medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoII julioagosto2008 nº12

El verano beneficia nuestra salud

HOSTAL ABODI
GRUPO HOSTELET
Información y recepción
Travesía de Aoiz a 2, bajo
31008 Pamplona
T. 948 272 975
www.hostelet.com
info@hostelet.com

Su casa junto a la Clínica
en la Zona Hospitalaria

Vista de la Clínica Universitaria desde la entrada del Hostal Abodi

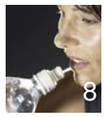
HABITACIONES FRENTE A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA
TRATO FAMILIAR Y PERSONALIZADO
HORARIO DE ATENCIÓN DE 8.30 A 23.00 HORAS
ALQUILER DE APARTAMENTOS

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

Sumario

4 Fibromialgia versus Fatiga Crónica

6 Primeros auxilios en un accidente


8 Hiperhidrosis

10 Mayores y pequeños viven juntos en los campamentos intergeneracionales

12 La adicción a comprar

14 Hipertensión arterial (Tercera parte)

16 Prevención del infarto de corazón

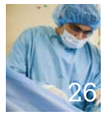
18 ¿Cómo organizar el tiempo de los niños de 6 a 12 años durante las vacaciones de verano?

20 El final del verano y la vuelta al colegio

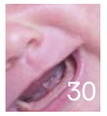
21 Consejos para la higiene femenina íntima

22 Estudio del sueño

24 Anestesiología, la gran desconocida: mitos y leyendas sobre nuestra especialidad


26 El trasplante renal "de vivo"

28 Infecciones por hongos


30 Cómo cuidar los dientes de su bebé

32 El síndrome de la vejiga hiperactiva

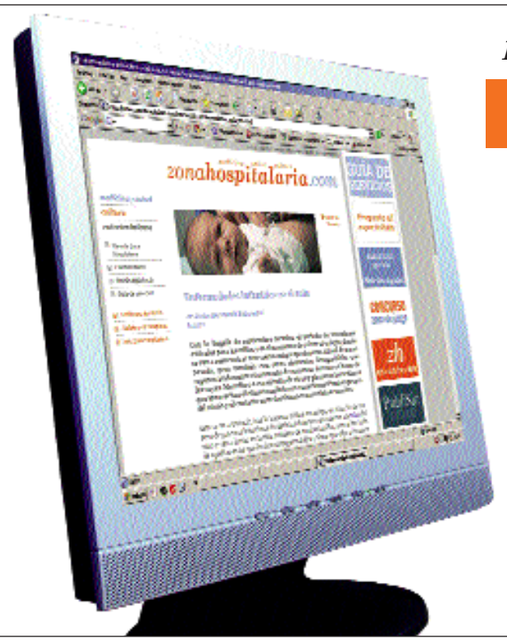
33 ALBOAN: "Una cultura para la justicia"

34 Estreñimiento durante el verano

36 Cólico renal

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

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



La información que usted necesita...

www.zonahospitalaria.com

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

A través de nuestra web, usted puede:

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

Fibromialgia versus Fatiga Crónica (Parte I)

Dr. Félix Zubiri Sáenz
Médico de Familia
Presidente de la Sociedad Navarra de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Aquellos que nunca han estado enfermos son incapaces de empatizar con las desgracias de otros
(André Gide. Diarios. 1930)

La Fibromialgia fue identificada en 1904 por Sir William Gowers, quien la denominó fibrositis y la describió como un cuadro de reumatismo muscular con zonas dolorosas a la presión, sensación de fatiga y trastornos del sueño. Durante muchos años este término abarcó (y se confundió) con diferentes enfermedades reumatológicas.
El término Fibromialgia se utilizó por primera vez en 1975. Este vocablo proviene de la raíz fibro (fibra), myo (músculo), ia (condición), algos (dolor). La denominación sigue siendo discutible, pues no está claramente establecido que sean las fibras musculares las relacionadas con el dolor. No obstante, la palabra Fibromialgia es universalmente aceptada.

Epidemiología y Frecuencia

La frecuencia de éste síndrome se sitúa entre el 2-3% de la población (hasta el 4% en algunas series). La edad de aparición acontece entre los 30-50 años. Afecta fundamentalmente al sexo femenino (80-90 % de los casos) con una proporción de 8 a 1. La alta prevalencia y la elevada frecuencia de esta enfermedad hacen que se esté convirtiendo en un problema sociosanitario importante.

Etiología

En la actualidad se desconoce la causa de la Fibromialgia. Probablemente tenga un origen multifactorial. Investigaciones recientes apuntan a que el dolor crónico y la fatiga, característicos de esta enfermedad, estarían relacionados con la interacción entre el sistema nervioso autónomo, el eje hipotálamo pituitario-adrenal y el sistema inmunológico. El aumento de la actividad simpática con disminución de la parasimpática basal, así como alteraciones genéticas en el transporte de la serotonina, también estarían implicados. No obstante, ninguno de estos hallazgos (muchos en revisión actualmente) han podido explicar completamente la etiología de la Fibromialgia. Estudios recientes de la Universidad de Bath, en el Reino Unido, y publicados en la prestigiosa revista Rheumatology (Noviembre 2007) sugieren que el dolor podría estar causado por un desajuste entre las neuronas sensoriales y motoras.

Síntomas y cuadro clínico

La sintomatología más acorde con la Fibromialgia es la de un síndrome caracterizado por dolor músculo-esquelético de carácter generalizado, difuso a veces, de evolución

crónica, que se asocia frecuentemente con aumento de cansancio, y que se acompaña de rigidez matutina y alteraciones del sueño. También están presentes como problemas "asociados" una mala tolerancia al esfuerzo, dolores articulares, cefalea, síndrome del intestino irritable, vértigo inespecífico, disfunción témporo-mandibular, dismenorrea, cistitis idiopática, sensación subjetiva de hinchazón y fenómeno de Raynaud entre otros. A todo ello se suele añadir con bastante frecuencia un estado depresivo-ansioso.
El dolor domina todo el cuadro: Es intenso y generalizado. Afecta al raquis y a los cuatro miembros. Se localiza preferentemente en región lumbar, cuello, hombros, y rodillas. Empeora con el frío y con el estrés. Un 75% de los pacientes sufren rigidez matutina. Un 40% refieren sensación de tumefacción. El fenómeno de Raynaud y la sequedad bucal se encuentran en el 10% de los afectados. El 80-90% de los enfermos refieren astenia para realizar ejercicios o trabajos sencillos y manifiestan estar siempre cansados. El 70% tiene dificultades para conciliar el sueño, que además no es reparador. La ansiedad, la depresión y el estrés psíquico son muy comunes (30-70%).
Como puede observarse, el cuadro clínico es extensísimo y poco preciso. Se acompaña de una exploración física irrelevante. La observación de unos puntos dolorosos concretos (tender points of fibromyalgia) definidos por el Colegio Americano de Reumatología, son el único hallazgo a tener en cuenta para diagnosticar este proceso. La pruebas de laboratorio y radiológicas son inespecíficas o están ausentes. Quizá por estas circunstancias, la Fibromialgia se considera actualmente como una enfermedad crónica de causa desconocida, donde el dolor es el síntoma más importante.

Diagnóstico

Los criterios del Colegio Americano de Reumatología (en revisión actualmente por grupos de expertos) permiten declarar a un enfermo como Fibromiálgico si presenta dolor generalizado, y al menos 11 puntos sensibles positivos de los 18 posibles que se encuentran repartidos por el organismo, y que han sido aceptados como puntos gatillo o diagnósticos. En muchos casos no es necesario realizar pruebas complementarias puesto que se llega al diagnóstico por medio de una buena historia clínica y de una adecuada exploración física. Cuando haya que realizar aquéllas, será para descartar otros procesos de cara al diagnóstico diferencial. Exámenes de laboratorio y radiológicos esenciales, ayudados por algún test relacionado con esta enfermedad, deberán bastar para emitir un juicio clínico preciso. Esta circunstancia es difícil de entender a veces por médicos y pacientes en una época de alta tecnología como la actual, donde las máquinas y las grandes exploraciones parecen ser más importantes que una minuciosa anamnesis y una correcta exploración. Sin embargo, es necesario que el enfermo entienda estos aspectos, pues cuantas más pruebas se realicen más probable es que alguna de ellas muestre alguna alteración por simple razón estadística aunque el individuo esté sano.

Tratamiento

Es una enfermedad difícil de tratar y no hay evidencias claras de remisión con ninguna de las terapias aplicadas hasta el momento. Por ello los pacientes con Fibromialgia muchas veces se sienten defraudados con la atención médica y recurren a la medicina alternativa.

