medicina salud
zonahospitalaria
medikuntza eta osasuna
ospitaleko gunea nafarroa
navarra

Síguenos en: https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/ https://twitter.com/ZHospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoXIII septiembreoctubre2018 nº73

SUMARIO

2 Tratamiento de las varices con el catéter Clarivein
3 Siete consejos para mejorar la presión arterial
4 Mal de altura... ¿qué nos ocurre?
5 La postura corporal depende de la boca
6 ¿Qué es la capsulitis adhesiva?
7 Cómo elimino mis varices
8 Síndrome metabólico
10 Cómo preparar una consulta con un profesional de la salud
11 Mi casa, mi refugio
12 Mientras la ambulancia está de camino
13 Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirófano
14 Cambios de postura en los pacientes encamados en nuestro domicilio
15 La importancia de la visión en el aprendizaje
16 La oxigenación hiperbárica y su aplicación en el deporte
17 E l dolor orofacial perjudica la calidad de vida
18 La comprensión actual de la discapacidad intelectual
23 Descansar realmente en vacaciones
24 Ictus
26 Vértigo
28 Colitis
30 La amistad entre pacientes oncológicos

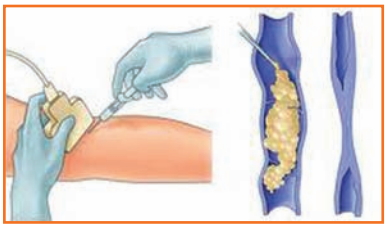
EJEMPLAR GRATUITO

Para recibir el pdf de la revista: zonahospitalaria.com/suscripciones

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. **Distribución** 8.000 ejemplares.

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

Catéter Clarivein



Tratamiento con microespuma

Tratamiento de las varices con el catéter Clarivein

Dr. Gonzalo Villa
Especialista en Cirugía Vascular
Nº Colegiado: 313106416
Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 644 297 726
Centro Médico Urbieta | Urbieta, 58 | 20006 San Sebastián | 943470144 - 644 297 726

En más del 80 % de las ocasiones el tratamiento quirúrgico de la patología varicosa consiste en eliminar uno de los ejes safenos enfermos además de quitar las varices que tantos problemas causan.

La eliminación quirúrgica de los ejes safenos supone pasar por una cirugía no exenta de riesgos que necesita de una anestesia general o raquídea y que además presenta grandes inconvenientes en el postoperatorio (dolor, posibles infecciones, heridas quirúrgicas, grandes hematomas, ...), además de imposibilitar al paciente seguir con una vida normal durante unas semanas y causar en la mayoría de los casos lesiones permanentes de los nervios adyacentes a las venas tratadas y que causan molestas sensaciones de acorchamiento en ciertas zonas de la piel de la pierna tratada.

La mayoría de las veces tenemos que practicar una incisión de una longitud considerable en la ingle y al menos otra en el tobillo para extirpar la safena mayor, o en caso de tratarse de la safena menor un corte detrás de la rodilla y en el tobillo, además de múltiples incisiones de menor tamaño para arrancar las venas varicosas. Es una cirugía muy agresiva que precisa en el postoperatorio de gran cantidad de analgésicos para tratar el dolor, reposo relativo y una baja laboral de varias semanas, ya que el dolor impide caminar con normalidad y estar de pie.

El tratamiento con microespuma permite realizar una vida normal

La alternativa a estos tratamientos tan agresivos consiste en **provocar que las venas enfermas se cierren** en lugar de "arrancarlas" y para eso tenemos un procedimiento seguro, eficaz, que no requiere de bajas laborales ni prácticamente de analgésicos y que permite realizar una **vida normal desde el primer momento**, me refiero al tratamiento con microespuma a través del **CATÉTER CLARIVEIN**.

El procedimiento se lleva a cabo en una zona estéril, precisa de una sola punción por donde introducimos el catéter por la vena enferma y provocamos con la inyección de la microespuma que la vena se cierre. No es preciso hacer análisis ni ayunas para hacer el tratamiento, no se realiza ninguna herida y solo se utiliza un poco de anestesia local en la zona de punción.

El paciente se puede ir a casa por su propio pie y puede seguir realizando su vida normal tanto laboral como sus actividades de ocio (incluido actividades deportivas), solo con un pinchazo y evitando las incomodidades y los peligros de la cirugía.

DOCTOR GONZALO VILLA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
Nº COLEGIADO: 313106416

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA

| SIN ANESTESIA | SIN BAJA LABORAL | SIN HERIDAS NI CICATRICES |
| VIDA TOTALMENTE NORMAL AL FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO |

Clínica San Miguel | Beloso Alto, 32 | 31006 Pamplona | 948 296 111 - 625 635 691
Centro Médico Urbieta | Urbieta, 58 | 20006 San Sebastián | 943 470 144 - 625 635 691
doctor@gonzalovilla.es | www.gonzalovilla.es

Catéter Clarivein®

TRATAMIENTO CON MICROESPUMA: 1, 2 y 3

Siete consejos para mejorar la presión arterial

Pedro María Azcárate
Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
Especialista en Cardiología. Nº Colegiado: 26/31-06741

Calle Cipriano Olaso, 8 bajo. Pamplona
T 948 22 13 11 | www.doctorazcarate.com/

Dr. Azcárate CARDIÓLOGO

¿Qué es la hipertensión arterial?

Esta enfermedad consiste en tener unas cifras de presión arterial elevadas: la fuerza con la que circula la sangre en nuestro organismo (arterias) es demasiado «fuerte». Un ejemplo que suelo poner es el de un coche que circula por Pamplona con las revoluciones del motor demasiado altas.

Se define como una presión arterial sistólica («la alta») mayor o igual a 140 mmHg (solemos utilizar la cifra 14 pero realmente es 140 mmHg) y / o una presión arterial diastólica («la baja») mayor o igual a 90 mmHg.

El diagnóstico de hipertensión arterial se suele realizar en la consulta del médico: por lo menos dos mediciones de presión arterial elevadas. Además esta elevación de las cifras de presión arterial debe confirmarse en una segunda visita.

¿Es una enfermedad frecuente?

Alrededor del 30-45% de la población general padece hipertensión arterial. Este porcentaje aumenta significativamente con la edad. En España, según la Sociedad Española de Hipertensión, hay más de 14 millones de hipertensos.

¿Qué síntomas provoca?

Es una enfermedad que no suele dar síntomas hasta que ha producido daño en órganos del cuerpo tan importantes como el corazón, las arterias, los ojos, el cerebro, los riñones...

Para entender porque inicialmente no suele dar síntomas, podemos pensar en el ejemplo del coche que circula por Pamplona con las revoluciones del motor demasiado altas. Al principio al coche no le pasará nada, pero a medio-largo plazo el motor, la inyección de gasolina y casi todas sus piezas se estropearan. Por eso es importantemedir la presión arterial de forma adecuada periódicamente, para poder tratarla aunque uno no note que la tiene elevada.

Definiciones y clasificación de las cifras de presión arterial en consulta (mmHg)*

Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

HTA: hipertensión arterial.
*La categoría se define por el valor más alto de presión arterial, ya sea sistólica o diastólica. La HTA sistólica aislada debe clasificarse en grados 1, 2 o 3 según los valores de presión arterial sistólica en los intervalos indicados.

¿Cómo se trata?

El tratamiento suele consistir en tomar una o varias pastillas diariamente y en llevar a cabo una serie cambios en nuestro estilo de vida.

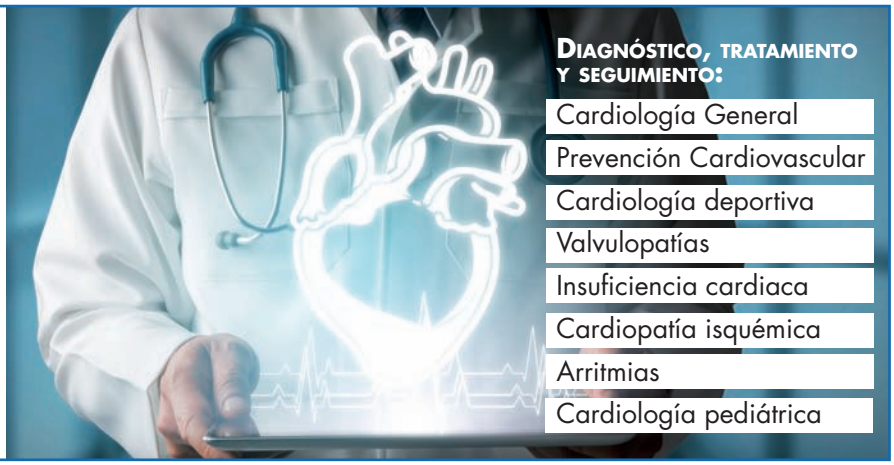
¡Siete consejos sencillos para mejorar el control de la hipertensión arterial!

1. **Pierde peso:** la hipertensión arterial esta claramente relacionada con el exceso de peso.
2. **Haz ejercicio de forma regular:** 30 minutos de ejercicio (pasear, hacer bicicleta, nadar o correr). ¡5-7 días a la semana pueden marcar la diferencia!
3. **No fumes:** con solo fumar un cigarrillo se produce un aumento brusco de la presión arterial y del ritmo cardíaco en nuestro cuerpo.
4. **No tomes sal:** el consumo de sal esta relacionado con un aumento en las cifras de presión arterial.
5. **Haz una dieta rica en frutas y verduras:** este tipo de alimentos además de mejorar el control de la presión arterial, nos ayudarán a mantener un peso adecuado.
6. **Tómate la vida con tranquilidad:** el estrés psíquico es malo para casi todo. Haz meditación y descansa adecuadamente.
7. **Si bebes, hazlo con moderación:** con uno o dos vasos de vino al día es suficiente.

Dr. Azcárate CARDIÓLOGO

Pedro María Azcárate
Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra
Especialista en Cardiología. Nº col.: 26/31-06741

CONSULTA
C/ Cipriano Olaso, 8 bajo. 31004 Pamplona
T 948 22 13 11
www.doctorazcarate.com



DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO:
Cardiología General
Prevención Cardiovascular
Cardiología deportiva
Valvulopatías
Insuficiencia cardiaca
Cardiopatía isquémica
Arritmias
Cardiología pediátrica

Mal de altura… ¿qué nos ocurre?

Marta Aguado Sevilla. *MIR Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra*
Ruben Goñi Robledo. *FEA Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario de Navarra*

No es sorprendente que el viajar a grandes altitudes provoque malestar, pero todavía no comprendemos por completo cómo esta escasez de oxígeno deriva en el mal de altura.

La mayoría de la gente se encuentra bien hasta los 2500 m de altitud, la presión barométrica equivalente a aquella a la que están presurizadas las cabinas de los aviones. Sin embargo, incluso a 1500 m sobre el nivel del mar se puede notar una falta de respiración superior a lo normal durante el ejercicio, así como una reducción de la visión nocturna. Por encima de los 2500m, los síntomas del mal de altura son más apreciables.

Mal agudo de montaña

Se trata de la enfermedad más común en las alturas. Algunas veces también se le conoce como mal de altura o mal de montaña y en Sudamérica se llama soroche. La mayoría de la gente sufre el mal agudo de montaña como una enfermedad relativamente leve y autolimitada.

¿Cuáles son sus síntomas?

Cefalea, anorexia, náuseas y vómitos, insomnio, ataxia y edemas periféricos. El mal de altura puede aparecer después de varias horas de exposición a alturas superiores a 2.500-3.000 m, aunque la susceptibilidad a este problema presenta variaciones interindividuales y puede aparecer a menos altura.

Las medidas farmacológicas profilácticas en los montañeros incluyen una ascensión lenta (300 m/día) o «hacer escala» permaneciendo varios días en una altitud intermedia de unos 2.000 m. Las medidas preventivas farmacológicas incluyen la administración de acetazolamida, cuya actuación se atribuye al aumento de la respuesta ventilatoria a la hipoxia como resultado de la diuresis de bicarbonato.

Aunque la mayoría de las personas se recupera de forma espontánea después de varios días a gran altitud, el mal agudo de montaña puede tratarse eficazmente con oxígeno y descendiendo. Un descenso de solo 500-1.000 m suele permitir la resolución. Un descenso simulado mediante el uso de una cámara hiperbárica inflable portátil (bolsa de Gamow o similar) que funciona con una bomba de pie también es eficaz. Éste también responde a la dexametasona en dosis de 4 mg cada 6 h, aunque pueden aparecer síntomas en cuanto se interrumpa el fármaco. El insomnio asociado al mal de altura responde al tratamiento con acetazolamida. Los fármacos sedantes/hipnóticos pueden deprimir la ventilación y empeorar la hipoxia, por lo que deberían emplearse con cautela. El zolpidem vía oral, mejoran la calidad del sueño a gran altitud y no parecen deprimir la ventilación en personas sanas jóvenes.

Es posible que los síntomas del MAA aparezcan a nivel del mar y tal vez la cefalea asociada a la apnea obstructiva del sueño y la asociada al uso de opioides puedan deberse a una forma de «MAA» provocada por una hipoxemia leve secundaria a depresión respiratoria.

¿Quién podría sufrir el mal de altura?

Cualquiera que viaje a altitudes superiores a 2500 m corre el riesgo de sufrir mal agudo de montaña. Normalmente no se hace patente hasta después de permanecer unas horas a esa altitud. Parte del misterio es que es difícil predecir quién se verá afectado.

Existen varios factores asociados a un mayor riesgo de desarrollo de esta afección. A mayor altitud y mayor velocidad de ascenso, mayor es la posibilidad de sufrir mal agudo de montaña. Si has sufrido mal agudo de montaña con anterioridad tienes más probabilidades de sufrirla de nuevo. Las personas de más edad tienden a sufrir menos esta afectación, aunque esto también podría deberse a que tienen más sentido común y ascienden a menos velocidad.

Anestesia en altitud…

Debido a la reducción de la PO2 ambiental a grandes altitudes, es probable que se agrave el riesgo de hipoxia perioperatoria, sobre todo en los recién llegados. Los opioides deprimen tanto la taquicardia como la taquipnea que suelen aparecen en respuesta a la hipoxemia aguda. Se ha descrito la lenta recuperación de la consciencia y cefalea postanestésica. Si se administra ventilación asistida o controlada durante el procedimiento y administramos O2 suplementario postoperatorio no aparecieron estas complicaciones. Por otra parte, los residentes a largo plazo en elevada altitud pueden ser más tolerantes a la hipoxemia. También el mantenimiento de la PaO2 en el rango de referencia a nivel del mar provocará una pérdida de la adaptación y la dificultad de readaptarse el paciente a respirar aire ambiente.

Además se ha descrito una mayor pérdida de sangre por las heridas quirúrgicas en situación de altitud. Este efecto se ha atribuido al aumento de la presión venosa y del volumen sanguíneo, a la vasodilatación y a la mayor densidad capilar.

La postura corporal depende de la boca

Dr. José Ignacio Zalba Elizari
Dentista.
Rehabilitación Neuro-oclusal y Miofuncional
Nº colegiado: 345

C/Gorriti, 34 bajo | ***31003*** *Pamplona*
T 948 15 22 84 | *www.capdental.net*

El concepto de Posición Natural de la Cabeza y el Cuerpo no es nuevo. Leonardo da Vinci (1452-1519) .

Una "postura" correcta hace referencia a la alineación vertical fisiológica de los distintos segmentos corporales (cabeza, tronco, extremidades) alrededor del eje de la gravedad. La simetría del cuerpo y la columna recta permiten al cuerpo conservar mejor su propia energía y utilizarla de forma rentable en la vida diaria. Lo vemos en el deporte, cualquier alteración postural provoca disminución del rendimiento y la fuerza muscular, ya se sabe que con una buena posición, el cuerpo funciona de una manera más eficiente, optimizando su potencial y previniendo lesiones.

El cráneo es la parte más pesada de nuestro cuerpo (promedio de 4 kg) y está apoyado en la parte superior, en la última vértebra cervical (atlas). Cualquier alteración en la mandíbula, que depende de los dientes, forzará a los músculos maseteros temporales, trapecio, esternocleidomastoideo, hombro, etc. a modificar la posición de la cabeza (Makofsky, 1992 y Huggare, 1992), lo que conlleva de manera inmediata, debido a las leyes biomecánicas, a adaptaciones musculares que posicionan el resto del cuerpo, con la finalidad de mantener la visión en la horizontal y economizar el gasto energético.

