medicina salud cultura

zonahospitalaria

medikuntza, osasuna eta kultura ospitaleko gunea

navarra

www.zonahospitalaria.com añoIX enerofebrero2015 nº51

Disfrutando de la vida

3 Cinfa salud: ¿Hablamos de salud? 4 Tratamiento neuroquirúrgico en el paciente anciano 6 La soledad de la cuarta edad 7 Hipoacusia, la deficiencia sensorial más frecuente en el mundo 8 La técnica Clarivein la solución a sus varices 9 Mi abuelo también tenía implantes 10 Toda una vida con pan 12 Subir y bajar escaleras cómodamente 13 Todos los pacientes con varices, independientemente de su edad, se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirofano 14 Alimentación y esperanza de vida 16 Osteoporosis, la enfermedad de los huesos frágiles 17 ¿Por qué me duele la mandíbula? 18 Cómo cuidarse el cuidador 20 Por qué tengo más colesterol que tú... si comemos lo mismo? 22 Patologías más comunes del hombro y su tratamiento 27 Orientar en infantil y primaria 28 ISTERRIA "La salud está en tus manos" 30 Diabetes y actividad física 31 Idea Innovación y Desarrollo Asistencial

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Alfredo Erroz **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L./*L.G.*** NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026.

© **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. *PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.*

Todas las ayudas para tu baño para tu comodidad y seguridad

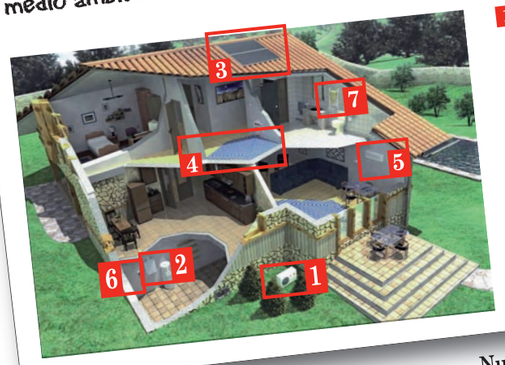
En febrero y marzo financiación hasta 12 meses sin intereses

En cerámicas, duchas, sanitarios, grifería, mobiliario, mamparas, accesorios...
Las mejores marcas con los últimos diseños, para que los disfrutes.

Mes de la calefacción

...Y en tu hogar: ahorrar energía

Déjate asesorar por profesionales, sobre cuáles son los sistemas de ahorro energético más adecuados a tu vivienda, que tengan en cuenta la proteccion al medio ambiente, la normativa vigente y sepan intergrarlo con el estilo de tu hogar.



1 BOMBAS DE CALOR
• GAS (AIRE ACONDICIONADO)
• AGUA-AGUA (GEOTÉRMICAS)
• AIRE-AGUA (AEROTÉRMICAS)

2 INTERACUMULADORES Y/O ACUMULADORES REGULACIÓN Y CONTROL

3 ENERGÍA SOLAR TÉRMICA

4 SUELO RADIANTE
• CALEFACCIÓN
• REFRIGERACIÓN

5 DESHUMIDIFICACIÓN

6 CALDERAS
• GAS
• GASÓLEO
• ELÉCTRICAS
• BIOMASA

7 RADIADORES
• ALUMINIO
• HIERRO
• DISEÑO

Nuevo horario en OCHOA•LACAR de Agustinos: de 7:30 a 19 h.

OL
OCHOA·LACAR

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

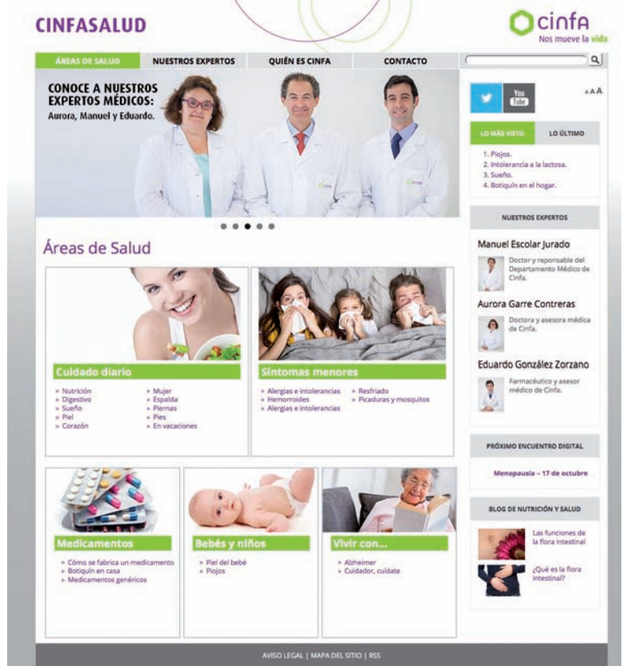
ALMACENES, ADMINISTRACIÓN Y TIENDA
Pol. Agustinos, C/ B/F • CP 31013 Pamplona
T. 948 303 032 • F. 948 302 430

ALGECOSA

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

ALMACENES Y ADMINISTRACIÓN
Ctra. Zaragoza Km. 98 • 31512 Fontellas - Navarra
T. 948 823 300 • F. 948 823 512

CinfaSalud: ¿Hablamos de salud?



En su nueva web www.cinfasalud.com, Laboratorios Cinfa pone al alcance del ciudadano información útil y rigurosa sobre la naturaleza y prevención de distintas enfermedades.

El 37,8% de los españoles busca información en Internet para mejorar su salud, según datos de una reciente encuesta realizada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Con el objetivo de facilitar al ciudadano el acceso a esa información que tanto le preocupa, Laboratorios Cinfa ha puesto en marcha este otoño un nuevo espacio virtual especializado en salud: **www.cinfasalud.com**

Esta web nace como un punto de encuentro para los usuarios que buscan información sobre salud avalada por expertos y con el máximo rigor científico, pero explicada de una manera cercana y comprensible para todos. Con este fin, los doctores Manuel Escolar y Aurora Garre, así como el farmacéutico Eduardo González Zorzano, asesores médicos del laboratorio, ofrecen respuestas a las dudas más habituales sobre problemas de salud cotidianos como las alergias, el insomnio, el resfriado o el dolor de espalda. Cada una de las dolencias está explicada a través de preguntas y respuestas, como si los expertos detallaran de tú a tú su naturaleza, sus causas, sus síntomas y las medidas de prevención en cada caso.

Cinco áreas de salud

Estos contenidos, que se actualizan con nuevas aportaciones cada semana, se han organizado en cinco áreas: "Cuidado diario", "Síntomas menores", "Medicamentos", "Bebés y niños" y "Vivir con...", que se desglosan a su vez en varias secciones.

En "Cuidado diario", se tratan aquellas enfermedades cuya prevención exige adoptar una serie de hábitos saludables en el día a día, y que se refieren tanto a diferentes partes de nuestro organismo -corazón, pies, articulaciones, aparato digestivo-, como a temas más específicos como la salud femenina o las precauciones que debemos tomar cuando viajamos.

> El 37,8% de los españoles busca información en Internet para mejorar su salud.

A continuación, "Síntomas menores" engloba dolencias como las hemorroides o las picaduras, cuya sintomatología, aunque leve, puede resultar muy molesta y, en ocasiones, llegar a dificultar seriamente la actividad cotidiana. El apartado "Medicamentos" explica de manera práctica todo lo relacionado con los fármacos, su proceso de fabricación o cómo usarlos correctamente. Y "Bebés y niños" aborda patologías y problemas que suelen afectar a los más pequeños; por ejemplo, los piojos o los cuidados especiales que requiere la piel de los bebés. Por último, "Vivir con..." aborda enfermedades degenerativas como el Alzheimer u otras crónicas, como la diabetes, que implican el control diario y constante de las personas que las padecen.

Además, en www.cinfasalud.com, que ya ha recibido miles de visitas, los usuarios pueden acceder a decálogos de consejos (imprimibles en fichas), a estudios sobre los hábitos de salud de los españoles y a una gran variedad de contenidos audiovisuales de carácter divulgativo.

Encuentros digitales con expertos

Así mismo, la nueva web de Cinfa también ofrece al usuario la posibilidad de interactuar directamente con los expertos del departamento médico, a través de los Encuentros Digitales, que se celebran aproximadamente una vez al mes. En estos encuentros, de dos horas de duración, las personas interesadas pueden formular preguntas sobre diversos temas de salud, que los asesores médicos de Cinfa resuelven en tiempo real. Hasta ahora, los dos que se han realizado han girado en torno a la menopausia y el resfriado.

En este sentido, Cinfa está realizando un esfuerzo constante por escuchar las necesidades de salud cotidianas de los ciudadanos e interactuar con ellos, también en entornos virtuales. Acercando a los navegantes contenidos de interés y rigurosos sobre salud, explicados en un tono cercano y divulgativo, el laboratorio busca, además, apoyar la labor de los profesionales sanitarios.

Nuevo perfil en Twitter

Además de su nueva web, Cinfa ha estrenado este otoño un nuevo perfil en Twitter: @CinfaSalud. Por medio de esta nueva identidad, los expertos del laboratorio difunden contenidos y consejos e interactúan con los miembros de esta red social interesados en el ámbito de la salud, como, por ejemplo, pacientes y profesionales sanitarios.

Este nuevo perfil complementa la actividad de las identidades con que Cinfa contaba ya en Twitter: @Be_mas y @Ns_Cinfa, sobre cuidado de la piel y nutrición respectivamente. Cinfa actualiza además periódicamente el blog www.nutricionysaludblog.com, cuyo autor es el experto Eduardo González Zorzano.

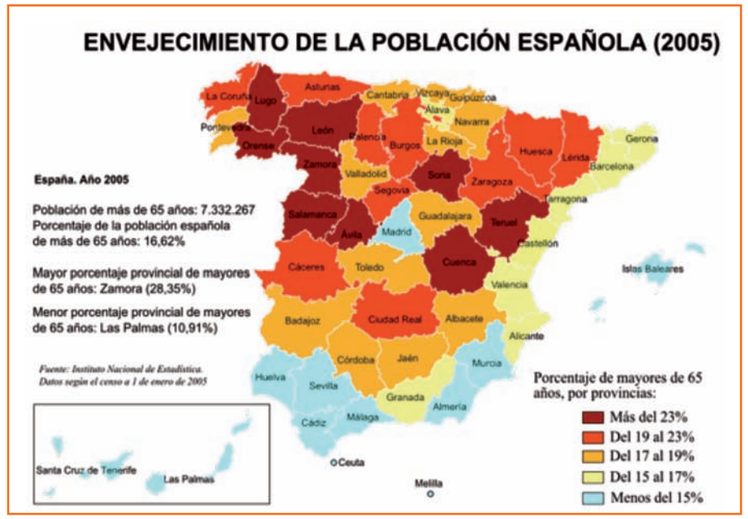
Por último, los ciudadanos pueden acceder a vídeos didácticos y spots publicitarios de las distintas marcas de Cinfa en su recién actualizado canal de Youtube: www.youtube.com/user/cinfavideos

Tratamiento neuroquirúrgico en el paciente anciano

Dr. Juan Carlos García Romero, Dr. Jorge Díaz Molina, Dra. Janire Carballares Pérez, Dr. Gorka Zabalo, Dr. Alfonso Vázquez Míguez, Dr. Rodrigo Ortega Martínez, Dra. Idoya Zazpe Cenoz, Dr. Javier Azcona Gonzaga, Dr. Eduardo Portillo Bringas

Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Navarra

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa en los 60 años el inicio de la vejez. Se consideran tres edades cronológicas después de los 60 años:
Tercera edad: de 60 a 75 años.
Cuarta edad: de 75 a 85 años.
Quinta edad: más de 85 años.



En el año 2000 en un estudio multinacional en 7 países industrializados los ancianos constituían el 12,6-18,1% de la población. Se ha estimado que para el 2030 la proporción será 20-28%. Tradicionalmente los ancianos suelen ser tratados de forma menos agresiva debido a:

- Comorbilidades asociadas.
- Limitaciones físicas y una menor "reserva fisiológica".
- Problemas socio-económicos (accesibilidad a los tratamientos, dificultad para desplazamientos...), si bien en nuestro país el impacto de este factor es menor.
- La idea preconcebida de su menor tolerancia a los tratamientos. Sin embargo los datos sobre tolerancia en este grupo de población son limitados a pesar de que por ejemplo el 50% de cánceres se producen en mayores de 70 años.
- La mayoría de las decisiones terapéuticas se basan en estudios de los que con frecuencia son excluidos los ancianos debido a la edad, comorbilidades, etc.
- Las nuevas técnicas y estrategias terapéuticas no se introducen a la misma velocidad que en pacientes jóvenes.
- En ocasiones no se realizan estudios diagnósticos completos.
- Los pacientes más ancianos son enviados con menos frecuencia a centros de referencia para su tratamiento.

Patologías frecuentes en el paciente anciano

1. Alteraciones de la circulación del Líquido cefalorraquídeo y patología traumática

Existen enfermedades del ámbito de la Neurocirugía que son más frecuentes en los pacientes de edad avanzada siendo los ejemplos más claros la hidrocefalia normotensiva, de la que ya hemos hablado en otros números de esta publicación, o los hematomas subdurales crónicos. En ambos casos se trata de patologías de fácil tratamiento cuya solución se consigue con sencillas intervenciones fácilmente tolerables a cualquier edad.

Son además más susceptibles a la aparición de sangrados tras sufrir un traumatismo craneoencefálico siendo relativamente frecuente la aparición de hematomas subdurales agudos y contusiones cerebrales. En estos casos el tratamiento quirúrgico suele implicar la realización de tratamientos más agresivos mediante el uso de craniectomías descompresivas y además la propia patología suele condicionar un peor pronóstico a largo plazo en pacientes ancianos, por lo que se suele optar en estos casos por tratamientos conservadores en los pacientes más mayores.

2. Tumores Cerebrales

La incidencia de los tumores cerebrales aumenta en general con la edad y en los pacientes ancianos suelen aparecer tumores cerebrales de mayor agresividad como las metástasis o los gliomas de alto grado aunque también se diagnostican en ellos tumores potencialmente curables como los meningiomas. Para el tratamiento de estas lesiones disponemos de la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

La utilización de la radioterapia holocraneal tiene principalmente dos desventajas. La primera es que se piensa que los ancianos tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones que los pacientes más jóvenes, principalmente en cuanto al desarrollo de deterioro cognitivo. En segundo lugar la radioterapia holocraneal administrada a las dosis habituales precisa de unas dos semanas de tratamiento con desplazamientos frecuentes al centro hospitalario. Debemos tener en cuenta que es frecuente encontrar múltiples barreras logísticas en los ancianos en relación con pobre soporte social, acceso limitado al transporte, estatus cognitivo disminuido, etc. Para solucionar ambos problemas se han utilizado tratamientos más cortos u otros tipos de radioterapia menos agresiva como el caso de la radioterapia estereotáxica fraccionada o la radiocirugía. Esta última se realiza en una sola sesión y su toxicidad neurológica es menor, no habiéndose descrito hasta el momento casos de demencia asociados a este tratamiento. Su principal desventaja radica en que su uso se encuentra limitado por el tamaño de la lesión.

En el paciente anciano con tumores cerebrales la cirugía se ha considerado tradicionalmente un tratamiento agresivo con riesgos no asumibles. Las técnicas actuales de microcirugía, los conocimientos anatómicos así como los avances técnicos como la utilización del neuronavegador intraoperatorio, la monitorización neurofisiológica, etc., han ampliado el espectro de pacientes con lesiones cerebrales que pueden ser tratados quirúrgicamente de forma exitosa. Sin embargo el riesgo quirúrgico en un paciente de edad avanzada es mayor que en un paciente más joven y nunca debe ser subestimado.

En cualquier caso la elección del tratamiento en un paciente anciano debe valorar principalmente el pronóstico previsible del tumor cerebral en cuestión y la situación clínica general del paciente con especial atención al grado de deterioro cognitivo.