Educación sanitaria

Se debe informar al enfermo de que la Fibromialgia no es una enfermedad de riesgo vital. No obstante hay que reconocer que actualmente no existe curación y que sólo menos de un 25% de los enfermos consigue que remita el cuadro. Es importante explicar al paciente la naturaleza de su enfermedad y que éste sienta el apoyo del médico.

Valoración de los factores psicológicos

Deben analizarse los posibles problema de la esfera psicosomática. Se han experimentado con éxito técnicas psicológicas para aliviar la tensión psíquica de estos enfermos.

Ejercicio físico

Es conveniente que los pacientes realicen ejercicio aeróbico de baja intensidad iniciados de forma progresiva. También pueden ser útiles programas fisioterápicos, calor, masaje y balneoterapia.

Fármacos

Los fármacos activos sobre el sistema nervioso central son los más efectivos aunque algunos no suelen tolerarse bien. Entre ellos se encuentran la Amitriptilina, la Fluoxetina, la Capsaicina, el Alprazolam, Tetrazepam etc. También el Paracetamol complementado con otras terapéuticas puede ser efectivo.

Primeros auxilios en un accidente

Dr. Kiko Betelu
Médico de la Agencia Navarra de Emergencias

Vamos tranquilamente de vacaciones con la familia o con los amigos, y de repente todo cambia: ha habido UN ACCIDENTE. Un coche o una moto acaban de salirse de la carretera, y somos los primeros en llegar. ¿QUÉ HACEMOS?

Unas pocas cifras

En España cada año fallecen en accidentes de tráfico, varios miles de personas. Y muchas más quedan heridas graves y con secuelas de por vida.
Son situaciones de gran estrés e incluso peligrosas para los testigos. Nos asaltan las dudas:
¿QUÉ DEBEMOS HACER?
¿QUÉ NO HAY QUE HACER?
Si la actuación de estos testigos es la correcta, las probabilidades de supervivencia son mayores.

Medidas de alerta y seguridad

Si presencias un accidente, la primera medida y la más importante es AVISAR al 112.
Alértales de lo ocurrido y procura dar con la mayor exactitud posible algunos datos sencillos pero imprescindibles:
- QUÉ ha sucedido.
- DÓNDE ha sucedido.
- CUÁNTAS personas pueden estar implicadas.

La segunda medida, también de suma importancia, es tratar de SEÑALIZAR la escena.
Si no ha llegado aún policía ni bomberos, utiliza tu vehículo con todas sus luces para tratar de señalizar la escena.
Si fuera posible incluso, otra u otras personas deberían alejarse unos dos o tres centenares de metros en cada dirección para colocar señales de peligro y alertar a los vehículos que se aproximan.
Únicamente entonces podemos tratar de ayudar a los accidentados con seguridad.
Veamos después qué situaciones podemos encontrarnos y sobre todo...

Qué podemos hacer

A- Un motorista está en el suelo.
No trates de retirar el casco.
Procura que no se mueva.
Tápale con ropa de abrigo.
Si está consciente trata de tranquilizarle.

B- Una persona está atrapada dentro de un vehículo.
Asegúrate de que el vehículo no está inestable, al borde de un terraplén, etc. antes de tratar de ayudar.
Quita la llave de contacto del coche.
Si puedes, sujeta el cuello de la persona con tus manos de forma que permanezca inmóvil hasta que lleguen las asistencias.
Procura que no se mueva.
Si está consciente trata de tranquilizarle.

C- La persona está inconsciente.
Si la persona no contesta, en principio está inconsciente.
Recuerda que a un accidentado no se le debe movilizar.
Si puedes, sujeta el cuello de la persona con tus manos de forma que permanezca inmóvil hasta que lleguen las asistencias.
Si crees que respira con dificultad, puedes tirar suavemente de su mandíbula hacia adelante, mientras otra persona le sujeta el cuello.

D- El accidentado sangra en abundancia.
La sangre es muy aparatosa, y con frecuencia hay menos de lo que nos parece.
Si una herida sangra en abundancia, la mejor medida es apretar con fuerza sobre ella con un pañuelo limpio.
Si la herida es en un brazo o una pierna, mantener la extremidad elevada sobre el cuerpo, ayuda a detener la hemorragia.
No debemos hacer torniquetes en los brazos o en las piernas, salvo si la extremidad estuviese amputada.

Cuando llegan las asistencias

Informa de lo que has visto y de lo que has podido hacer.
Retírate de la escena y deja que a partir de ese momento trabajen los profesionales.

¿Cuánto tiempo tengo que estar así?

Antes de que te des cuenta, nosotros llegaremos allí y nos haremos cargo de la persona.
Cuando te tranquilices un poco, vas a pensar en dos cosas:
Pase lo que pase, sentirás la gran satisfacción de haberte atrevido a hacer lo correcto...
Y aún más importante...
Si conseguimos que la persona sobreviva, en buena medida te lo debemos a ti.

Resumen
Si presencias un accidente:
1º AVISA al 112, e informa de qué ha sucedido y de dónde estás.
2º SEÑALIZA la escena y asegúrate de que no corres riesgos.
3º Únicamente entonces ACTÚA:
- No trates de retirar el casco a un motorista.
- Si puedes sujeta el cuello del accidentado.
- Procura que no se mueva.
- Si está inconsciente y respira con dificultad, tira suavemente de su mandíbula hacia delante.
- Si una herida sangra mucho, aprieta con fuerza sobre ella un pañuelo.

Hiperhidrosis

Dr. Agustín España
Departamento de Dermatología
Dr. Carlos Enrique García Franco
Departamento de Cirugía Torácica
Clínica Universitaria de Navarra

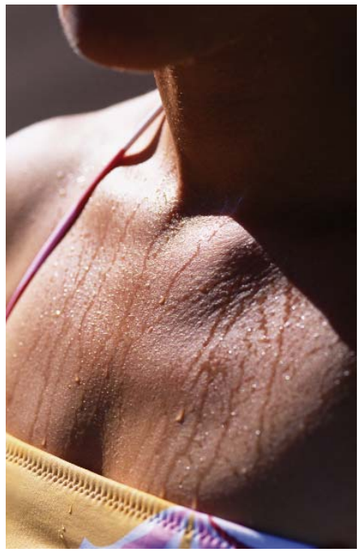
La hiperhidrosis es un aumento de la sudoración resultado de un incremento en la secreción de las glándulas sudoríparas debido a una hiperactividad del sistema nervioso simpático.

¿Qué tipos de hipersudoración existen?

Las **hipersudoraciones** puede ser generalizadas (afectan a toda la superficie corporal) o localizadas (afectan a zonas circunscritas). Además pueden ser de causa desconocida (esenciales) o deberse a una causa que se pueda identificar (patológicas).

Las hipersudoraciones más frecuentes son las idiopáticas y localizadas, siendo éstas las axilares, las palmoplantares y las faciales. La **hipersudoración idiopática** o esencial localizada se inicia en la infancia/adolescencia y afecta al 0,6%-1% de la población. Ésta persiste durante algunos años y a veces hay una tendencia espontánea a la mejoría hacia los 25 años. Con frecuencia existe una historia familiar.

Las **hipersudoraciones patológicas** pueden aparecer acompañando a enfermedades infecciosas, neurológicas, a tumores (el linfoma o tumor carcinoide entre otros) o a enfermedades generales como la diabetes mellitus o la intoxicación alcohólica. Además se describen como efectos colaterales de ciertos fármacos como los antidepresivos



¿Cuáles son las causas?

Estímulos térmicos y emocionales suelen ser los factores desencadenantes de la respuesta colinérgica (sistema nervioso simpático) de las glándulas sudoríparas ocasionando así ese exceso de sudoración.

¿Cuáles son sus consecuencias?

La **hipersudoración** puede llegar a ocasionar una discapacidad en el trabajo y en el ámbito social, al poder llegar el sudor a empapar la ropa, los utensilios del trabajo e incluso a gotear y mojar el suelo. Además de estas molestias, se producen otras complicaciones como son la maceración, el mal olor (Bromhidrosis) y la sobreinfección cutánea por bacterias (Queratolisis picada) que puede ocurrir en las plantas de los pies. En las palmas de las manos favorece el desarrollo de dishidrosis y de dermatitis de contacto además de ocasionar manos frías y cianóticas.

¿Cuál es el tratamiento?