La boca, principal perturbador

La boca, aunque no es un receptor propiamente, constituye el principal perturbador postural. Cualquier alteración buco-dental, va a generar compensación donde se pierde la simetría corporal, la relajación neuromuscular y aparecen compresiones de las estructuras (órganos, nervios, arterias, venas) en diferentes grados, que pueden ser asintomáticas pero que se vuelven sintomáticas cuando el sistema no puede asumir las nuevas tensiones que puedan aparecer por su mal funcionamiento. Habituales alteraciones del patrón de masticación, respiración y deglución, repetidas miles de veces todos los días o cualquier modificación dental (una muela rota, una extracción o un tratamiento dental alto), cambian el correcto posicionamiento de la mandíbula, la cual determina la ubicación del hueso Hioides, encargado de regular la postura de la columna cervical, los hombros y el resto de la columna hasta la pelvis, desencadenando los problemas posturales clásicos (escoliosis, lordosis, cifosis).

Dolores tensionales

Dolor es una respuesta a una ineficacia funcional. Por ello, estas incompetencias de la boca afectan a pares nerviosos craneales, manifiestandose con un conjunto de dolencias como son dolores témporo-mandibulares, bruxismo, mal-oclusión, roncar, síndrome boca ardiente o contractura de espalda, pero también migrañas, dolor de cabeza, cervicales y lumbares, molestias en los oídos, vértigos, acúfeno, inestabilidad, hipocondría, estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño, problemas gastrointestinales, etc.

Cerca del 50% de la población europea padece dolor de espalda y un porcentaje superior al 20% de los niños entre 10 y 17 años. El 96% son de origen funcional y más del 50% de los dolores de espalda pueden estar causados o agravados por una disfunción de la boca. Los problemas de desequilibrio cráneo-mandíbular no son diagnosticados en el 98% de las personas.

Según la ACADEMIA AMERICANA DEL DOLOR CRANEOFACIAL, aproximadamente un 80% de todos los dolores de cabeza son el resultado de tensión de músculos de la cara, cabeza y cuello. Además, muchos de estos dolores tensiónales están relacionados con la inadecuada función de la boca.

Por todo ello, es importante, antes y después, de realizar cualquier tratamiento dental (ej. algo simple como un empaste, una corona, pero sobretodo en aquellos más complejos como tratamientos de encías, ortodoncia e implantes) evaluar las repercusiones que puedan producir en el sistema postural.

El objetivo, además de mantener la boca sana, es su equilibrio funcional, para una simetría facial (belleza de la cara) y corporal. Todo ello se traduce en descompresiones de los grandes sistemas, nervioso, músculo-esquelético, respiratorio, circulatorio, etc., con importantes beneficios para todo el cuerpo.

¿Qué es la capsulitis adhesiva?

Raquel Arriazu Alcázar. *Fisioterapeuta del Hospital Reina Sofía de Tudela*

La capsulitis adhesiva, también llamada hombro congelado o periartritis escapulo humeral, es una inflamación crónica del tejido conectivo que rodea la articulación del hombro. La cápsula articular se engrosa y fibrosa y por ello disminuye su flexibilidad provocando rigidez y dolor. Afecta al 2% de la población siendo más frecuente entre los 40 y 65 años y más propenso el sexo femenino.

La presencia de capsulitis en un hombro aumenta el riesgo de desarrollarla en el hombro contralateral hasta un 34%.

Causas

La causa es inespecífica, aunque hay factores que podrían generar más riesgo de presentar esta patología como:

- **Diabetes:** la capsulitis es más frecuente en diabéticos y afecta al 10-20% de pacientes con esta patología.
- **Tiroides:** algunos médicos asocian el hombro congelado con el híper o hipotiroidismo.

Inmovilización: un periodo de inmovilización, ya sea por una fractura o por otras causas, puede hacer que se desarrolle el hombro congelado.

- **Inflamación:** la creación de adherencias y fibrosis parece causada por la inflamación.

Signos y síntomas

Lo más frecuente es el dolor sordo que empeora por las noches, y la falta de movilidad tanto activa como pasiva. La rigidez puede impedir movimientos como peinarse o abrocharse el sujetador.

Etapas

Estos síntomas suelen variar dependiendo de la fase en la que se encuentre.

- **Fase de congelamiento o etapa dolorosa:** el dolor es intenso tanto en reposo como en movimiento. Es más importante en los últimos grados de movimiento y por la noche, pudiendo impedir el sueño. Debido a este dolor, el brazo empieza a no utilizarse y disminuye la movilidad. Esta etapa dura entre 3 a 9 meses.
- **Fase de congelado o etapa adhesiva:** el dolor disminuye pero la rigidez continúa y hace difícil las actividades de la vida diaria. Hay más limitación en las rotaciones. Dura aproximadamente de 4 a 6 meses.
- **Fase de descongelado o etapa de recuperación:** en esta etapa la rigidez va disminuyendo lentamente y se va recuperando movilidad y fuerza progresivamente. La recuperación es espontanea pero incompleta. Puede durar de 6 meses a 2 años.

Tratamiento

EL tratamiento puede incluir fisioterapia, antiinflamatorios no esteroideos, infiltraciones de corticoides, manipulación bajo anestesia, cirugía etc. El objetivo de tratamiento dependerá de la etapa en la que se encuentre la enfermedad.

- **Tratamiento conservador.** En el primer periodo hay que luchar contra el dolor. Para ello será bueno unos masajes descontracturantes de la musculatura peri articular del hombro, movilizaciones pasivas de hombro... También el fisioterapeuta puede enseñar una serie de ejercicios suaves para que el paciente pueda ir recuperando la movilidad participando activamente en su tratamiento. Además nos pueden servir como apoyo ciertas técnicas electroterápicas que ayudan a disminuir el dolor. Si éste es muy intenso, la terapia con hielo puede ser de ayuda. El médico además puede pautar antiinflamatorios.

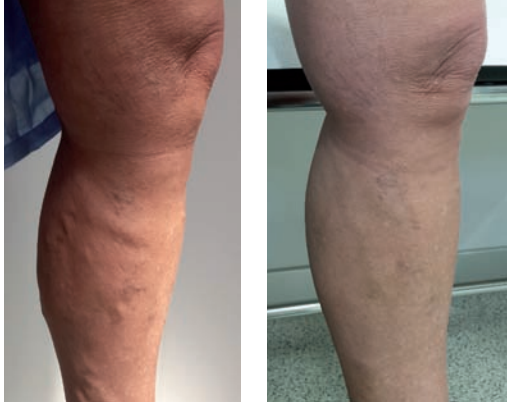
En el periodo de rigidez hay que insistir en la movilización pasiva y activo asistida. Si se va ganando movilidad se podrá empezar a fortalecer algunos músculos para mantener la movilidad ganada.

En el último periodo se hará más hincapié en ganar fuerza y propiocepción para que los movimientos sean más coordinados y se gane la total funcionalidad del hombro.

- **Manipulación bajo anestesia.** En algunos casos si no se ha recuperado la movilidad y ha pasado bastante tiempo, el médico puede pautar, consensuando con el paciente, una manipulación bajo anestesia. Es una manipulación rápida que hace que la articulación se mueva más de lo que hasta ahora se conseguía sin anestesia. Con ello se pretende estirar y romper las adherencias de la cápsula de la articulación.

Aunque es una patología larga y bastante incapacitante el pronóstico suele ser favorable. Dentro de los tratamientos nombrados anteriormente, la fisioterapia y los ejercicios son dos herramientas seguras para el tratamiento de esta patología.

Cómo elimino mis varices



Antes y después del tratamiento

Dr. José Manuel Jiménez
Cirujano vascular
Clínica San Fermín de Pamplona
y Policlínica Navarra de Tudela

No hay una sola causa para la aparición de varices. Por ello, lo primero y más importante es acudir a una Consulta especializada de Cirugía Vascular. Un diagnóstico correcto le va a permitir acceder a la modalidad de tratamiento más adecuada y que mejor se adapta a su problema particular.

No es lo mismo las pequeñas "arañitas vasculares", que las varices de cierto calibre. Del mismo modo, es especialmente importante el estado de los ejes safenos, cuya afectación sólo se puede constatar a través de la realización de una ecografía/Doppler venosa en color.

La mayor parte de las consultas son motivadas por el aspecto estético de las varices. Sin embargo, las varices son el reflejo de un problema circulatorio. Hay una lesión de las válvulas venosas que impide el correcto retorno de la sangre de las piernas hacia el corazón. Esto se conoce como insuficiencia venosa.

Las varices pueden ser asintomáticas durante años. No obstante, lo más habitual es que produzcan dolor, cansancio, pesadez, picor, etc. Sus complicaciones más frecuentes son las flebitis o las hemorragias. Aunque no haya síntomas, el problema circulatorio existe, así como el riesgo de complicaciones.

La esclerosis con microespuma

Hay dos grandes formas de tratar las varices.

El tratamiento quirúrgico. Supone su extirpación. Requiere anestesia raquídea o general, la realización de incisiones y, dado que es un tratamiento relativamente agresivo, implica la necesidad de un período de recuperación de aproximadamente 6 semanas.

La esclerosis con microespuma es una alternativa a la cirugía sin los inconvenientes de ésta. Consiste en la inyección de un agente esclerosante en el interior de las varices. Ello produce su cierre y paulatina desaparición. Requiere un número variable de sesiones en función del calibre de las varices, su número, etc.

Cuando en la Consulta se objetiva insuficiencia de la safena interna y/o externa, la forma más rápida y eficaz de administrar la microespuma es el catéter Clarivein. Se usa un agente esclerosante similar. Pero se introduce la microespuma a través de un catéter, que gira dentro de la vena a gran velocidad. La suma del efecto químico de la esclerosis con el mecánico de la rotación del catéter permite eliminar un eje safeno insuficiente en una sola sesión. Posteriormente, habrá que tratar las colaterales permeables a través de sesiones de microespuma.

En cualquiera de estos dos casos, no se requiere anestesia (o sólo local), no hace falta ingreso puesto que son procedimientos ambulatorios, ni existe período de recuperación. El paciente puede incorporarse a sus actividades habituales nada más finalizar el tratamiento.

En definitiva, la microespuma ofrece unos resultados similares al tratamiento quirúrgico, pero con una agresividad mucho menor y sin tener que interrumpir las actividades habituales del paciente.

VARICES
MICROESPUMA
CIRUGIA VASCULAR
drjimenezarribas@gmail.com
http://varicessincirugia.org

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
CLARIVEIN® - MICROESPUMA
SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

Dr. José Manuel Jiménez Arribas:
PAMPLONA. Clínica San Fermín. Avda. Galicia, 2
TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3

CONSULTA MÉDICA
948 235 850
644 722 549

Síndrome metabólico

Eduardo Ripalda Ansa. *Médico de Familia. C.S. Alsasua*
Javier Vélaz Arbizu. *Médico de Familia C.S. Lodosa*
Claudia Pérez Estrada. *Médico de Familia C.S. Ayegui*

El síndrome metabólico (SM) es una situación clínica en la que se asocian la obesidad abdominal, la hipertensión arterial (HTA) y alteraciones del perfil lipídico (grasas) de la sangre y del metabolismo de la glucosa que condicionan una elevada morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Se considera **obesidad abdominal** cuando el perímetro abdominal en mujeres supera los 88 cm. y en varones es mayor a 102 cm. Se mide en el punto intermedio entre el reborde costal y el borde superior de la cresta iliaca, y para ello se usa una cinta métrica. Se ha llegado a conocer que un perímetro abdominal aumentado es un factor de riesgo o predictor independiente de morbimortalidad. Esta obesidad abdominal mide la cantidad de grasa perivisceral que posee el individuo.

Este tipo de grasa tiene unas características singulares que condicionan un aumento de la formación de glucosa hepática, aumenta la producción de triglicéridos, disminuye el colesterol bueno (HDL) y disminución en la digestión hepática de insulina, que conforman las **alteraciones bioquímicas** nocivas del SM.

Por otro lado, la **alteración del metabolismo de la glucosa** se produce debido a que existe resistencia a la insulina (RI). Este concepto se define como una respuesta biológica alterada de la acción de la insulina, y como consecuencia de ello, la glucosa no puede ser captada por las células y se genera una elevación de la misma en sangre, así como un hiperinsulinismo, que tiene un efecto dañino sobre los vasos sanguíneos.

La RI es una condición que afecta hasta el 25% de la población. El grado de RI se incrementa con la edad y con ganancias ponderales intensas o de larga evolución, y disminuye tras las pérdidas de peso moderadas, pero mantenidas.

Ejercicio físico, no al estrés y visitar al médico de familia

El sedentarismo también aumenta la RI, mientras que el ejercicio físico regular la mejora (5 veces/semana), con independencia de su efecto sobre el peso.

Por último, la **HTA** es el cuarto elemento a considerar en el SM. Definimos HTA en consulta (enfermera o médico) si su valor supera 140/90 mmHg , o medido en domicilio si supera 135/85 mmHg , en ambos registros debe repetirse la alteración en momentos diferentes. La HTA por sí misma es el principal factor de riesgo para presentar un ictus, y da como complicaciones específicas insuficiencia renal secundaria, aneurisma aórtico e insuficiencia cardíaca.

Se estima que en España alrededor de 40.000 personas fallecen al año por HTA. Conociéndose estos datos demoledores, el control de la HTA sigue siendo inaceptablemente bajo. Sólo el 25% de los pacientes están bien controlados.

Como conclusión, si varios de estos elementos que conforman el SM por sí mismos ya dan riesgo para la salud, si se aúnan el riesgo se multiplica exponencialmente. Por tanto, fundamental: **dieta mediterránea** sin exceso de calorías, **ejercicio regular** (si puede ser diario mejor), **visitar al médico de familia una vez al año**, al menos, a partir de los 50 años, y **huir del estrés**, -que no es de cobardes-, ya que es muy mal compañero de viaje.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA
Servicio Religioso

TURISMO RELIGIOSO CULTURAL

▶**TIERRA SANTA. 14 al 23 de octubre. Grupo reducido. Precio: 1.895 €**
CIRCUITO EN TIERRA SANTA DE 7 NOCHES, HOTELES SELECCIONADOS, PENSIÓN COMPLETA. SEGURO VIAJE Y ANULACIÓN. ÚLTIMAS PLAZAS.

▶**EXPOSICIÓN LAS EDADES DEL HOMBRE [Aguilar de Campo. Palencia]. Precio 195 €**
Exposición de arte sacro impresionante. Viaje de fin de semana estudiado y con todo incluido. Gastronomía seleccionada, visitas, tickets, acompañamiento.

▶**VIAJE NOVEDAD CIERRE DEL AÑO.** Encontrarán información en las dos páginas web.

SERVICIO ABIERTO A TODO INTERESADO EN PARTICIPAR
Reservas e Información: Raquel Izpura Roteta M 647 679 821

el mundo de Raquel
C.I.E.: 21746MY

www.elmundoderaquel.com | www. peregrinacionesnavarra.es | elmundoderaquel@gmail.com | Raquel Izpura Roteta M 647 679 821

Date impulso,
sonríe

CPS C01625-1/08-NA

CLÍNICABUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES

Dr. Ángel Fernández Bustillo | Nº Col. 6.114-NA | IMPLANTES DENTALES • RECONSTRUCCIONES ÓSEAS / FALTA DE HUESO
DIENTES INMEDIATOS • IMPLANTES SIN BISTURÍ • CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA • ÚLTIMOS AVANCES EN MATERIAL
DE INJERTO Y FACTORES DE ESTIMULACIÓN ÓSEA • PLANIFICACIÓN 3D: ESTÉTICA FACIAL INTEGRAL • **ESCÁNER ÓSEO**

C/ Castillo de Maya, 45 - 31003 Pamplona | **T. 948 152 878** | consulta@clinicabustillo.com | **www.clinicabustillo.com**

Cómo preparar una consulta con un profesional de la salud

Iranzu Zudaire Fernández y Ana Mª Palacios Romero. Enfermeras del Complejo Hospitalario de Navarra

Una persona poco o mal informada no será dueña de sus decisiones: la información es la condición fundamental para el ejercicio de la autonomía personal.