3. Patología Raquídea

La aparición de lumbalgia y lumbociática son frecuentes en el paciente anciano como por otra parte lo son en otros grupos de edad más jóvenes. Es más frecuente la aparición de estenosis de canal tanto lumbar como cervical con aparición respectivamente de signos de compresión medular o claudicación neurógena.

En general la elección de un tipo de tratamiento u otro debe tener en cuenta las patologías previas del paciente que en el caso de los pacientes de más edad suelen ser más numerosas y pueden condicionar más complicaciones. Además debemos tener en cuenta que los objetivos de curación del paciente probablemente no serán los mismos que en otros más jóvenes. En general se trata de pacientes fuera del mercado laboral y cuya actividad física no implica requerimientos tan intensos como en edades más tempranas. Como en otros pacientes el tratamiento inicial suele ser conservador utilizando medicación analgésica, antinflamatorios, tratamientos rehabilitadores, infiltraciones facetarías o bloqueos epidurales. Sin embargo en caso de aparición de signos de alarma (signos de compresión medular, síndrome de cola de caballo caracterizado por la pérdida de sensibilidad de la región perineal junto con incontinencia o retención urinaria, pérdida de fuerza o dolor irradiado que no cede a pesar de los tratamientos citados) la edad no debería ser una excusa por sí misma para que estos pacientes puedan acceder a tratamientos quirúrgicos. En la actualidad las técnicas de microcirugía y cirugía mínimamente invasiva, cada vez menos agresivas, permiten solucionar estos problemas con menos complicaciones que antaño.

Resumen

La evidencia acerca del tratamiento de la patología neuroquirúrgica en ancianos es escasa, por tanto toda recomendación debe realizarse con prudencia. El pronóstico en general es peor que en pacientes más jóvenes. Sin embargo la evidencia científica actual no justifica evitar tratamientos potencialmente beneficiosos simplemente en base únicamente a la edad. Siempre se deben valorar de forma individualizada el pronóstico de la enfermedad que sufre el paciente, las enfermedades previas (en especial el desarrollo de deterioro cognitivo) y la calidad de vida previa del mismo.

La soledad de la cuarta edad

Laura Sánchez Íñigo
Médico Interno Residente del C.S. Burlada y Hospital García Orcoyen de Estella. SEMERGEN Navarra
David Navarro González
Médico Adjunto en Urgencias Hospital García Orcoyen

La esperanza de vida en los países desarrollados está en aumento continuo. El porcentaje de personas mayores de 80 años es cada vez mayor. Este grupo de edad es el ejemplo de la revolución en la longevidad que está cambiando radicalmente la estructura de la sociedad y nuestra percepción de la vida y la muerte. El concepto de la tercera edad ha perdido su significado.

La expresión de la **cuarta edad** hace referencia a la última fase de la vida de las personas, que se considera a partir de los 80 años de edad.
Solo en Navarra en 2014 vivían 39.865 mayores de 80 años, cifra que se espera aumente hasta los 41.000 en el 2021, según datos del Instituto de Estadística de Navarra.
Vivir en la cuarta edad es un auténtico reto. El anciano debe equilibrar su deseo de continuar luchando por su independencia con la evidencia de que su movilidad y su salud están disminuyendo a medida que pasa el tiempo. El deterioro de la salud es además una amenaza para la identidad de las personas. Se rompe con la rutina ordinaria, con las actividades y las relaciones sociales. Lo importante es saber ir adaptándose a la nueva situación.
La cuarta edad es un tiempo de duelo y pérdida, que reduce los círculos de las personas de apoyo y ayuda. Es en este momento del ciclo de vida cuando las decisiones de mayor importancia son, por ejemplo, si se permanece en casa o se traslada a vivir a una residencia o a quién dar poder sobre las decisiones relacionadas con el dinero…. Tales decisiones son difíciles de hacer: la gente necesita tiempo y sus puntos de vista pueden cambiar con las circunstancias. El apoyo de sus familiares es fundamental durante esta etapa, aunque en muchas ocasiones hay discrepancia de opiniones. Los profesionales cualificados es fundamental y es más cuando tales decisiones son un proceso, y no un hecho aislado.
Los familiares y amigos juegan un papel vital en el apoyo a las personas en la cuarta edad. Las relaciones familiares sostenidas pueden permitir a las personas mayores que sigan haciendo un aporte valioso y mejorar su dignidad. Es cierto, que a la cuarta edad, después de llevar toda su vida tirando de las riendas de su vida y de la de toda su familia, les cuesta delegar y dejarse llevar. Es una etapa en la vida en la que deben dejase querer por aquellos familiares que les quieren devolver todo el amor entregado en todas las etapas previas. Un escaso apoyo puede tener un gran impacto.

Soledad

Una quinta parte de las personas de 80 años se sienten a menudo o todo el tiempo solas. Aunque la soledad puede ocurrir en cualquier edad, para los mayores de 80 hay una mayor probabilidad: ya se han jubilado y tienen menos o ningún contacto con sus ex compañeros de trabajo, se han quedado viudas, y los amigos o familiares viven alejados o han muerto. La mala salud también puede hacer difícil mantener el contacto con los familiares y amigos.
La soledad no es una parte inevitable de la vejez, pero una vez que alguien llega a cierta edad el riesgo aumenta. No debe confundirse soledad con estar solo o vivir solo. Algunas personas pueden estar aisladas, pero no solas, mientras que otras pueden no aislarse pero aún así sentirse solas. La soledad es una experiencia personal. Se deriva de sentimientos desagradables vinculados a un déficit en el deseado nivel o calidad del contacto social con los demás.
En esta cuarta edad de la vida, los factores de riesgo de enfermedad y marcadores de salud son diferentes cuando se compara con la de menor edad. La edad cronológica es un predictor débil de la esperanza de vida y de la respuesta a los tratamientos. Muchas enfermedades asociadas con la edad pueden ser tratadas o evitadas, sobre todo si los más ancianos reciben una buena coordinación entre los servicios y especialidades para ofrecer el mejor tratamiento. Nunca es demasiado tarde: incluso en edad avanzada es posible restaurar algo de la capacidad física y mental.

¿Qué se puede hacer?

No existe una receta única. Las soluciones que se adapten a la edad de los más jóvenes pueden no ser apropiadas para los más ancianos. Los profesionales y los responsables políticos deben tratar de combatir de manera proactiva la soledad de las personas de más de 80 años. Es importante mantenerse en contacto con los amigos y familiares. Dejarse querer y ayudar. Escuchar a todos y a cada persona en concreto.
Porque es a través de la capacidad de opinión de los individuos cuando la identidad y la dignidad de las personas pueden sostenerse durante toda la vida hasta el punto de la muerte. Escuchemos, pues, a nuestros mayores.
Aquellos de nosotros que lleguemos a los 80 años tendremos de media, por lo menos, cinco años más para vivir. Necesitamos un cambio de paradigma en nuestro pensamiento. Bien vale la pena prestar atención a la salud de nuestros mayores, a sus necesidades y a sus deseos. Su futuro es también el nuestro.

CENTRO NAVARRO DE LA AUDICION
Paulino Caballero, 14 bajo
31003 Pamplona
948 15 16 76
www.centronavarrodelaaudición.com

Hipoacusia, la deficiencia sensorial más frecuente en el mundo

En España el 8% de la población tiene dificultad auditiva y a partir de los 55 años este porcentaje crece al 35%. Según datos de la OMS 360 millones de personas sufren pérdida auditiva. Estas personas manifiestan incapacidad parcial para escuchar sonidos en uno o ambos oídos, generándoles problemas que afectan a su calidad de vida como irritabilidad o aislamiento. Hoy la tecnología permite solucionar estos inconvenientes de manera personalizada con un solo objetivo: que el paciente VUELVA A ENTENDER.

El problema de la pérdida auditiva es que, generalmente, es paulatina, lo cual implica que la persona afectada empieza a preocuparse de ella cuando ya se convierte en un impedimento para mantener una relación social fluida.
Los síntomas que ponen en alerta al hipoacusico y que realmente le preocupan son la dificultad para ENTENDER en ambientes ruidosos y mantener una conversación cuando dos o más personas hablan simultáneamente.

¿Qué es la presbiacusia?

La presbiacusia es el nombre con que se conoce la hipoacusia a partir de los 65 años, una afección que crece en número de afectados debido a que nuestra expectativa de vida es cada vez mayor. Su causa más simple son los cambios provocados en el oído interno por envejecimiento y muerte natural de las células, que transmiten una información sonora fragmentada al cerebro provocando una mala interpretación del sonido. A este envejecimiento natural tras toda una vida de escuchar sonidos hay que incrementar el daño producido por infecciones habituales, enfermedades infantiles (meningitis, paperas, sarampión, etc.), exposición continuada a ruidos altos (laborales y de ocio), problemas circulatorios, problemas artríticos, transmisión genética…

> El problema de la pérdida auditiva es que suele ser paulatina, lo que implica que la persona afectada empieza a preocuparse de ella cuando ya se convierte en un impedimento para mantener una relación social fluida.

En España el 8% de la población tiene dificultad auditiva y a partir de los 55 años este porcentaje crece al 35%.
La presbiacusia es habitualmente bilateral, nos afecta de dos maneras diferentes: es un déficit físico, pero por la naturaleza de la audición, sus consecuencias son emocionales. Las personas que la sufren pueden llegar a ver su vida afectada profundamente.

Perder calidad de vida

No entender provoca situaciones de frustración. La persona afectada, en muchos casos, se va retrayendo. Sabiendo de antemano que va a tener problemas rehúye las situaciones en las que pueda verse afectado por su pérdida auditiva. Cualquier actividad en compañía produce el estrés de intentar seguir una conversación sin conseguirlo. Puede además afectar a la autoestima, sabiendo que van a ser evidentes sus confusiones. El hipoacusico se irrita por las demandas para que preste atención y los que le rodean se irritan por la continua necesidad de repetir. Se siente molesto por el exceso de ruido ya que no lo discrimina correctamente y puede que incluso una comida familiar llegue a convertirse en algo desagradable. Al fin, decide no participar y puede llegar al aislamiento.

Soluciones para volver a vivir con calidad

En la mayor parte de los casos la solución para la pérdida auditiva consiste en la adaptación audioprotesica. Hoy los audífonos pueden personalizarse a las necesidades del paciente para que vuelva a entender con confortabilidad y comodidad en cualquier ámbito. Solo es necesario disponer de la tecnología necesaria y los conocimientos para utilizarla.
En Centro Navarro de la Audición tenemos muy claro que no se trata de OIR MAS. Sabemos que nuestros pacientes QUIEREN ENTENDER para poder participar e interactuar con la vida como han hecho siempre. Todo nuestro esfuerzo, todo nuestro trabajo, busca y consigue ese fin.
Por ese motivo pedimos que no se conformen "con defenderse" y vengan a conocernos, tanto si tienen una experiencia desafortunada con los audífonos que ya utilizan como si son nuevos usuarios. Solo cuando se vuelve a recuperar una audición correcta se darán cuenta de lo mucho que se han estado perdiendo.

cirugíavascular

La técnica Clarivein® la solución a sus varices

Pre tratamiento

Después de 3 sesiones de microespuma

Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez
Cirujanos vasculares.
Clínica San Miguel de Pamplona y Policlínica Navarra de Tudela.

La insuficiencia venosa es una enfermedad muy frecuente, que afecta, al menos, al 30 % de la población en España. Dentro de ella, lo más habitual es la presencia de varices, que son dilataciones anormales y permanentes de las venas superficiales. Aparecen mucho más en mujeres que en hombres, y también es sabido que la tendencia a padecerlas aumenta con la edad. De hecho, son el doble de frecuentes en personas mayores de 65 años que en aquellas que están en la treintena.

Las varices constituyen una enfermedad relativamente benigna, pero con síntomas muy molestos y contínuos; y, además, no están exentas de complicaciones a largo plazo, pudiendo dar lugar a una trombosis de las mismas, a la ulceración de la piel que hay sobre la variz, sangrado, etc., y todo ello es más probable cuanto más tiempo se dejen sin tratar.

El tratamiento con la esclerosis con microespuma

Desafortunadamente, el tratamiento tradicional de las varices (el tratamiento quirúrgico), si bien es sencillo y proporciona buenos resultados, es muy agresivo, dado que la mayor parte de las veces precisa de la exéresis de algún tronco venoso principal (safena interna o externa). De hecho, el período de recuperación de una intervención relativamente corta, se puede extender fácilmente mes y medio o dos meses.

La esclerosis con microespuma, o el tratamiento mediante el catéter Clarivein®, proporciona la solución a estos problemas con una mínima agresividad. Mediante un procedimiento no invasivo, que ni siquiera requiere anestesia ni, por supuesto, ingreso, se introduce una sustancia esclerosante en el interior de las venas, que produce una inflamación de las mismas y su desaparición. Es un tratamiento ambulatorio, tras el cual se puede hacer una vida completamente normal y cuyos resultados son similares a los de una intervención quirúrgica, pero sin someterse a ella ni a sus inconvenientes. En realidad, es superior, puesto que se consigue lo mismo pero de una forma más cómoda, sin cicatrices, etc.

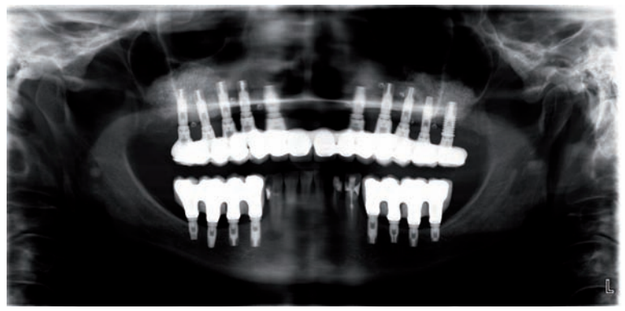
Sin interrumpir la actividad diaria

Precisa de un número variable de sesiones de esclerosis hasta hacer desaparecer todos los segmentos varicosos, pero entre dichas sesiones no se interrumpen las actividades cotidianas. Se puede trabajar, hacer deporte, ocio, etc. Este número de sesiones es mucho más reducido habitualmente cuando se usa la técnica del catéter Clarivein®, con el que se suele hacer "desaparecer" la safena interna o externa en una sola sesión.

Por tanto, el tratamiento con microespuma de las varices es la mejor opción para las mismas, y más aún en segmentos de población en los cuales una intervención agresiva puede resultar un condicionante negativo, dado su mayor edad, la presencia de enfermedades crónicas, etc.

VARICES MICROESPUMA CIRUGIA VASCULAR
varicesmicroespuma@gmail.com
TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
CLARIVEIN® - MICROESPUMA
SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL
Consulta médica Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez:
➡ PAMPLONA. Clínica San Miguel. C/ Beloso Alto, 32. T 948 296 000
➡ TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3. T 644 297 726

cirujía



Mujer de 82 años de edad, decidió dejar de sufrir los movimientos de sus dientes postizos superiores y del aparato inferior. Reconstrucción ambulatoria de maxilar y colocación simultanea de implantes.

Mi abuelo también tenía implantes

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

TÜVRheinland CERTIFIED Management System ISO 9001:2008
BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS
CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
SAN FERM N, 59 Bajo. T 948152878

Recuerdo que no hace tanto tiempo, todavía podía disfrutar de la compañía y del cariño de mi abuelo Julián. Su vida era una conjunción de rituales dedicados al cuidado de su salud y de recuerdos de una vida de esfuerzo y trabajo por su familia y su tierra. Julián era una gran persona, hombre de Fe y de principios, y así lo trasmitió a los que tuvimos la suerte de compartir parte de nuestra vida con él.