1. Farmacológico

Puede ser sistémico o tópico. Hay diversos tratamientos farmacológicos sistémicos: los fármacos anticolinérgicos como el bromuro de propantelina que tiene múltiples efectos secundarios como sequedad de boca, somnolencia, vértigo y visión borrosa; los tranquilizantes y sedantes como el clonazepan o diazepan y otros como los antagonistas del calcio (diltiazem). En general, estos fármacos no se prescriben por los posibles efectos secundarios que pueden provocar. Dentro de los tratamientos tópicos farmacológicos existen dos grupos: fármacos anticolinérgicos como el bromuro de glicopirronio y los preparados astrigentes y curtientes. Dentro de éstos están el cloruro de aluminio, el glutaraldheído o el ácido salicílico. Habitualmente, en una primera consulta son estos los que se indican.

2. Terapéutica Física

La iontoforesis es una terapéutica física que consiste en la introducción de una sustancia ionizable a través de la piel intacta mediante la aplicación de una corriente continua. Existen diferentes aparatos comercializados como por ejemplo, Drionic que utiliza agua del grifo como sustancia ionizable. Existe uno para manos/pies y otro para axilas. Esta técnica se utiliza bastante en EEUU, pero en nuestro país tiene poca difusión.

3. Toxina botulínica

Su efecto se debe a un bloqueo selectivo en la acción de la acetil-colina sobre las glándulas ecrinas. De esta manera se produce una disminución en la función de dichas glándulas, y por tanto disminuye la producción de sudor ahí donde este fármaco se administra. La aplicación selectiva en las zonas con una sudoración mayor, permite poder actuar únicamente en las áreas que presentan más hiperhidrosis, y evitar así posibles efectos secundarios sistémicos.

4. Cirugía

El procedimiento quirúrgico denominado simpatectomía videotoracópica bilateral se basa en seccionar con bisturí o comprimir mediante clips la cadena simpática torácica. Esta cadena es la vía nerviosa que regula la sudoración de las manos, axilas y cara. Dicho procedimiento se lleva a cabo mediante cirugía mínimamente invasiva, consistente en la realización de una pequeña incisión en cada lado del tórax, por donde se interviene al paciente. Para ello utilizamos una óptica que denominamos videotoracoscopio.

¿Qué pauta terapéutica podemos seguir ante una hipersudoración?

El tratamiento inicial o de primera línea es una solución de clorohidrato de aluminio hexahidratado al 20-25% en solución de etanol para la **hipersudoración axilar**, solución de glutaraldheído al 2% para la **palmar** y de glutaraldehído al 10% para la **plantar**. El mecanismo de actuación parece ser la oclusión del conducto de las glándulas sudoríparas. Se debe de aplicar por la noche y con la piel seca.

Como segunda opción son los **fármacos anticolinérgicos o la iontoforesis**. Si estos fallan hay otras opciones como la **toxina botulínica**. Ésta bloquea de forma irreversible la liberación de acetilcolina inactivando así la transmisión colinérgica, pero posteriormente se crean nuevas sinapsis con lo cual el efecto es temporal. En la axila la inyección intradérmica se tolera bien, pero en la palma de la mano es necesario realizar una anestesia regional.

La última alternativa terapéutica es la **simpatectomía** que actualmente se puede realizar por **videotoracoscopia** (cirugía mínimamente invasiva).

El tratamiento quirúrgico esta indicado en pacientes que presentan hipersudoración de las palmas, de forma aislada o junto con las axilas, los pies y/o la cara. Sólo lo llevaremos a cabo cuando el tratamiento médico haya fracasado o haya tenido pocos resultados en el enfermo. Para llevar a cabo este procedimiento es preciso utilizar anestesia general y permanecer en torno a 12 horas hospitalizado tras el procedimiento. La recuperación completa se produce a los 2-3 días. La eficacia de la técnica en los pacientes antes señalados, es casi del 100%. El riesgo de complicaciones graves o invalidantes es bajo.

En muchos casos tras la cirugía se produce lo que denominamos sudoración compensatoria, esto es un efecto indeseado tras la cirugía, que consiste en una hipersudoración de la espalda y/o los muslos. En la mayor parte de los pacientes no conlleva insatisfacción o limitaciones relevantes después de la cirugía.

Mayores y pequeños viven juntos en los campamentos intergeneracionales

Los casi 50 niños y niñas participantes acampan en las propias residencias y comparten actividades con los mayores.

Coincidiendo con el final del curso escolar, los centros gerontológicos del Grupo Amma en Navarra (Mutilva, Argaray, Oblatas, Ibañeta y Betelu) han comenzado los campamentos intergeneracionales, en los que mayores y pequeños (con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años) viven juntos durante una semana en las propias residencias compartiendo numerosas actividades educativas, culturales y de ocio y tiempo libre. En total, se han apuntado a esta iniciativa en torno a 50 niños, en su mayoría nietos o bisnietos de los propios residentes, así como hijos de los trabajadores de los centros.

La presente edición de los campamentos intergeneracionales cuenta con el apoyo y coordinación del Foro QPEA de Investigación y Docencia sobre "Calidad de Vida en las Personas de Edad Avanzada", una prestigiosa fundación de origen navarro que promueve la realización de este tipo de actividades para favorecer un envejecimiento saludable. Además, colabora también la Fundación Caja Navarra, a través del programa "Tú eliges, tú decides" (proyecto número 11.977). La colaboración de ambas instituciones ha permitido que los campamentos se celebren este año, y por primera vez, en todos los centros de Amma en Navarra, ya que hasta ahora esta iniciativa se venía desarrollando sólo en Amma Mutilva desde el año 2003.

Acercar a dos generaciones

Los encuentros intergeneracionales son una oportunidad única para unir a los mayores con los más pequeños de la casa, proporcionándoles una experiencia con repercusiones muy favorables en su estado de ánimo. Además, para los niños constituye también una actividad muy enriquecedora ya que les permite conocer mejor a sus abuelos y modificar los esquemas y estereotipos que se asocian a la tercera edad. Acercar a dos generaciones alejadas en el tiempo, mientras se disfruta de unos días de vida en común, reporta beneficios a unos y otros.

Tiendas de campaña en las residencias

Los más pequeños dormirán durante los días que dure la convivencia en las propias residencias, bien en los jardines con tiendas de campaña o en el interior de los centros, y durante el día compartirán un amplio programa de actividades lúdicas y culturales con los mayores, como talleres de manualidades, juegos, competiciones deportivas, concursos, yincanas, cine y teatro, cuentacuentos, excursiones y fiestas de disfraces, entre otras. El Foro QPEA se encargará de toda la intendencia, como la contratación de monitores que estén en compañía de los pequeños durante la estancia.

La Princesa de Asturias, en el stand del Grupo Amma en el Salón AVANTE

La Princesa de Asturias visitó el stand del grupo Amma durante la inauguración del Salón para la Autonomía Personal y la Calidad de Vida AVANTE 2008 celebrado a principios de junio en Barcelona.

AVANTE es la primera reunión multisectorial en la que se dan cita todos los agentes profesionales al servicio de la dependencia, la discapacidad y la calidad de vida de las personas mayores. Además de la visita de Doña Letizia, por el stand del Grupo Amma pasaron profesionales del sector y visitantes interesados en los centros gerontológicos del grupo en Cataluña. Los organizadores de la feria esperaban la visita de más de 12.000 usuarios y profesionales del entorno empresarial, científico, técnico y sociosanitario durante los tres días en los que se celebró.

Amma Argaray inaugura la Unidad de incontinencia urinaria

El Foro QPEA de Investigación y Docencia sobre "Calidad de vida en las personas de edad avanzada", presentó el pasado mes de mayo en el centro gerontológico Amma Argaray (Pamplona) la Unidad de Fisioterapia para Recuperación Funcional.

Se trata de una iniciativa pionera en el sector residencial español que tiene como objetivo dar una respuesta profesional a quienes padecen incontinencia urinaria y otras disfunciones del suelo pélvico.

La presentación de la Unidad estuvo presidida por María Kutz Perionceli, Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, y María Isabel García Malo, Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte. También estuvieron presentes Jorge Plá, Presidente del Foro QPEA; Roberto Ducay y Rafael Iglesias, Presidente y Director General del Grupo Amma, respectivamente; Pilar García, Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de Navarra; y Rosa Jaso, Directora de Fundación Caja Navarra.

La incontinencia urinaria es un importante problema de salud pública, que conlleva graves problemas sociales y emocionales, además de un elevado coste sanitario (sólo en 2001 la Seguridad Social pagó 210 millones de euros en absorbentes). Afecta en España a unos dos millones de personas y, aunque es una alteración más frecuente en personas mayores y en mujeres, puede presentarse en ambos sexos y a cualquier edad.

