados. A su vez, los pacientes con cuidadores menos sobrecargados tienden a presentar menor frecuencia de sintomatología de tipo psiquiátrico, como delirios, depresión y alteraciones del comportamiento.

En el momento actual, no se concibe una atención integral de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias que no incluya la atención a los cuidadores.

La terapéutica necesariamente compleja del trastorno bipolar

Jerónimo Saiz Ruiz
Jefe de Servicio / Catedrático de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal / Universidad de Alcalá

El Trastorno Bipolar es una forma de Trastorno Afectivo que se caracteriza por la presentación de episodios de exaltación del ánimo con euforia, hiperactividad, desinhibición,... (fases hipertímicas, maniacas o hipomaniacas), que alternan con otras de depresión. La denominación clásica para esta enfermedad ha sido la de Psicosis Maniaco-Depresiva.
En términos generales, se trata de un problema de salud significativo, que aqueja como mínimo en torno al 1% de la población (estimaciones actuales basadas en un concepto más flexible de bipolaridad incrementan hasta el 4% el porcentaje de afectados), suele comenzar en edades juveniles y se manifiesta con recaídas a lo largo de la vida, por lo que frecuentemente se precisa un tratamiento profiláctico continuado.

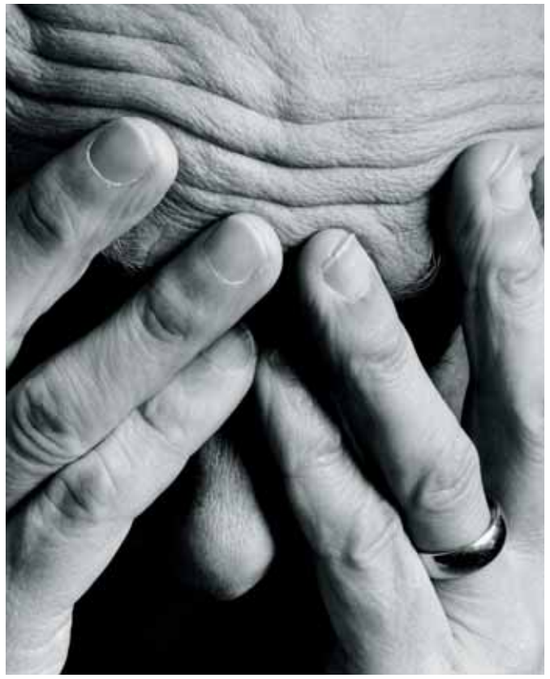
La enfermedad tiene un fuerte componente genético, que se comprueba con la concordancia en estudios de gemelos y la frecuente presencia de antecedentes familiares, tanto de bipolaridad, como de otros trastornos afectivos y psicóticos. De forma similar a otros problemas psiquiátricos, parece que los mecanismos de transmisión genética favorecen la predisposición a padecer la enfermedad, por lo que la interacción con factores estresantes o desfavorables es la que da paso a la aparición de los síntomas. Es una herencia compleja, análoga a la que se plantea en otras entidades de gran relevancia, como la diabetes o la hipertensión.
Se constata la dificultad para establecer un diagnóstico precoz del Trastorno Bipolar hasta el punto de que los estudios retrospectivos señalan una demora de alrededor de diez años, desde la aparición de los primeros síntomas hasta la realización del diagnóstico. Esto sucede por las dudas sobre el diagnóstico diferencial que se plantea en distintos niveles: En los niños con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; en las depresiones con la forma unipolar; en las fases maniacas con la esquizofrenia; en las hipomaniacas, el llamado Trastorno Bipolar tipo II y la ciclotimia (formas menores del trastorno) con los Trastornos de la Personalidad y a menudo el consumo concomitante de alcohol y drogas también complica el diagnóstico.