Recuerdo como después de cada comida, durante más de media hora, se entregaba al cuidado de su dentadura postiza, yo le miraba desde lejos, observando como su cara se arrugaba ante la falta de los dientes, siempre bromeaba y decía "algún día tiraré estos dientes por la ventana...", pues bien años después Julián pudo hacer su sueño realidad, pudo reconstruir sus dientes con una dentadura fija, anclada sobre 6 implantes dentales, disfrutó de la vida hasta que nos dejó, trasmitiendo la idea de que la madurez prolongada no es sinónimo de sufrimiento, cada vez vivimos más tiempo y además lo hacemos con intensidad. Es una de las conquistas más grandes de finales del siglo XX. La vida tiene un límite pero no tiene límites rígidos impuestos por la edad. Pensemos que se espera que el número de personas mayores de 65 años pasará de los 523 millones actuales, hasta unos 1.500 millones hacia 2050, según cálculos de Naciones Unidas. Esto significa que por primera vez en la historia, la población mayor de 65 pronto superará en número a la de niños menores de 5 años.

Existe por tanto un lógico interés en desarrollar tecnologías que faciliten el bienestar, la autonomía y la conectividad social de este amplio grupo social, al que todos esperamos llegar.

Pero parece que nuestra dentadura no fue diseñada para permanecer tantos años, al menos en un porcentaje de los seres humanos. Muchos pacientes se preguntan cual puede ser la edad límite para poder colocar implantes dentales y disfrutar de nuevo de una dentadura hermosa, fija y firme. No existe esta edad límite. Personas con casi 100 años obtienen sin apenas molestias un cambio significativo en su calidad de vida y en la de su familia. Mayor edad suele implicar una mayor pérdida de hueso, sin embargo, aplicando todos los avances tecnológicos, y una gran experiencia, hemos logrado que en cualquier caso sea posible esta colocación de implantes dentales mediante injertos de hueso no agresivos, con cirugías delicadas y sencillas.

¿Qué debemos saber para elegir un buen tratamiento de implantes?

- La edad no es un factor limitante.
- Un estudio MÉDICO de la salud general del paciente es imprescindible, especial atención a la medicación recetada.
- SIEMPRE es necesario un estudio 3D, mediante escáner óseo, para la valoración de la cantidad y calidad del hueso.
- La osteoporosis no es una contraindicación absoluta para la colocación de implantes, el origen del hueso facial es diferente al de los huesos largos del organismo.
- Hay fármacos denominados genéricamente "Bisfosfonatos" (Bonviva, Fosamax...) que pueden contraindicar un tratamiento de implantes. Es necesaria una historia MÉDICA exhaustiva.
- Debemos recordar que la perdida de hueso dental, conlleva un envejecimiento facial precoz, que debe ser tratado conjuntamente con la reposición de los dientes, es decir, se necesita previamente UN ESTUDIO ESTÉTICO FACIAL.
- Debemos elegir el tipo de prótesis que deseamos: fija o móvil (ambas sobre implantes dentales).
- Grandes periodos de tiempo sin dientes, no sólo atrofian el hueso facial si no también la musculatura de la masticación y de la cara, es decir necesitamos previamente UN ESTUDIO FUNCIONAL FACIAL.
- El número de implantes necesario para hacer su tratamiento depende de estos factores:
  - CANTIDAD DE HUESO
  - CALIDAD DEL HUESO
  - FACTORES DE RIESGO
  - EDAD
  - PREFERENCIAS ESTETICAS
- La pérdida de hueso no debe ser un factor limitante para el tratamiento, ya que las técnicas regenerativas, en manos expertas son muy predecibles, ahora bien, es un deber ético buscar el tratamiento más eficiente para nuestros pacientes, es decir, el menor sufrimiento con el menor coste.
- Existen diferentes diseños y tratamientos de superficies de implantes dentales, NO TODOS LOS IMPLANTES DENTALES SON IGUALES. Solicite información acerca del respaldo científico de los productos médicos que le van a implantar.
- El presupuesto es una parte importante del tratamiento, conocer la calidad de los diferentes elementos del tratamiento (implantes y prótesis), puede hacer caro lo barato y viceversa.

Para finalizar, recordar que existen lesiones asociadas al roce de las dentaduras, que tienen una probabilidad alta de malignizarse, nunca las ignore y consulte al especialista.

Sin embargo, puede que usted sea un paciente portador de prótesis removible (dentadura postiza) desde hace muchos años y su vida sea excelente, recuerde: usted no necesita implantes.

Toda una vida con pan

Laura Garde Etayo NA00087
Colegio Oficial de Dietistas y Nutricionistas de Navarra

Me pregunto qué debe sentir una persona mayor, al tener que empezar a encajar las típicas prohibiciones justificadas en que son buenas para su salud. Muchas de esas restricciones tienen que ver con la alimentación. Después de toda una vida, obligarse a limitar el consumo de ciertos alimentos cotidianos, no debe de ser plato de buen gusto para nadie. De ahí, que muchas personas se resistan a asumir determinados cambios necesarios.

De modo consciente o inconsciente, a veces, se pone en juego la salud por insistir en mantener un modo de alimentación y de vida.

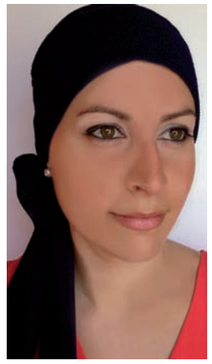
El pan en la mesa, un motivo de alegría

Mucho o poco, todos comemos pan. Para la mayoría, el pan es un valor añadido en cualquier comida. Por ello, me parece interesante defender con argumentos el porqué de recomendar comer pan a diario, en concreto, en el caso de las personas mayores:

- El pan es un alimento que contribuye a equilibrar la balanza energética. Su riqueza en hidratos de carbono compensa el aporte de proteínas y grasas de los alimentos de origen animal. Por este motivo, su consumo debe ser regular a todas las edades.
- El pan es fuente de de minerales y vitaminas que regulan innumerables acciones dentro del organismo.
- La fibra extra que aporta el pan integral puede suponer una medida eficaz contra el estreñimiento. Las personas mayores son especialmente susceptibles de padecerlo, debido a una serie de circunstancias bastante comunes en este colectivo: baja ingesta de fibra dietética y de líquidos, así como una escasa o disminuida actividad física. Si además de estimular la práctica de ejercicio físico, conseguimos mejorar la ingesta de agua y el consumo de frutas y hortalizas y añadir el pan integral, el efecto sumario de todo ello resultaría muy efectivo para la regularidad del tránsito intestinal.
- El pan es un alimento apropiado para acompañar cualquiera de las comidas que habitualmente hacemos a lo largo del día. El desayuno, por supuesto, porque debe de estar dotado de alimentos energéticos que aportan el vigor necesario para sobrellevar la actividad de la mañana y que, al mismo tiempo, sean digestivos. Por otro lado, tradicionalmente, el pan en la comida y la cena es un punto de apoyo incondicional. Finalmente, la presencia del pan en el almuerzo o en la merienda dependerá de las horas que transcurren entre las comidas principales y el tipo de actividad que se desarrolla en estos horarios.
- El pan es una aliado para aquellas personas que necesitan sentir plenitud con las comidas. Hay personas que con la edad, no pierden el apetito. En estos casos, se recomienda un consumo de pan moderado y adecuado al gasto energético de cada persona y, algo muy importante, repartido equitativamente a lo largo del día. Sin embargo, otras muchas personas, con el paso del tiempo notan que la disminución de la actividad física afecta a las ganas de comer. No conviene que el gusto por el pan, haga menguar la ingesta de otros alimentos, también necesarios para el organismo. Así, la ración de pan que acompañe a las comidas principales deberá ser más pequeña, o se evitará, en favor del almuerzo o de la merienda. Tampoco se recomienda empezar a comer pan antes de comer o cenar, mientras se espera a que llegue el primer plato, porque puede llenar más de la cuenta.
- Hoy en día, el variado surtido de panes que podemos encontrar, facilita que podamos adaptar su consumo a las necesidades concretas en cada caso. Me refiero, por ejemplo, a la dificultad masticatoria y falta de producción de saliva que muchas personas mayores padecen y que limitan el consumo de alimentos secos y de textura más bien dura. Existen variedades de pan con menos corteza, que combinados con alimentos jugosos, permiten una ingesta adecuada de pan. Es la ventaja de disponer de tanta variedad.
- El pan no está contraindicado en las dietas de control de peso. Estudios recientes demuestran lo contrario. Las personas mayores con obesidad o sobrepeso deben de mantener un consumo de pan regular, aunque moderado, a diario. Es prioritario restringir los dulces, bebidas azucaradas y bebidas alcohólicas, antes de tomar medidas que afectan al consumo de alimentos básicos y cuya falta en la dieta diaria, puede conllevar una mayor apetencia por comer alimentos poco saludables.
- También el pan debe formar parte de la dieta de las personas que padecen diabetes tipo I o tipo II. En estos casos, es fundamental respetar la cantidad de pan que se considera por ración, así como el número de raciones a repartir en cada comida. En todo caso, es necesario conseguir un correcto control de la glucemia en sangre.

RUEBER

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS



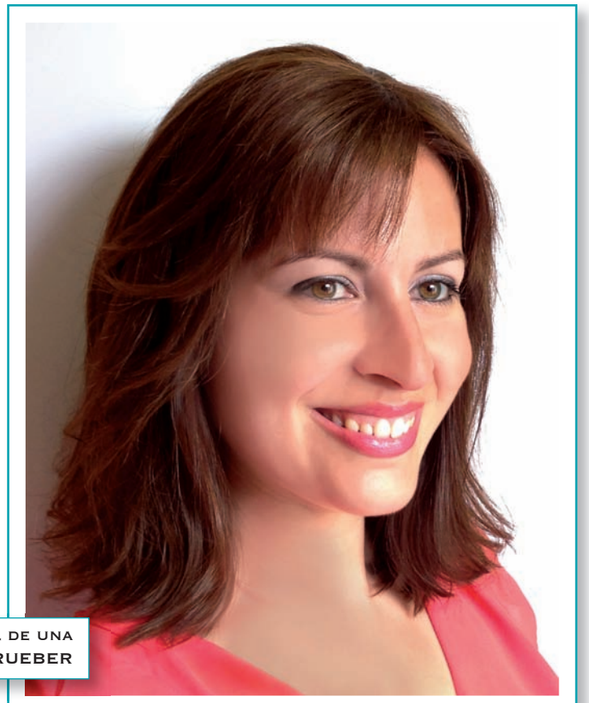


IMAGEN REAL DE UNA PRÓTESIS CAPILAR RUEBER

NOS ADAPTAMOS A TODAS LAS ECONOMÍAS.
NO QUEREMOS QUE LA FALTA DE CABELLO SEA UN PROBLEMA.
ASESORAMIENTO INTEGRAL PARA EL CUIDADO DE LA PIEL
DURANTE EL PROCESO ONCOLÓGICO
VISÍTENOS SIN COMPROMISO.

MONASTERIO DE URDAX, 8-1°. ESQUINA CON PÍO XII, 9. 31007 PAMPLONA
T 948 25 50 53 www.ruebercentrocapilar.es rueberpamplona@rueber.es

Subir y bajar escaleras cómodamente

Algunas actividades diarias como cargar con pesadas bolsas de la compra o subir y bajar escaleras pueden suponer un complicado y doloroso reto para personas con problemas de movilidad o para quienes sufren alguna lesión. Pero si los obstáculos a superar están también en sus hogares, la calidad de vida de estas personas disminuye enormemente.

Actualmente son muchas las viviendas con obstáculos de accesibilidad (escalones de entrada al portal, escaleras que comunican cada piso...) y lamentablemente quienes viven allí no pueden moverse cómodamente por su casa, dejando en ocasiones de salir a la calle por el peligro de caídas al bajar las escaleras.
Para estos casos, la silla salvaescaleras es la solución más económica y rápida de instalar, ya que no requiere obras en la vivienda y en muy poco tiempo le permitirá moverse por toda la casa con total seguridad y confort.

Silla elevadora para cualquier tipo de escalera

La empresa navarra Imcalift Elevación oferta varios modelos de sillas elevadoras que pueden instalarse en cualquier tipo de escalera, incluso en las escaleras más complejas o estrechas, tanto en el interior como en el exterior de la vivienda.

Son resistentes, duraderas y muy seguras, ya que cuentan con múltiples dispositivos de protección (cinturón de seguridad, reposapiés antideslizante, detectores de obstáculos en la escalera...).
Su instalación es rápida. En un solo día los técnicos realizan el montaje, ya que no implica ninguna obra, ni es necesario solicitar licencias o permisos para colocarlas. Además, estas sillas están diseñadas para ocupar el mínimo espacio, sin interrumpir el paso en la escalera, gracias a su cómodo plegado.
Son silenciosas y muy confortables, gracias a su asiento amplio y acolchado. El manejo es muy sencillo, mediante un mando instalado en el brazo con una posición para subir y otra para bajar. Además, disponen de mando a distancia para que la silla se desplace hasta el piso deseado.

Otra gran ventaja de la silla salvaescaleras es que siempre estará lista para usarse gracias a sus baterías recargables integradas, que permiten su utilización, aunque se produzca un corte en el suministro eléctrico.

Financiación y 3 años de garantía

En ImcaLift recibirá un asesoramiento personalizado. Sus técnicos, sin ningún tipo de compromiso, realizan una visita para valorar la escalera; elaboran un estudio y le entregan un presupuesto con el mejor precio posible y con la posibilidad de financiar cómodamente la compra.
Con más de 1000 instalaciones realizadas en Navarra, en Imcalift tienen plena confianza en sus productos, por lo que ofrecen hasta 3 años de garantía y ponen a su disposición un equipo de técnicos especializados que realiza una instalación impecable y profesional, garantiza un mantenimiento correcto de los salvaescaleras y soluciona cualquier avería con rapidez y eficacia.

Imcalift elevación

La empresa navarra IMCALIFT Elevación cuenta con una trayectoria de más de 20 años, dedicada a la fabricación e instalación de elevadores, sillas y plataformas salvaescaleras de máxima calidad. La gama de productos, fabricados a medida y con un coste altamente competitivo, están diseñados para salvar barreras arquitectónicas y garantizar la accesibilidad en el hogar, en comercios, oficinas y hostelería. Asimismo, también dispone una línea de productos industriales (montacargas, montaplatos...).
Por otro lado, la compañía cuenta con delegaciones en País Vasco, La Rioja, Zaragoza, Madrid y actualmente exportan sus productos a varios países de Latinoamérica.

Puede obtener más información visitando su página web: www.salvaescaleras-elevadores.com

Todos los pacientes con varices, independientemente de su edad, se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirofano

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Especialista en Cirugía Vascular
Hospital San Juan de Dios. Pamplona

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices y una buena parte necesita tratamiento quirúrgico (Safenectomía). Aunque se trata de una cirugía con pocos riesgos, no deja de ser una intervención y requiere, por tanto, pasar por un quirófano y anestesia general o raquídea. Los pacientes mayores de 70 años o aquellos que tienen enfermedades importantes (enfermedades del corazón o alteraciones de la coagulación, por ejemplo) no son, en principio, candidatos a cirugía y se suelen manejar de forma conservadora con medias de compresión, hábitos saludables y medicación.

Sin embargo, para muchos de esos enfermos ese tratamiento es insuficiente y lo más adecuado es la eliminación de sus varices mediante métodos menos agresivos. De todos ellos, la **'Esclerosis ecoguiada con microespuma'** es, hasta la fecha, la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y se puede utilizar en TODAS LAS VARICES DE TODOS LOS PACIENTES, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD QUE TENGAN.
Durante más de 12 años nosotros hemos tratado más de 2000 pacientes utilizando esta técnica, consolidada ya, en equipos con experiencia suficiente, como una alternativa a la cirugía convencional para tratar todo tipo de varices.
Se trata de una técnica poco invasiva que identifica las venas enfermas mediante una prueba denominada 'Eco-Doppler'. Una vez identificadas, se realiza una punción en la piel, guiada con la ecografía, y se introduce un fino catéter en la vena que se quiere tratar. Ya dentro, se inyecta en la vena enferma un fármaco en forma de espuma que irrita la pared y la esclerosa, la endurece, hasta hacerla desaparecer. El efecto es el mismo de una operación pero NO ES UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, nunca necesita anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones en la piel. Tampoco necesita ingreso, ya que se realiza en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral. La edad no es un inconveniente y se pueden tratar pacientes, si lo necesitan, por encima de los 70 u 80 años.