¿Creemos que utilizamos el Sistema Sanitario de forma eficaz y adecuada?

En numerosa bibliografía y en la práctica diaria está descrito que la relación médico-paciente-familia es el pilar fundamental donde se apoya la práctica de la medicina asistencial. El paciente necesita de visitas con los profesionales sanitarios que le ayuden a recuperar y mantener la salud.

La preparación de la visita ayudará al paciente a definir qué quiere saber, qué quiere contar, cómo hacerlo y qué preguntar.

Por el contrario, la falta de comunicación y las diferencias culturales originan una disminución de la capacidad diagnóstica, de la adherencia al tratamiento y de la satisfacción del personal sanitario, del paciente y de su familia, provocando desinformación, insatisfacción y ansiedad.

Derechos y deberes de los pacientes

Los derechos y deberes de los pacientes tienen una gran relevancia en el marco de las relaciones clínico-asistenciales. Así se han puesto de manifiesto desde hace tiempo normas significativas en la legislación tanto en el ámbito internacional (Declaración universal de los Derechos Humanos 1948, convenio para la Protección de los Derechos y Libertades Fundamentales de 1950) como nacional (Artículo 43 de la Constitución: Derecho a la protección de la salud, Ley 41/2002, Básica de Autonomía del paciente y mediante actuaciones del sistema sanitario: principio de dignidad de la persona, intimidad, no discriminación y respeto a la autonomía de la voluntad de los pacientes)

Según los datos del informe del consenso de Toronto la mitad de las quejas y de las preocupaciones de los pacientes no son detectadas, y pasan inadvertidos más del 50% de los problemas psicosociales. En la mitad de las entrevistas el paciente y el médico no están de acuerdo sobre la naturaleza del problema y se les interrumpe a los 18 segundos de su exposición.

Preparación de la consulta

Una buena planificación y actuación antes, durante y después de la consulta, van a hacer que aproveche más la visita y obtenga beneficios que repercutirán directamente en su salud.

◆ **Antes de la consulta.**

- Confirmar lugar, fecha y hora y acudir acompañado si así lo desea.
- Elegir ropa cómoda que sea fácil de poner y quitar.
- Llevar una carpeta con los *informes sanitarios relevantes* de otros centros si existen y *Anotaciones* relacionadas con síntomas, alergias conocidas, listado actual de medicación, vitaminas, hierbas, suplementos dietéticos u otros tratamientos alternativos, preguntas y/o dudas.

◆ **En la sala de espera.**

La sala de espera es un buen momento para utilizar elementos de distracción: música, libros, pasatiempos y puede aprovechar el tiempo de espera de la consulta para repasar junto a su acompañante sus anotaciones.

◆ **Durante la consulta el paciente:**

- Informará sobre cualquier cambio en su estado de salud. Es importante para poder determinar mejor cuál es el problema, hacer el diagnóstico y empezar el régimen de tratamiento.
- Escuchará atentamente lo que el profesional sanitario le expone.
- Tomará notas de todo aquello que le parezca relevante

No debe dudar en hacer cualquier pregunta asegurándose que entiende las respuestas.

- Repetirá y resumirá la información recibida y el plan de actuación.
- Deberá asegurarse de conocer la forma de contactar si le surge cualquier duda.

Los pacientes deben ser educados para solicitar la información y expresar sus preferencias, y nosotros, los profesionales sanitarios, debemos reconocer la necesidad de adquirir una adecuada comunicación para atender mejor, difundir la información de manera sensible y responder a los pacientes firmemente.

Mi casa, mi refugio

Médico Geriatra Lourdes Gorricho
Directora Apartamentos Tutelados de Proginsa
(Colegiado N. 3103757)

En nuestra cultura, "mi casa", donde vivo, es lo que me aporta seguridad, protección, donde he podido criar a mis hijos, he recibido visitas de mis amigos/as, de mi familia o donde he disfrutado de esos momentos de soledad buscada y deseada, de paz y tranquilidad que, a veces, resulta imprescindible para nuestra salud.
Pero, ¿es mi casa un lugar cómodo y seguro? Se trata una cuestión importante sobre la que hay que reflexionar.
Todos deseamos continuar viviendo en nuestra casa. Es muy importante para mantener una buena calidad de vida. En ella está contenida parte de nuestra vida. Nos hemos identificado con nuestro pueblo o ciudad, con nuestro barrio, con nuestros vecinos, amigos, tiendas, rincones y cómo no, con nuestros recuerdos.
Pero si queremos seguir viviendo en nuestra casa, tenemos que hacer de nuestro hogar un lugar más seguro, más cómodo y más saludable. Es importante que la casa donde vivimos se vaya adaptando a nuestras nuevas necesidades. Con esto conseguiremos vivir más a gusto, evitar riesgos y, por tanto, ser más independientes, y durante más tiempo.

MI CASA MÁS SALUDABLE

No hay nada como tener la casa limpia y ordenada. Lo conseguiremos si somos capaces de desprendernos de las cosas que ya no necesitemos y que probablemente molestan.
Es importante la higiene: para cocinar, lavarse antes las manos, tener bien limpios los utensilios de cocina (cuchillos, perolas, sartenes... así como bayetas y demás trapos que usemos).
Hay que ventilar suficientemente, no es aconsejable ni demasiado calor ni demasiado húmedo. Ventilamos la casa en horas de más sol en invierno y más fresquitas en verano. Consigamos un ambiente agradable a nuestro alrededor, y esto pasa siempre por un ambiente limpio.

MI CASA MÁS CÓMODA

Quizás necesitemos adaptar la vivienda para hacernos la vida más fácil. También puede ser útil disponer de algún pequeño aparato que nos facilite tareas cotidianas. Si tenemos dudas de cuál es el más adecuado, podemos consultarlo con los Servicios Sociales o con el personal del Centro de Salud.
Por ejemplo, para la ducha es relevante utilizar aparatos que nos den seguridad, como asideros para entrar o salir sin miedo a resbalarnos. Fíjense que he dicho ducha, no bañera. Asientos para el aseo, alfombrillas antideslizantes. Hay muchas opciones.
También hay muchos instrumentos adaptados para tareas cotidianas como pelapatatas, abrebotellas, cubiertos especiales, calzadores para medias o calcetines, para abrocharnos camisas, hasta escobas eléctricas o los robots que barren solos la casa.
Tenemos que examinar nuestro hogar y ver las dificultades que puede ocasionarnos en el día a día. Existe una solución para cada una de ellas.

MI CASA MÁS SEGURA

La casa debe de ser un lugar seguro, independientemente de la edad que tengamos. Pero si estamos en una edad avanzada, la seguridad es aún más importante, ya que un pequeño accidente puede acarrearnos consecuencias graves para nuestra salud.
El cuarto de baño es uno de los lugares más peligrosos de las casas. Procuremos que sea seguro para evitar resbalones.
La casa deberá estar bien iluminada. Es recomendable sustituir las bombillas por las de bajo consumo (LED), que nos aportarán muy buena iluminación y ahorrarán electricidad.
Evitemos tropezarnos con alfombras. Si no las usamos mejor, pero si las tenemos, que estén perfectamente sujetas al suelo. No debemos colocar muebles u objetos (decorativos o no) por donde nos movemos habitualmente.
Utilicemos el bastón, el andador, muletas o todo aquello que aumente nuestra estabilidad al caminar.
Pidamos ayuda para determinadas tareas. Por ejemplo, para las limpiezas más exhaustivas o de zonas de difícil acceso (alto o interior de los armarios, cristales). La Trabajadora Social del Centro de Salud o de la Unidad de Barrio nos orientará sobre la obtención de ayudas en el caso de que nos podamos recurrir a familiares o no dispongamos de medios económicos.
En todo caso, debemos evitar subir a taburetes, sillas o escaleras para acceder a lugares elevados. Pueden suponer caídas con consecuencias fatales.
También es aconsejable que tengamos siempre a mano un teléfono de emergencia, o de familiares o del servicio de Teleasistencia por si debemos recurrir en algún momento. La teleasistencia, si pasamos tiempo solos, nos dará tranquilidad.
En general, en la vivienda hay peligros que hemos de prevenir. Por ello, no debemos fumar en la cama, hay que encender la luz para levantarse, no conviene cerrar con pestillo el cuarto de baño o tampoco bloquear la puerta exterior de la vivienda dejando las llaves puestas. Son dificultades añadidas en caso de emergencia.
Finalmente, si no es posible tomar todas estas medidas en el propio hogar, es interesante buscar otras alternativas, como los Apartamentos Tutelados, que le van a permitir alargar su vida independiente.

Mientras la ambulancia está de camino

Ilka Stefanova. *DUE. Servicio Urgencias Extrahospitalarias. UVI-Móvil Parque de Bomberos Trinitarios*
Laura Sánchez Iñigo. *Médico de Familia. Urgencias. Hospital García Orcoyen*
David Navarro González. *Médico de Familia. Servicio Urgencias Extrahospitalarias. UVI-Móvil Parque de Bomberos Trinitarios*

Los recursos sanitarios no siempre están lo suficientemente cerca y el tiempo hasta su llegada es fundamental para el paciente, convirtiéndose el alertante en el primer interviniente. Por eso, es útil saber las cosas más básicas para poder ayudar al paciente mientras esperamos a la ambulancia.

Síncope

Se define como un episodio transitorio de pérdida de conciencia que sucede de forma brusca debido a un descenso del flujo sanguíneo al cerebro.

Lo primero, comprobar que el paciente respira. Si es así, colóquelo de medio lado (posición lateral de seguridad). Aflojar la ropa que le pueda oprimir. Habitualmente, el paciente se encontrará parcialmente o totalmente recuperado al llegar el recurso sanitario.

Cuerpo extraño en las vías aéreas

Se denomina atragantamiento a la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, provocando un cuadro repentino de asfixia, que si no se resuelve, da lugar a una pérdida de conciencia, seguida de una parada cardiorrespiratoria.

Animar a la persona atragantada a toser y observar si expulsa el cuerpo extraño. No debe darle agua, pues puede aumentar la tos y producir una broncoaspiración.

Si esto no es efectivo, dar 5 palmadas fuertes en la espalada entre las dos escápulas. Si las palmadas no son eficaces, colocar el puño cerrado 4 dedos por encima de su ombligo, justo en la línea media del abdomen. Colocar la otra mano sobre el puño. Reclinarlo hacia adelante y efectuar una presión abdominal centrada hacia adentro y hacia arriba, a fin de presionar (de 6 a 8 veces) el diafragma (maniobra de Heimlich). Esta maniobra se realizará tantas veces como sea necesario, o hasta que el paciente quede inconsciente. En ese caso inicie maniobras de compresión centrotorácica.

Convulsiones

Es la contracción y distensión repetida y temblorosa de uno o varios músculos de forma brusca y violenta.

Retirar los objetos cercanos para evitar que la víctima se autolesione. Aflojar la ropa que le pueda oprimir. Nunca meter los dedos en la boca; los músculos masticadores son muy fuertes. Cuando las convulsiones se detengan, colocar a la víctima en posición lateral de seguridad para evitar una aspiración del vómito.

Intoxicación

Se produce cuando un tóxico penetra en el organismo por exposición, ingestión o inhalación en cantidad suficiente como para causar un daño.

Si la intoxicación se produce por ingesta, no se debe inducir nunca el vómito. La sustancia ingerida puede causar aún más daño al subir por el esófago. En caso de inhalación de una sustancia irritante, debe alejarse del lugar inmediatamente. Por último, si se produce un contacto directo de un tóxico con la piel o mucosas, lavar abundantemente con agua sin usar jabones, metiendo la zona expuesta debajo de un grifo. Llevar el tóxico al hospital si es posible para que los médicos puedan aplicar el mejor tratamiento.

Quemaduras

Es una lesión de los tejidos producida por la acción del calor, productos químicos corrosivos, electricidad o radiación.

La primera medida a realizar es eliminar la causa de la quemadura: apagar las llamas, retirar el producto químico del contacto con la piel..., todo ello para disminuir la agresión térmica. Enfriar la superficie quemada. Inmediatamente, colocar el área quemada bajo un chorro de agua fría en abundancia. La presión del agua debe ser débil para no dañar la herida. No sumergir al paciente en un baño de agua fría; esto puede provocar hipotermia. Para proteger la superficie de infecciones se puede cubrir la lesión con gasas estériles humedecidas en agua, si se dispone de ellas.

Herida profunda

Es una pérdida de la integridad de la piel u otros tejidos. Puede ser superficial o profunda. Cuando más profunda, más grande o sucia sea la herida, mayor será el cuidado que requerirá. La principal medida ante una herida profunda es controlar el sangrado. Aplicar presión directamente sobre la herida. Si no es efectivo, colocar un vendaje elástico encima de la herida, y eleve la extremidad. En caso de objeto enclavado no intentar nunca extraerlo.

Todos los pacientes con varices se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirófano

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Especialista en Cirugía Vascular
C/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu). 31006 Pamplona

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices y una buena parte necesita tratamiento quirúrgico (Safenectomía). Aunque se trata de una cirugía relativamente sencilla y con pocos riesgos, no deja de ser una intervención y requiere, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y varias semanas de baja laboral.

En los últimos años han ido apareciendo otras técnicas en el tratamiento de las varices (Láser, Radiofrecuencia, Clarivein, etc.), con menores requerimientos anestésicos y una más pronta reincorporación de los pacientes a la vida normal. Sin embargo, de todas ellas, la **'ESCLEROSIS ECOGUIADA CON MICROESPUMA'** es, hasta la fecha, **la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y la única que permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal. Durante más de 14 años nuestro equipo ha tratado más de 3000 pacientes con varices utilizando esta técnica, consolidada ya, si se tiene experiencia suficiente, como una alternativa a la cirugía convencional para tratar TODAS LAS VARICES EN TODOS LOS PACIENTES sin utilizar NUNCA ni siquiera anestesia local. La experiencia de tantos años y tantos pacientes nos permite ofrecer a nuestros enfermos resultados contrastados y tratamientos personalizados que se realizan siempre en fases ("sesiones") con 3 objetivos: 1. Tratar la enfermedad de un modo integral y con criterios hemodinámicos. 2. Tratar tanto las grandes venas como las pequeñas telangiectasias ("arañas vaculares"). 3. Hacer un seguimiento clínico y ecográfico de los resultados de cada sesión.**

Sin intervención quirúrgica

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 finas 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 técnica se puede utilizar en **todas las varices**, desde las pequeñas telangiectasias (arañas vasculares), que tanta preocupación estética ocasionan en muchas mujeres, hasta las grandes dilataciones dependientes de la vena safena y 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.

Los pacientes ya operados que vuelven a tener varices son también muy buenos candidatos puesto que la técnica de la esclerosis con espuma permite tratar esas nuevas varices de un modo muy eficaz.

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Angiología y Cirugía Vascular. Tratamiento de varices SIN cirugía. Esclerosis con microespuma.

c/ Cataluña, 8 Bajo Trasera (Soto Lezkairu)
31006 PAMPLONA

T 948 57 07 92
M 639 07 05 09
leopoldofa@gmail.com

CPS-C2261/1/14-NA

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

Cambios de postura en los pacientes encamados en nuestro domicilio

Lain Nagore Úbeda. *Celador. Complejo Hospitalario de Navarra*
Mónica Sanjuan Rico. *Enfermera. Complejo Hospitalario de Navarra*

Cada vez es más frecuente tener un familiar encamado o con poca movilidad en nuestro domicilio. Estos pacientes necesitan una serie de cuidados especiales que requieren la movilización del mismo y lo más habitual es que las personas encargadas de los cuidados no tengan formación de este tipo. Es importante conocer las técnicas para que las movilizaciones sean efectivas y no agraven las patologías de nuestros familiares a la vez que cuidemos nuestra salud postural y no padezcamos ninguna lesión.

A continuación vamos a ver una serie de técnicas que nos ayudarán a realizar dichos trabajos con menos esfuerzo y con un mejor resultado.