Síntomas subumbrales

Según el concepto clásico de Trastorno Bipolar la evolución cursa con episodios agudos eufóricos, depresivos o mixtos y fases intercríticas, más o menos libres de síntomas. La realidad es que son bastante frecuentes (sobre todo en los casos más graves) la persistencia de síntomas subumbrales que pueden producir un grado notable de merma en la calidad de vida y discapacidad. Igualmente se constatan déficits cognitivos y afectación deletérea a lo largo del curso. Lógicamente, esto lleva consigo consecuencias negativas respecto a la adaptación laboral, familiar y social. La muerte por suicidio es otra perspectiva sombría del pronóstico que, sin embargo, se puede prevenir con el tratamiento.
Es difícil predecir el curso, aunque lo habitual es que sea recidivante. Hay algunas pautas específicas de evolución como la de la 'ciclación rápida' que provoca más de cuatro episodios al año, muchas veces sin recuperación entre los mismos, también está el patrón 'estacional' en el que se asocia la presentación de fases eufóricas con la primavera y el verano y depresivas en otoño e invierno. El desencadenante más potente de recaídas en los trastornos afectivos graves es el postparto, lo que también se cumple con los bipolares.

Farmacoterapia

El tratamiento precoz y prolongado es básico para prevenir la aparición de recaídas, de modo que una mayoría de los enfermos van a necesitar medicación por largo tiempo. La farmacoterapia se basa en el tratamiento selectivo de los episodios, eufóricos o depresivos, pero sobre todo en el tratamiento estabilizador o de prevención de las recaídas.
Los episodios de elevación del ánimo suelen tratarse fundamentalmente con antipsicóticos, por su eficacia en contener las alteraciones de conducta que se presentan en este tipo de trastornos. Los antipsicóticos clásicos, cuyo prototipo sería el Haloperidol, se siguen usando aunque tienen el problema de sus efectos secundarios extrapiramidales y sedantes e incluso la posibilidad de inducir depresión farmacógena. Esto ha hecho que sean los más modernos antipsicóticos atípicos los preferidos para tratar enfermos bipolares. Además, algunos han demostrado eficacia antidepresiva y otros preventiva, por lo que pueden ser parte del tratamiento de mantenimiento. Las sales de litio, que son el 'patrón oro' en la terapéutica de base del trastorno bipolar, son también un eficaz tratamiento de las fases hipertímicas, lo mismo que otros estabilizadores como el valproato o la carbamazepina. En situaciones de refractariedad se puede utilizar la terapia electroconvulsiva.



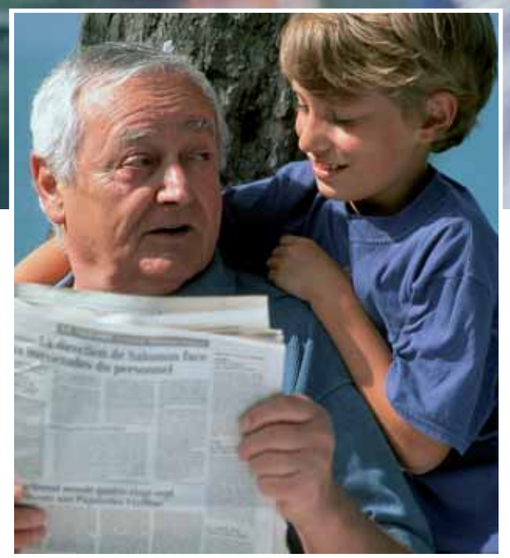
En cuanto a los episodios depresivos, el mayor problema reside en que los tratamientos antidepresivos pueden provocar cambios de fase y desencadenar episodios eufóricos y también perjudicar el curso evolutivo. Por ello se intenta que los tratamientos utilizados sean también estabilizadores, como la lamotrigina, la quetiapina o incluso el litio. En caso de tener que recurrir a un antidepresivo se prefieren los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o el bupropion, cuidando que se asocie un tratamiento eutimizante y reducir la duración del tratamiento.