Normalmente son necesarias varias sesiones hasta completar el tratamiento

La técnica se puede utilizar en todas las varices, desde las pequeñas telangiectasias (arañas vasculares) hasta las grandes dilataciones dependientes de la vena safena que habitualmente se remiten para operar. En este tipo de varices grandes o "tronculares", en las que la safena está enferma, la esclerosis con microespuma tiene muy buenos resultados, ya que se trata normalmente de venas de gran tamaño y con mucha sintomatología y se consigue, sin pasar por un quirófano, no sólo la eliminación de las venas visibles sino también la desaparición o la mejoría notable de los síntomas propios de la enfermedad.

Alimentación y esperanza de vida

Dña. M. Iosune Zubieta Satrústegui
Coordinadora del Certificado on-line Alimentación de las Personas Mayores.
Graduada y Diplomada en Nutrición Humana y Dietética. Master en Nutrición Clínica.
Dpto. de Ciencias de la Alimentación y Fisiología. Facultad de Farmacia y Centro de Investigación en Nutrición. Universidad de Navarra.
Colegio Oficial de dietistas-nutricionistas de Navarra (Colegiada NA056)

En la actualidad, estamos en disposición de poder afirmar que "la población mundial está envejeciendo rápidamente". Se estima que entre 2000 y 2050, el número de personas mayores de más de 60 años se duplicará, y pasará a nivel mundial de aproximadamente el 11% al 22% tal y como señala la propia OMS.

Por su parte, en España, las últimas estimaciones de población actual publicada por en Instituto Nacional de Estadística (INE) revelan que un 17,4% de la población tiene 65 o más años de edad, dato algo más elevado que la media mundial y que nos convierte en el cuarto país más envejecido del planeta.
Las personas mayores son grandes consumidores de recursos (sanitarios, sociales...) ya que es en esta etapa de la vida donde la necesidad de asistencia se encuentra más aumentada por principalmente la presencia de mayor morbilidad y discapacidad respecto a otras etapas de la vida. Datos recogidos en diferentes estudios indican que las personas mayores utilizan al médico de Atención Primaria 3 veces más que la media de la población, con un consumo de 1,5-2 veces más medicamentos y, que su tasa de ingresos hospitalarios es el doble que en la población general incluso triplicándose en los mayores de 80 años. Asimismo, sus estancias hospitalarias son más prolongadas.

Envejecimiento saludable

En este contexto, debemos concienciarnos de que alcanzar y mantener una buena salud a lo largo de toda la vida puede ayudarnos a lograr un "envejecimiento saludable" y con ello, tener un mejor estado de salud, una mayor independencia, poder desempeñar un papel más activo en nuestras familias y en la sociedad y tener una vida más plena una vez se alcance la vejez. En definitiva, tener una "vejez más sana, feliz, satisfactoria y productiva".
Ahora bien, el envejecimiento está influenciado por muchos factores unos "modificables o intervenibles" y otros "no modificables". Todos ellos, factores que debemos tener presentes para lograr un "envejecimiento saludable".
De manera general y de forma esquemática, se admite que el envejecimiento se produce de una manera dinámica y que en cada persona viene regulado por 3 vías complementarias, diferenciadas entre sí pero que se entrelazan y superponen a lo largo de los años hasta dar lugar en cada caso a la resultante actual de toda persona sea cualquiera su edad. Estas tres vías son:

- La propia fisiología, determinada principalmente por la genética de cada persona. Son cambios vinculados al simple paso del tiempo, comunes para todos y denominados cambios fisiológicos.
- Cambios derivados de las secuelas de enfermedades, accidentes o intervenciones quirúrgicas que cada uno ha ido acumulando a lo largo de su vida y que han dejado consecuencias funcionales que van a obligar a aceptar determinadas limitaciones y adaptaciones orgánicas para suplir la función deteriorada por cada evento patológico. En este caso los denominaríamos cambios patológicos.
- El estilo de vida, es decir a los cambios asociados con las consecuencias de la exposición a lo largo de muchos años a una alimentación más o menos adecuada o saludable, el consumo de tabaco, alcohol y otros tóxicos, el grado de estrés, la falta de actividad física o la exposición a determinados factores de riesgo como la contaminación, el humo, etc. Estos son cambios que reciben el nombre de ambientales.

Los cambios fisiológicos constituyen lo que en sentido estricto se denomina "envejecimiento primario", mientras los patológicos y ambientales suelen ser calificados como formas de "envejecimiento secundario". Estos últimos, ofrecen en la práctica un margen de intervención mucho más amplio permitiéndonos influir en el proceso de envejecimiento.

Alimentación y salud

Respecto a la "alimentación", estamos en disposición de poder afirmar que una alimentación inadecuada influye en el estado de salud actual y futura tal y como hemos podido comprobar en nuestras investigaciones y estudios. Así, existe evidencia científica para poder vincular la alimentación con una mayor esperanza de vida y un mejor estado de salud. Entre otras, la alimentación contribuye a la prevención de enfermedades cardiovasculares o del corazón, hipertensión arterial, ictus, sobrepeso y obesidad, diabetes, algunos cánceres, deterioro cognitivo y Alzheimer.
En base a todo ello, el modo de alimentarnos puede ayudarnos a "añadir más vida a los años". Para ello, basta con seguir unas sencillas recomendaciones a lo largo de toda nuestra vida como son que nuestra alimentación sea:

- Variada en alimentos, es decir, que incluya alimentos de todos los grupos y varíe de alimentos dentro de cada grupo eligiendo los de perfil nutritivo más saludable (menor contenido en grasas saturadas e hidrogenadas, colesterol, azúcares sencillos, sal...)
- Suficiente y equilibrada en energía y nutrientes para el buen funcionamiento del organismo, el desarrollo de las actividades diarias y la mejora de la calidad de vida. El valor calórico de la dieta debe ser adecuado al gasto total y lograr un balance energético equilibrado para mantener o conseguir un peso saludable y un adecuado estado nutricional y de salud.
- Saludable, es decir, que incluya el aporte de diferentes componentes de los alimentos (fitoquímicos, bífidus...) que proporcionan un beneficio extra, el ligado a sus propiedades saludables en cuanto a la prevención de enfermedades o incluso tratamiento de alguna de ellas.
- Individualizada, es decir, adaptada a las peculiaridades, preferencias y gustos para que sea mantenida a largo plazo. Debe ser agradable y apetitosa, se debe cuidar la elección de alimentos, su modo de preparación y presentación, adaptada a las condiciones geográficas, culturales, religiosas, tradiciones, etc. También debe tener presente el estado de salud, si se acompaña de algún tratamiento farmacológico, el grado de autonomía, si se realiza ejercicio físico...
- Segura, en cuanto al control de las condiciones higiénicas tanto en la manipulación como en los propios alimentos para evitar alteraciones y enfermedades derivadas de su consumo.

GRATIS TU 2º PAR DE CRISTALES PROGRESIVOS

óptica unyvisión

AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • T. 948 178 188

Descuento, no acumulable a otras ofertas, válido con la presentación de este anuncio HASTA EL 1 DE ABRIL DE 2015

AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN

CH
CAROLINA HERRERA

radiología

Osteoporosis, la enfermedad de los huesos frágiles

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
RESONANCIA | TAC | ECOGRAFÍA

Castillo de Maya, 41. Pamplona
T 948 15 21 21. www.centromedicis.com

La osteoporosis es la enfermedad ósea más común en la que el hueso se debilita porque se vuelve más poroso. Muchas veces la persona tendrá una fractura antes de saber que tiene esta patología. La osteoporosis es más frecuente en mujeres mayores de 50 años. La causa más importante es genética: tener antecedentes de esta enfermedad en la familia. Y la disminución de estrógenos en las mujeres en el momento de la menopausia es otra causa importante de pérdida ósea. Pero existen muchas más: no haber alcanzado el nivel de masa ósea adecuada durante la adolescencia, la delgadez extrema, el alcohol y el tabaco, la exposición a corticoesteroides, heparina u hormonas tiroideas, enfermedad celiaca, síndromes de mala absorción intestinal, enfermedades hepáticas, artritis reumatoide, esclerosis múltiple o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Tipos de osteoporosis

- **Osteoporosis primaria (involutiva o senil).**

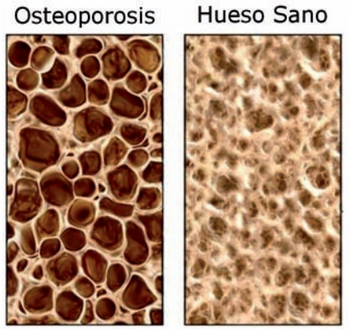
Tipo I o postmenopáusica que afecta a mujeres de entre 51 y 75 años. Las fracturas más características son las vertebrales y del antebrazo o muñeca.
Tipo II que afecta a mujeres y hombres de más de 70 años. Las fracturas más frecuentes son de fémur, cadera, húmero y tibia.
Idiopática que afecta a personas jóvenes de ambos sexos y sin causa conocida. Este tipo de osteoporosis se caracteriza por la aparición brusca de dolor óseo y fracturas ante mínimos traumatismos.

- **Osteoporosis secundaria**

Este tipo de osteoporosis es causada por patologías o medicaciones, distintas a la pérdida ósea explicable por la etapa postmenopáusica o envejecimiento. Las posibles patologías que pueden condicionar la pérdida de masa ósea son muy variadas: enfermedades endocrinológicas, metabólicas, amenorrea, enfermedades genéticas, uso prolongado de determinados fármacos, algunos tumores, enfermedades hepáticas o renales y el alcoholismo.

¿Cómo se diagnostica?

Radiografía. Es de gran utilidad para identificar fracturas localizadas.
Análisis de laboratorio. Se evalúa la fosfatasa alcalina (sustancia que aumenta en la osteoporosis), las hormonas del tiroides, los niveles de vitamina D, las funciones hepática y renal y los niveles de fósforo y calcio.
Resonancia Magnética. Es la técnica más útil para distinguir fracturas vertebrales agudas.
Densitometría. Es una exploración que utiliza dosis bajas de rayos X para determinar la masa ósea aprovechando el coeficiente de atenuación que presentan a los rayos x. Hay diferentes tipos de densitómetro, los más utilizados son los que valoran la densidad ósea en columna y cadera.
En Centro Médicis se utiliza el escáner o TAC



para realizar la densitometría lumbar midiendo tres valores: la densidad del hueso, la comparativa de la densidad ósea con una persona joven y sana y la comparativa de la densidad ósea con una persona sana de la misma edad que el paciente.
La Organización Mundial de la Salud clasifica la osteoporosis en función de los valores de la densitometría realizada en la columna o cadera y establece tres categorías:
Normalidad: densidad mineral ósea superior a -1 DS.
Osteopenia: densidad mineral ósea entre -1 y -2,5 DS.
Osteoporosis: densidad mineral ósea inferior a -2,5 DS.

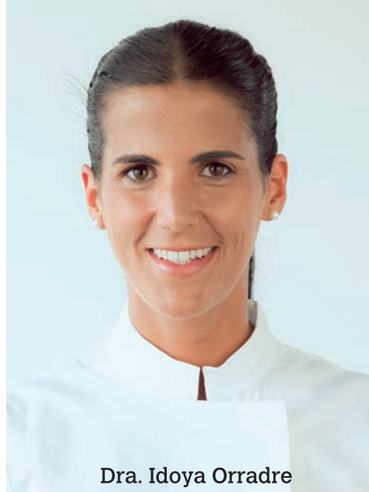
La osteopenia no es una enfermedad, se trata de una pérdida leve de masa ósea que puede remitir parcialmente con la ingesta de calcio y ejercicio físico.

odontología

¿Por qué me duele la mandíbula?

25 AÑOS
sannas CLÍNICA DENTOFACIAL | Clínica Dental San Jorge

Madres de la Plaza de Mayo, 16
Nuevo Artica
948 384 422
www.gruposannas.com


Dra. Idoya Orradre

¿Ha notado algún ruido en su mandíbula al abrir o cerrar la boca? ¿Siente molestias al bostezar? ¿Tiene dolores de cabeza crónicos? Puede que sufra entonces un trastorno de la articulación temporomandibular (TTM). Esta articulación conecta la mandíbula con el hueso temporal del cráneo y puede sentirse colocando los dedos por delante de las orejas y abriendo la boca o moviendo la mandíbula de lado a lado. El movimiento que realiza esta articulación es el que nos permite hablar, masticar y tragar y cualquier factor que evite que funcione correctamente puede derivar en un trastorno temporomandibular. Si esta disfunción no se trata, se acentúa con la edad y en pacientes de edad avanzada puede resultar un verdadero problema.

En Sannas Dentofacial la Doctora Idoya Orradre, especialista en Trastornos de ATM y Dolor Orofacial, es la responsable de diagnosticar y tratar estas patologías, cuyos síntomas, según los estudios, pueden llegar a afectar a más del 50% de la población.

¿Cuál es la causa más común del trastorno de ATM?

Existen varias causas que provocan este trastorno, las más comunes son: traumatismo mandibular, hábitos parafuncionales (bruxismo, masticar chicle, morderse las uñas…),una oclusión inadecuada, factores psicológicos (estrés, depresión, ansiedad), medicamentos, ciertas enfermedades articulares, etc.

¿En qué consiste el bruxismo?

El bruxismo es el hábito involuntario de rechinar o apretar los dientes. Es una de las llamadas parafunciones, actividades del sistema de masticación que no tienen un propósito funcional. En muchas ocasiones la causa es el estrés y cuando el bruxismo es nocturno suele acarrear más problemas ya que es más difícil de controlar.

¿Cómo se manifiestan los trastornos de la ATM?

El dolor en los músculos de la cabeza es el síntoma más común, pero este trastorno puede producir además movimiento limitado de la mandíbula o bloqueos en apertura o en cierre, dolor en la cara, cuello u hombros, ruidos en la articulación al abrir o cerrar la boca o cambios repentinos en la forma de morder.

En ocasiones, una alteración en esta articulación puede provocar mareos y dolores de cabeza y oído y mucha gente lo desconoce.

¿Cómo podemos saber si sufrimos esta alteración?

Aproximadamente la mitad de la población presenta alguna alteración funcional del sistema masticatorio sin saberlo.

Los dolores en la mandíbula y los ruidos al abrir o cerrar la boca nos pueden dar la voz de alerta. A veces esta disfunción no nos permite abrir o cerrar completamente la boca, incluso podemos notar que la cara se ensancha porque los músculos se agrandan. Por otro lado, podemos tener síntomas dentarios como son dientes sensibles o desgastados o que al cerrar la boca no se juntan como antes. Si ha notado alguno de estos síntomas puede que padezca una disfunción temporomandibular.

Una vez diagnosticado, ¿Cuál es el tratamiento a seguir?

El tratamiento de este tipo de patologías es variado y multidisciplinar y debe ir precedido de un correcto diagnóstico.

El tratamiento puede incluir: fármacos, fisioterapia de la ATM, férulas oclusales, técnicas de manejo del estrés y autocuidados, láser, acupuntura y técnicas de punción, infiltraciones (ácido hialurónico, toxina botulínica, anestésicos, corticoides, PRGF), artrocentesis, procedimientos dentales (ortodoncia, prótesis y ajuste oclusal) o tratamiento quirúrgico.

¿Qué consecuencias puede conllevar el no tratar adecuadamente este tipo de patología?

Si no tratamos este tipo de disfunciones sus síntomas pueden empeorar en un alto porcentaje de casos y causar dolor prolongado y debilitante.

El trastorno de ATM ¿se puede prevenir de alguna manera? ¿qué consejos les da a sus pacientes?

El consejo que les doy a mis pacientes es que intenten relajar la zona afectada con unos sencillos pasos:

- Tratar de limitar los movimientos mandibulares.
- Limitar los bostezos poniendo el puño bajo su barbilla.
- Evitar realizar movimientos amplios de la mandíbula.
- No masticar chicles, ni alimentos duros.
- Aprender técnicas de relajación para controlar el estrés y la ansiedad.