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado. Para realizar estos cambios se deben seguir unas normas generales tales como:

- Procurar realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas).
- Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida.
- Es preferible deslizar y empujar, que levantar.
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

Es importante que si la persona que tenemos a nuestro cuidado puede colaborar lo haga así será más sencilla la movilización y sirve como terapia tanto física como psicológica, el poder ayudar siempre es positivo para el paciente.

Movilización del paciente hacia un lateral de la cama

Ubíquese en el lado de la cama hacia el cual va a trasladar al paciente:

1. Colocar un brazo debajo del hombro del paciente, sujetándolo sobre la axila opuesta.
2. Poner el otro brazo por debajo de la cadera, desplazándolo hacia la otra cadera.
3. Si el paciente es corpulento, debe realizarse entre dos personas.
4. Movilizarlo con cuidado a la posición deseada.

Giro del paciente encamado de decúbito supino (boca arriba) a decúbito lateral (de lado)

Ubíquese en el lado de la cama hacia el que va a girar el paciente:

1. En primer lugar, se desplaza al paciente hacia el lado de la cama contrario al decúbito deseado, para que al girarlo quede el paciente en el centro de la cama.
2. Se le pide al paciente que estire el brazo hacia el lado que va a girar el cuerpo y que flexiona el otro brazo sobre el pecho.
3. Se le pide que flexione la rodilla del miembro que va a quedar por encima.
4. A continuación se debe colocar uno de sus brazos por debajo del hombro y el otro por debajo de su cadera.
5. Girar al paciente hacia el lado en que se encuentra el cuidador, dejándole colocado en decúbito lateral.

Forma de sentar al paciente en el borde de la cama

1. El cuidador adelanta un brazo, el más próximo a la cabecera, y rodea los hombros del enfermo, y el otro lo coloca en la cadera más lejana del enfermo.
2. Con esta mano hace que la cadera y las piernas giren de modo que queden colgando del borde de la cama.
3. Con el otro brazo ayuda a erguir el tronco. Una vez sentado se le pueden poner las zapatillas.

Pasar al paciente de la cama a la silla de ruedas

1. Lo primero y más importante es fijar las ruedas.
2. Si la cama está muy alta se colocará un escalón que sea firme y que tenga una superficie suficiente para que el paciente se mueva sin caerse.
3. El paciente se sentará al borde de la cama y se pondrá, con la ayuda del cuidador, las zapatillas.
4. Si el paciente no puede hacer solo los movimientos para sentarse al borde de la cama, se le ayudará de la manera indicada en el punto anterior.
5. La silla se coloca con el respaldo en los pies de la cama y paralela a la misma.
6. El cuidador se coloca frente al enfermo con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro.
7. El paciente pone sus manos en los hombros del cuidador mientras éste lo sujeta por la cintura.
8. El enfermo pone los pies en el suelo y el cuidador sujeta con su rodilla más avanzada la rodilla correspondiente del enfermo para que no se doble.
9. El cuidador gira junto al enfermo y, una vez colocado frente a la silla, flexiona las rodillas para que el enfermo pueda sentarse en la silla.

Con éstas sencillas técnicas se consigue una movilización rápida y eficaz de las personas con una movilidad reducida a la par que cuidamos nuestra espalda.

La importancia de la visión en el aprendizaje

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

Dori Callejo
Óptico-Optometrista
Óptica Unyvisión

La visión es mucho más que la agudeza visual, es posible que un niño no necesite gafas y tenga dificultades visuales que impliquen problemas en el aprendizaje.

No sólo la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo pueden afectar en el aprendizaje escolar, existen otras habilidades como los movimientos oculares, el enfoque, la convergencia o la percepción visual que son necesarios para un adecuado funcionamiento visual.

Dificultad en los movimientos oculares

- Movimientos de cabeza al leer.
- Se pierden al leer.
- Omisión de palabras.
- Necesita el dedo como indicador.
- Inversiones de letras o palabras.

Problemas de enfoque

- Visión borrosa en cerca.
- Cefaleas.
- Lagrimeo y fatiga al leer.
- Dificultad para concentrarse y comprender.

Alteraciones binoculares

- Se tapan o cierran un ojo al leer.
- Desvían un ojo.
- Girar o ladear la cabeza a un lado.
- Visión borrosa.
- Diplopia ocasional.
- Dificultad en los cambios de enfoque.

Alteraciones en el procesamiento visual

- Dificultad para recordar lo que leen.
- Confusión de derecha con izquierda, inversiones de letras, palabras o números.
- Confunden palabras similares.
- Dificultad para reconocer pequeñas diferencias.
- Dificultad para seleccionar la información relevante.
- Comprensión pobre.

Coordinación visuomotora

Imprescindible una buena coordinación motora entre ojos y mano. Muy relacionado con el desarrollo motor grueso.

Los niños para ver bien en clase necesitan:

- Buena agudeza visual.
- Los ojos han de ser capaces de trabajar en colaboración uno con otro (visión binocular).
- Adquirir la habilidad de mover los ojos de una manera eficaz, sin saltos ni regresiones con buen campo visual.
- Ser capaces de cambiar el foco de visión de lejos a cerca (de la pizarra al papel) y viceversa con rapidez y eficacia.
- Discriminación visual para ver pequeños detalles.
- Adecuada memoria visual para recordar la información.
- Desarrollo adecuado de la lateralidad y orientación espacial.
- Coordinación ojo mano e integración visuomotora para establecer la escritura.

Si el niño ha alcanzado estas habilidades visuales estará preparado para la etapa de la lectoescritura.

A través de la terapia visual se le enseña al niño a mejorar su visión, por medio de ejercicios que se realizan en consulta y diariamente en casa.

La visión es un proceso activo, la visión se entrena, podemos aprender a ver.

La oxigenación hiperbárica y su aplicación en el deporte

Dr. Diego Aguiar
Especialista en
Medicina Hiperbárica
COLEG. Nº 3108007

OXIEN
Rehabilitación Hiperbárica

De todos es conocida la rápida recuperación de los deportistas de élite de sus lesiones o después de duras competiciones gracias a la utilización de distintas herramientas muy eficaces. Una de ellas es la medicina hiperbárica. Esta fue noticia hace poco, ya que la oxigenación hiperbárica participó en la recuperación de Carvajal antes del Mundial de Rusia 2018. Pero esta terapia está ahora al alcance de todos, te explicamos cómo podría beneficiarte.

En las últimas décadas hemos incorporado a nuestra vida cotidiana el ejercicio físico, lo que ha contribuido a un **aumento de la calidad de vida.** No obstante, se ha producido también un **aumento en la probabilidad de sufrir lesiones** que nos afectan en nuestra vida diaria y que debemos solucionar lo antes posible.
La **prevención** a la hora de evitar las lesiones es fundamental, siempre se recomienda realizar buenos ejercicios de calentamiento antes de comenzar y un estiramiento adecuado al finalizar la práctica deportiva.

Tratamiento de las lesiones

Si la lesión ya se ha producido, lo ideal es apostar por un **tratamiento precoz e interdisciplinar** de la misma. Por tratamiento interdisciplinar se entiende aquel en el que un equipo de especialistas trabaja de manera coordinada para velar por la pronta y correcta recuperación del paciente. Este equipo debe estar encabezado por un especialista en traumatología que trabaje junto a fisioterapia, rehabilitación y, además, un especialista en medicina hiperbárica. De esta forma, se consigue que la recuperación sea rápida y muy buena.

La oxigenación hiperbárica en el deporte

No son pocos los casos de deportistas de élite que han demostrado la efectividad de la **oxigenación hiperbárica para tratar sus lesiones.** El más reciente fue el del futbolista Daniel Carvajal, que después de estar casi descartado para el Mundial de Rusia consiguió llegar recuperado al segundo partido gracias al tratamiento con cámara hiperbárica. También destacan otros casos como los de los futbolistas James Rodríguez o Cristiano Ronaldo, que utilizaron la medicina hiperbárica para recuperarse de sus lesiones.
El tratamiento con oxigenoterapia hiperbárica consiste en **aportar al paciente oxígeno medicinal a una presión más elevada que la presión atmosférica**. Esto genera un aumento directo y significativo de la oxigenación de los tejidos, lo que permite que se recuperen y cicatricen a mayor velocidad. Un tratamiento que resultará más eficaz cuanto antes se aplique. Así fue el caso de Valentino Rossi, quien comenzó con la oxigenación hiperbárica nada más salir de quirófano y consiguió recuperarse de una rotura de tibia y peroné, para la que le habían pronosticado 6 meses de recuperación, en 41 días.
Por otro lado, la oxigenación hiperbárica también ayuda a la **mejora del rendimiento físico del deportista y a la recuperación de la fatiga muscular.** La cámara hiperbárica permite a los deportistas recuperarse más rápidamente después de los partidos, entrenamientos intensivos, campeonatos y carreras largas, duras o muy extenuantes. Como es el caso de Djokovic, que la utiliza para recuperarse de sus largos partidos y entrenamientos de alto rendimiento, y así poder afrontar otros en tiempo récord.

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

En Navarra contamos con la primera cámara hiperbárica, avalada por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica, en el centro Oxien, perteneciente al Grupo Sannas. Se trata de la misma cámara hiperbárica que utiliza la Federación Española de Fútbol.

El dolor orofacial perjudica la calidad de vida

sannas
DENTOFACIAL

Dra. Idoya Orradre
Experta en Prostodoncia, ATM y Apnea
COLEG. Nº 31000473

¿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 (ATM).

En Sannas la Dra. Idoya Orradre, especialista en Trastornos de ATM y Dolor Orofacial, es la responsable de diagnosticar y tratar estas patologías.
Según los estudios, más del 50% de la población padece los síntomas derivados de la disfunción temporomandibular.

¿Qué son los Trastornos Temporomandibulares?

La articulación temporomandibular (ATM) 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.

¿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...).
- Oclusión inadecuada.
- Factores psicológicos (estrés, depresión, ansiedad).
- Medicamentos.
- Enfermedades articulares.

¿Cómo es el abordaje en Dolor Orofacial?

El origen del dolor orofacial es, en ocasiones, difícil de diagnosticar porque puede involucrar estructuras anatómicas muy diversas.
Los pacientes con dolor crónico con frecuencia describen sueño alterado, aumento del estrés, ansiedad, depresión, enfermedad inflamatoria intestinal, reflujo gástrico, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia e incluso ira, lo que desencadena una disminución de la calidad de vida.

Con tantos factores superpuestos, tiene sentido un enfoque global de la persona para el diagnóstico y el tratamiento del dolor crónico. Por ello, la Dra. Orradre en Sannas coordina al equipo de profesionales que realiza el diagnóstico a través de un cuestionario y examen clínico específico, siendo necesario en algunos casos pruebas de imagen (radiografías, resonancia magnética (MRI), etc.) y de laboratorio (análisis de sangre, orina, etc.).

Enfoque interdisciplinar

En Sannas tratamos el dolor orofacial de nuestros pacientes desde un enfoque interdisciplinar. Después de un examen clínico específico, un equipo de profesionales compuesto por odontólogos, neurólogo, cirujano maxilofacial, psicólogo, fisioterapeuta y osteópata desempeña funciones complementarias que implementándolas de manera conjunta mejoran la atención del paciente. Y en definitiva, el éxito terapéutico.

30 Aniversario SS
y preparando el futuro
Los deseos de nuestros pacientes son nuestros nuevos servicios

En Sannas, con 30 años de experiencia, hemos logrado que en la actualidad cuidemos de la salud oral de 3 generaciones.

Odontología del alto rendimiento
Implantología
Sedación y control de la ansiedad
Diseño de sonrisa
Rejuvenecimiento facial
Centro de Prevención Oral
Ortodoncia invisible
Medicina y estética facial
Blanqueamiento dental
Periodoncia /Endodoncia
Células madre dentales
Apnea respiratoria
Disfunción de la A.T.M.

C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica | www.sannasdentofacial.com | Tel.: 948 38 44 22 / 948 38 44 33

CPS-236/25-15-NA

La comprensión actual de la discapacidad intelectual

Jesús Flórez Beledo
Catedrático de Farmacología, Universidad de Cantabria. Presidente, Fundación Iberoamericana Down21
florezj@unican.es | www.down21.org | www.downciclopedia.org

La discapacidad intelectual se define como un estado individual que se caracteriza por presentar limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, tal y como se manifiesta en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas, y por ser originado antes de los 18 años. Forma parte de la diversidad funcional propia de la especie humana, pero en absoluto son conceptos idénticos. Con los apoyos pertinentes, el funcionamiento mejora, a veces de manera insospechada, salvo en casos excepcionales.

Definiciones y conceptos

Nada está resultando más difícil que dar nombre a una realidad humana caracterizada por la existencia de personas cuya capacidad cognitiva y sus habilidades adaptativas se encuentran disminuidas, cuando se las compara con la inmensa mayoría de la población, en intensidad y grados muy diversos y desde las primeras etapas de su vida. Para definir esta realidad humana, el consenso internacional adoptó el término de discapacidad intelectual que fue propuesto por el Comité Técnico sobre Terminología y Clasificación de la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), tal como está expuesto en su libro sobre Discapacidad Intelectual[1].

La discapacidad intelectual es un estado individual que se caracteriza por presentar limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, tal y como se manifiesta en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas, y por ser originado antes de los 18 años. El problema tiene su origen en el cerebro cuyo análisis científico –desde la anatomía, la genética, la neuroquímica, la fisiología, la neuropsicología, la psicología clínica y la expresión conductual– nos muestra que se encuentra limitado para alcanzar determinados niveles de:

1. Funcionamiento intelectual: es decir, la capacidad amplia y profunda para comprender nuestro entorno, darle sentido a las cosas o averiguar qué hacer en un momento dado. Y ello incluye el razonamiento, la planificación, la resolución de problemas teóricos y prácticos, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas más o menos complejas, el aprendizaje rápido y el aprendizaje a partir de una experiencia.

2. Conducta adaptativa: es decir, las habilidades en las diversas dimensiones conceptual, social y práctica que son aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria.

El déficit o «handicap» en las capacidades mentales generales, arriba indicadas, es el que origina las deficiencias en el funcionamiento adaptativo, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, o la participación social, o el funcionamiento académico y ocupacional y la independencia personal en casa o en la comunidad. Pero a la hora de abordar los especificadores, los diversos niveles de gravedad se definen según el funcionamiento adaptativo, y no según las puntuaciones de CI, porque es el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyos requeridos[2].Todo ello en grado o intensidad diversa según cada individuo. La discapacidad intelectual queda enmarcada como una condición especial y específica dentro de la diversidad funcional que adorna a toda la familia humana. Y es para ella, para la discapacidad intelectual, para la que exigimos a la sociedad apoyos especiales económicos, educativos, sanitarios, sociales en una palabra, que se concretan en leyes.

Esta definición sólo se comprende si se tienen en cuenta las premisas que son parte explícita de ella, porque son las que clarifican el contexto en el que surge la definición e indican de qué forma hay que aplicarla. Por esta razón, la definición debe ir acompañada de las siguientes cinco premisas, indispensables para una correcta aplicación de la definición[3].

Premisa 1. Las limitaciones en el funciona-

miento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios ordinarios, típicos de las personas que son iguales en edad y cultura.

Premisa 2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales. Es decir, para que la evaluación tenga sentido debe contemplar la diversidad y la singularidad de la persona que ha de responder.