El objetivo de esta unidad es aplicar nuevos tratamientos que logran que las pérdidas de orina tengan solución en la gran mayoría de los casos, por lo que no hace falta resignarse y padecer las consecuencias incómodas de este trastorno. Para su construcción se ha contado con la colaboración económica de Fundación Caja Navarra a través de la iniciativa "TÚ eliges, TÚ decides" y en su difusión prestará su colaboración el Colegio de Farmacéuticos de Navarra.

El Informe DBK sitúa a Amma entre las cinco primeras compañías a nivel nacional en atención a los mayores

El último informe de la empresa de análisis de sectores DBK ha situado a la empresa navarra Grupo Amma entre las cinco compañías líderes a nivel nacional en el sector de residencias para la tercera edad y de atención a las personas mayores y dependientes, junto a Ballesol, Sanitas Residencial, Maphre Quavitae y Grupo SAR.

Amma, fundada en Pamplona en 1997, y cuyos principales accionistas son, a partes iguales, Caja Navarra, Caja Duero y Caja Burgos, cuenta en la actualidad con 24 centros en siete Comunidades Autónomas (Navarra, Madrid, Cataluña, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cantabria y Canarias) y para el año 2009 esta cifra se elevará hasta las 31 residencias, un total de 5.600 plazas (entre residenciales y de centro de día) y más de 2.200 trabajadores en plantilla, unas cifras con las que pretende seguir consolidando su vocación de liderazgo en el sector.

Según el informe "Residencias para la Tercera Edad" de DBK, se desprende que Cataluña, en donde Amma gestiona tres centros, concentraba en 2007 el 19,5% del total de plazas en residencias privadas, seguida de Madrid con el 14,4%. Precisamente en esta comunidad, el Grupo Amma se ha consolidado como la compañía líder en la atención a la dependencia y la tercera edad, con diez centros y 1.800 plazas, una situación de liderazgo que también ostenta en Navarra.

Además, los autores del informe revelan que en cuanto a las perspectivas de futuro, las previsiones de evolución del número de plazas en residencias privadas apuntan a un incremento del 4% en 2008, hasta situarse cercano a las 247.000 unidades, mientras que en 2009 podría alcanzar las 256.000 plazas, todo ello para contribuir desde la iniciativa privada a los objetivos marcados por la Ley de Dependencia.

La adicción a comprar

Olga Arbeo Ruiz,
Médico Especialista en Adicciones.
Juan José Castiella Jusué,
psicólogo clínico
Juan Carlos Oria Mundín,
psicólogo clínico
Centro de Día Zuría. ACOAD-Servicios Asistenciales

Yolanda está agotada pero feliz. Ha disfrutado del viaje a su ciudad soñada, Nueva York, pero esta vez como lo había programado. Recuerda cómo hace diez años hizo el mismo viaje con su marido y unos amigos. Había programado lo mismo que en este, pero ella no vio casi nada, salvo los grandes almacenes de los que no salió: Century 21, Syms, Daffy's. Nada de buenos restaurantes.

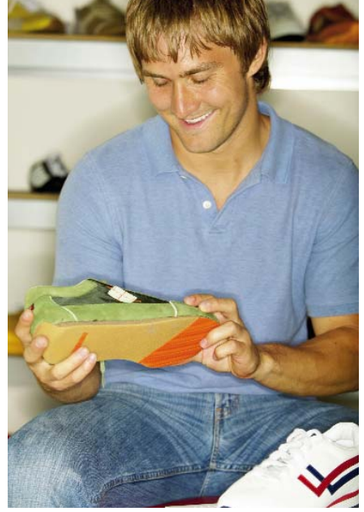
Sólo tenía tiempo para perritos calientes y algún café cuando se sentaba repleta de bolsas. De camino al hotel para encontrarse con su marido siempre veía algo que le interesaba y sentía el impulso irrefrenable por comprarlo; le telefoneaba y excusaba su retraso. Unas veces compraba cosas distinguidas para demostrar su poder adquisitivo y buen gusto ante sus amigas, pero otras eran baratijas que no necesitaba o ya tenía. En el hotel, encontraba a su marido enfadado por su ausencia y sin comprender su actitud. Yolanda recuerda ese amargo sentimiento de culpa que aparecía de inmediato y las lágrimas derramadas en soledad cuando se preguntaba a sí misma porqué había vuelto a repetir lo que tantas veces se había prometido evitar. ¿Dónde estaba ahora el optimismo, la seguridad y el bienestar que tanto perseguía cuando pensaba en adquirir cosas? Tardaron un año en recuperarse de aquella sobredosis de compras, pero fue el punto y final de la adicción de Yolanda. Alguna vez todos hemos caído en las 'psicocompras', para sustituir un vacío, ansiedad o estrés por manos cargadas de bolsas que nos hacen sentir mejor momentáneamente. Existe una estrecha relación entre el estado emocional y la compra compulsiva, asociándose esta última principalmente con sentimientos de soledad, enfado, frustración o felicidad.

Definimos la **compra compulsiva** como la urgencia irresistible de comprar, seguida de un alivio de la tensión. Esta conducta no desaparece a pesar de las graves consecuencias que suele conllevar: problemas personales, conyugales y familiares e importantes problemas económicos. La "urgencia irresistible de comprar" se presenta por término medio unas tres o cuatro veces por semana, con una duración media de los episodios de una a cinco horas. Generalmente sigue una sensación de gratificación, felicidad y alivio de la tensión, pero al poco tiempo aparecen sentimientos de culpa, enfado o tristeza.

Conducta adictiva

Esta adicción psicológica es una conducta que, siendo en un inicio placentera, llega a ser adictiva al experimentar la persona un alivio de su malestar tras realizar la compra. Esto en psicología se llama reforzador negativo. Existe un constructo neuropsicológico que explica estas conductas: nuestro deseo de compra activa las áreas cerebrales relacionadas con los circuitos de recompensa. Cuando consideramos el precio excesivo se activa la zona del cerebro conocida como ínsula, momento en el que se inhiben los mencionados circuitos de recompensa. Es decir, valoramos que ese comportamiento placentero de comprar es menor que el desagrado que nos produce gastar el dinero, por lo tanto lo probable es que no compense adquirir el objeto y desistamos de comprar. En las personas que presentan esta adicción, no se produce la inhibición necesaria, manteniéndose la activación de las zonas del placer y recompensa emocional ante la conducta de compra compulsiva.

Según diversas investigaciones esta adicción afecta a entre el 1% y el 5% de los europeos; 9 de cada 10 son mujeres, pero se está detectando un aumento en varones (quienes prefieren artículos tecnológicos). Esta conducta suele comenzar hacia los 17-18 años, alcanzando el nivel de problema entre los 28-30 años. Una adicción que se da sobre todo en periodos de alto consumo, como las rebajas (se acercan las de julio), las vacaciones y navidades. Los adictos al 'shopping' disfrutan más con el acto de comprar que con lo que adquieren y les asalta después un sentimiento de culpa y tristeza por haberse pasado de la raya. Piensan en no repetirlo y en cómo justificaran los gastos. Si bien en un inicio no somos compradores compulsivos, el modelo de sociedad consumista y el impacto de la publicidad puede llegar a desencadenar en algunas personas este comportamiento de



graves consecuencias por la pérdida de control de la voluntad. Para ello, las empresas invierten grandes cantidades de dinero en campañas publicitarias durante todo el año y en todos los medios de manera persistente y machacona. Sin embargo, no olvidemos que ni todas estas técnicas de venta, ni los miles de millones de euros destinados a publicidad, tienen nada que hacer si empleamos la inteligencia y capacidad de elección en nuestro propio interés.

Tratamiento

Hoy en día existen tratamientos para las situaciones más problemáticas que obtienen buenos resultados, principalmente, terapias psicológicas cognitivo-conductuales individuales y grupales, donde se mejora la autoestima y el control de los impulsos, combinados con psicofármacos: antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del humor o antipsicóticos.

En todo caso, el mejor tratamiento es la prevención y ahí cada uno tenemos en nuestra mano la posibilidad de decidir sobre nuestra conducta y control. Bastaría con tener en cuenta estas sencillas pautas (Dr. F. Alonso-Fernandez):

1. No compre cuando esté en "horas bajas", tenga hambre o esté cansada/o
2. En momentos de euforia procure divertirse en lugares alejados de grandes almacenes o tiendas.
3. Compre sólo los artículos incluidos en la lista que ha preparado tranquilamente en su casa.
4. Procure hacer las compras acompañada/o de otra persona.
5. Intente pagar con dinero en metálico y restrinja en lo posible las tarjetas de crédito.