¿De qué manera están vinculados el dolor orofacial y el trastorno de ATM?

Existen varios cuadros clínicos que pueden cursar, e incluso comenzar, con dolor a nivel orofacial. Los trastornos de la ATM son uno de ellos así como el dolor de origen dental. Dentro del término "dolor orofacial" existen otras patologías como las cefaleas, los dolores neuropáticos, el dolor de estructuras cervicales…Todos estos cuadros varían en sus características de presentación, pudiendo dificultar el proceso diagnóstico y su manejo. El sufrimiento que produce el dolor, tanto a corto como a largo plazo, puede originar que éste se acompañe de otros trastornos asociados, como trastornos del sueño o del ánimo, y que su manejo requiera un trabajo multidisciplinario. Lo que yo recomiendo es que ante estos síntomas, tanto a nivel de dolor orofacial como a nivel mandibular sean tratados por un experto y ante cualquier duda debe acudir al odontólogo especialista en ATM para realizarse un examen completo.

Cómo cuidarse el cuidador

Ainhoa Elizalde Munárriz
Trabajadora Social Col.Nº 1050
Clínica Universidad de Navarra

Una superficial mirada a nuestra cotidianeidad diaria nos indica que la mayoría de las personas mayores son autónomas e independientes, pero también nos señala que en nuestro entorno existe una minoría que necesita cuidados de los demás. La atención que requieren estos dependientes nos implica socialmente, hasta el extremo, de los que no lo somos, tenemos que ser conscientes también del reclamo de esa dependencia.

Esta realidad percibida, que afecta a nuestro inmediato entorno social, se puede transpolar al completo de la sociedad, entendiendo su significado como una cuestión que afecta a la moralidad y ética de la toda la sociedad. A través de este artículo voy a intentar, de una manera pormenorizada, a la vez que sencilla, intentar acercar un poco más a la opinión pública la cuestión de la dependencia, con el fin de que no nos olvidemos de que aun siendo personas que necesitan el apoyo y/o ayuda de otra persona, deben de gozar de una adecuada y digna calidad de vida.

El primer objetivo de este análisis es que entendamos que en la cuestión de la dependencia, tanto para el paciente curable, como el que va a morir, la calidad de vida es esencial y necesaria.
Manteniendo la mirada en la sociedad, nuestro comportamiento nos demuestra que la mayoría de las personas cuidamos día a día, bien sea de las hijas e hijos; de las amistades; de la pareja; a nuestros mayores y a nosotros mismos. Cuidamos y nos cuidan. Aunque, otra vez, trasladando la mirada más lejos, percibimos que, sobre todo en lo que respecta a las últimas décadas, se han producido una serie de transformaciones en la sociedad occidental, como son: una mayor longevidad; familias menos numerosas que antaño y a un imparable avance tecnológico de la medicina, por ejemplo. Aquí podemos incluir el segundo objetivo en el que quiero hacer hincapié: el resultado del progreso social y tecnológico, ha traído consigo también un mayor número de personas dependientes. El hecho de que cada día haya más personas que no pueden cuidarse por sí mismas, también ha significado más responsabilidades a la familia y a la sociedad, sobre todo en la parcela de los cuidados.

El cuidado de la dependencia

Como todos sabemos, la ayuda que proviene de la familia, es, en principio, la mejor que se puede ofrecer a las personas mayores. Sin embargo, quienes dedican estos cuidados no siempre están preparados para responder ante tareas, tensiones y esfuerzos que requiere el cuidado de la dependencia. La mayoría se enfrenta a ella con una gran dosis de empeño y voluntad, sin pensar que a lo largo del camino se van a exponer a un número indeterminado de emociones y sentimientos. Muchos son positivos, como los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar de un ser querido. Pero también existen sentimientos negativos, como la sensación de impotencia, sentimiento de culpabilidad, de soledad, de preocupación o de tristeza.

"Es tu responsabilidad mantener tu buen estado de salud"

Si ejercemos como cuidador, debemos saber que cuidar a una persona dependiente, supone algo más que cuidarla físicamente, también supone comprenderla, decidir por ella, interpretar sus cambios de carácter y evitarle riesgos. En este punto, no todos los cuidadores funcionan de una misma manera, pero si es cierto que en todas las opciones elegidas, se produce, en mayor o menor medida, un "desgaste físico y emocional" que repercute en el estado de salud del cuidador. Habitualmente, esa faceta es descuidada. La persona cuidadora no vigila su estado de salud y ante señales de alarma como el dolor, la tristeza, el insomnio, continua encomendada al cuidado sin prestar atención a estas alertas. Si el cuidador no pone medidas preventivas a estos pequeños pero alarmantes signos, su salud se podría deteriorar hasta no poder ejercer de cuidador. Por lo tanto, es muy importante saber que la salud del cuidador principal es responsabilidad de uno mismo. Por eso es indispensable buscar tiempo para acudir al médico, tiempo para disfrutar con su familia, amigos, buscar soluciones e incluso tener parcelas de ocio que se complementen con la tarea de cuidador.

Pautas del cuidador

Todo cuidador deberá tener en cuenta esta serie de pautas:
- Aprender a delegar.
- Programar su vida.
- Dejar espacio de ocio y tiempo libre.
- Entender que su tesoro es el tiempo y su tiempo es su salud.

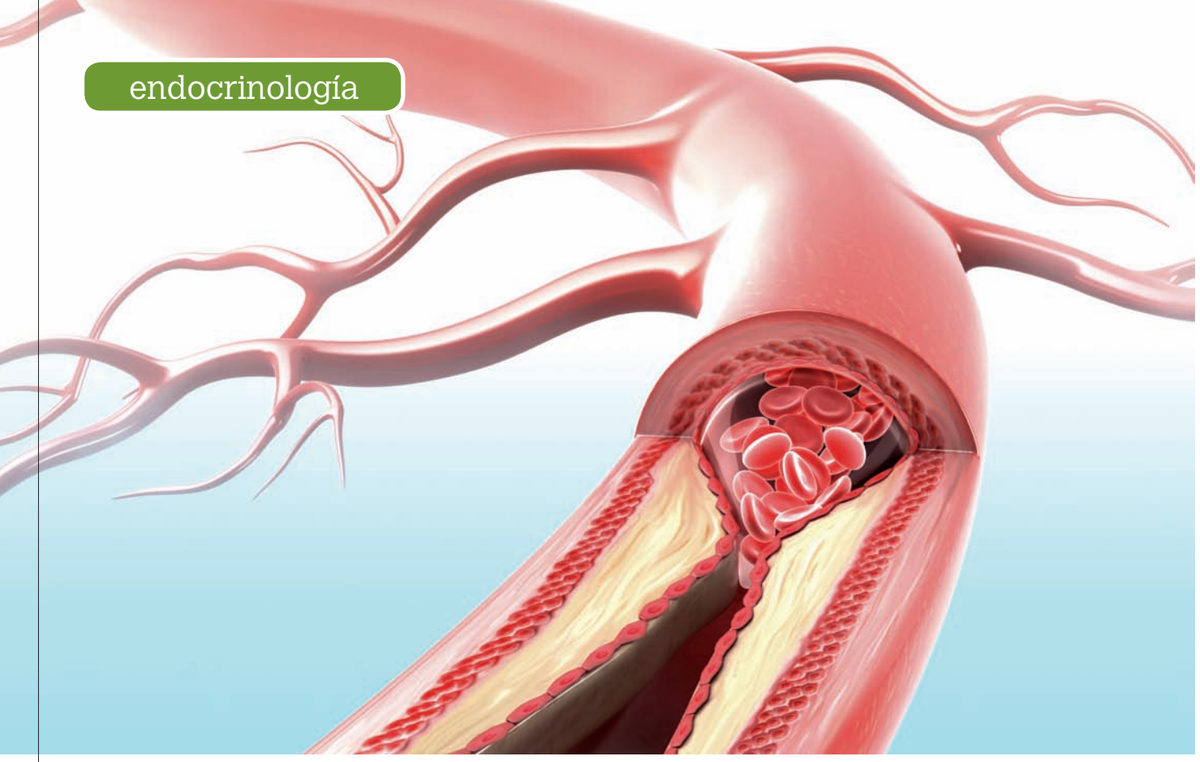
El cuidador se tiene que alejar la sobrecarga cuando cuida al enfermo dependiente. Para evitar este tipo de problema nos asisten una serie de alarmas, a las que se debe estar atento y detectar cuanto antes:
- Problemas para dormir.
- Cansancio nocturno.
- Pérdida de contacto social.
- Consumo de alcohol y sedantes.
- Cambios en los hábitos alimenticios.
- Dificultades para concentrarse.
- Dejar de tener interés para actividades que antes le producían placer.
- Comenzar a realizar actos rutinarios y repetitivos.
- Enfadarse con facilidad.
- Tener un trato desconsiderado con el resto de sus familias y amigos

Estrategias para cuidarse a la hora de cuidar

En cualquier situación de la vida, pero especialmente en situaciones de posible sobrecarga física y emocional, es importante conocerse y poner límites realistas a la carga como cuidador y mantener hábitos saludables.
- Respecto a la alimentación hay que procurar una alimentación sana.
- El descanso es primordial para este cometido. Dormir y descansar varias veces al día o lo suficiente según cada persona.
- Es importante descargar la tensión física; ejercicio físico, masaje, respiración, relajación física y mental, cocinar, leer, rezar...
- Socialmente ayudará el comunicarse con familiares y amigos para aliviar el estrés y aplacar la tensión emocional.
- Los sentimientos y emociones también cobran una vital importancia, aunque son tan variados que incluso llegan a ser contradictorios entre sí, variando con el tiempo y las circunstancias.

Sobrecarga emocional

Todas estas sensaciones mencionadas son las experiencias lógicas a la ante la hora de cuidar. A veces la situación es dura y difícil, que la anunciada sobrecarga, repercute mucho más emocional que físicamente. Para aliviar esta posible sobrecarga es importante mantener una "distancia emocional de seguridad", a través de los contactos sociales antes mencionados. Por eso, no hay que perder de vista el ocio del cuidador.
Para concluir, podemos quedarnos con la idea de que compartir cuidados es una de las mejores formas de prevenir y aliviar la sobrecarga de quienes cuidan. Ya pueden ser; grupo familiar, tipos de servicios públicos (sociales, de ayuda a domicilio, de salud), asociaciones de autoayuda, grupos de voluntariado, contratar a alguien unas horas, las noches, unos días. Si se opta por contratar a un cuidador profesional se debe tener en cuenta que nadie hace las cosas de la misma manera, hay que respetar todas, porque todas van a ser ventajosas a la hora de proporcionar calidad de vida a los dependientes, más teniendo en cuenta que la persona cuidada, a veces, solicita demasiada atención o de forma inadecuada.
Como hemos visto, la cuestión de la dependencia es muy complicada y poco valorada por desconocida en muchas ocasiones, por eso de ninguna manera es perjudicial acudir a asociaciones o grupos de gente que ha pasado o está pasando por la misma situación porque nos pueden proporcionar una base fundamental para afrontar la dependencia.



Por qué tengo más colesterol que tú... si comemos lo mismo?

Dra. Yolanda Martínez Cámara y Dra. Daime Pérez Feito
Especialistas MFyC. Zona Básica Peralta.

En la consulta del Dr. Pérez..
Pepe y Juana, se hicieron análisis la semana pasada, los dos, ansiosos esperan para entrar en la consulta. El doctor Pérez, Mariano, es su médico de familia. Pepe tiene 58 años y es operario en una fábrica, Juana de 50 es administrativa. No toman medicación.
- Buenos días Pepe, Juana, sentaos.
- Gracias. Buenos días, venimos para ver los análisis.
- Lo sé, tranquilos.. Vamos a ver empecemos por Juana, muy bien todo.
- A sí..que bien! y el colesterol?.
- Perfecto tienes 187 de colesterol , además el "bueno" está alto.
- Estupendo.
- Vamos con los de Pepe, tienes el colesterol alto 270, el "malo" bastante elevado..
- Pero doctor.. ¿ cómo puede ser si los dos comemos lo mismo?

Pregunta del millón, viven juntos, comen lo mismo, cocinado de la misma forma. Entonces, ¿por qué Pepe tiene el colesterol alto y Juana no?

¿En realidad qué es el Colesterol y dónde se encuentra?

El colesterol es una grasa, esencial para el organismo, es producido por el hígado, pero también podemos ingerirlo en los alimentos, de grasas animales fundamentalmente.
Forma parte de estructuras celulares y tejidos corporales, siendo además fundamental como precursor de la vitamina D, hormonas sexuales, corticoides y la bilis.
También se encuentra en la sangre. Cifras elevadas de colesterol son perjudiciales para la salud.

¿Hay "tipos" de colesterol, existe realmente un colesterol "malo"?

Hay varios tipos de colesterol, pero en un análisis de sangre habitual se miden, el LDL que es el "malo", que por encima de valores recomendados aumenta el riesgo cardiovascular (riesgo de tener un infarto cerebral, un infarto de miocardio..) , y el HDL , "el bueno", que nos protege.

¿Aumenta para todos por igual?

La hipercolesterolemia ó aumento de cifras de colesterol en sangre, puede ser primaria , no hay ninguna otra enfermedad que produzca el aumento ó secundaria, hay algunas circunstancias que lo causan como algunas enfermedades (del tiroides, del riñón, la diabetes..) ó la toma de algunos medicamentos (corticoides, hormonas..).
Dentro de la hipercolesterolemia primaria se encuentran las hipercolesterolemias más habituales, la hipercolesterolemia familiar, que se hereda genéticamente y la hipercolesterolemia poligénica, en la que nuestros genes interactúan con factores externos (alimentación, ejercicio..), ésta último es la más frecuente.

¿Quién la diagnostica y cómo?

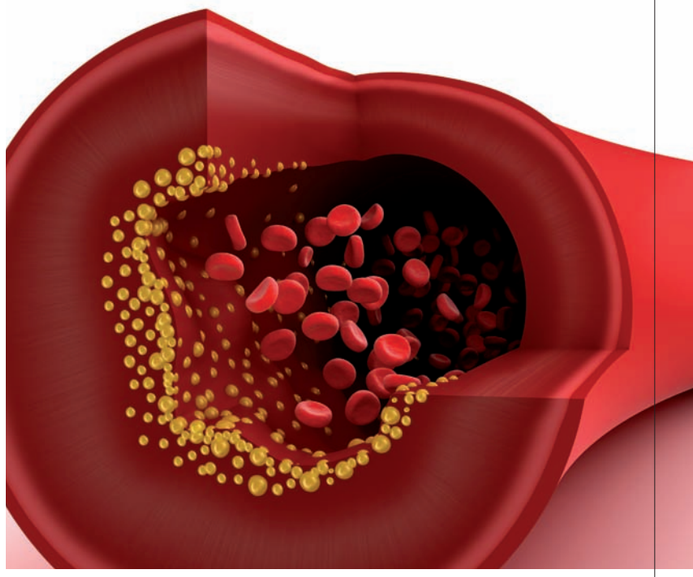
El diagnóstico de la hipercolesterolemia, es sencillo, basta con unas preguntas para conocer enfermedades previas, sus antecedentes familiares (enfermedades de origen cardiovascular, padres y/ó hermanos afectos de hipercolesterolemia..). También se realiza una exploración física sencilla y una analítica de sangre para determinar niveles de los tipos de colesterol.
Si hay sospecha de origen hereditario se realiza un estudio genético.
Cuando la hipercolesterolemia es familiar, es algo que hemos heredado, nuestro colesterol estará alto, y no estará tan relacionado con la dieta que sigamos, ni con el ejercicio que hagamos.
Cuando su origen no es familiar, una dieta incorrecta y una vida sedentaria serán probablemente el origen de nuestro problema, encontrándose a veces asociadas en este caso otras enfermedades que también aumentan el riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión, obesidad..).

¿Se trata fácilmente?