Evitar las recaídas

Pero lo realmente importante en el trastorno bipolar es minimizar o evitar las recaídas de la enfermedad. El litio, uno de los elementos químicos, es el tratamiento de elección. Su acción es más eficiente en la prevención y tratamiento de las fases maniacas, pero también es capaz de prevenir recaídas depresivas. El litio fue introducido en la terapéutica psiquiátrica a partir de las observaciones pioneras del psiquiatra australiano Cade y optimizado dos décadas más tarde para su uso por Schou en Dinamarca. Es un tratamiento que plantea potenciales efectos secundarios y que tiene márgenes de manejo estrechos que requieren una monitorización. Dentro de los efectos adversos están la polidipsia, poliuria, reacciones cutáneas, sobrepeso, afectación renal y más frecuentemente tiroidea. Todo ello requiere controles periódicos y un seguimiento cuidadoso en entornos especializados. El control de los niveles plasmáticos, para ajustar las dosis y verificar el cumplimiento, es obligatorio. Otro aspecto que es necesario considerar es el riesgo implícito en la sobredosificación, tanto voluntaria como fruto de incidencias tales como deshidratación o interacciones (diuréticos, AINEs,...). Hay que subrayar que, por su naturaleza de producto impatentable y sin interés comercial para ninguna compañía farmacéutica, la persistencia de su papel primordial en la profilaxis del trastorno bipolar da fe de su acreditación entre los profesionales.
Otros tratamientos estabilizadores son los anticomiciales y los antipsicóticos atípicos. Los fármacos anticonvulsivos se han venido utilizando hace años en el trastorno bipolar. La carbamazepina, oxcarbacepina y valproato tienen un perfil similar al litio, en cuanto a la prevención preferente de la aparición de fases eufóricas, sin embargo la lamotrigina tiene propiedades antidepresivas. Los efectos adversos de estos medicamentos pueden ser relevantes, así la carbamazepina puede provocar trastornos hematológicos y en la piel, el valproato puede afectar al peso y provocar trastornos hormonales y la lamotrigina requiere un escalado inicial en la dosis para evitar reacciones cutáneas que pueden ser importantes.
Los antipsicóticos más modernos tienen también un papel significativo en el tratamiento de mantenimiento, por su capacidad de ser activos en las fases de la enfermedad y, en algunos casos, de prevenir las recaídas.

Utilidad de la psicoeducación y de los tratamientos cognitivo-conductuales

Otros medios terapéuticos son los que se emplean en el terreno psicológico. Cada vez más se pone de manifiesto la utilidad de la psicoeducación y de los tratamientos cognitivo-conductuales. Se intenta con ellos afianzar el cumplimiento del tratamiento y dar instrumentos al enfermo para afrontar su enfermedad.
Es también deseable implicar a la familia en el seguimiento, prevenir complicaciones como el consumo de alcohol y drogas e instruir al paciente y a su entorno sobre los síntomas precoces de la aparición de recaídas y la importancia de horarios regulares y un régimen de vida sano y organizado. La conservación y cuidado de la salud física es otra faceta esencial en el abordaje de estos problemas.
Lo ideal sería el uso de la menor cantidad posible de medicamentos para el control de la enfermedad. Sin embargo, la experiencia nos dice que las dificultades de manejo muy frecuentemente obligan a la polifarmacia. En pacientes con recaídas frecuentes y síntomas persistentes, se multiplican las necesidades de tratamiento y esto conduce a que se usen varios fármacos con idea de complementar acciones terapéuticas distintas. Así, es usual que a un estabilizador preferentemente antimaníaco, como el litio o el valproato, se asocie otro, como lamotrigina, capaz de prevenir las recaídas depresivas. Por otra parte, la utilización de antipsicóticos, especialmente atípicos, es frecuente. Esto se ve favorecido por su acción antimaníaca asociada en algunos casos a eficacia antidepresiva y capacidad profiláctica.
El control del trastorno bipolar, especialmente en los casos más graves, es problemático y debe ser asumido por el especialista. Incluso así, hay pacientes de mala evolución que requieren el uso de tratamientos asociados y una poco deseable, pero inevitable, asociación de recursos terapéuticos.
La conclusión sería que existen posibilidades de tratamiento en el trastorno bipolar que requieren profesionales expertos y el recurso a posibilidades complejas de combinación y asociaciones. En otros muchos casos, las pautas habituales pueden ayudar a una buena evolución.



HERMANAS HOSPITALARIAS
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PADRE MENNI, PAMPLONA
CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI, ELIZONDO

Ejercicio físico y funcionamiento intelectual

Dr. M. Martín Carrasco
Clínica Psiquiátrica Padre Menni-Pamplona

Conforme la esperanza de vida se va alargando y la generación de postguerra –conocida en los países occidentales como el baby boom– se adentra en la vejez, comenzamos a apreciar plenamente las consecuencias de una verdadera revolución demográfica. El número de personas de 85 años o más se está incrementando rápidamente, y las personas nacidas entre 1939 y 1960 se aproximan a los sesenta: ambos grupos contribuyen significativamente a este cambio demográfico.