Sigamos disfrutando de las posibilidades que nos ofrece nuestra sociedad, pero valoremos los riesgos de descontrol de nuestras conductas sin dejarnos engañar buscando trocitos de felicidad en estanterías, perchas o páginas web. La sensación de felicidad no está fuera, sino en cada persona.

Hipertensión arterial

(Parte III)

Gregorio Tiberio López
Jefe de la Sección de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino.
Profesor de la Universidad Pública de Navarra

Aunque la hipertensión no se puede, en general, curar (sólo en algunos casos de hipertensión secundaria es posible), afortunadamente hoy se puede controlar y mantener controlada. Para conseguir esta reducción en las cifras de presión se debe seguir un tratamiento continuado y, de esta forma, se podrán evitar las consecuencias que para la salud tendría el permanecer con una presión alta.

Medidas higiénico-dietéticas

Podemos aconsejar las siguientes normas:

- Normalizar el peso en lo posible.
- Reducir el consumo de sal y de las grasas en las comidas y moderar la ingesta de alcohol.
- Realizar ejercicio físico, ya sea algún deporte (suele recomendarse su práctica 3 veces por semana, o aumentar la actividad cotidiana, ir a pie o en bicicleta en lugar de ir en coche, subir y bajar escaleras en lugar de utilizar el ascensor). Andar es el ejercicio más asequible, y caminar alrededor de una hora diaria es altamente recomendable y fácilmente alcanzable. Conviene saber que el ejercicio físico modera la circulación, disminuye el colesterol y puede llegar a disminuir la tensión arterial.
- Dejar de fumar. La presión alta es uno de los primeros factores de riesgo para las enfermedades del corazón o vasculares cerebrales; el tabaco es otro gran factor de riesgo para estas enfermedades. Cuando existen los 2 factores en un mismo individuo, el riesgo de padecer algún problema se duplica o triplica.
- Evitar el estrés.
- En caso de que exista diabetes o alteración de grasas en sangre, es importante no sólo corregir ambos problemas (ya que ambos son factores que perjudican sensiblemente la circulación), sino buscar la máxima reducción de presión.

Si a pesar de todas las medidas anteriores la presión arterial no está corregida (lo que sucede en la mayoría de los hipertensos), será necesario tomar medicamentos que, en la mayoría de los casos, deberán tomarse durante toda la vida. Y aunque en bastantes pacientes se consigue normalizar la presión con una sola pastilla, en otros muchos (de hecho, en más de la mitad), será necesario tomar 2 o más pastillas; lo que no debe desanimar en absoluto al paciente.

Tomar medicamentos de forma continuada durante toda la vida es difícil. Es muy fácil olvidarse de tomar las pastillas cada día, e incluso es más fácil no acordarse de si ya se ha tomado o no. Para ello, es muy útil seguir algunos trucos para evitar estos olvidos. Hable con su Médico o Farmacéutico para ver la forma de ajustar la toma de su medicación a sus horarios y actividades habituales. Estos pueden ayudarle a seguir correctamente el tratamiento. Por ejemplo, tomar la medicación durante una actividad que se realiza cada día de forma rutinaria (levantarse, desayunar...) puede ayudar a acordarse más fácilmente. En ocasiones, las personas hipertensas toman la medicación de forma irregular y sólo cuando se sienten mal. A todos nos es más fácil tomar medicamentos cuando nos encontramos mal.

Es difícil encontrar el motivo para tomar medicamentos cuando uno se encuentra perfectamente. Esto explica porque algunos hipertensos dejan de tomar las pastillas cuando piensan que ya están bien, cuando su presión arterial se ha reducido. Concepto erróneo, porque es cuando nuevamente, al dejar de tomar la medicación, vuelve a subir la tensión arterial. Todas estas actitudes no son adecuadas y en algunos casos pueden ser peligrosas. Al dejar la medicación, la presión arterial puede volver a subir hasta el punto en donde estábamos antes, o aún más. Siempre que tenga dudas consulte con su Médico o Enfermera del Centro de Atención Primaria.

Recomendaciones prácticas

- El tratamiento de la hipertensión con medicamento debe de ser continuo y suele ser para siempre. Aunque su presión se reduzca a valores normales y usted se encuentre bien, debe de seguir el tratamiento.
- Si la presión estuviera, según su opinión, demasiado baja, consulte con su Médico para valorar la conveniencia de reducir la dosis o cambiar de medicamento. Espere el consejo y en ningún caso deje de tomar la medicación por su cuenta.

- El tomar medicamento no significa que pueda omitir otras medidas de tratamiento como la dieta, el ejercicio, etc.
- El cumplimiento adecuado de estas normas facilitará el que usted pueda seguir un tratamiento más simple y menos molesto.
- Procure tomar los diferentes medicamentos juntos y en los momentos en los que sea más fácil de recordar el tomarlos, siempre que el Médico o el Farmacéutico no le indique lo contrario.

Por todo ello podemos concluir lo siguiente...

- **La hipertensión**, aunque no produzca molestias, **es un riesgo para su salud; por ello debe tratarse con continuidad** buscando el máximo control de las cifras de presión.
- Está bien demostrado el beneficio que supone el tratar con constancia y de manera continuada la hipertensión.
- **Instaurar unos hábitos y estilo de vida saludables es fundamental** para el tratamiento, no sólo de la hipertensión sino también de la obesidad, diabetes y de la alteración de las grasas. Por ello es recomendable la reducción de la sal y de grasas saturadas, el control del peso, la moderación del consumo de alcohol y la práctica de ejercicio regular y continuado.
- Cualquier persona que se vea obligada a modificar sus hábitos alimentarios no debe resignarse a sufrirlo como un castigo, sino que sencillamente, a la hora de elegir sus menús, deberá elegir otros alimentos y condimentarlos de distinta forma; ensayando nuevas recetas culinarias para lograr una cocina satisfactoria, tanto de presentación como de sabor.
- Deben de corregirse todos los factores de riesgo vascular coexistentes, tales como tabaquismo, obesidad, diabetes, exceso de grasa...
- Si tiene dudas con el plan dietético-terapéutico prescrito, siempre consulte a los Profesionales, pero nunca abandone por su cuenta ni la dieta ni el tratamiento.

Prevención del infarto de corazón

Dra. Isabel Come Canelle
Departamento de Cardiología
Clínica Universitaria de Navarra

La palabra infarto significa muerte celular por falta de riego sanguíneo. Puede ocurrir en el cerebro, hígado, bazo, etc., aunque mucha gente se cree que sólo ocurre en el corazón.

¿Qué es un infarto?

Se llama infarto de miocardio al infarto del corazón, ya que el miocardio es el nombre del músculo cardíaco. Cuando se produce un infarto, el miocardio es sustituido por una cicatriz fibrosa que no se puede contraer. Cuanto más extenso sea, mayor es la gravedad y las posibles complicaciones, siendo las principales la insuficiencia cardiaca (fallo del corazón) y las arritmias (alteraciones del ritmo cardíaco, que pueden ser banales o graves, incluyendo la muerte súbita).

La causa habitual del infarto de miocardio es la oclusión total de una arteria coronaria, que lleva riego al músculo cardíaco. Casi siempre la oclusión se debe a la formación de un coágulo de sangre sobre una placa de aterosclerosis que ya estaba en esa arteria, y que puede haber dado síntomas previamente o no, dependiendo del grado de obstrucción que provocase. Si la placa obstruía gran parte de la arteria, lo normal es que produjese angina de pecho

(dolor torácico desencadenado casi siempre por esfuerzos físicos) antes del infarto. La diferencia entre angina e infarto es que en la angina solo falta riego durante el esfuerzo, y no hay muerte celular. El infarto puede ocurrir en reposo y siempre hay muerte celular.

¿Por qué se forman las placas de aterosclerosis?

Hay causas genéticas (padres o hermanos con infarto antes de los 60 años), degenerativas (edad avanzada), hipertensión, tabaco, colesterol alto, diabetes, insuficiencia renal. También influye la obesidad, sobre todo si es a nivel abdominal: es peligroso tener mucho perímetro de cintura y beneficioso tener mucho perímetro de cadera. A mayor cociente cintura/cadera, mayor es el riesgo de aterosclerosis.

¿Qué se necesita para que se produzca un infarto?