En el tratamiento de la hipercolesterolemia independientemente del tipo que sea, se combina siempre, primero una dieta pobre en grasas y la realización de ejercicio físico.
Cuando es necesario porque a pesar de la dieta y el ejercicio el colesterol no baja, ó porque el riesgo cardiovascular de la persona es alto (fumadores, diabéticos, hipertensos, obesos..) se añaden al tratamiento medicamentos.

Nuestro caso

Recordemos que Pepe tiene 58 años, y trabaja como operario en una empresa, no toma ninguna medicación.
Tras nuestras preguntas descubrimos que sus padres y sus hermanos han tenido siempre el colesterol alto, toman medicación. El padre de Pepe sufrió un infarto de miocardio a los 60 años. A Pepe no le gusta hacer ejercicio y es fumador.



Juana no fuma, hace ejercicio a diario y nadie en su familia ha tenido el colesterol alto. Los dos siguen una dieta pobre en grasas.
El colesterol de Pepe mejorará probablemente si hace más ejercicio, le recomendaremos dejar de fumar, y controlaremos otros de sus posibles factores de riesgo, su tensión, sus niveles de azúcar..
Vigilaremos sus niveles de colesterol porque si no descienden quizá nos encontremos ante una hipercolesterolemia familiar.
" Los dos coméis lo mismo Pepe .. pero la dieta no lo es todo"

Conclusión

La hipercolesterolemia es en sí una enfermedad, pero fundamentalmente forma parte de los llamados factores de riesgo cardiovascular.
A veces estos factores de riesgo no se pueden modificar, nuestros antecedentes familiares, la edad (a mayor edad mayor riesgo), ser hombre (los varones tienen un nivel de riesgo mayor que las mujeres), la menopausia (tras ella el riesgo en las mujeres se iguala al de los hombres)....

Pero hay factores que aumentan el riesgo, y que sí que está en nuestras manos modificar, mejorándolos y/ó eliminándolos, por ejemplo ser fumador, llevar una vida sedentaria, seguir una dieta rica en grasas..

prosad
atención domiciliaria

Ofrecemos una completa gama de Servicios de Ayuda a Domicilio para proporcionar a las personas mayores, enfermas, o con cualquier grado de dependencia o discapacidad, la mayor calidad de vida posible, sin que tenga que abandonar su hogar, cerca de los suyos y atendidos por profesionales especializados

Queremos ayudarte de todo coraz n y para ello te ofrecemos nuestros servicios:

- Domésticos (limpiezas, comida, lavado y planchado de ropa...)
- Personal (aseo, vigilancia alimentación y medicación, paseos, escucha activa, acompañamiento a médicos...)
- Cuidados especiales (atención durante hospitalizaciones, de dia y de noche).
- Interpersonales.
- Ofrecemos nuestros servicios, todos los días del año, y durante las 24 horas del día, realizamos seguimiento del personal asignado al servicio, y si no está satisfecho lo cambiamos para poder ofrecer el mejor servicio.

C/ Mayor 10 - 12 Oficina 3. 31600 - Burlada - Navarra. T/F 948 23 21 09 M 609 44 34 46
prosadatencion@gmail.com www.prosadnavarra.com

Patologías más comunes del hombro y su tratamiento

Dr. Juan Bruguera Prieto
Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología
Ex-Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Hombro y Codo (SECHC)
Secretario General de la Sociedad Europea de Cirugía de Hombro y Codo (SECEC)
Editor Asistente de la Revista Internacional de Hombro y Codo (Journal Shoulder and Elbow Surgery)
Hospital San Juan de Dios – Mutua MAZ. Pamplona

El hombro es una articulación compleja, que nos proporciona gran movilidad a la extremidad superior para desarrollar nuestras funciones de la vida diaria, laborales, artísticas, deportivas y de relación con los demás. Por ello, cualquier alteración nos repercute de forma importante en nuestra vida.

Este artículo pretende mostrar, básicamente, las patologías más frecuentes de hombro y sus posibles tratamientos. No intenta ser una guía de autodiagnóstico para los lectores. Éstos deben ponerse en manos de un especialista siempre. Lo que se quiere es informar a los lectores sobre las dolencias más comunes de hombro, desde mi formación específica en patología de hombro y experiencia personal de 20 años en este campo de la traumatología, desde mi practica en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
Sería conveniente antes de entrar en todos estos temas, explicar las tres articulaciones del hombro para conocer sus elementos, saber cómo funcionan y, entender mejor cuando tienen alguna alteración.

Descripción anatómica

El hombro está formado por 4 articulaciones: la articulación glenohumeral, la articulación acromioclavicular, la articulación esterno-clavicular y la articulación entre la escápula (paletilla) y la pared torácica. Todas ellas son susceptibles de producir patologías. Podemos encontrar patologías específicas de cada una de ellas, bien aisladas o en combinación. Así por ejemplo, podemos tener un paciente con artrosis de la articulación glenohumeral y, a su vez, una fractura de la clavícula.
Así mismo, existen diversas patologías en función de la edad del paciente, su actividad laboral, actividad deportiva, etc.

Articulación glenohumeral
Está compuesta por la cabeza del húmero y la glenoides, lo que coloquialmente, podríamos denominar "bola" y "cazoleta". Esta es la principal articulación de las tres y, lo que todo el mundo tiene en mente cuando piensa en el hombro (figura 1).
Se necesita de un buen cartílago tanto en la cabeza humeral como en la glenoides para poder tener una superficie deslizante adeuada (figura 2).

Figura 1

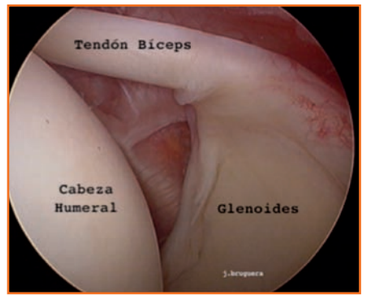


Figura 2: imagen artroscópica

El movimiento de esta articulación depende principalmente de cuatro tendones: supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor. Todos ellos forman lo que se llama el manguito de los rotadores (Figura 3). Además, existe un tendón de aspecto cordonoso que es la porción larga del bíceps.

Figura 3

Articulación acromioclavicular
Es una pequeña articulación formada por la clavícula y el acromion (figura 1). Éste es parte de la escápula (paletilla). La movilidad de esta articulación es muchísimo menor que la glenohumeral. No está movida por ningún tendón, pero si contribuye a la función del resto del hombro. Hay dos importantes ligamentos que mantienen la estructura.

Articulación esternoclavicular
Tambien pequeña y poco móvil, une la clavícula con el esternón.

Articulación escapulo-torácica
Existe una movilidad entre la escápula (paletilla) y el tórax para permitir la movilidad completa del hombro. No es una articulación al uso, con un cartílago deslizante como ocurre en el resto de articulaciones del cuerpo, pero sí existe un movimiento entre ambas estructuras.

Patologías más frecuentes

1. Inestabilidad Articulación Glenohumeral
Se produce cuando se pierde completa o parcialmente la relación entre la "bola" y la "cazoleta" (figura 4). Se habla de luxación o "sacarse el hombro". El mecanismo principal es traumático. Habitualmente, suelen ser personas jóvenes, en el transcurso de una práctica deportiva. En personas mayores, por caídas o accidentes de coche o atropellos, también pueden ocurrir las luxaciones.

Figura 4. Izquierda, aspecto normal. Derecha, hombro luxado

El tratamiento habitual suele ser conservador. Es decir, se tiene que volver a poner la cabeza del húmero (bola) en su sitio, lo que se conoce como reducir el hombro. Esto se puede conseguir mediante una serie de maniobras que se realizan moviendo el brazo hasta que se recoloca. A veces, por el tipo de luxación o la dificultad de la reducción, se tiene que hacer en quirófano, con el paciente anestesiado. Una vez conseguida la reducción, el hombro se deja en reposo mediante un cabestrillo.

Hay que tener en cuenta que con la luxación, se suelen producir una serie de desgarros internos en el hombro, que tienen que curar. De ahí, el reposo durante unas 3 semanas que deben guardar los pacientes. Posteriormente, se suele seguir una pauta de rehabilitación para recuperar la movilidad completa del hombro.
Alrededor de la glenoides (cazoleta) tenemos una membrana llamada rodete que puede no cicatrizar bien tras una luxación. En caso de que estos desgarros internos no curen o no curen bien, los pacientes pueden comenzar a tener episodios de luxación con traumatismos banales.

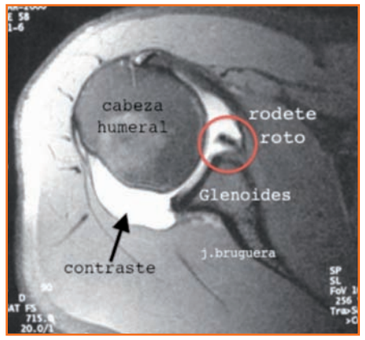


Figura 5

En este caso, hay que estudiar el hombro mediante pruebas de imagen. Habitualmente una resonancia magnética, a la que idealmente, se añadirá un poco de contraste (artroresonancia), mediante punción del hombro (figura 5), para poder visualizar mejor las diferentes estructuras internas y llegar a una conclusión de si están dañadas. Y si es así, cual es el mejor tratamiento.Si el rodete está lesionado y es confirmado por la resonancia o artroresonancia, el paciente debe de someterse a una intervención quirúrgica para reparar esta estructura (Figura 6).

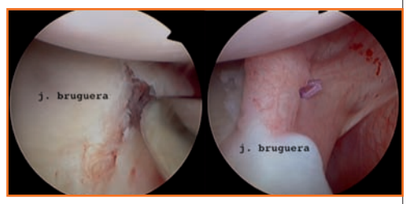


Figura 6. Izquierda: rotura del rodete. Derecha: reparación artroscópica

Esta intervención puede realizarse mediante cirugía abierta o artroscópica, en función de la lesión que presente el paciente y de las preferencias del cirujano. A veces, dada la lesión, no es posible hacer una reparación artroscópica. Si, por el contrario, ésta es posible, se prefiere a una técnica abierta ya que el post operatorio es mejor, los tiempos de rehabilitación más cortos y la recuperación del paciente más rápida. En el Hospital San Juan de Dios se vienen realizando técnicas artroscópicas

(sigue en página 24)

de hombro desde hace más de 15 años con unos resultados, presentados en congresos de hombro, satisfactorios.
Existe la posibilidad de que tras la cirugía, abierta o artroscópica, el paciente pueda volver a tener una luxación del hombro intervenido. Actualmente en nuestro Hospital es del 4,2%, lo cual está en línea con otros centros, también especializados en hombro, a nivel mundial. En caso de que esto ocurra, se deben analizar las causas y tratar de corregirlas.
En algunos casos, la glenoides (cazoleta) no tiene superficie suficiente para soportar la cabeza (bola) por un desgaste de hueso tras las repetidas luxaciones. En este caso, se somete al paciente a un pequeño injerto de hueso para aumentar el tamaño de la cazoleta y darle así estabilidad al hombro (figura 7).

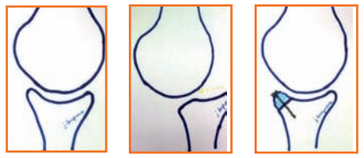


Figura 7: Izquierda, normal. Centro, deficiencia ósea. Derecha, injerto óseo

Existe un grupo especial de pacientes, principalmente en deportistas o en personas con articulaciones muy elásticas, en las que el hombro no se llega a salir, pero sí tienen cierta inestabilidad. Un programa de rehabilitación especializada, suele corregir muchos de estos casos. En los pocos pacientes en que la rehabilitación especializada no es efectiva, en el Hospital San Juan de Dios se les suele ofrecer un tratamiento artroscópico de retensado y estabilización con buenos resultados.

2. Lesiones tendinosas

Como se ha dicho antes, existen cuatro tendones alrededor de la cabeza humeral, además del tendón del bíceps. Cualquiera de ellos, puede sufrir procesos de **tendinitis** (inflamación) y también **roturas** (parciales o completas). Las **tendinitis** pueden producirse por varias razones. Una puede ser por un traumatismo (deportivo, laboral, accidente de coche, bici, atropello, etc.). Otra puede ser por desgaste por sobreuso del hombro. En este caso suele existir un componente degenerativo del tendón, con un uso repetitivo y, muchas veces, una estrechez por donde debe pasar el tendón, que al final genera roce e inflamación (figura 8).

Figura 8: contacto acromion-tendón

Las **roturas** tienen una causa similar a las tendinitis. Las roturas parciales son aquellas en donde no existe una rotura completa del tendón. Mecánicamente, el tendón realiza su función porque no está completamente roto, pero produce dolor, no sólo por la rotura de sus fibras, sino por la inflamación que esto produce.
Las **roturas completas** de uno o más tendones del manguito, suelen producir falta de fuerza, pero, no necesariamente, dolor. El dolor se da más en procesos de rotura aguda que crónica. A veces, aunque sorprenda, los pacientes pueden mantener la función de los hombros. Esto es debido a que los otros tres tendones íntegros son capaces de compensar la deficiencia del que está roto.
Los tratamientos para todos estos problemas de los tendones pueden ser variados. El médico que asiste al paciente, tras una evaluación del problema, aconsejará sobre el tratamiento más adecuado. Éste puede variar desde un simple tratamiento antiinflamatorio hasta una operación, pasando por rehabilitación, infiltración, etc.
Habitualmente en casos de tendinitis post traumáticas, el tratamiento mediante punción del hombro (infiltración) suele ser muy efectivo para disminuir la inflamación y el dolor.
En aquellos casos en que existe una rotura parcial del tendón, si ésta es pequeña, estamos utilizando tratamiento con factores plaquetarios (células de la propia sangre del paciente) con buenos resultados.
En el caso en que la rotura es mayor, bien post traumática o degenerativa, se recomienda una reparación artroscópica de la misma. Si se observa en la artroscopia que existe un roce del acromion o de la articulación acromioclavicular sobre el tendón, se suele asociar un limado de estas estructuras para que el tendón tenga más sitio a la hora de recuperarse.
Si el problema del paciente es una rotura completa de uno o varios tendones del hombro, entonces, se le suele ofrecer una reparación artroscópica de estos tendones (figura 9). En caso de que los tendones sean irreparables, bien debido a su retracción o a la pobre calidad de los mismos, existe la posibilidad de ser sometido a una cirugía protésica. A esto me referiré en el apartado de artrosis.

Figura 9: Rotura del tendón (flecha). Centro y derecha: reparación artroscópica

La rehabilitación de todos estos pacientes tanto pre operatoria como post operatoria es esencial.
Tendinitis cálcica. Dentro de las alteraciones de los tendones, existe una patología frecuente que es la tendinitis cálcica. Esto es un acúmulo de calcio dentro del tendón. Se suele comenzar con un episodio de dolor intenso, sin ningún tipo de golpe. Los pacientes suelen acudir a urgencias por dolor, en donde tras una exploración y una radiografía, se descubre el depósito de calcio (figura 10).
En aquellos pacientes con una tendinitis cálcica, una primera opción en la fase de dolor agudo es una infiltración de la zona para tratar de controlar la inflamación y el dolor.

Figura 10

Los tratamientos sobre la calcificación pueden ser varios: aspiración del depósito cálcico con control radiológico-ecográfico, ondas de choque o limpieza artroscópica.
Mención especial merece el **tendón del bíceps** (figura 11). Su alteración (inflamación, rotura parcial o total, etc.) puede producir importante dolor. En caso de rotura completa, los pacientes suelen tener un brazo con un aspecto como de bola caída. Se debe diagnosticar su lesión mediante la exploración clínica y pruebas complementarias como la ecografía o la resonancia magnética. En función de su diagnóstico, el paciente puede ser sometido a diversos tratamientos mediante punción, rehabilitación o, incluso artroscopia.