A la vez, se da el hecho de que las personas mayores se mantienen saludables desde el punto de vista somático hasta edades más avanzadas. Este hecho, conocido como "compresión de la morbilidad", supone que las personas se mantienen sanas hasta edades más avanzadas, para luego alcanzar una fase de enfermedad y discapacidad relativamente cortas, hasta el fallecimiento.

Pero, desgraciadamente, no ocurre lo mismo con las demencias, ya que el riesgo de padecer una enfermedad de Alzheimer u otra forma de demencia aumenta rápidamente con al edad a partir de los 70 años. Por lo tanto, el envejecimiento de la población traerá consigo un aumento dramático de la frecuencia de personas con demencia, a no ser que se consiga identificar, probar y poner en práctica estrategias para prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad, o para retrasar significativamente su progresión. Naturalmente, existe un enorme interés en este área, y numerosos grupos de investigación están centrados en la misma.

Actividad física

Un hallazgo relativamente sorprendente en este sentido consiste en el potencial de la actividad física como intervención para mejorar el funcionamiento cognitivo y quizás incluso disminuir el riesgo de demencia. Existen varios estudios epidemiológicos que apoyan la asociación entre ejercicio físico y un mejor funcionamiento intelectual, aunque no exista un acuerdo generalizado entre todos los resultados. Los estudios realizados en animales de laboratorio – por ejemplo, ratones o perros de raza beagle – confirman que los especimenes sometidos a entrenamiento físico conservan mejor sus capacidades intelectuales y destrezas aprendidas a pesar de la edad. También se han llevado a cabo estudios controlados en humanos, en los que diversos grupos de personas voluntarias se asignan al azar a distintas modalidades de intervención: por ejemplo distintas modalidades de ejercicio o ejercicio asociado a otras técnicas preventivas, como estimulación cognitiva. Las conclusiones más importantes, todavía provisionales, pero ya muy avaladas, son las siguientes:

El ejercicio aeróbico –por ejemplo, pasear, nadar o pedalear- es la modalidad de actividad física que más se asocia a un mejor funcionamiento mental. En esta categoría se incluyen los trabajos de huerta o jardín.

Los mejores resultados se obtienen con la combinación de ejercicio físico aeróbico con alguna modalidad de ejercicio intelectual, especialmente aquellas que estimulan la denominada "inteligencia cristalizada" (por ejemplo, memoria a largo plazo, capacidades verbales, lectura, vocabulario, etc.).

La variedad de ejercicios practicados y el realizarlos de forma social –es decir, en grupo– mejora los efectos beneficiosos del ejercicio. Por ejemplo, en algunos estudios se ha encontrado que las personas que practicaban hasta cuatro modalidades distintas de ejercicio obtenían los mejores resultados a la hora de prevenir la demencia.

Existe un efecto umbral, que puede establecerse en torno a los 20-30 minutos de práctica continua de ejercicio, por debajo del cual desaparecen los efectos beneficios de la actividad física.

Los efectos beneficiosos serán más consistentes cuanto más prolongado es el periodo de práctica, aunque los primeros resultados se aprecian a las pocas semanas de inicio de la actividad física.

Autonomía e independencia

La práctica de ejercicio se asocia también con otros resultados positivos, como el mantenimiento de la autonomía y la independencia. Los sujetos que no se ejercitaban eran más propensos a necesitar ayuda en su domicilio o a ingresar en centros residenciales.

Las propiedades benéficas del ejercicio físico sobre la capacidad mental se optimizan cuando se combinan con una dieta rica en vegetales y aceite de oliva –la famosa dieta mediterránea– y con un control adecuado de la tensión arterial y de la diabetes.

Quizás lo más interesante de estas observaciones es que los estudios científicos coinciden con el sentido común y con lo que cada uno puede apreciar en sí mismo y en las personas de su entorno: las personas físicamente activas envejecen mejor y no solo desde el punto de vista físico, sino también cognitivamente. Es probable que tengamos un recurso eficaz para retrasar la enfermedad de Alzheimer más a mano de lo que hubiésemos podido suponer.