Debe formarse un coágulo de sangre o trombo sobre una placa de aterosclerosis y se debe taponar totalmente la arteria. En la formación del coágulo intervienen factores como el estrés psíquico, las infecciones o procesos inflamatorios, etc. Los infartos se producen sobre todo a primera hora de la mañana, cuando más alta está la tensión arterial y la frecuencia cardíaca por aumento de unas hormonas en la sangre llamadas catecolaminas.

¿Cómo prevenirlo?

Ya que no podemos aconsejar a la gente que no se levante de la cama, y tampoco podemos evitar que sus padres o hermanos hayan tenido infarto precoz o que ellos se vayan haciendo mayores, procuramos controlar las restantes causas de aterosclerosis. Hay una causa voluntaria, tanto de aterosclerosis como de trombosis, que es el tabaco. No todo el mundo es capaz de dejar de fumar, ya que el tabaco produce adicción. Hay que ayudar a los fumadores a que dejen de fumar, pero también hay que comprender a los que no son capaces de hacerlo. Otras causas como son la hipertensión arterial (>140/90 mmHg), colesterol LDL alto (>160 mg/dL) o colesterol HDL bajo (<40 mg/dL en hombres y <50 en mujeres), diabetes y obesidad, se tratan en primer lugar con hábitos de vida saludables:

¿Cuáles son los hábitos de vida saludables?

Una dieta adecuada y mucho ejercicio físico. La dieta adecuada es la que permite mantener un peso adecuado para cada estatura, lo cual se calcula fácilmente, de modo que el peso en kilos dividido por la talla en metros cuadrados esté entre 18,5 y 25. Por ejemplo, una persona que mida 1,70 m y pese 70 kg tendrá un índice de masa corporal de 24,2 kg/m2. Aunque la cantidad de calorías de la dieta es lo que más influye en el peso, el ejercicio ayuda mucho a perderlo. Como la mayoría de los adultos tienen sobrepeso (entre 25 y 30 kg/m2) o son obesos (mas de 30 kg/m2), se les aconseja ejercicio físico diario de al menos 30 minutos para ayudar a conseguir el peso adecuado. El más fácil es caminar, pero cualquier ejercicio es bueno.

La dieta también se debe ajustar a las características de cada persona. Quien tiene el colesterol LDL alto deberá evitar las grasas de origen animal: productos lácteos (excepto si son desnatados), carnes grasas, embutidos, yema de huevo). En cambio le conviene comer abundante pescado, aceite de oliva, fruta y vegetales. En caso de hipertensión deberá evitar la sal, sobre todo si comprueba que al tomar más le sube la tensión (no todos los hipertensos son sensibles a la sal). En caso de diabetes deberá evitar los hidratos de carbono, sobre todo los dulces de rápida absorción, que producen subidas y bajadas bruscas de glucosa en sangre. Pero no hay que esperar a ser obeso, hipertenso, diabético o a tener un colesterol alto.

Si desde niños nos acostumbramos a hacer mucho ejercicio, a comer moderadamente y seguimos una dieta mediterránea (rica en pescado, aceite de oliva, fruta y vegetales) y con poca sal, puede que evitemos todos esos factores de riesgo para padecer aterosclerosis en el futuro.

La diabetes es el factor de riesgo que más favorece el desarrollo de aterosclerosis y con mucha frecuencia se debe a obesidad. Al evitar la obesidad se evita en muchos casos la aparición de diabetes. La insuficiencia renal es un problema distinto, que con frecuencia acaba complicándose con infarto de miocardio.

Hasta ahora hemos hablado de cómo prevenir la aterosclerosis, que puede afectar a distintos grupos de arterias, pero sobre todo afecta a las arterias coronarias, cerebrales y de miembros inferiores. Otra cosa es el infarto, más difícil de prevenir, porque no tiene clara relación con un proceso desencadenante conocido y no raramente ocurre por la noche durmiendo. Por tanto para evitar el infarto lo que tratamos de hacer es evitar la aterosclerosis, ya que casi siempre el infarto se produce por un coágulo de sangre que se forma sobre la placa de aterosclerosis. Si no hay placa no habrá infarto.

¿Cómo tratar el infarto?

Yendo cuanto antes al Servicio de Urgencias de un Hospital para que abran esa arteria ocluida y llegue sangre al miocardio. Ante síntomas sugestivos de infarto (dolor torácico opresivo que se acompaña de malestar general, sudoración fría, náuseas y dificultad para respirar) hay que llamar al 112 urgentemente.

¿Cómo organizar el tiempo de los niños de 6 a 12 años durante las vacaciones de verano?

Susana Nadal Álava
Trabajadora Social
Unidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil de Fundación Argibide

El verano es la época del año más deseada por los niños. Los días son más largos, luminosos, calurosos… Los niños necesitan romper con la rutina de la escuela, los exámenes y las actividades extraescolares. Es la época ideal para olvidarse del reloj y preocuparse por pasarlo bien. El verano es un tiempo propicio "para casi todo", y en especial para programas de actividades conjuntas "en familia", para desarrollar aficiones, desplegar la imaginación procurando a los niños nuevas alternativas de aprendizaje y así estimular las capacidades emocionales y las habilidades propias de su edad.

¿Cómo podemos los padres organizar el verano?

Por lo general en verano el horario familiar es más relajado, y resulta más fácil dedicar más tiempo a nuestros hijos. La edad del niño y los resultados académicos obtenidos son variables a tener en cuenta a la hora de organizar esta época del año. Un niño que ha aprobado el curso con buen nivel puede aprovechar el periodo estival para relajarse, descansar, jugar, divertirse y estar con los suyos y con otros niños, de manera que empezará el nuevo curso con mejor disposición que un niño que esté cansado y agobiado por las tareas.

El problema aparece cuando hay algún suspenso o han surgido dificultades de aprendizaje. En este caso, lo primero es animarles y ayudarles a superarlo, así como organizarse para que les dé tiempo a estudiar, sin olvidar su necesidad de dedicar una parte del día al ocio. Es importante seguir las pautas dadas desde su centro escolar y ayudar al niño a que, dentro de un horario flexible, vaya realizando sus tareas.

Los padres tienen que motivar los intereses de los niños procurando que mantengan contacto con sus compañeros: escribiendo una postal, una carta, llamando por teléfono… Es conveniente que el niño converse, escuche, lea y escriba sobre aquello que le estimula.

¿Qué actividades podemos hacer con ellos?

Dejarles tiempo en casa para que desarrollen su creatividad, se disfracen, pinten, jueguen, o escuchen música. Se les puede enseñar a cocinar, a ordenar su estantería o a pensar. Es bueno buscar algo que les interese y, por qué no, dejarles tiempo para aburrirse.

Fomentar la lectura como ocupación lúdica, sin imponerla, estimulándoles desde pequeños. No olvidemos que los padres somos sus modelos, leyéndoles cuentos, invitándoles a ojear la prensa, una revista o un tebeo, leyendo una etiqueta o una receta de cocina. Acompañándoles a visitar librerías, bibliotecas, buscando el equilibrio entre el tiempo libre que necesitan para relajarse y disfrutar de la niñez y la conveniencia del practicar y disfrutar de los libros. Podemos entretenerles leyendo el mismo que ellos, haciendo comentarios. Alentarles a leer los mapas, planos y guías de las ciudades que visitamos o del parque de atracciones. Así fomentamos su capacidad de elección y aumentamos sus habilidades de visualización, de pensamiento abstracto y de lenguaje.

Practicar la escritura con tareas atractivas como escribir una postal, escribir un diario del viaje, planear el menú semanal, lista de la compra… Pueden resultar muy entretenidos los juegos de palabras o de cálculo mental.

Viajar: siempre pensando en el lugar más adecuado a la edad de nuestros hijos, con el objetivo de disfrutar y divertirnos. Incitarles a recrearse con el paisaje, la naturaleza, con el mar, disfrutar de las estrellas etc. Nuestros hijos pueden ayudarnos a organizar el viaje, recoger información previa de los lugares que vamos a visitar, preparar las maletas de modo que reflejen sus propios intereses, los juguetes que van a llevar y disfrutar luego de las fotos hechas por ellos.

Fomentar la participación y la asistencia a actividades deportivas que le van a ayudar a interiorizar el concepto de norma grupal, respeto de reglas, y a la vez a aprender a aplicarlas, a ser justo, a saber perder y por consiguiente a sentirse seguro, alegre y feliz.

Acudir a una película de cine al aire libre, una obra de teatro, un concierto, ir a museos, a fiestas de un pueblo, a una romería… a cualquier espectáculo cultural adecuado a su edad.