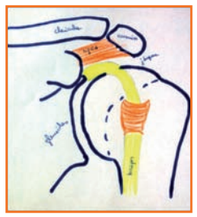


Figura 11

3. Articulación acromioclavicular: lesiones traumáticas

Esta es la pequeña articulación que tenemos en el extremo lateral de la clavícula. Puede ser objeto de varias patologías, principalmente traumáticas y degenerativas. Las degenerativas, las mencionaré en el parrafo de artrosis.
Las lesiones traumáticas suelen producirse por caídas sobre el hombro. Es muy frecuente en deportistas: motociclistas, jugadores de rugby, etc. La lesión más típica es la luxación o subluxación de la articulación, cuando la clavícula se sale de su sitio total o parcialmente. Se produce una rotura parcial o total de los ligamentos que sujetan la articulación (figura 12). Si la luxación es parcial, el tratamiento habitual suele ser conservador mediante cabestrillo. En el caso de una luxación completa, existe más controversia entre los tratamientos conservadores (cabestrillo) y los tratamientos quirúrgicos: abiertos o artroscópicos.

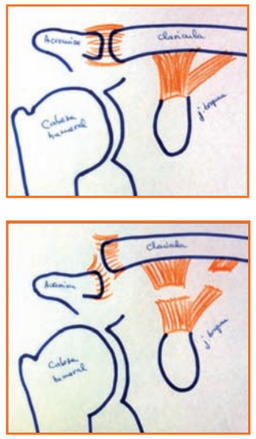


Figura 12. Arriba, normal. Abajo, rotura de ligamentos y luxación clavicular

4. Articulación escapulotorácica

La zona entre la paletilla y las costillas puede producir cuadros de chasquido, dolor e inestabilidad que alteran la función del hombro. Es importante llegar a un diagnóstico sobre el problema en esta zona.
En pacientes con alteración neurológica o insuficiencia muscular, podemos encontrarnos con paletillas inestables que sobresalen del tórax al tratar el paciente de elevar el hombro hacia delante (figura 13). En estos casos es importante saber la causa para poder el tratamiento. Muchas de las alteraciones escapulares se pueden corregir mediante una rehabilitación especializada.

Figura 13

Los casos de chasquidos o crujidos al movilizar la paletilla suelen ser debidos a una zona cicatricial o de fibrosis entre la paletilla y las costillas. El tratamiento habitual suelen ser las inyecciones en ese espacio asociadas a una rehabilitación de la zona para ir soltando las adherencias. En un grupo reducido de pacientes que no terminan de mejorar con el tratamiento conservador, se les ofrece la posibilidad de una limpieza artroscópica de la zona para limpiar las adherencias.

5. Artrosis

La artrosis es un deterioro de la articulación en donde se pierde el cartílago articular, superficie lisa y blanca. Esto produce roce entre un hueso y otro, dolor y rigidez. Las articulaciones afectas son la acromio-clavicular y la glenohumeral (bola-cazoleta). La causa más frecuente es el desgaste y deterioro articular con la edad. También pueden influir los traumatismos y sobre usos de las mismas.

Articulación acromioclavicular

No tiene mucho movimiento, pero un deterioro de la misma puede producir dolor en si misma o un dolor referido por compresión del manguito al producirse una deformación articular que roza sobre el tendón (figura 14). El tratamiento habitual de este tipo de artrosis depende de la severidad y la sintomatología de la misma. Si es un grado moderado, las inyecciones que realizamos con factores plaquetarios suelen dar buenos resultados.

Figura 14: compresión (flecha)

Si, por el contrario la artrosis es más avanzada y existe un deterioro articular importante, se recomienda a los pacientes que se sometan a una limpieza-remodelación mediante artroscopia (figura 15). Esto no sólo limpia la articulación y le da más espacio, sino que se quitan los picos de hueso (osteofitos) que rozan sobre el tendón del supraespinoso. La recuperación es relativamente rápida.

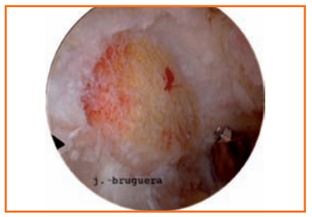


Figura 15: remodelación artroscópica

Articulación glenohumeral

Su artrosis es un cuadro más serio porque de esta articulación depende gran parte la movilidad global del hombro.
En casos de artrosis poco avanzadas, las inyecciones de factores plaquetarios dentro de la articulación nos proporcionan buenos resultados.
Si el deterioro del cartílago articular es avanzado y además, está asociado a picos óseos (osteofitos) que deforman la cabeza del húmero, la propuesta de tratamiento es de cirugía protésica. Esto viene a ser similar a las prótesis que se usan en otras articulaciones como cadera, rodilla o codo. El objetivo es reemplazar la cabeza humeral deteriorada por una parte metálica. En algunos casos, también es necesario reemplazar la cazoleta (glenoides). Es una cirugía abierta y bastante importante para un hombro.
Prótesis de hombro hay de dos tipos: anatómicas e invertidas. En el caso de las anatómicas (figura 16), se trata de cambiar el hombro deteriorado por una prótesis parecida a la anatomía normal. Pueden ser con vástago, es decir con un elemento metálico que va por el canal del húmero, o de recubrimiento (sin vástago). Estas últimas sacrifican menos cantidad de hueso y, en caso de recambio, es menos traumático. La mayor experiencia en este tipo de prótesis la tiene la Unidad de Hombro de Reading en el Reino Unido, con muy buenos resultados.

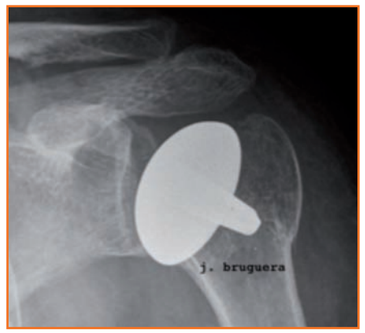


Figura 16: Arriba, artrosis. Centro, prótesis con vástago. Abajo, de recubrimiento

(sigue en página 26)

El tipo de prótesis invertidas (figura 17), se ofrece a aquellos pacientes con artrosis, pero con una rotura importante de los tendones del manguito que hacen que estos pacientes no puedan levantar por si mismos el hombro. Con este tipo de prótesis, se trata la artrosis y, de paso, por su peculiar mecánica, el paciente puede recuperar movilidad activa. El diseño original es de un cirujano francés, Paul Grammont, recientemente fallecido. Actualmente su uso está extendido por todo el mundo.

Figura 17: Arriba, artrosis. Abajo, prótesis invertida tipo Verso

6. Fracturas

Las fracturas más comunes en el hombro son las que afectan a la clavícula y a la cabeza del húmero. Como se puede comprender, el mecanismo en ambos casos es traumático.

Fracturas de la clavícula

Son más habituales en gente más joven debido a caídas por prácticas deportivas: ciclismo, esquí, motociclismo, hípica, etc. El sitio más frecuente es en la mitad de la clavícula.

Los tratamientos pueden ser conservadores, con un vendaje en forma de 8 y cabestrillo, o, quirúrgicos: se abre, se ponen los fragmentos juntos y se sujeta con una placa y tornillos. Habitualmente, debido a su evolución normalmente correcta, se opta por un tratamiento conservador excepto cuando el médico y las circunstancias de la fractura aconsejan un tratamiento quirúrgico. En el caso de deportistas de élite, principalmente ciclistas, se opta por un tratamiento quirúrgico, asumiendo los riesgos que conlleva, para acortar tiempos de recuperación de cara a su vuelta deportiva.

En un grupo pequeño de pacientes tratados conservadoramente, la clavícula permanece sin unirse, ni formar callo. En estos casos, se operan, utilizando una placa y tornillos, para conseguir la unión de la fractura (figura 18).

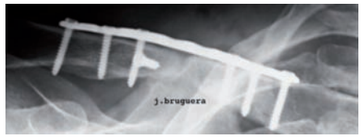


Figura 18. Arriba, fragmentos sin unir (flechas). Abajo, clavícula operada

Fracturas de la cabeza humeral

Se dan más frecuentemente en personas mayores. Las dos opciones de tratamiento son, el tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico.

La opción conservadora se utiliza en función de la edad del paciente, situación médica, posibilidades de consolidación de la fractura, etc. Se inmoviliza el hombro con algún tipo de cabestrillo durante unas dos semanas. La posterior movilización del hombro dependerá de la evolución en los controles radiológicos. En el caso de la cirugía, esta opción se utiliza en fracturas en donde se espera una mala consolidación, la viabilidad de los fragmentos y/o de la propia cabeza están en riesgo, etc. Se puede hacer un intento de movilizar los fragmentos y sujetarlos mediante suturas, agujas o placa con tornillos. Si esto no es posible, se hace una reconstrucción de la cabeza humeral mediante una prótesis (anatómica o invertida).

7. Rigideces

El capítulo de rigideces es importante en el hombro por la minusvalía que crea a los pacientes el no poder mover el hombro. Tipos de rigideces hay varias. Las más comunes son las denominadas capsulitis, rigideces post traumáticas y rigideces post quirúrgicas.

Las rigideces tanto post traumáticas como post quirúrgicas ocurren como consecuencia de una fibrosis o cicatriz interna tras, como bien dice su nombre, un traumatismo sobre el hombro o tras una cirugía. El diagnóstico en ambos casos suele ser sencillo, puesto que hay una causa desencadenante. El tratamiento suele comenzar con rehabilitación para tratar de elastificar el hombro. En casos de rigidez muy marcada o en aquellos en los que la rehabilitación no es efectiva, se suele aconsejar una liberación artroscópica para limpiar las adherencias internas. Una vez conseguido esto, el paciente debe comenzar rehabilitación inmediata.

Las capsulitis son rigideces de causa todavía desconocida. No existe antecedentes de traumatismo previo. Los pacientes comienzan con dolor repentino en el hombro. Este dolor puede llegar a ser a lo largo de los días muy importante. Posteriormente, al cabo de unas semanas, los pacientes comienzan a notar que el hombro va quedándose rígido. La perdida de movilidad puede llegar a ser muy importante y, muy invalidante. La evolución natural de este proceso es hacia la disminución de dolor con un periodo de persistencia de rigidez. Esta rigidez va cediendo a lo largo de los meses y el hombro va recuperando gradualmente la movilidad. Estamos hablando de un proceso doloroso, invalidante y que puede durar muchos meses (6, 9, 12).

Como he dicho, la causa es desconocida. Si que es cierto que los pacientes diabéticos son más propensos a padecer este problema, con una mayor duración del mismo. Las edades en que ocurre están entre los 35 y los 60 años, principalmente en mujeres.

Respecto al tratamiento, es importante saber en que fase del proceso se encuentra el paciente. Al principio, en la fase de mucho dolor, la rehabilitación puede incrementar el dolor del hombro. En esta fase, se recomienda un tratamiento con corticoides orales o inyectados para control de dolor. Con ello no se mejora la rigidez, pero sí el dolor y el paciente se siente mejor.

En la fase en que el dolor ha cedido, pero la rigidez persiste, se puede optar por una vía de elastificación con rehabilitación o por una vía quirúrgica. En este último caso a los pacientes que acuden al Hospital San Juan de Dios, se les realiza, bajo anestesia general, una manipulación de la articulación y limpieza artroscópica. Inmediatamente, el paciente debe seguir con la rehabilitación para mantener la movilidad conseguida en quirófano. En mi experiencia personal de 20 años en patología del hombro, esta es una técnica con buenos resultados.

Todos los problemas de hombro relatados en este artículo son los habituales de la consulta diaria. Existen más problemas específicos, menos habituales. En cualquier caso, los pacientes deben acudir al médico para el diagnóstico y tratamiento de sus dolencias de hombro.

***Todas las imágenes de este artículo son propiedad intelectual del autor.*

Orientar en infantil y primaria

Isabel Ibarrola
Orientadora Educativa. CPEIP San Jorge

El Decreto Foral 66/2010, de 29 de octubre, regula la Orientación Educativa y Profesional en los centros educativos de la Comunidad Foral de Navarra, señalándose que prestará especial atención a la adopción de las medidas que permitan el aprendizaje y la participación de todo el alumnado. (Subrayado propio).

El órgano de coordinación docente para la atención a la diversidad y la orientación educativa, en los centros de Educación Infantil y Primaria, es la Unidad de Apoyo Educativo (UAE), compuesta por el orientador/a, el profesorado de pedagogía terapéutica (PT), el de audición y lenguaje (AL) y el profesorado del programa de apoyo en Primaria.

Plan de atención a la diversidad

En la UAE nos reunimos para planificar el curso y establecer el plan de trabajo así como la memoria de lo realizado. Entre ambas acciones de principio y final se desarrolla nuestra labor: asesorar al centro, incluyendo la formación, colaborar y participar del plan de atención a la diversidad, intervenir con el alumnado que lo requiera, asesorar a las familias y coordinarnos con otras instituciones.

La UAE atiende al alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo (NEAE). La asignación de PT y AL (así como de otros especialistas como fisioterapeuta y cuidador) se hace en relación a criterios técnicos tras evaluación psicopedagógica.

El alumnado que presenta necesidades educativas especiales es el que requiere determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivados de discapacidad física, psíquica, sensorial (auditiva o visual) o trastornos graves de conducta, por un periodo o a lo largo de toda la escolarización. Dicha atención recae en profesorado especialista PT.

El alumnado con NEAE sin discapacidad asociada recibe apoyo del profesorado del programa de apoyo. En este sentido se tienen en cuenta las indicaciones del tutor/a del curso anterior y los resultados de la primera evaluación, si no se ha recibido demanda al respecto.

Horarios de apoyo

Todas las medidas son revisables y sujetas a modificación, preferentemente en período de Evaluación Inicial, y a la finalización de cada curso como propuesta para el siguiente.

En todo momento desde la UAE se pretende un trabajo coordinado y en colaboración con todo el profesorado implicado para consensuar la toma de decisiones en las medidas de atención a la diversidad y no realizar éstas de manera unilateral.

Un procedimiento habitualmente utilizado pasa por cumplimentar la hoja de derivación al realizar una demanda, generalmente por parte del tutor/a para contar con los datos del alumnado por escrito, y a partir de su análisis establecer las medidas apropiadas a cada caso (entrevistas con la familia y alumno/a, pruebas psicopedagógicas, observaciones, datos de historial académico...).

Los horarios de apoyo que se asigna al alumnado no siempre se pueden armonizar con el de su grupo-clase, los recursos con los que contamos son limitados y no siempre es posible poder atender al alumnado en los horarios que demanda el profesorado.

Familia y Apyma

Trabajamos con las familias del alumnado en orden al mutuo entendimiento y colaboración en el proceso educativo de sus hijos/as mediante entrevistas, reuniones, charlas informativas, aula virtual... Colaboramos con la APYMA en la programación y desarrollo de actividades formativas. Consideramos fundamental el acompañamiento en todos los procesos que se llevan a cabo, puesto que entendemos la incertidumbre, dudas y en ocasiones miedo y angustia que supone compaginar deseos y realidad. Cuando a una familia se le recomienda, por ejemplo, un cambio de modalidad, de centro ordinario a centro de educación especial, puede suponer una sorpresa relativa y un vértigo que hay que atender, resolviendo todas las dudas, dejando clara nuestra posición asesora, no impositiva, y acompañando en las visitas a los centros que pudieran ser la mejor opción para su hijo/a en un momento determinado. No es fácil. Los tiempos, valoraciones y necesidades de la administración, los colegios y las familias en muchas ocasiones no coinciden. Es fundamental encontrarnos, hablar, consensuar, todo lo que sea necesario para establecer la mejor opción a la que cada niño y niña tienen derecho.

ISTERRIA "La salud está en tus manos"

Josefina Turrillas Burgui. *Directora del Centro de Educación Especial Isterria*

Acreditada por el Departamento de Educación y formando parte de la red de escuelas promotoras de salud del Gobierno de Navarra y a partir del curso 2013/2014 seleccionada para formar parte de la red de escuelas Iberoamericanas, el Centro de Educación Especial Isterria ha hecho de la vida sana su verdadero sello de identidad.