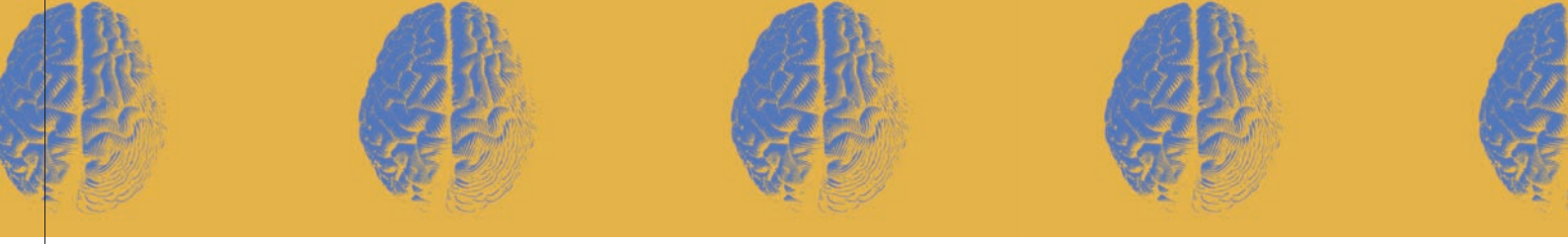
Premisa 3. En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades. Esto significa que la persona con discapacidad intelectual es un ser humano complejo que posee determinados talentos junto con ciertas limitaciones. Como todo el mundo, a menudo hacen unas cosas mejor que otras.

Premisa 4. Objetivo primordial de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo. En consecuencia, el mero análisis de las limitaciones no es suficiente, y la especificación de limitaciones debe ser el primer paso que ha de dar el equipo para ofrecer una descripción de los apoyos que la persona necesita para mejorar su funcionamiento.

Premisa 5. Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual mejora por lo general. Por consiguiente, si mantenidos los apoyos la persona no mejora, se hace preciso reevaluar el perfil de necesidades de apoyo propuesto. El concepto crítico es reconocer que el viejo estereotipo de que las personas con discapacidad intelectual nunca mejoran es falso. Con los apoyos pertinentes, su funcionamiento mejora, a veces de manera insospechada, salvo en casos excepcionales.

La definición de discapacidad intelectual antes citada es una definición operativa, imprescindible en tareas relacionadas con el diagnóstico y la clasificación. Pero la realidad de la persona exige mucho más, se una definición constitutiva de discapacidad intelectual que haga referencia, no a una condición interna sino a un estado de funcionamiento, que es algo vivo y complejo; esta definición constitutiva se expresa en términos de limitaciones en el funcionamiento humano, pero conceptualiza la discapacidad desde una perspectiva ecológica y multidimensional, y subraya el papel fundamental que los apoyos individualizados desempeñan en la mejora del funcionamiento humano. Porque el propio concepto de discapacidad incluye una nueva dimensión: la interacción entre el individuo y la sociedad en que se mueve. Una interacción que puede ser positiva o negativa, hasta el punto de que la supresión de determinados obstáculos puede llegar a reducir o incluso hacer invisible la discapacidad.

Pero el término y conceptualización de discapacidad intelectual, así expresados y explicados, no convencen a todos. Siguen viéndolos como algo peyorativo. Y en esa fuga permanente por evitar nombres que puedan resultar peyorativos o humillantes –«imbécil, idiota, retrasado mental, tonto, subnormal, mongólico...» y ahora «discapacitado»–, se ha propuesto recientemente el término de «diversidad funcional intelectual». Se pretende sustituir el término «discapacidad» por «diversidad funcional» y la «discapacidad intelectual» por «diversidad funcional intelectual» o «neurodiversidad». Sus proponentes entienden que «es la primera denominación de la historia en la que no se da un carácter negativo ni médico a la visión de una realidad humana, y se pone énfasis en su diferencia o diversidad, valores que enriquecen al mundo en que vivimos»[4]. Como si la realidad humana no mostrara innumerables aspectos negativos que exigen una denominación, una definición y una clasificación para abordarlos de manera positiva y eficaz. (Sigue en página 20)



En mi opinión, el intento carece de base científica porque la diversidad funcional y la neurodiversidad son propiedades biológicas que abarcan a todos los seres vivos; por consiguiente, asignar una propiedad general con intenciones definitorias para reducirla a un solo grupo de personas, carece de fundamento, falsea, engaña. Así lo han contemplado el CERMI y otras organizaciones españolas del mundo de la discapacidad, que rechazan el empleo de dicho término al que consideran confuso y de nulo valor práctico5. La discapacidad forma parte de la diversidad, nunca se puede sustituir la parte por el todo.

Quizá sea este el momento de preguntarnos: cuando intentamos cambiar un nombre, ¿qué pretendemos, realmente?, ¿qué nos da miedo y, por tanto, nos induce al rechazo? Es cierto que un nombre condiciona el modo en que la sociedad encara una realidad, pero el nombre no cambia la realidad. El problema, por tanto, no está solo en el nombre sino más bien en la intención con que lo utilizamos, y eso nos lleva a analizar la raíz de nuestra conducta discriminadora ante una persona que presenta discapacidad.

Por eso es tan importante asumir que *la fragilidad y la vulnerabilidad biológicas son propiedades esenciales e indiscutibles de la especie humana*, y que diversidad y fragilidad son dos caras de la misma moneda. Forman parte intrínseca de la diversidad funcional. Una de las múltiples consecuencias de esas propiedades es la discapacidad intelectual. Por consiguiente, tal discapacidad no resta un solo ápice a la dignidad de la persona, al valor de su vida y a sus derechos: el derecho a nacer y existir, el derecho a no ser discriminada, a hacer valer su ciudadanía, y a recibir los apoyos necesarios para su mejor convivencia en sociedad. Sin olvidar que derechos suyos son también sus obligaciones hacia la sociedad; realidad, por cierto, apenas considerada.

El origen de la neurodiversidad humana

Hemos de distinguir en la formación de nuestro cerebro dos grandes procesos: *a)* el que establece el desarrollo básico de lo que podríamos llamar la conducta humana esencial; y *b)* el que establece el desarrollo personal de cualidades, capacidades, inteligencias múltiples.

a) Nuestros genes y el resto del material cromosómico que los acompaña, inician, dirigen y regulan la creación y proliferación de las células del sistema nervioso –neuronas y glía–, su posterior ubicación, el establecimiento de conexiones sinápticas, la formación y manejo de cógnitos en el cerebro (v. más adelante) y la constitución de lo que posteriormente han de ser las extensas redes neuronales que sustenten las grandes dimensiones de la percepción, la ejecución, el lenguaje, la conducta y la cognición propias de la especie humana.

La fuerza directriz que dota a esas redes de su especial propiedad es constitutiva, invencible. No cambian ni su esencia o carácter ni su sitio. En estos dos aspectos no cabe neurodiversidad. Ahora bien: ¿cuántas neuronas han nacido en un particular individuo? ¿Cuántas han ocupado el sitio que les corresponde? ¿Cuántas están en condiciones de actuar como les corresponde? Es ahí donde se combinan regularidad, individualidad y diversidad. Es ahí donde se inicia la neurodiversidad.

Una vez establecidas y ubicadas las células, aparece después el extraordinario desarrollo de sus prolongaciones de carácter receptivo –dendritas– y ejecutivo –cilindroejes– que dan lugar a la formación de las redes neuronales, bajo el impulso de los estímulos externos e internos que acceden al cerebro. Los estímulos son distribuidos, gracias a las vías específicas para ellos constituidos, hacia sitios previamente consignados y dotados para recibirlos y manipularlos, procesarlos. Es así como promoverán en la corteza cerebral los elementos de memoria y de conocimiento que denominaremos, siguiendo al neurofisiólogo Fuster6, cógnitos. Cada cógnito –a saber, cada recuerdo o elemento de conocimiento– se define estructuralmente mediante una red de ensamblajes de neuronas de la corteza cerebral que se forman en la experiencia vital mediante la coactivación de redes más pequeñas o ensamblajes neuronales que representan los rasgos constituyentes de ese recuerdo o elemento de conocimiento.

Y ahí de nuevo nos preguntamos: ¿cuánta capacidad tienen las neuronas de cada individuo para desarrollar sus prolongaciones, establecer sus contactos y formar redes neurofuncionantes, en respuesta a los estímulos que reciben? ¿Cuánta fuerza poseen los estímulos y las influencias que reciben para promover esos contactos y establecer las redes? He ahí otro proceso que explica la neurodiversidad.

Pero no olvidemos que los grandes centros y áreas cerebrales mantienen su sitio y su función predeterminada. ¿Qué es lo que cambia de un individuo a otro? La fuerza e intensidad con que actúan, la capacidad de desarrollarse más y más, la riqueza de las relaciones que establecen con otros centros, la habilidad para crear cógnitos y para relacionarse con otros cógnitos ya establecidos. He ahí otra fuente de neurodiversidad.

b) Junto a la consolidación de los grandes elementos cerebrales que van a establecer la conducta humana esencial aparece el desarrollo heterogéneo y diferenciador que se aprecia a lo largo del crecimiento del individuo, y se expresa con mayor o menor facilidad en la realización de determinadas tareas, de la manifestación de determinadas cualidades, de determinadas tendencias. ¿Por qué?

De nuevo intervienen los genes y su material adjunto que llamaríamos más "personales", responsables de formar neuronas y regular su ubicación; se establecen las conexiones sinápticas, la formación y manejo de nuevos cógnitos, la formación de redes funcionales y, finalmente, la combinación, interrelación e influencias mutuas entre procesos esenciales y procesos personales. También aquí se combinan regularidad, individualidad y diversidad. Como resultado de la interacción entre la acción de material cromosómico y la intensidad, calidad, y cualidad de los impulsos que conforman el entorno y penetran en el organismo, surge el desarrollo en la formación, variedad y funcionalidad de determinados cógnitos, que es desigual en cada individuo. Esas diferencias constituyen la base de las inteligencias múltiples, punto culminante de lo que definimos como diversidad funcional.

Estos dos procesos cerebrales distintos mantienen profundas relaciones entre ellos. Al ser dos procesos distintos, pueden tener fallos en la intensidad con que se organizan los cógnitos en las estructuras esenciales, y sin embargo mostrar un desarrollo más o menos pleno y organizado que garantiza la formación de cógnitos en las estructuras que son base para la expresión de las inteligencias múltiples. Pero la interacción entre unos y otros es íntima, constante, y permanente.

El tamaño y la complejidad de los cógnitos son extraordinariamente variados. Los cógnitos y sus redes están muy repartidos, se solapan y están minuciosamente entrelazados, de modo que comparten nódulos reticulares de asociación entre sí. Hay una inmensa variedad de inputs potenciales que van a nuestros cógnitos y, por tanto, dan libertad a la corteza cerebral para elegir entre ellos. Porque la libertad, como propone Fuster7, estriba no sólo en la capacidad para seleccionar acciones, sino también en la capacidad para seleccionar la información que guiará estas acciones. La libertad está en la capacidad para elegir en ambos lados del ciclo conformado por la percepción y por la acción. Es así como los cógnitos asociados a las distintas cualidades o formas de inteligencia se asocian y pueden influir con los cógnitos que fundamentan y establecen los principios básicos del conocimiento; pero no sustituirlos.

¿Dónde incide la discapacidad intelectual?

Causas muy diversas provocan distorsiones en la estructura, o en la función, o en ambas dimensiones, de las neuronas y sus prolongaciones y contactos que conforman distintos núcleos y áreas corticales del cerebro.

Prescindo de las consecuencias estrictamente físicas o sensoriales para centrarme en las que originan una desorganización del funcionamiento intelectual y de la capacidad adaptativa. El avance de la tecnología neurocientífica nos dota de poderosas herramientas que nos permiten analizar los elementos críticos que ocasionan la desorganización de los billones de cógnitos que se generan y operan en el cerebro. Se hace preciso analizar con detalle la naturaleza de esa desorganización en cada uno de los principales síndromes que ocasionan discapacidad intelectual. Una enorme tarea que poco a poco va realizando la neurociencia.

De este modo cada síndrome tendrá su peculiar patología que es detectable y objetivada mediante los instrumentos propios de la neurociencia, tanto biológica como psicológica, y que habrá de explicar sus consecuencias reflejadas en su funcionamiento intelectual, su conducta adaptativa, los sitios cerebrales más afectados, las consecuencias neuropsicológicas, los fenotipos físicos y conductuales y, por supuesto, la variabilidad interindividual.

La sociedad ante la discapacidad intelectual

Hemos de contemplar, pues, a la persona con discapacidad intelectual desde su realidad biológica, desde su expresión psicológica y desde el entorno social en el que habita. Tal es la visión bio-psico-social propia de la etapa histórica que vivimos. Las ventajas de comprender la naturaleza multidimensional de esta discapacidad son que: a) reconoce las inmensas complejidades biológicas y sociales a las que está asociada; b) capta las características esenciales de la persona; c) establece un marco ecológico para la provisión de apoyos; d) reconoce que la presencia de la discapacidad intelectual incluye la interacción recíproca y dinámica entre habilidad intelectual, conducta adaptativa, salud, participación, contexto y apoyos individuales[8]. Sólo así se alcanza el objetivo de una inclusión social auténticamente integradora.

Con independencia de su origen y factores de riesgo, y como su propia denominación indica, la discapacidad intelectual tiene su base en la disfunción orgánica o funcional del cerebro en interacción con su entorno. De ahí que la sociedad organice y ejecute importantes programas de acción dirigidos a investigar los fenómenos cerebrales implicados en la discapacidad, desde el entramado molecular a la organización de las redes neuronales en su intrínseca conformación para desarrollar las funciones que les son encomendadas[9]. Los avances en este campo han servido para establecer e implementar apoyos de gran calado y repercusión, tanto individual como social. Curiosamente, quienes se obstinan en concebir la discapacidad intelectual como entidad inventada para reforzar el poder, se resisten a aceptar las ventajas de la investigación neurocientífica, a la que consideran como aliada de un poder que sólo pretende discriminar y segregar[10]. Es el fruto posmoderno de quienes todo lo quieren explicar en función del poder y no aceptan la multicausalidad inherente a la condición humana.

Conforme nuestro conocimiento progresa de manera irrenunciable e imparable, como corresponde a nuestra especie inteligente, nuestras perspectivas se amplían.

(Sigue en página 22)

La segregación o el rechazo que todavía sufren las personas con discapacidad intelectual no dependen de la capacidad de diferenciar y definir sus peculiaridades gracias a nuestros crecientes conocimientos, como ciertos sociólogos pretenden, sino de la incapacidad para considerar que la diferencia es elemento esencial de nuestra condición humana. Conocer más y mejor es pertrecharse de recursos para afrontar las necesidades concretas de los individuos, con actitud de servicio[11]. Si queremos cambiar actitudes, tenemos que enriquecer nuestro conocimiento, y a ello se dedica generosamente la moderna neurociencia entendida en su más amplio sentido[12].

Pero no trabajamos con fotos fijas porque, dependiendo de las intervenciones y apoyos que se aporten, el desarrollo individual va mejorando. Lo que interesa es conocer en cada individuo cómo queda afectada –cualitativa y cuantitativamente– la dinámica cerebral que conforma el engranaje de las diversas dimensiones del funcionamiento intelectual y de la conducta adaptativa, y sus reales capacidades; de forma que aprovechemos al máximo sus interacciones con todos esos sistemas y redes cerebrales que contribuyen a formular las diversas cualidades de la inteligencia. Así podremos saber si, y en qué grado, estas últimas (que llamaremos inteligencias múltiples) pueden contribuir a paliar o compensar las insuficiencias que observamos en las diversas dimensiones de la cognición y de la conducta. La realidad no se queda estancada; porque, superado un horizonte, aparecen otros nuevos. Es decir, la apertura a una oportunidad nutre a otras nuevas oportunidades en las que el niño, el adolescente, el joven y el adulto con discapacidad intelectual se sumergen, para obtener de ellas más energía para innovar en su propia vida.

Los apoyos a las personas con discapacidad intelectual

Una vez detectada y caracterizada la discapacidad intelectual en un individuo concreto, toda la fuerza de la sociedad ha de ir dirigida a afrontarla de manera positiva y eficaz: a la programación e implementación de los apoyos. Los apoyos son recursos y estrategias que promueven el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal, de modo que mejoren el funcionamiento individual. Cuando se trata de apoyos a la persona con discapacidad intelectual, premisa previa ha de ser considerar que esta persona se diferencia del resto de la población por la naturaleza e intensidad de los apoyos que necesita para participar en la vida comunitaria[13]. Pero las necesidades de apoyo no reflejan necesaria o exclusivamente una alteración de la capacidad humana: más bien, las necesidades de apoyo de la persona reflejan una limitación en el funcionamiento humano como resultado de, o bien la capacidad personal, o bien el contexto en que la persona se desenvuelve.