HERMANAS HOSPITALARIAS
"Curar y Cuidar"

SERVICIOS PAMPLONA
Unidad de Hospitalización | Residencia Asistida
Unidad de Psicogeriatría | Centro de Día
Servicio de consultas externas e interconsultas | Pisos tutelados

SERVICIOS ELIZONDO
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría
Centros de Rehabilitación Psicosocial
Servicio de consultas externas

www.hospitalariasnavarra.org

CLÍNICA PADRE MENNI-PAMPLONA
C. JOAQUÍN BEUNZA 45 | 31014 PAMPLONA. NAVARRA
T CONSULTAS EXTERNAS 948 13 67 37
T 948 14 06 11 F 948 12 02 38

CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI-ELIZONDO
C. MENDINUETA S/N | 31700 ELIZONDO. NAVARRA
T 948 45 21 62 F 948 45 24 78

Las vitaminas

Imelda Elizari Flamarique
Dietista-Nutricionista
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra

Las vitaminas son nutrientes necesarios para un correcto crecimiento y funcionamiento del organismo. Son sustancias esenciales para la vida. No existe "alimento mágico" que contenga todas las vitaminas, pero una dieta variada, completa, suficiente y equilibrada es capaz de cubrir los requerimientos vitamínicos de cada persona.

Se establecen dos grupos de vitaminas según su capacidad de disolución:

VITAMINAS LIPOSOLUBLES: se disuelven en grasas y aceites. Son transportadas en la grasa de los alimentos que las contienen y se almacenan en el hígado y en los tejidos grasos. Si se consumen en exceso (más de 10 veces las cantidades recomendadas) pueden resultar tóxicas ya que no se eliminan por la orina.

Las vitaminas liposolubles son:

- Vitamina A (Retinol).
- Vitamina D (Calciferol).
- Vitamina E (Tocoferol).
- Vitamina K.

VITAMINAS HIDROSOLUBLES: se disuelven en agua. Pueden pasar al agua de lavado o cocción, así que muchos alimentos no aportan al final de prepararlos la misma cantidad que contenían inicialmente. No se almacenan en el organismo, por lo que deben aportarse de forma regular. El exceso de vitaminas hidrosolubles se elimina por la orina.

Las vitaminas hidrosolubles son:

- Vitamina C (Ácido ascórbico).
- Vitamina B1 (Tiamina).
- Vitamina B2 (Riboflavina).
- Vitamina B3 (Niacina. Acido Nicotínico. Vitamina PP).
- Vitamina B5 (Ácido Pantoténico).
- Vitamina B6 (Piridoxina).
- Vitamina B8 (Biotina).
- Vitamina B9 (Ácido Fólico).
- Vitamina B12 (Cobalamina).

Fuentes y funciones

Las vitaminas son indispensables en el metabolismo. No aportan energía, pero ayudan a convertir los alimentos en calorías. Sin ellas, el organismo no podría aprovechar los elementos de la dieta.

Casi todos los alimentos contienen vitaminas. Estas deben ser aportadas a través de la alimentación, puesto que el cuerpo humano no puede sintetizarlas. Como excepciones están la vitamina D, que se puede formar en la piel a través de una moderada exposición al sol, y las vitaminas K, B1, B12 y ácido fólico, que se sintetizan en pequeñas cantidades por la flora intestinal.

VITAMINA A, presente en alimentos de origen animal. En los vegetales se encuentra como provitamina A o caroteno. Contribuye a frenar el envejecimiento celular, interviene en la formación y mantenimiento de la piel, mucosas, dientes y huesos. Participa en la elaboración de enzimas y hormonas. Su insuficiencia produce ceguera nocturna.

Principales fuentes: aceite de hígado de pescado, yema de huevo, mantequilla, zanahoria, espinaca, perejil, leche, queso, tomate y lechuga.

VITAMINA D, colabora en la absorción de nutrientes como el calcio. Necesaria para la formación de huesos y dientes. Se obtiene a través de provitaminas de origen animal que se activan en la piel por la acción solar. Su carencia produce malformaciones óseas, caries dental, raquitismo osteoporosis y osteomalacia.