Isterria ofrece un servicio específico e individualizado, apoyado en un currículum que se basa en la funcionalidad de los aprendizajes y se centra en la persona

En este centro navarro intervienen 52 profesionales competentes y comprometidos con la filosofía del colegio, que se gestiona con criterios de mejora continua

El Centro Concertado de Educación Especial Isterria, propiedad De Fundación Caja Navarra, comenzó su andadura en el año 1966. Ubicado desde sus inicios en la localidad de Ibero (Navarra), un pequeño pueblo a trece kilómetros de Pamplona, el colegio ha dado respuesta a lo largo de todo este tiempo a cientos de alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales, que requieren un currículum adaptado. A día de hoy, se forman 90 alumnos con distintas necesidades de apoyo.

Isterria cuenta con tres grandes servicios: **Colegio**, concertado con el Departamento de Educación del Gobierno de Navarra. Atiende a 71 alumnos repartidos en 10 aulas de Educación Básica Obligatoria, 3 programas de PCPIE (Agraria, Electricidad y Administración) y un aula de TVA, **Centro Ocupacional** y **Residencia**.

Por otro lado se ofertan servicio psicopedagógico, logopedia, enfermería, trabajo social, ocio y tiempo libre, piscina, comedor escolar, transporte escolar, extraescolares, fisioterapia y atención residencial temporal.

Consideramos la educación para la salud como un proceso planificado y sistemático de enseñanza aprendizaje orientado a facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de conductas saludables que repercutan en su bienestar físico, mental y social. De ahí que aspectos como alimentación, ejercicio físico, sexualidad, seguridad, responsabilidad, cumplimiento de normas, sean tareas que están presentes en nuestro quehacer diario.

La salud constituye uno de los pilares fundamentales para trabajar en nuestro día a día. Saber ser, estar, convivir, componen acciones relacionadas con el concepto que entendemos por salud (salud física, emocional, social).

Es un proyecto amplio que implica a toda la comunidad educativa y supone una labor interdisciplinar ya que se trabaja desde todos los ámbitos posibles. La salud está presente en los objetivos de todas las programaciones y se tiene en cuenta en la propia vida del centro.

La estructura del proyecto consta de: unidades didácticas, charlas, talleres y subproyectos encaminados a completar el plan de vida saludable.

Para llevar a cabo estos cuatro bloques realizamos distintas actuaciones dentro de la salud física emocional.

Proyecto deportivo

Este proyecto mereció el premio del Instituto Navarro de Deporte al mejor proyecto deportivo 2012

El deporte se caracteriza por la realización de ejercicio físico, su componente lúdico, la presencia de una competición con uno mismo o con los demás y la existencia de unas reglas para su desarrollo. Por ello, se convierte en un excelente medio educativo para el alumno durante su periodo formativo, ya que desarrolla la capacidad de movimiento, habitúa a la relación con los demás y a la aceptación de reglas, a la vez que estimula la superación.

A veces nos encontramos con la problemática de que las sesiones de Educación Física cuentan con un mínimo de tiempo establecido (60`), que en la mayoría de los casos resulta escaso para poder desarrollar todas las actividades, juegos o deportes propuestos y la imposibilidad de realizar determinados juegos con alumnos gravemente afectados, sin ayuda.

De esta manera los alumnos podrán disfrutar más tiempo de la práctica de varios deportes novedosos y llamativos dentro de la escuela adaptados a las características de los alumnos durante todo el año.

La idea es implicar también a los profesionales para trabajar aspectos relacionados con la práctica deportiva a través de distintos concursos y campeonatos.

Además se trabaja la salud a través de unidades didácticas, trabajadas de modo específico: el cuerpo humano, sexualidad, higiene corporal, alimentación, seguridad vial, hábitos saludables, Internet: uso. Publicidad. Uso del botiquín, primeros auxilios, día del deporte, semana del libro, campaña de frutas y verduras (almuerzos saludables), charlas , talleres, equinoterapia, salidas, convivencias, educación afectivo-sexual, etc

Educación afectivo-sexual

Las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades afectivas y sexuales que las personas sin discapacidad.

Esta realidad nos plantea la necesidad de desarrollar una formación y una educación que les ayude a enfrentarse con las circunstancias sociales que se vinculan con la sexualidad humana, insertada en su proceso educativo. Por ello, todos los alumnos del centro reciben clases semanales impartidas por una profesional especializada

Además, un grupo de profesionales hemos trabajado en hacer formales aspectos que

forman parte de la educación incidental del Colegio con el fin de actuar todos de la misma manera con nuestros alumnos y para ello hemos establecido un guión de acuerdos de mínimos de Centro.

Dentro de salud mental emocional: trabajamos el teatro y la educación artística. Proyectos importantes para desarrollar la creatividad y muchas otras capacidades que contribuyen de forma muy importante a lograr en nuestros alumnos la autoestima y la valía que merecen. Estos proyectos han sido premiados en varias ocasiones. En concreto el teatro con el premio CREARTE del Ministerio de Cultura. 2010.

Profesionales

En Isterria consideramos importante la salud de los profesionales y el buen clima laboral, por eso se han elaborado unas buenas prácticas fomentando los hábitos saludables, lo cual le ha hecho merecedora del sello azul de Mutua Navarra.

Fomento de la Actividad Física

Se han organizado varios torneos, uno de frontenis y otro de Ping-pong, entre los profesionales del centro. El objetivo de estas actividades eran: aumentar la relación entre diferentes profesionales en un ambiente distinto al del trabajo, desconexión breve durante la jornada laboral y fomento de la actividad física.

Conciliación vida personal y laboral

En la organización ya se habían emprendido varias acciones para poder conciliar la vida personal con la laboral desde hace varios años.

Este año hemos dado un paso más y estamos trabajando en un plan de conciliación de vida personal y laboral para optar al Sello Re-concilia.

Buenos hábitos de alimentación

Los menús del centro de trabajo, aprovechando que contamos en nuestro equipo con una enfermera, ha pasado a elaborar y repasar ella los menús, con el objetivo de tener una dieta equilibrada y sana en las comidas que se elaboran en el centro, para todos los profesionales y alumnos.

Se fomenta el almuerzo saludable. Los profesores tienen la posibilidad de almorzar, durante el tiempo de descanso del recreo, fruta todos los días de la semana y los miércoles fomentamos el consumo de omega 3.

Stress

Las semanas en las que en el centro ha ocurrido algún acontecimiento o acto especial (entrega de premios, reconocimientos, participación en Foros, etc...), se elabora una graciosa portada de la conocida revista "Hola" personalizada y adaptada, en la cual los protagonistas son los profesionales del centro.

Por otro lado, durante el curso escolar se realizan varios concursos y se celebran fiestas señaladas como: Carnaval, Concursos de Belenes, Navidad, Fin de curso... En ellas los profesionales participan muy activamente y se fomenta la relación entre los diferentes grupos profesionales dejando la rutina diaria y favoreciendo la diversión en el entorno de trabajo.

Diabetes y actividad física

Laura Sánchez Íñigo
Médico Interno Residente del C.S. Burlada y Hospital García Orcoyen de Estella. SEMERGEN Navarra
David Navarro González
Médico Adjunto en Urgencias Hospital García Orcoyen

La actividad física regular es beneficiosa para todo el mundo. Ayuda a regular el gasto energético y mejora la composición corporal. Entre sus efectos destacan la mejora del perfil lipídico y de las cifras de presión arterial, la reducción del riesgo cardiovascular y del riesgo de osteoporosis. Además se ha comprobado sus efectos beneficiosos psicológicos como el aumento de la autoestima.

En las personas con Diabetes Mellitus (DM) la actividad física cobra especial importancia. Mejora el control glucémico y aumenta la sensibilidad a la insulina. Se ha evidenciado una disminución de los niveles glucémicos y de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), además de una disminución de los requerimientos de insulina y de antidiabéticos orales. Junto con una dieta equilibrada forma la base principal del tratamiento. Dos tipos de actividad física son particularmente importantes para el control de la diabetes: el ejercicio aeróbico y el ejercicio con pesas.

Ejercicio aeróbico

Recomendamos: Trate de hacer 30 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada por lo menos 5 días a la semana o un total de 150 minutos semanales. Realícelo durante tres días a la semana y evite dejar de hacer ejercicio 2 días seguidos.

La actividad física aeróbica debe mantener la frecuencia cardiaca entre un 50 y 70% del máximo permitido. Se calcula de la siguiente manera: Frecuencia máxima para hombres = 220 – Edad.

Frecuencia máxima para mujeres = 210 – Edad.

Por ejemplo, un hombre de 60 años de edad tiene como frecuencia cardiaca máxima permitida: Hombre = 220 – 60 años= 160 latidos por minuto (lpm). Durante el ejercicio aeróbico debe mantener la frecuencia entre 80-112 lpm.

Ejercicio con pesas

Recomendamos: hacer algún tipo de ejercicio con pesas 2-3 días a la semana además de actividad aeróbica.

Le presentamos un decálogo de consejos prácticos que toda persona y en concreto todo diabético debe conocer.

1-Realiza un **Plan de ejercicio individualizado** con objetivos realistas y concretos.

2-**Comienza poco a poco**. Si no se realiza ejercicio de manera habitual, comience con 10-15 minutos al día y vaya aumentando poco a poco tanto la intensidad como el tiempo de ejercicio. Otra opción; realizar ejercicio varias veces al día durante 10 minutos, como caminar a paso ligero después de cada comida.

3-El tipo de **ejercicio físico** debe resultar **apetecible** y, de ser posible, realizarlo en compañía y adaptado a la capacidad de cada uno. Desde caminar a paso ligero, bailar, gimnasia, nadar, montar en bici...

4-**Evita lesiones**: estire durante 5-10 minutos antes y después del ejercicio y utilice un calzado cómodo con buena sujeción.

5-**Manténte activo** durante el día: evitar usar el ascensor, subir las escaleras, aparcar el coche un poco más lejos e ir caminando a casa o bajar del autobús una parada antes para caminar un rato son algunos de los trucos que le proponemos.

6-**Hidrátate** bien: Beba siempre suficiente agua antes, durante y después del ejercicio.

7-**Prevé "bajones"**: si va a realizar ejercicio durante un tiempo prolongado o de intensidad importante, lleve siempre con usted uno o dos sobres de azúcar, caramelos o zumos de fruta como precaución para evitar una hipoglucemia.

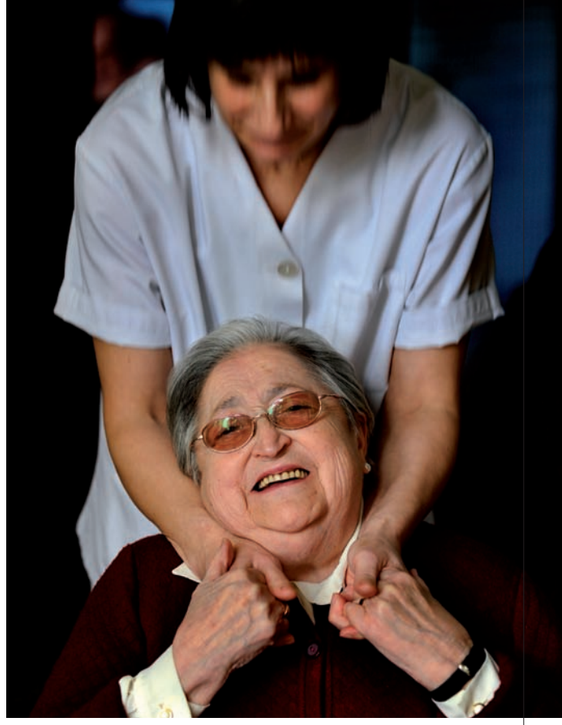
8-**Identifícate**: le recomendamos que lleve un distintivo (medalla o tarjeta) donde conste su condición de diabético y sus datos personales.

9-En pacientes con **movilidad reducida**, recomendamos caminar por el pasillo o por espacios del entorno próximo con la ayuda de un bastón o de un andador, realizar ejercicios de movilidad pasiva como usar cintas elásticas, pelotas u otros dispositivos mecánicos que se hallan en el mercado. En definitiva, realizar ejercicios isométricos y estiramientos.

10-Y por último, **aumenta tu gasto energético**. En especial si tu objetivo es perder peso. Recuerda siempre la siguiente premisa: las calorías entran con la comida y salen con el ejercicio.

La actividad física en los diabéticos es tan importante como los fármacos o la insulina y se debe realizar de manera regular y constante. Planifícalo como una parte más de tu tratamiento.

Idea Innovación despliega en sus centros la atención centrada en la persona (acp)



IDEA
INNOVACIÓN Y DESARROLLO ASISTENCIAL

Innovación y Desarrollo asistencial (IDEA) gestiona en Navarra 3 centros residenciales de ámbito rural, la residencia Santa Zita en San Martin de Unx, la residencia José Ramón Zalduendo de Caparroso y la Casa de Misericordia del Baztan "Fco. Joaquín Iriarte". En ellas desarrolla un enfoque profesional denominado la ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (ACP).

Es un **enfoque** de la intervención en el que las personas usuarias se convierten en el eje central de la organización del centro o servicio y de las actuaciones profesionales. Como enfoque reconoce una serie de principios o enunciados que orientan el modo de hacer.

Integra **diferentes modelos de atención profesionalizada**, es decir maneras de entender y organizar la acción profesional, que asumiendo este enfoque, buscan mejorar la calidad de vida de las personas mayores que precisan cuidados dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo.

Incorpora **nuevas metodologías**, nuevas maneras de hacer, que aportan un conjunto de técnicas e instrumentos que facilitan la atención integral personalizada.

Apostar por la Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos implica asumir una serie de principios y consideraciones. No es suficiente con reconocerlos o enunciarlos, también es necesario hacerlos efectivos en el día a día.

El origen de esta innovadora metodología está en la aplicación del (DCM) Dementia Care Mapping de la Universidad de Bradford (UK), una evaluación individualizada de las personas con demencia, que considera a la persona mayor con todas sus potencialidades, valores y derechos, independientemente de su estado de salud o su nivel de dependencia. Este novedoso enfoque se venía aplicando ya en otros centros que IDEA gestiona en Barcelona y Salamanca, con un incremento de la calidad asistencial que desarrollan los centros y el aumento de la satisfacción de residentes y familias. IDEA apuesta por la implantación de sistemas de calidad asistencial en todos sus centros y servicios, los centros que gestiona están certificados en la Norma ISO9001-2008 y en la innovación permanente de nuevos programas y técnicas asistenciales que mejoren la calidad de vida de las personas atendidas.

Siendo las personas que atendemos nuestra razón de ser, la implantación de este enfoque ACP en los centros gestionados por IDEA es un núcleo fundamental de la visión asistencial que impregnan nuestros servicios

1. Todas las personas tenemos dignidad
2. Cada persona somos única
3. La biografía es la razón esencial de nuestra singularidad
4. Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía
6. Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades
7. El ambiente físico influye en nuestro comportamiento y bienestar
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas
9. Las personas somos interdependientes
10. Las personas somos seres multidimensionales sujetos a cambios.

CENTROS GESTIONADOS POR IDEA EN NAVARRA

Residencia Fco. Joaquín Iriarte de Elizondo
151 plazas, dispone de plazas concertadas con el Gobierno de Navarra.
Contacto. Maria Jesús Beunza: Tel. 660464419 – 948580592

Residencia Santa Zita de San Martín de Unx
36 plazas, dispone de plazas concertadas con el Gobierno de Navarra.
Contacto. Rafael Cortijo: 948 738070

Residencia José Ramón Zalduendo de Caparroso
22 plazas, dispone de plazas concertadas con el Gobierno de Navarra.
Contacto. María Pérez: 679972525 - 948710779

info@ideainnovacion.com www.ideainnovacion.com

Comercial
Médica y de Laboratorio

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

Ronda Landaben, 3 • 31012 Pamplona
Apartado de Correos 125 • 31080 Pamplona
T. 948 22 05 85 / 948 14 23 96 • F. 948 22 05 85
info@comercialmedica.es • www.comercialmedica.es