La naturaleza y origen de los apoyos son extraordinariamente diversos. Unos nacen con cualidad normativa de carácter mundial, nacional, local. Marcan principios y directrices, establecen códigos, leyes, cuyo cumplimiento ha de redundar en actuaciones favorables y apoyos concretos. Dan soporte a las actuaciones individuales o colectivas que después se hayan de implementar.

Pero lo que de verdad mide la voluntad real de una sociedad que desea ir más allá de las declaraciones de principios, es la programación y provisión de apoyos individualizados y adaptados a las características de cada persona y situación. Su objetivo es doble: a) proporcionar los medios para que cada persona desarrolle el máximo de sus capacidades, y b) conseguir que su vida se desenvuelva lo más posible en ambientes ordinarios y normalizados. Es evidente que ambos objetivos son ambiciosos: cubren toda la vida de la persona y todas las facetas de su existencia.

Obviamente, la selección de los apoyos individualizados que la persona con discapacidad intelectual necesita en un momento concreto de su vida, o a lo largo de toda una etapa, o de la vida entera, debe seguir un proceso de planificación para el que se postulan los siguientes componentes: a) identificar lo que la persona más quiere o necesita hacer; b) evaluar la naturaleza del apoyo que va a requerir para conseguir aquello que quiere o necesita hacer; c) desarrollar un plan de acción para obtener y ofrecer apoyos; d) iniciar y supervisar el plan; e) evaluar los resultados personales conseguidos. La especificación de cada apoyo en cada momento, en cada individuo, para cada objetivo está fuera del alcance de este artículo; pero es fácil comprender la multiplicidad de situaciones y necesidades que cabe imaginar.

Una última palabra. La clave de la eficacia de los apoyos está: a) en las leyes que protegen y dirigen los derechos de las personas con discapacidad intelectual, b) en el conocimiento y actitud de servicio de los cuidadores que les atienden, y c) en las personas e instituciones responsables de orientarles y dirigirles.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD). Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Alianza Editorial, Madrid 201111.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana, Madrid 20145, 33-41.
3. AAIDD, op. cit.
4. J. Romañach, M. Lobato. «Diversidad Funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano». Vida Independiente 2009, en línea, http://forovidaindependiente.org/diversidad-funcional-nuevo-termino-para-la-lucha-por-la-dignidad-en-la-diversidad-del-ser-humano/. (Consulta el 10 de octubre de 2017).
5. J.R. Amor Pan. «Amoris Laetitia y discapacidad intelectual». Lumieira 80-81 (2017) 123-151.
6. J. M. Fuster, Cerebro y Libertad. Los cimientos cerebrales de nuestra capacidad para elegir. Ariel, Barcelona 2014.
7. J.M. Fuster. Op. cit. 275-323.
8. AAIDD, Op. cit.
9. J. Flórez. «Discapacidad intelectual y neurociencia». Rev. Síndrome de Down 32 (2015) 2-14.
10. N. Altermark. «The ideology of neuroscience and intellectual disability: reconstituting the 'disordered' brain». Disability & Society 29 (2014), 1460-1472.
11. J. Flórez. «Del conocimiento al servicio: conocer más para servir mejor». Rev. Síndrome de Down 34 (2017) 98-103.
12. J. Flórez. «Neurodiversidad, discapacidad e inteligencias múltiples». Rev. Síndrome de Down 33 (2016) 59-64.
13. AAIDD, Op. cit.

Descansar realmente en vacaciones

Eduardo Ripalda Ansa. Médico de Familia C.S. Alsasua
Javier Velaz Arbizu. Médico de Familia C.S. Lodosa
Claudia Pérez Estrada. Médico de Familia C.S. Ayegui
Junior García Mendoza. Médico de Familia C.S. Olite
Daniela Armas Zambrano. R4 de Medicina de Familia C.S. San Jorge
Susana Mexía Dos Santos. R4 de Medicina de Familia. C.S. Iturrama

Estamos en verano, tiempo de vacaciones, tiempo de descanso. Pero no siempre es así. El periodo de vacaciones, casi seguramente, lo tendremos , pero podemos no descansar. ¿Por qué? Porque es frecuente que no nos detengamos a preparar unas vacaciones que nos hagan estar en calma, sin prisas, que nos ayuden a recuperar fuerzas.

Dependiendo del tipo de trabajo u ocupación que tengamos, para algunas personas descansar será visitar unos monumentos y acudir a algún museo. Para otras lo que necesitan es estar relajados en la playa o en el monte, o en un hotel o apartamento. En casa mejor no, ya que la distancia física con nuestra vivienda, en la que hacemos las labores del hogar, nos ayuda a descansar más y mejor.

Obviamente la situación familiar y económica de cada uno condicionará varios aspectos de nuestras vacaciones, pero no lo más nuclear: que sea un tiempo real de descanso.

En general, y por desgracia, en nuestro día a día es bastante frecuente que nos cuidemos poco. Qué bueno sería empezar por unas vacaciones bien pensadas para el descanso. Por eso, dediquemos un tiempo a planificar lo que nos va a descansar. Y habrá veces que nuestra forma de descansar no coincida con la de nuestra familia. Es fundamental llegar a consensos para que todos los miembros de la familia puedan descansar. Lo mejor que uno puede hacer por su familia, lo primero, es estar bien. Si eso implica irse unos días sin su familia a descansar bienvenido sea. No es necesario hacer todo juntos, lo necesario es cuidarse para estar bien.

Hay tres máximas que pueden ayudar en la tarea de que nuestras vacaciones sean un éxito en lo que a descanso se refiere:

No ir con prisas: mejor ver con paz dos monumentos que no cinco con tensión. "Para una vez que he venido a este lugar, quiero visitar todo". Sólo vas a tener, si las tienes, un buen periodo de vacaciones al año. Si no te sirven para recargar energía, las has desaprovechado.

Comer bien: que no implica gastar mucho dinero. Sentir que te mimas con la comida, que te das caprichos porque es un periodo especial: vacaciones. Mimar los sentidos del gusto y del olfato nos ayudan al bienestar.

Dormir bien: un buen descanso nocturno es fundamental. Para ello, hay que intentar acostarnos y levantarnos a parecida hora, dejarle al cuerpo que duerma más horas si es que lo necesita, intentar no ver pantallas que emitan luz antes de acostarnos y buscar una rutina de hábitos previos a acostarnos que nos ayuden a llegar a la cama relajados: leer o escuchar música que no nos excite demasiado, tomar leche, etc.

Ojalá que disfrutemos mucho en verano y podamos recuperar las energías perdidas durante el año.

Ictus: vuelta a casa tras la hospitalización

Susana Clemos Matamoros. F.E.A. Medicina Interna. Hospital Reina Sofia. Tudela

Después de un ictus, un tercio de las personas tienen una recuperación satisfactoria, carente de secuelas, otro tercio queda con secuelas graves y el otro tercio de los ictus son fatales. La tercera parte de los fallecimientos ocurre durante el ingreso hospitalario, y el resto, en los meses siguientes.

El principal factor que determina el alcance de las secuelas posteriores a un ictus es su gravedad inicial, que está relacionado con el tamaño de la arteria ocluida y del área del cerebro lesionada.

Otro de los factores principales es la edad del paciente ya que las personas mayores tienen una capacidad limitada de recuperación y con frecuencia tienen otras enfermedades que pueden complicar la evolución después del ictus.

De todas formas es más importante la edad biológica que la cronológica, es decir, una salud previa buena favorece la recuperación del ictus con independencia de la edad del paciente.

Las personas que han tenido un ictus pueden padecer algunas complicaciones y secuelas que van a condicionar un cambio de vida para el que hay que estar preparados para poder actuar en consecuencia.

1.- Pérdida de fuerza, falta de coordinación o pérdida del control de movimiento

Es una discapacidad secundaria que tiende a mejorar durante los primeros 6 meses, aunque es posible que, a pesar de la rehabilitación, la recuperación no sea completa.

2.- Propensión a caerse

Se aconseja ejercitar y fortalecer la musculatura y entrenar el equilibrio. También es importante identificar y modificar aquellos aspectos del hogar que puedan suponer un mayor riesgo de caídas: retirar alfombras, utilizar sillas en la bañera o en la ducha, usar asideros y utilizar zapatos con suela antideslizante.

3.- Trastornos visuales

La dificultad para visualizar la mitad del campo visual, o hemianopsia, a veces pasa desapercibida para el paciente, y los cuidadores pueden ayudarle recordando al paciente que mire hacia el lado enfermo, ya que, con un poco de entrenamiento, esta dificultad puede compensarse muy bien simplemente girando la cabeza para mirar hacia el campo ciego, el lado afectado.

4.- Trastorno en el lenguaje

Alrededor de una cuarta parte de los pacientes que han sufrido un ictus presentan diferentes grados de dificultad para comunicarse o afasia. La afasia es la pérdida de la capacidad de producir o comprender lenguaje debido a una lesión cerebral.

¿Qué no debe hacerse?

- Hablarle deprisa, a gritos o en tono enfado.
- Actuar como si le hubiéramos entendido.
- Hablar del paciente como si no estuviera presente.
- Tratar al paciente de forma autoritaria o como si fuera un niño.
- Confundir el problema del lenguaje con una demencia. El problema reside en la capacidad para hablar, no en su inteligencia.

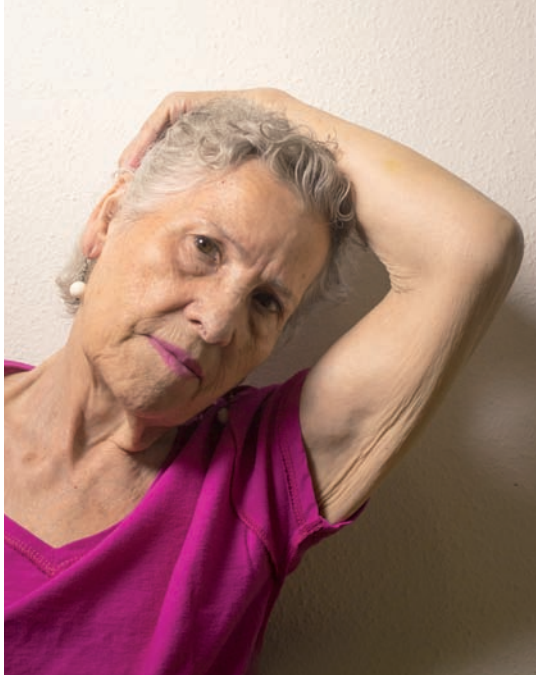
Consejos de actuación

- Hablar lentamente y vocalizando bien.
- Usar frases sencillas, cortas y claras, y que digan una sola idea.
- Hablar cara a cara acompañando las frases con gestos simples.
- Señalar los objetos que se nombran o imitar acciones con mímica.
- Reconocer todo esfuerzo por comunicarse, aún cuando cometan errores.
- Es preferible ayudar al paciente a decir lo que quiere, que intentar adivinarlo.
- Decirle la primera letra puede facilitar que pronuncie la palabra completa.

5.- Espasticidad

Consiste en una contracción permanente de ciertos músculos. Esto puede ocasionar rigidez, dolor, contracturas y dificultad en algunos movimientos. Para prevenir la rigidez articular se moverán todas las articulaciones de las extremidades afectadas por el ictus varias veces cada día, ya sea con la ayuda de un familiar o el propio afectado por su cuenta (automovilizaciones).

En algunos casos, también será necesario el uso de ciertos aparatos, para evitar las deformidades, como ortesis en el brazo y mano, o férulas en la pierna y pie, para lo que recibirá el consejo del médico rehabilitador.



6.- Trastorno de la sensibilidad

Se manifiesta como hormigueo, sensaciones desagradables o falta de sensibilidad al tacto. Se debe ser especialmente cuidadoso con las extremidades que han perdido fuerza, especialmente si se ha perdido también la sensibilidad de esa parte del cuerpo, ya que pueden producirse heridas o quemaduras sin que la persona se de cuenta.

7.- Dolor superficial

Provoca una sensación de quemazón o pinchazo que empeora con el tacto, el agua o los movimientos y que se conoce como dolor central. Algunos antidepresivos y anticonvulsivantes son eficaces para controlar este tipo de dolor. Las personas que han sufrido un ictus también pueden tener dolor de hombro del brazo paralizado. Durante los episodios de dolor puede utilizarse algún analgésico simple, pero si el dolor persiste se debe consultar con el especialista.

8.- Disfagia o dificultad para tragar

Para ayudar al paciente con disfagia se puede modificar la dieta, la textura de la misma o, si fuese necesario, utilizar técnicas de alimentación seguras.

9.- Incontinencia urinaria

Suele ser una afectación transitoria, aunque puede perdurar en pacientes con secuelas importantes. Si en el momento del alta aún persisten los problemas, es importante consultar con los profesionales sanitarios acerca del tratamiento y manejo de la incontinencia.

10.- Alteraciones del estado de ánimo durante la convalecencia, la rehabilitación e incluso una vez superado

Depresión, apatía, irritabilidad o labilidad emocional (pasar del llanto a la risa sin motivo, llorar o reírse sin causa aparente) son secuelas del ictus. Es importante que el paciente exprese como se siente.

En cualquier caso, si se piensa que la persona presenta alguna alteración del estado de ánimo se debe consultar con los profesionales sanitarios.

11.- Deterioro cognitivo (disminución de la memoria, atención, orientación, dificultad en la planificación y organización en las tareas)

Aunque este deterioro puede mejorar con el tiempo, en los casos en los que afecte a la recuperación, es probable que se necesite consultar con un especialista.

¿Cómo podemos ayudarle?

- Colocarnos del lado del cuerpo que el paciente tenga afectado para estimularlo, haciendo descansos para no fatigarlo.
- Ponerle la radio y la televisión, asi como leerle el periódico.
- Hágale partícipe de las conversaciones.
- Utilice álbumes de fotos para que señale, nombre o reaccione ante la imagen.

No todos los pacientes se recuperan del todo. El tiempo y tipo de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia u otros) que requiere un paciente varía en función de la edad y de los objetivos.

Es muy importante que el cuidador no sobreproteja al paciente y que le ayude sólo en aquello que el paciente no pueda hacer. En la medida que el paciente se implique más en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, más estimulamos su autonomía personal.

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS, DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

RUEBER

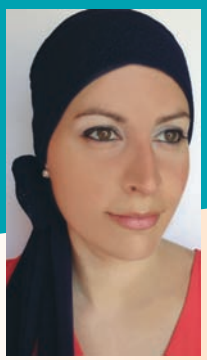
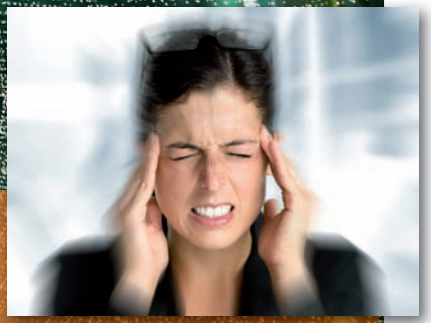


Imagen real de una prótesis capilar **RUEBER**

- NO QUEREMOS QUE LA FALTA DE CABELLO SEA UN PROBLEMA
- ASESORAMIENTO INTEGRAL PARA EL CUIDADO DE LA PIEL
- VISITE NUESTRAS NUEVAS INSTALACIONES Y LE INFORMAREMOS SIN COMPROMISO
- NOS ADAPTAMOS A TODAS LAS ECONOMÍAS

Monasterio de Urdax, 8, 1º - Esquina con Pío XII, 9 · 31007 PAMPLONA · **Tel. 948 25 50 53**
www.ruebercentrocapilar.es · rueberpamplona@rueber.es



Vértigo

Dr. Diego Regalado Bermeo. *MIR-ORL. Complejo Hospitalario de Navarra*
Dr. Ignacio Arruti González. *Jefe de Sección ORL. Complejo Hospitalario de Navarra*

El vértigo verdadero definido como la ilusión de movimiento subjetivo u objetivo es un signo/síntoma de una gran diversidad de patologías, entre las que hay que descartar las de origen central (Sistema Nervioso Central) sobre las que merece la pena actuar de forma precoz debido a la posibilidad de peor pronóstico; mientras que las de un segundo origen (Sistema Nervioso Periférico) a pesar de ser incapacitantes suelen ser benignas y de evolución crónica pero parcial o totalmente favorables.