Principales fuentes: leche, yema de huevo, pescado azul, queso, hígado.

VITAMINA E, participa en la formación de glóbulos rojos, músculo y otros tejidos. Actúa como antioxidante. Su deficiencia produce distrofia muscular, infertilidad y anemia.

Principales fuentes: aceite, germen de trigo, chocolate, leche, soja e hígado.

VITAMINA K, forma parte de una proteína que participa en la coagulación de la sangre. Su deficiencia es muy rara.

Principales fuentes: hígado de pescado, aceite de soja y yema de huevo.

VITAMINA C, necesaria para la cicatrización de heridas y formación de huesos y dientes; favorece la resistencia a infecciones y la absorción de hierro. El calor, el contacto con el aire y el alcohol destruye esta vitamina. Su déficit produce escorbuto.

Principales fuentes: hortaliza, verdura, cereal integral, fruta, especialmente cítricos.

VITAMINA B1, posee efecto beneficioso sobre el sistema nervioso. Favorece el crecimiento y ayuda a la digestión de carbohidratos. Su deficiencia puede causar Beri-Beri.

Principales fuentes: víscera, levadura de cerveza, germen de trigo, legumbre, cereal integral y carne.

VITAMINA B2, actúa en el metabolismo, en el mantenimiento de las mucosas y en la formación de glóbulos rojos.

Principales fuentes: levadura de cerveza, germen de trigo, cereal integral, lenteja, hígado, leche, carne, coco y queso.

NIACINA, vasodilatador que mejora la circulación sanguínea. Esencial para la síntesis de hormonas.

Principales fuentes: cereal integral, levadura de cerveza, hígado de ternera y almendra.

ÁCIDO PANTOTÉNICO, necesario en la formación de anticuerpos, interviene en la síntesis del colesterol.

Principales fuentes: levadura de cerveza, yema de huevo, cereal integral, víscera, carne y fruta.

PIRIDOXINA, actúa en la formación de glóbulos rojos y anticuerpos. Mejora la capacidad de regeneración del tejido nervioso.

Principales fuentes: se encuentra en casi todos los alimentos tanto de origen animal como vegetal.

BIOTINA, necesaria para el crecimiento y el buen funcionamiento de la piel, así como para el desarrollo de las glándulas sexuales.

Principales fuentes: levadura de cerveza, yema de huevo, legumbre, coliflor, hígado, leche y fruta.

ÁCIDO FÓLICO, vital en el crecimiento. Protege contra los parásitos y las intoxicaciones intestinales. Es un factor antianémico y su déficit produce anemia megaloblastica.

Principales fuentes: vegetal verde, yema de huevo, champiñón, legumbre, naranja, cereal integral, hígado y nuez.

VITAMINA B12, necesaria para el funcionamiento del sistema nervioso y para mantener la reserva energética de los músculos. Su insuficiencia produce anemia perniciosa. Es la única vitamina que no se encuentra en productos vegetales.

Principales fuentes: pescado, carne, víscera, huevo y lácteo.

Recomendaciones

Todas las vitaminas son imprescindibles ya que cada una de ellas desempeña papeles diferentes. Por eso, una sola vitamina no puede sustituir al resto.

En personas sanas, una dieta equilibrada, variada y completa es suficiente para cubrir las necesidades vitamínicas. Y para llevar a cabo esa alimentación, hay que incluir dentro de la dieta diaria alimentos de los diferentes grupos (cereales, hortalizas, verduras, frutas, leguminosas, carnes o pescados, lácteos, huevos y, en pequeñas cantidades, grasas y azúcares).

La carencia de vitaminas puede inducir a contraer graves enfermedades que se evitarían con una alimentación balanceada, cuidando de no consumir unas en exceso y otras en poca o nula cantidad.

Todas las ayudas para tu baño
para tu comodidad y seguridad,
las mejores marcas a los
mejores precios

OCHOA·LACAR

EXPOSICIÓN Y TIENDA
Navas de Tolosa, 5 • 31002 PAMPLONA
T. 948 227 244 • F. 948 225 426

ALGECOSA

EXPOSICIÓN DE BAÑOS
Capuchinos, 9 • 31500 TUDELA - NAVARRA
T. 948 848 131 • F. 948 848 958