Favorecer el contacto con experiencias nuevas, diferentes culturas, costumbres y lenguas que desarrollen sus sentidos y alimenten su fantasía. Pueden visitar pueblos, ir de acampada, a un mercado, visitar a un familiar enfermo o ingresado en una residencia, utilizar medios de transporte que habitualmente no usan (tren, bici…).

Y por qué no, ver la televisión y utilizar las nuevas tecnologías: Internet, correo electrónico, videojuegos, máquinas de juegos… pero controlando los contenidos y tiempos. Siempre vigilando que el niño no deje de jugar a otras cosas o de disfrutar de otras actividades.

¿Qué habilidades podemos fomentar?

Responsabilizarles de tareas domésticas. Lo importante es que cada uno sea responsable de algo y perciban la necesidad de ayudar a sus padres, (poner la mesa, comprar el pan, recoger la ropa, hacerse la cama,…)

Hacerles participes de la preocupación por el medio ambiente, que se encarguen de cuidar una planta, de reciclar una determinada materia, visitar una reserva natural, apagar luces, ahorrar agua… evitando el consumismo exagerado y potenciando la enseñanza desde casa.

En edades más avanzadas el verano es un época ideal para "iniciar experiencias de autocuidado", donde el niño se responsabiliza de su cuidado y en ocasiones del cuidado de un hermano menor. Esta etapa es una época muy importante para sentirse útiles, desarrollar la autoestima, y entender el mundo que le rodea, aprendiendo nuevas habilidades y la sensación de ser útil y necesario para otra persona.

Importante implicarles poco a poco en tareas altruistas, de manera que les ayude a entender la realidad, concienciarse de las necesidades de los demás, de los problemas, sensibilizándoles y generando un compromiso. De esta forma les ayudaremos a construir su escala de valores.

El tiempo libre es un espacio de amistad, de autoconocimiento, de desarrollo de la afectividad, de encontrarse con uno mismo, de vivir en grupo, de asociarse… es tiempo de alegría, de disfrutar de la vida. Todo esto les ayudará a ir fomentando su independencia.

"El verano es una época propicia para el aprendizaje sin estrés"

El final del verano y la vuelta al colegio

Susana Nadal Álava
Trabajadora Social Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil de Fundación Argibide

El final de las vacaciones y la vuelta a la rutina se hace difícil, tanto para los niños como para los mayores. Cuesta volver al colegio, a madrugar, y a tener responsabilidades.

Muchos niños, sobre todo si el año anterior ha sido grato, tienen ganas de volver al colegio y ver a sus amigos, jugar... pero a otros el volver al colegio les resulta poco atractivo. Los padres intentaremos que se vayan adaptando a las nuevas situaciones de forma progresiva. Va a ser indispensable nuestro apoyo. Así como en ocasiones a los adultos nos cuesta la vuelta al trabajo e incluso podemos tener ansiedad y nerviosismo ante situaciones nuevas, a nuestros hijos les sucede igual. Necesitan recibir explicaciones y sentirse tranquilos respecto a los cambios en las rutinas. No obstante, cada niño reacciona de forma diferente y hay que respetar su ritmo.

¿Cómo podemos los padres ayudar a nuestros hijos?

Los días previos al inicio del curso es importante escuchar sus preocupaciones, sus temores y necesidades. Ayudarles a verbalizar su pereza. Necesitan recibir explicaciones y sentirse tranquilos respecto a los cambios en las rutinas.

Importante que el niño llegue descansado y habiendo disfrutado al máximo para enfrentarse al nuevo curso.

Podemos servir de modelo, que vean que no nos cuesta volver a nuestro trabajo. El ánimo de los padres y el buen ambiente familiar es fundamental para los niños.

Importante preparar las cosas con tiempo, no dejarlo para el último momento. Estar informados de los horarios, de la clase, del tutor.

Será bueno ir viviendo con ellos todo lo que rodea al inicio de clases; salir a comprar los libros, la mochila, las pinturas, los cuadernos y la ropa. Ir preparando con esmero todo el material, forrar y poner nombre a los nuevos textos del curso que van a iniciar, ojearlos con ellos y comentar en su compañía lo interesantes que parecen.

Una vuelta paulatina y progresiva a la rutina puede favorecer que el cambio no sea tan dramático. Ir ajustando los horarios unos días antes del final de las vacaciones.

Levantarle con tiempo para que se prepare despacio sin nerviosismo. Reducir las horas de televisión y propiciar un ambiente de estudio.

Una vez empezado el curso no trasnochar.

En ocasiones ayuda acompañarle ese primer día al colegio aunque habitualmente no se haga.

Dedicarle tiempo a que nos explique cómo le ha ido en el nuevo curso, cómo son sus profesores, sus compañeros, dejando que lo hagan a su manera, sin forzarles.

¿Qué mensajes podemos transmitir?

Explicarles que ir al colegio es su obligación, que es algo normal. Compartiendo con ellos nuestros recuerdos de la infancia.

Hacer comentarios positivos sobre el reencuentro con sus amigos, nuevas relaciones, las excursiones... los juegos del recreo y todo aquello que van a aprender, sentir y pensar.

Transmitirles tranquilidad y confianza. Así como seguridad de que van a poder afrontar con éxito cualquier situación.

Vivir la vuelta al colegio como un día especial y con optimismo. Es la época de mayor trabajo, pero también transmitir que todas las estaciones tienen su encanto: recordar deportes y actividades agradables que hacemos en invierno, celebraciones familiares, festividades... y sobre todo dejarles claro que vamos a tener tiempo para ellos.

"No hay recetas mágicas pero con cariño y comprensión el niño se adapta en una o dos semanas"

Consejos para la higiene femenina íntima

Dra. María Victoria Goñi
Centro de salud de Azpilagaña

Llega el verano y con él aumentan las posibilidades de contraer infecciones genitales por hongos, con las molestias que conllevan y se incrementan también las irritaciones inespecíficas en el área genital. En esta época, debemos tener más en cuenta que nunca las prácticas correctas en cuanto a la higiene diaria y otros hábitos.

El lavado de la zona debe realizarse con jabón neutro, siempre sólo externo, una o dos veces al día (como máximo), el secado debe ser completo y sin frotar. No deben realizarse lavados de la vagina, salvo que el ginecólogo haya prescrito alguna ducha vaginal para tratamiento de una infección.

La ropa interior debe ser preferentemente de algodón, los tejidos sintéticos con el sudor, con mucha frecuencia producen irritación, así mismo, la utilización diaria de protege-slips, a largo plazo, produce picor y escozor en genitales externos, es frecuente, que en una exploración ginecológica encontremos enrojecimiento vulvar en mujeres que no presentan ninguna molestia y que son usuarias habituales de los mismos.

Para evitar la infección por hongos, concretamente en verano, una medida útil es no permanecer con la zona húmeda durante mucho tiempo. Por ello la mujer propensa a padecerlos, debe ponerse un traje de baño seco tras el baño.

También en verano hay un incremento de las infecciones urinarias de vías bajas (cistitis), a ello contribuyen los baños, por una parte, dado que la uretra femenina es corta, la posibilidad de llegada de gérmenes a la vejiga está favorecida y por otro lado el permanecer con la zona húmeda se favorece el "enfriamiento".

Para tratar de evitarlas, además de no permanecer mucho tiempo con la zona mojada y de realizar una correcta limpieza de los genitales, es conveniente beber abundantes líquidos, orinar con frecuencia, aportes de vitamina C y también parece que ayuda a prevenir las cistitis el arándano en zumo o comprimidos con extracto del mismo.

Todas estas medidas son sencillas de realizar y en muchos casos pueden evitar situaciones que, si bien no son transcendentes para la salud, son muy incómodas para la mujer.

Estudio del sueño

Dr. Iñaki García de Gurtubay
Servicio de Neurofisiología Clínica. HVC.
Dr. Manuel Eguía
Servicio de Neumología. HVC.

El ser humano necesita dormir. Dependiendo de la edad y de cada persona estas necesidades cambian desde las 18 horas/día de un recién nacido hasta cerca de 7 de un adulto. Dormimos alrededor de un tercio de nuestra vida (unas 220.000 horas a los 60 años), pero no sólo se trata de dormir, sino de hacerlo bien, y de descansar adecuadamente.

Todo el mundo sabe que cuando no se duerme bien de noche, las consecuencias se sufren de día (fatiga, irritabilidad, somnolencia etc.), pero también es cierto que si no estamos bien de día, pasaremos una mala noche. Así se cierra el círculo, donde día y noche se intercalan ininterrumpidamente. En nuestra sociedad, 1 de cada 4 individuos padece las consecuencias de un mal sueño (dormir poco, dormir demasiado, o dormir mal) en alguna de sus múltiples manifestaciones.