Causa del vértigo

Radica en la asimetría de la emisión de los impulsos nerviosos que le indican al cuerpo su posición en el espacio, pudiendo originarse a nivel de los receptores localizados en el oído interno, en los ojos o en los receptores que dependen de la sensibilidad profunda localizados en la medula espinal y cerebelo, es por ello por lo que solamente es un síntoma/signo ya que la causa de la asimetría es el origen último de la enfermedad.

La distribución del vértigo según las áreas asistenciales revisada en diferentes series de datos muestra que aproximadamente un 40% tienen origen periférico, 10% origen central, 15% origen psiquiátrico, 25% origen no relacionado con patología vertiginosa (cardiológica, metabólica, etc.) y en 10% no se pueden hallar la causa.

Diagnóstico

Es indispensable la colaboración del paciente ya que los detalles de la entrevista aportan datos cruciales sobre todo para intentar orientar el origen del síntoma y poder llegar al diagnóstico de manera más acertada. Partiendo de lo anterior se explica ¿por qué? en los pacientes pediátricos el diagnostico es mas dificultoso ya que estos no suelen ser capaces de describir con detalles lo que les está ocurriendo debido a que generalmente sus síntomas se ven enmascarados por el miedo a lo desconocido y reconducidos por la interpretación que los padres suelen dar a estos, en los niños mayores y en los adultos cuando no se puede contar con el aporte de una buena entrevista la aproximación al diagnostico se realiza basándose en los signos clínicos que se hallan durante la consulta.

Hay que recordar que la intensidad de los síntomas per se no es orientativa de la localización ni del pronóstico; sin embargo, la disociación en cuanto a la magnitud del nistagmo (movimiento ocular involuntario) apreciado respecto a la sensación de movimiento percibida, sí que sugiere fuertemente que el origen pueda ser el tronco del encéfalo. Los datos que aportan más información durante la entrevista con el paciente son: el tiempo de evolución, los factores que lo provocan, los factores que lo agravan, la asociación de síntomas y signos, el nistagmo, la inestabilidad, la hipoacusia y los síntomas neurológicos asociados.

En conclusión los vértigos pueden manifestarse de varias maneras ya que generalmente los pacientes no son capaces de expresar claramente lo que sienten, estas pueden ser como: ilusión de movimiento objetiva o subjetiva, mareo, inestabilidad, sensación de inclinación o caída inminente; respecto a los síntomas típicos acompañantes también se describe gran variedad igualmente inespecífica, como: náuseas, vómitos, sudoración, decaimiento, sensación de debilidad generalizada, dolor de cabeza, intolerancia a la luz o los ruidos...

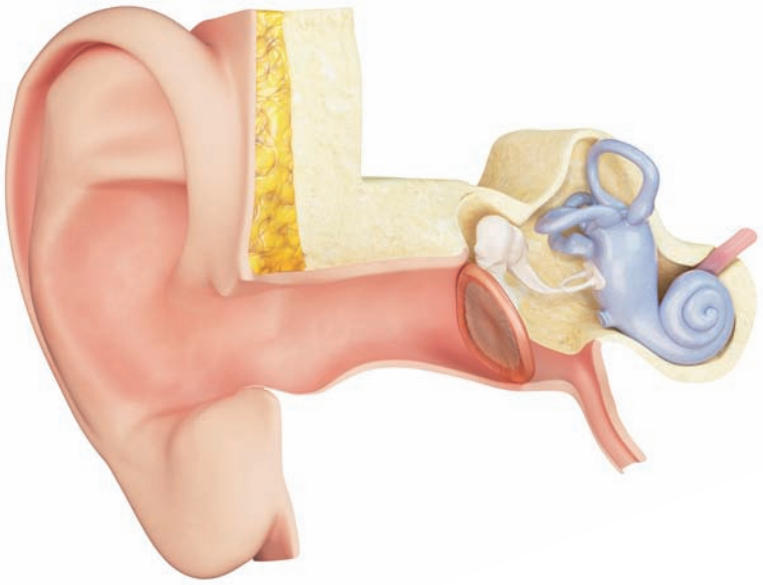
El examen físico completo de los pacientes al igual que la historia clínica tienen un altísimo valor orientativo en cuanto al diagnóstico ya que es en este momento donde podemos apreciar la integridad o afectación de las diferentes estructuras locales o sistémicas asociadas con el origen del vértigo o afectadas por su presencia, hay que prestar gran atención al estado de conciencia, a la exploración de los órganos de los sentidos y sobre todo a la anatomía y estructura de los oídos más aún si el paciente es un niño ya que en estos las infecciones son más comunes y estas pueden causar vértigos, es igual de importante la valoración de la estabilidad y equilibrio por lo que la exploración de la simetría vestibular y los diferentes tests para evaluar la marcha son de gran utilidad. Si la sospecha va encaminada a afectación de los canales laberinticos loas maniobras de provocación laberíntica nos pueden conducir tanto al diagnóstico como tratamiento in situ de la afectación.

Causas

Vértigo Posicional Paroxístico Benigno, migraña, enfermedad de Meniere, neuritis vestibular, cambios en la medicación habitual, trauma craneal y otras causas neurológicas; en los niños la mayoría de los vértigos se relacionan con: Otitis Media, Migraña, Vértigo Paroxístico Benigno de la infancia, Trauma craneal e infección del sistema nervioso central.

¿Cuándo acudir a urgencias?

El acudir a urgencias siempre es un criterio relativo al grado de incomodidad y disconfort que el paciente tolere; sin embargo, la presencia de síntomas neurológicos asociados como parálisis de alguna extremidad, pérdida



de conciencia, incapacidad para hablar o desorientación obligan a una consulta inmediata, así también la presencia de fiebre, pérdida de visión, cefalea intensa, caídas, dolor de pecho, vómitos incesantes... Todo esto relativizado en contexto de la edad del paciente y sus patologías acompañantes, así como sus antecedentes.

Pruebas complementarias

Se puede decir que su realización urgente es muy relativa ya que solamente permiten apreciar alteraciones secundarias a la presencia de síntomas asociados como en el caso de los análisis de sangre, que nos permiten conocer la presencia de: deshidratación, alteración hidroelectrolítica secundaria a vómitos, presencia de infecciones u otros trastornos asociados, por ejemplo a desordenes metabólicos o incluso farmacológicos; otra prueba que en urgencias puede aportar información respecto al vértigo es la realización de un electrocardiograma que nos puede permitir conocer si el síntoma tiene relación con afectación cardiaca o descompensación de patologías locales preexistentes.

Es muy importante mencionar que las pruebas de imagen modernas (TAC, RMN) solicitadas en urgencias permiten descartar patología central, en el paciente pediátrico hay que tener en cuenta que la acumulación de radiación por pruebas innecesarias podría conllevar problemas a futuro.

Es por esta causa que: la entrevista, la clínica, el tiempo y forma de evolución del síntoma son las piedras angulares sobre las que se asienta la sospecha diagnostica.

De manera diferida y una vez descartado el compromiso vital del paciente y la mayoría de causas neurológicas tratables el estudio del vértigo puede verse beneficiado de una gran cantidad de técnicas diagnósticas además de las ya comentadas TAC y RNM, de las cuales incluso hay algunas que a día de hoy a pesar de su utilidad aún están en fase de desarrollo, disponemos de: pruebas calóricas, posturografía, videonistagmografía, estudio de laberinto mediante VHit, potenciales miogénicos del sistema vestibular, potenciales del tronco del encéfalo, electrococleografía, etc. Cada uno más o menos útil según la sospecha diagnóstica.

Tratamiento

Existen varias herramientas que pueden ser más o menos útiles en función de la fisiopatología involucrada; independientemente de la causa lo primero a mejorar es el confort del paciente por lo tanto hay que tratar los síntomas asociados como: el dolor, la fiebre, la sudoración, la deshidratación, los vómitos etc. Para el control de los síntomas se usan medicaciones como: antihistamínicos, antieméticos, sedantes vestibulares y benzodiacepinas. El siguiente paso en el tratamiento es el control especifico de la causa, para lo que se pueden usar: maniobras de reposicionamiento canalicular, esteroides, diuréticos, antagonistas de canales de calcio, antimigrañosos, vasodilatadores, etc.

En muchas ocasiones las lesiones originales no pueden ser corregidas esto hace que el síntoma pueda verse mantenido en el tiempo, este fenómeno es apreciado cuando se trata casi únicamente de patología a nivel central ya que a nivel periférico aparece la adaptación, mediante la cual el organismo "aprende" a desempeñar sus funciones prescindiendo en mayor o menor medida del órgano deficitario y se describe como más efectiva cuanto más joven es el paciente, no hay que confundir la ausencia de adaptación con la posibilidad de sucesión de varios episodios de vértigo.

La parte final del tratamiento es la rehabilitación en los casos en los que esta pueda beneficiar al paciente como son los déficits vestibulares, uni o bilaterales, ya que de esta manera se pretende acelerar el proceso adaptativo antes descrito para mejorar la calidad de vida del paciente y reducir su incapacidad, se ha demostrado también que la rehabilitación puede ser beneficiosa en casos de patologías que generen déficit recurrentes por lo que los pacientes incluso podrían realizar ejercicios de rehabilitación en sus domicilios incluyendo en estos las nuevas tecnologías virtuales.

Conclusión

Para resumir, el vértigo no es una patología por si solo, el origen del síntoma se puede hallar a diferentes niveles anatómicos y funcionales, existen varias herramientas que ayudan en la orientación diagnostica sin embargo la historia clínica y exploración física completas y detalladas son insustituibles, se están desarrollando tecnologías que intentan explorar más profunda y detalladamente el equilibrio y sus alteraciones, no siempre las pruebas de imagen aportan datos relevantes en el diagnóstico del vértigo; para el tratamiento del vértigo se cuenta con diversos fármacos que van orientados a disminuir la sintomatología acompañante, tratar la causa del vértigo, bajar su posibilidad de recurrencia y favorecer la adaptación y rehabilitación.

TANATORIO LA FUENTE
FUNERARIA SAN PEDRO NAVARRA
A su lado en los momentos más difíciles.
Pol. Talluntxe Calle A, Nº 2
31110 Noáin (Navarra) España
M: 618 989 761
T: 948 312 765
www.funerariasanpedronavarra.com
SERVICIO FUNERARIO COMPLETO
SERVICIO DE FLORISTERÍA Y CONTRATACIÓN DE ESQUELAS
TRASLADOS NACIONALES / INTERNACIONALES
Todo ello de la forma más cercana, respetuosa y profesional, gracias a nuestra amplia experiencia en el sector.
• Precio competitivo y excelentes condiciones de financiación.
• Trabajamos con todas las compañías aseguradoras.
• Amplio aparcamiento gratuito.

Colitis

Dra. Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA*
Berta Torrero Bonel. *DUE C. Zona Básica Valtierra Cadreita*

No es lo mismo colitis que diarreas. Es muy común confundirla porque puede presentarse con ella, pero la diferencia radica en que la colitis es una enfermedad, mientras que la diarrea es sólo un síntoma. Este síntoma puede ser más o menos grave dependiendo de la causa o agente que la produce, así como de su intensidad y de su duración.

¿Cuáles son las causas de la diarrea?

Puede deberse a infecciones virales, bacterianas o a otros agentes irritantes como laxantes, medicamentos o la alteración de la flora intestinal.
Es importante saber distinguir una colitis de la diarrea porque ni las dolencias ni el tratamiento van a ser el mismo.

¿Qué es la Colitis?

La colitis es una enfermedad inflamatoria del intestino, que se produce cuando el revestimiento del intestino grueso (colon), y el recto se inflaman. Dicha inflamación lo que produce son pequeñas úlceras en la pared interior del colon, que producen secreción de moco, pus o pueden llegar incluso al sangrado .
Generalmente la inflamación suele comenzar en el recto y extenderse hacia arriba, aunque no llega a afectar al intestino delgado.
No hay diferencias en cuanto a su afectación ni por sexos ni por edades e insistimos en que aunque en muchos casos se hable de "Colitis" en sustitución de "diarreas" no se trata de lo mismo.

La colitis puede ser de distintos tipos, dependiendo de su origen:

- **Colitis ulcerosa.** Es una enfermedad crónica, autoinmune caracterizada como su nombre indica por inflamación y ulceración del colon. Puede afectar total o parcialmente el colon. Cursa como síntomas típicos con diarrea (a veces con sangre) y dolor abdominal.
- **Colitis tóxica (Megacolon tóxico).** Es una afección grave donde aparece dilatación del colon con daño de la pared intestinal y hay riesgo de rotura del intestino. La inflamación puede ser parcial o total. Generalmente aparece como complicación de colitis ulcerosa, aunque también puede tener un origen infeccioso.
- **Colitis pseudomembranosa o asociada al uso de antibióticos.** Aparece por sobrecrecimiento bacteriano (Clostridium difficile) en aquellos casos de uso de antibióticos. Los antibióticos en ocasiones eliminan todas las bacterias de nuestros intestinos y se produce un desequilibrio, persisten las más resistentes que al estar "solas" crecen de manera incontrolada. Otras situaciones como la isquemia, la quimioterapia, y los antiinflamatorios no esteroideos pueden también generar irritación en la mucosa del colon y por lo tanto, su inflamación.
- **Colitis hemorrágica.** Es ocasionada mayormente por la bacteria Escherichia Coli, que infecta el intestino grueso y producen toxinas que causarán tanto diarrea con sangre como un fuerte dolor abdominal.
- **Colitis nerviosa.** Puede aparecer cuando se viven situaciones estresantes, ansiedad y nerviosismo con frecuencia.
- **Colitis granulomatosa.** Se debe a un raro padecimiento autoinmune (cuando el sistema de defensas del organismo ataca a sus propios tejidos) conocido como enfermedad de Crohn o enteritis regional.

Síntomas de la Colitis

Estos pueden variar en cuanto a gravedad y pueden aparecer de forma gradual o de manera brusca según la causa que los origine. Los síntomas principales son:

- Dolor abdominal, cólicos, gases intestinales abundantes.
- Diarrea, sangre y pus en las heces.
- Fiebre.
- Dolor rectal.
- Pérdida de peso, anemia.
- Deshidratación.

En algunos casos lo síntomas desaparecen tras el primer ataque, mientras que en otros muchos casos, esos síntomas son persistentes.

¿Cómo se trata la Colitis?

Su tratamiento dependerá de la causa que lo origine, aunque existen medidas que de manera general podemos utilizar para todos los casos.

Si la Diarrea es el síntoma principal :

- Debe ingerirse gran cantidad de líquidos para reponer los que se han perdido, así como mantener dieta blanda basada en puré de verdura, patata, sémola, arroz, zumos y carnes blancas. Si persiste la diarrea solicitar asistencia médica.

- Evitar vegetales crudos, legumbres o alimentos con mucha grasa, salsas picantes, condimentos, bebidas alcohólicas, café, chocolate y lácteos.
- En caso de Diagnóstico de enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa/ enfermedad de Crohn),siga los consejos indicados por su médico según la gravedad del brote. Acuda a Urgencias si empeora o no hay mejoría de los síntomas.
- Si existe sospecha de infección parasitaria o bacteriana solicite aistencia médica para tratamiento específico en cada caso. NO SE AUTOMEDIQUE.
- No olvide comentarle a su médico si ha estado de viaje en otros países o sitios endémicos de cierto tipo de enfermedades o parásitos intestinales.
- Si la colitis puede estar en relación con el uso de antibióticos, contacte con el médico prescriptor para valorar la posibilidad de interrumpir su administración.

♦ La **colitis nerviosa** mejora notablemente cuando el individuo aprende a manejar adecuadamente estrés y ansiedad. Puede ser útil la ayuda de un psicoterapeuta.

♦ Puede ser recomendable el uso de medicamentos (probióticos) que restauren el equilibrio de las bacterias que habitan el sistema digestivo (flora intestinal).

♦ Vigile siempre posibles signos de gravedad o complicaciones ante episodios de colitis (dolor que no mejora, diarreas con sangre, fiebre, mal estado general) y acuda en busca de valoración médica.

¿Existe alguna medida de prevención?

Más que propiamente medidas preventivas os daremos varios consejos generales para el adecuado funcionamiento de nuestro aparato digestivo, garantizando un tránsito intestinal regular.

♦ Se recomienda incrementar la ingesta de frutas, verduras, cereales integrales, hortalizas ya que mantienen en buenas condiciones al aparato digestivo.

♦ Moderar el consumo de grasas, productos derivados de la leche e irritantes del aparato digestivo, como café, cigarro, picante y bebidas gaseosas.

♦ Beber al menos 8 vasos de agua al día (2 litros).

♦ Reducir los niveles de ansiedad y estrés evita la aparición de colitis nerviosa, por lo que las personas aprehensivas pueden recurrir a técnicas de autorrelajación, la práctica deportiva constante y el uso de tranquilizantes naturales e infusiones relax contribuyen a mejorar el estado de bienestar.

♦ No ingerir alimentos en lugares con higiene deficiente, a fin de evitar el contagio de bacterias y parásitos perjudiciales.

La amistad entre pacientes oncológicos

Tomás Yerro. Catedrático de literatura, jubilado.
A la Dra. Ruth Vera García

A vueltas con la amistad

La amistad, considerada unánimemente por los autores clásicos y contemporáneos como uno de los sentimientos más nobles de la persona, ha sido objeto de penetrantes reflexiones por parte de los grandes pensadores de Occidente: entre otros muchos, la Biblia, Platón, Aristóteles (Ética a Nicómaco, s. IV a. C.), Epicuro, Cicerón (Sobre la amistad, 44 a. C.), Séneca (Cartas morales a Lucilio, s. I d. C.), san Agustín, san Elredo de Rieval (La amistad espiritual, s. XII), santo Tomás de Aquino, Montaigne (La amistad, 1588), Jeremy Taylor, Louis de Sacy, Rousseau, Kant, Hegel, Comte, Nietzche, Freud, etcétera. En el ámbito hispánico destacan las aportaciones de Ricardo Sáenz Hayes (De la amistad en la vida y en los libros, 1942), Pedro Laín Entralgo (Sobre la amistad, 1972), Antonio Fuentes Mendiola (La amistad. Un tesoro por descubrir, 2012), etcétera. En el campo de la ficción mitológica, literaria y cinematográfica, ocupa también un protagonismo muy destacado. Como muestra, baste recordar a las parejas de amigos formadas por personajes bíblicos como Ruth y Noemí, David y Jonatán, Pablo y Bernabé; los griegos Aquiles y Patroclo, Diomedes y Ulises, Orestes y Pílades; a la narrativa moderna y contemporánea pertenecen don Quijote y Sancho, los (tres) mosqueteros, Sherlock Holmes y Watson, Thelma y Louise, y muchísimos más.

Pese a haber sido abordada desde perspectivas tan variadas y enriquecedoras -metafísicas, teológicas, místicas, culturales, artísticas, médicas, psicológicas...-, hay un vacío bibliográfico sobre la amistad tardía surgida ex novo ('desde cero') entre pacientes que se conocieron en recintos hospitalarios y más en particular entre enfermos cancerosos. Me propongo, pues, bosquejar unos someros apuntes acerca de este tema cimentándolos en mis lecturas y estudio, la observación y, por encima de todo, mi propia experiencia como usuario del hospital de día de Oncología del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), en Pamplona, rompeolas sanitario público de la comunidad foral.

"La amistad es lo más necesario para la vida"

Según el diccionario de la RAE, la amistad es "un afecto personal, puro y desinteresado, que nace y se fortalece con el trato." Séneca asegura que "no la empuja provecho alguno, sino un impulso natural", de suerte que, añado por mi cuenta, los amigos vienen a ser los hermanos que se eligen con plena libertad. Para Aristóteles, "es lo más necesario para la vida", una condición imprescindible de la dicha. Por su parte, Cicerón afirma que se trata del mayor tesoro humano después de la sabiduría, solo posible entre personas de bien, honradas. En pleno siglo XX, el poeta Jorge Guillén escribe tajante: "Amigos / Nadie más. / El resto es selva". "Mi patria son los amigos", afirma el escritor peruano Alfredo Bryce Echenique.

A la amistad, como a todas las relaciones humanas, se puede acceder por el trato más o menos asiduo o, en ocasiones, de forma súbita dependiendo del carácter del individuo, la voluntad, la situación y el azar. Sus gérmenes más comunes, con las consabidas excepciones, anidan en círculos de personas con afinidades iniciales de índole laboral, religiosa, política, social, cultural, artística, deportiva, etcétera. En cualquier caso, su conservación y desarrollo requieren los requisitos de la empatía, el respeto, la confianza, la lealtad, la franqueza, la sencillez, la prontitud en la comunicación, la paciencia, la ayuda mutua puesta a prueba sobre todo en los malos trances... Para aspirar a la perfección, sin tener por qué llegar a los extremos espiritualistas descritos en su teoría por los tratadistas cristianos, la amistad se fundamenta en lo que el amigo es, no en lo que hace, representa o posee en términos de popularidad, prestigio, riqueza... Entre sus enemigos naturales figuran la inconstancia, el recelo, el insulto, la soberbia o arrogancia, la "franqueza excesiva" (Kant) y zafia, la indiscreción, la traición... El cultivo de la amistad verdadera -estatus muy superior a la mera simpatía social, la camaradería, la tertulia y la cuadrilla o pandilla- precisa de un número limitado de amigos (el término se ha prostituido mucho en nuestros días: a numerosos y simples conocidos se les denomina amigos con demasiada alegría, tendencia a cuyo desarrollo están contribuyendo las redes sociales, propiciadoras de genuinas amistades, sí, pero también de generalizadas relaciones muy superficiales, narcisistas, cuando no engañosas). Asimismo, las altas esferas del poder económico, político y social propician las falsas amistades al estar contaminadas a menudo por intereses espurios, parientes cercanos de la puñalada por la espalda, testimonio ofrecido desde la Antigüedad greco-romana por no pocos historiadores y por la mayoría de los filósofos arriba citados.

En primera persona

Cuando en abril de 2017 debuté como paciente de quimioterapia en el hospital de día de Oncología, ubicado en la planta baja del pabellón C del CHN, percibí al instante lo que viene siendo la tónica habitual hasta la actualidad: en la nutrida sala de espera el nivel acústico de las conversaciones directas y de los teléfonos móviles es en general muy alto y casi siempre provocado por los familiares acompañantes, hecho que contrasta con el tono quedo y hasta con el silencio de los enfermos, reconocibles por su aspecto a simple vista.

Además, en los boxes de administración del tratamiento de la quimioterapia las animadas conversaciones espontáneas entabladas por algunos pacientes se contraponen al silencio sonoro de otros, con preferencia mujeres, que no pocas veces protegen su mutismo y aislamiento con la muleta de una sobada revista del corazón, un folleto de crucigramas y sudokus o, más raramente, un libro. Otro de mis hallazgos consistió en su día en compro-

bar que, cuando me dirigía de forma personal a cualquier compañero de box, sin distinción de sexos, la respuesta era casi siempre positiva: todos, hasta los más tímidos y silentes, exceptuados algunos jóvenes, deseaban hablar, intercambiar y compartir informaciones en principio de naturaleza clínica: "tengo un cáncer de pulmón", "me quitaron un tumor en el colon y ahora me dan sesiones de quimio", "cuando todo parecía que iba bien, ahora me ha salido una metástasis en...", "mi cáncer de mama parece que está a punto de curarse", "aquí venimos a curarnos y, si la cosa no funciona bien, que nos quiten lo bailao", "después de las sesiones paso una semana hecho/a polvo, con náuseas y diarreas", "al principio me impresionó quedarme calvo, pero ahora lo acepto bien: mi mujer dice que me parezco al actor Yul Brynner, que era bien guapo", etcétera, etcétera. Sin pretenderlo, algunos pacientes veteranos ejercen de tutores de los novatos en las lides de la quimio.

Cuando se logra una mayor intimidad en la misma sesión o en reencuentros posteriores, la conversación tiende a focalizarse en los lugares de nacimiento y residencia -hilo de conversación muy fértil-, los avatares del currículum profesional -al que en la tesitura presente, liberados de galones laborales, suele concedérsele escaso valor- y, más adelante, las cuestiones esenciales de la vida: el amor, la familia (esa bendición de parejas, hijos y ¡nietos!), las ilusiones y proyectos inmediatos, las divagaciones sobre el pasado y el presente social y, cómo no, la muerte. Este último tema continúa aflorando con una naturalidad absoluta, enfocado sin remilgos, con serena aceptación, quizá verbalizado de manera más explícita y sincera que cuando se trata con los parientes más cercanos, en general más temerosos ante el eventual ‹viaje definitivo› de su ser querido que el propio enfermo. En esos intensos momentos experimento la sensación de que el aséptico box adquiere las dimensiones simbólicas de un lugar casi sagrado, en el que los fieles-enfermos, tutelados con discreción y eficiencia por el personal de enfermería, cobramos plena conciencia de nuestra esencial vulnerabilidad, fragilidad, interdependencia, resiliencia o capacidad para superar la adversidad y, desde luego, nuestra condición de mortales. Flotan en el ambiente los latidos de la suprema solidaridad, con los pitidos de fondo emitidos por las bombas al acabarse los medicamentos de las bolsas. En esos instantes, casi mágicos, cuesta muy poco ponerse en el lugar del otro.

El tono personal, intimista, de las confidencias afecta por igual, con leves modulaciones, a pacientes con procedencias geográficas, estados civiles y trayectorias profesionales muy diversos. Qué más da platicar con un soltero, casado, divorciado o viudo/a; o que se sea blanco, moreno, rubio, mestizo o negro como el betún; o que haya trabajado como autónomo, obrero metalúrgico, pintor, camarero, comerciante, profesor, agricultor, músico, administrativo, albañil, secretaria, médico cirujano, gestor cultural, ama de casa, zapatero, funcionario, pastor... A quién le interesa si eres navarro, aragonés, andaluz, ecuatoriano, colombiano, marroquí o búlgaro. Lo que de veras importa es la sintonía esencial entre personas que estamos atravesando una etapa muy singular y difícil de nuestras vidas, quién sabe si la última, depuradas ya de cualquier elemento accesorio e impregnadas por los sentimientos más nobles y puros, asentados en la esperanza. Casi todos nos sentimos a la vez acompañantes de todos los demás y acompañados, al menos así lo percibo. Algunas sesiones devienen en verdaderas sesiones informales de apoyo psicológico. Todos participamos del mismo denominador común: graves diagnósticos y el ansia irrenunciable de salir a flote.

En el declinar de nuestra vidas, en la última vuelta del camino, el azar nos ha colocado en una tesitura ardua, no exenta de abundantes dolores y sufrimientos, y sin embargo repleta de potencialidades para descubrirnos a nosotros mismos y a los demás con una mirada más esencial, lúcida, sensible, comprensiva y benevolente que cuando gozábamos de buena salud. Fruto, claro está, de un inevitable reajuste en nuestra escala de valores físicos, emotivos, éticos, espirituales y sociales. Y, quién lo iba a decir, algunos hemos encontrado una singular dicha al trabar relaciones de auténtica amistad, revestida y adornada con todos los rasgos expuestos en los apartados anteriores, con un reducido grupo de pacientes. Unos amigos de última generación, privilegiados compañeros de andadura, que vienen a sumarse a ese otro puñado selecto de amigos íntimos atesorado durante nuestra larga travesía vital. Esta clase de amistades de madurez valen su peso en oro: sobre ellas pende el inevitable y acelerado paso del tiempo, la conciencia de que estamos vivos todavía, apreciación que nos estimula para gozar a fondo, aquí y ahora, del tiempo que nos queda. El cantautor Joan Manuel Serrat, también sacudido por el cáncer hace varios años, pronunció unas palabras muy pertinentes en la presentación de su concierto en Baluarte de Pamplona el 9 de junio de 2018: "¡Para esperar estoy yo!".

Durante mi proceso clínico, aún en marcha, he sido testigo del fallecimiento, a mediados de julio pasado, de uno de esos amigos oncológicos del alma y de otros compañeros con los que establecí una relación afectiva menos intensa. Lo visité por ultima vez dos días antes de su partida. Confieso que lloré amargamente su muerte como si se tratara de un ser querido al que hubiera tratado desde la infancia cuando en realidad nuestra amistad se había fraguado en tan solo cuatro meses. No pude menos que sentir en carne propia la afirmación del francés Montaigne, modelo de amistad extrema con el joven escritor Étienne de La Boétie, al que sobrevivió treinta años: "Un amigo que muere es algo de usted que muere". Aún estoy metabolizando el duelo por la pérdida. He recibido de él y de su familia una impagable lección de vida.

Conclusión: Ventajas de la amistad y de la 'amistad oncológica'

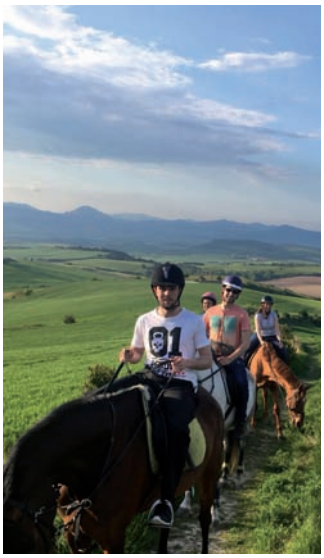
Algunas universidades norteamericanas han analizado los beneficios de distinto orden proporcionados por el goce de la amistad. Subrayo tan solo los más relevantes. Reduce la soledad y la depresión, verdaderas plagas de nuestro tiempo, y es un antídoto contra el estrés; otorga mayor sentido a la vida al ayudar al crecimiento personal mediante la ampliación de espacios de libertad; refuerza la memoria emocional con recuerdos hermosos; proporciona consuelo y ayuda para el aumento de la autoestima, factores que potencian la satisfacción, el placer y la felicidad; refuerza el nivel de resiliencia, incluso haciendo que los amigos sean más capaces incluso de lidiar con el dolor físico. Desde el punto de vista estrictamente clínico, los investigadores ponen el acento en la bajada de tensión sanguínea, el robustecimiento del sistema inmune, la prolongación de la vida y el auxilio para superar enfermedades. Todas estas propiedades de la amistad son extensivas, cómo no, a las amistades oncológicas e incluso, si cabe, con mayor potencia..

Los aprendizajes recibidos de otros pacientes en el hospital de día y fuera de las instalaciones sanitarias (llamadas telefónicas, grupo de WhatsApps, aperitivos, cafés, comidas, paseos...) han corroborado con creces mi positivo enfoque de la amistad. Para los compañeros de aventura cancerosa, hombres y mujeres, no tengo más que palabras de agradecimiento. Ojalá todos los pacientes oncológicos contáramos con una antena dispuesta a captar sin interrupciones las enriquecedoras ondas de la camaradería y la amistad.

Agosto de 2018

CENTRO ECUESTRE CIZUR

CURSO 2018 - 2019



ACTIVIDADES

CURSOS POR MESES ¡¡APÚNTATE!!

- Clases de Iniciación y de Tecnificación de doma y salto
- Participación en las ligas de doma y salto
- Participación en los campeonatos nacionales
- Txiki Pony
- Equinoterapia, Paseos, Pupilajes...

INSCRIPCIONES

- Inscripciones por email o teléfono:
  Marta Erroz 606 652 361
  info@centroecuestrecizur.com

OBSERVACIONES

- Será obligatorio tener la licencia federativa en vigor y el uso del casco en las clases

CENTRO ECUESTRE CIZUR

JESÚS GONZÁLEZ AYARRA
MARTA ERROZ FERRER

Autovía A-12 Pamplona-Logroño, Salida 9
31190 Astrain - Navarra
618 757 284 - 606 652 361
info@centroecuestrecizur.com

Nuevo concepto de hípica - Innovadoras instalaciones - Bar restaurante
LO QUE SIEMPRE HAS SOÑADO PARA TI Y TU CABALLO. ¡¡TE ESPERAMOS!!