Mientras dormimos ocurren fenómenos poco conocidos que repercuten en nuestro organismo. Hay enfermedades que sólo ocurren durante el sueño, otras mejoran o empeoran con el sueño. En los últimos años gracias al desarrollo tecnológico y de los profesionales implicados, el estudio de la patología del sueño se ha convertido en una actividad de rutina en los sistemas sanitarios.

Dr: ¿Lo que me pasa es normal?

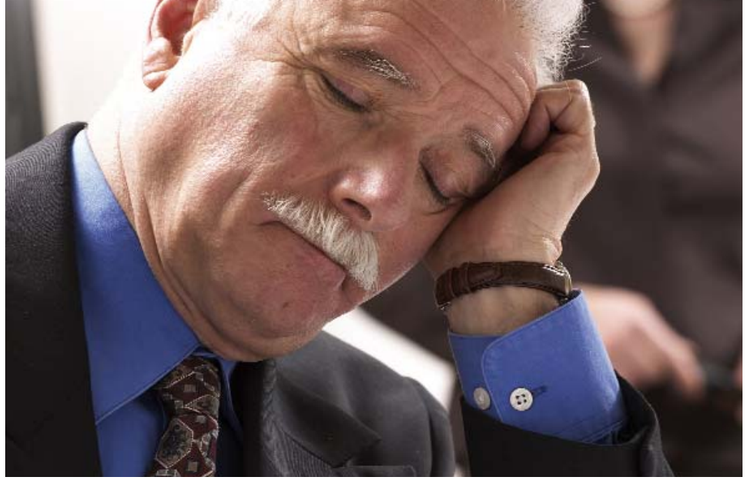
¡Tengo sueño!, ¡ronco continuamente!, ¡me muevo mucho en la cama! ..., son quejas habituales en una consulta médica, y aunque pueden estar relacionadas con algún trastorno de sueño, también pueden no tener ninguna trascendencia para la salud.

Por ejemplo, todas esas quejas tienen en común que haya excesiva somnolencia diurna (ESD). Su causa mas frecuente es el insomnio, en el que no se duerme de noche y como consecuencia se tiene sueño durante el día. Estos pacientes deben ser bien reconocidos por el médico, porque en la mayoría de las ocasiones no requieren pruebas específicas en el laboratorio de sueño. En cambio hay cuadros frecuentes como el síndrome de apneas del sueño que sí deben remitirse al especialista para estudio. La privación de sueño (dormir poco o sobre todo sin orden) se esconde en muchas ocasiones tras la queja de ESD en jóvenes o sujetos con trabajo a turnos. Por otra parte, es habitual que pacientes que se muevan mucho durante el sueño, tengan mala calidad del mismo y sufran ESD. Más raramente, en algunas crisis epilépticas nocturnas que pasan desapercibidas, o en enfermedades inusuales como la narcolepsia, hay ESD y precisan pruebas más complejas y específicas que el resto.

Por ello el médico antes de enviar el paciente a un especialista, o plantear la realización de alguna prueba, tiene que tener una perspectiva global del problema, y necesita definir si hay o no un trastorno del sueño, ver cuál puede ser, cómo se comporta y cuándo aparece, evaluar cómo son los hábitos de sueño y sopesar el impacto que ese trastorno tiene en la vida del paciente. El paciente deberá informar sobre horarios de sueño, detallando la hora de acostarse y levantarse, las siestas diurnas, los rituales previos antes de irse a la cama (TV, lectura, radio, etc.), lo que tarda en dormirse y el número y causas de despertares durante la noche (temperatura, ruidos, pesadillas, ronquidos, trastornos respiratorios, necesidad de orinar etc.). Se le preguntará, además, sobre los síntomas diurnos, como cansancio, depresión, ansiedad y somnolencia, así como los horarios de trabajo y de comidas, los hábitos tóxicos y tratamientos farmacológicos. Durante la visita es aconsejable que esté presente el compañero de cama, que aportará datos sobre comportamientos anormales, trastornos de la respiración etc.

Qué hacemos en una Unidad de Sueño y cómo lo hacemos

Aunque también realizamos pruebas diurnas, nuestra actividad fundamental se realiza de noche. En la Unidad de Sueño, ubicada en la 5ª planta del Hospital Virgen del Camino trabajan médicos de los Servicios de Neurofisiología Clínica y Neumología, y enfermeras especializadas. Disponemos de tres habitaciones dedicadas a realizar pruebas y diferentes aparatos en los que se registran y graban variables corporales que consideremos de interés. La información se envía al control central, en donde se almacenan los datos y donde se controla que todo funcione correctamente.



Los pacientes acuden a las 22 horas y tras la colocación de los diversos sensores duermen toda la noche. Por la mañana, sobre las 7:30 se retiran y el paciente puede marcharse. Los tipos de pruebas más habituales que realizamos son la polisomnografía, el video-electroencefalograma y la poligrafía respiratoria, entre otras. Para cada prueba se usan diferentes sensores (todos no invasivos), resultando la prueba totalmente inocua. En general hay unas variables comunes que se estudian en casi todas las pruebas, los movimientos de piernas, el flujo de aire nasobucal, los movimientos respiratorios, la oxigenación, el pulso y la posición corporal. También podemos registrar la actividad del cerebro (electroencefalograma), junto con los movimientos oculares y el tono muscular del mentón.

El resto de parámetros que se graban se personalizan en función de la sospecha diagnóstica. En los protocolos de sospecha de apnea de sueño, se incide en el registro de parámetros respiratorios y cardiacos que incluyen el registro del flujo respiratorio, la saturación de oxigeno, el esfuerzo respiratorio con bandas torácicas y abdominales, el ronquido, etc. Si por el contrario nos encontramos ante una sospecha de trastorno motor del sueño, al estudio básico se añaden sensores sobre más músculos y se registra vídeo sincronizado con el estudio, de forma que se observa el comportamiento del paciente durante el sueño y permite establecer una correlación con cualquier suceso. Por último, en los protocolos en lo que se sospecha trastorno epiléptico, se añaden varios sensores de encefalograma.

Posteriormente los especialistas de sueño analizan todos los parámetros grabados, estudian la distribución, duración, y orden de las fases de sueño pudiendo cuantificar todo ello. Ven si el paciente se despierta (aunque luego no lo recuerde), cuantas veces lo hace y el motivo. Registran la presencia de trastornos de la respiración (ronquido, pausas en la respiración...), o del movimiento (crisis epilépticas nocturnas, movimiento periódico de piernas...), así como otros parámetros que se graban toda la noche (saturación de oxigeno, electrocardiograma, posición, etc.), cuantifican todos ellos y establecen la influencia que los mismos tiene en el sueño del sujeto, para posteriormente indicar un tratamiento adecuado.

Anestesiología, la gran desconocida: mitos y leyendas sobre nuestra especialidad

Dr. Miguel Castañeda Pascual
Servicio de Anestesiología y Reanimación
Clínica San Miguel. Pamplona.

Nos hallamos ante una de las especialidades menos conocidas y reconocidas por los pacientes que, sin embargo, hoy en día pasa por ser una de las más demandadas, valoradas y con un presente y futuro muy prometedor. Y la culpa no es precisamente del "pueblo llano" que no tiene ninguna obligación de poseer conocimientos médicos, si no de la misma extirpe médica, y ciertas leyendas y malos hábitos que, aún en nuestros días, perduran.

"No sé si debo decirle la medicación que tomo a usted, o al médico". Esta frase me lanzó, a modo de bofetada, una señora cuando acudió a nuestra consulta para realizar el pertinente estudio preoperatorio antes de someterse a una cirugía ginecológica. Respiré profundo, y sonriendo y en tono amable, me limité a contestarle:"está usted delante del Doctor responsable de ajustar su medicación antes de la cirugía e informarle de la anestesia que se llevará a cabo y los posibles riesgos derivados de todo el proceso perioperatorio".

Si hiciéramos una encuesta, todo el mundo sabría decirnos a qué se dedica un cardiólogo, un pediatra o un ginecólogo, pero, ¿y el anestesiólogo? Sí, el médico especialista en anestesia es el anestesiológo, el anestesista de toda la vida. ¿O acaso llamamos cardiologista al cardiólogo? Hechos como estos, son los que me han empujado a escribir este artículo para dar a conocer nuestra especialidad a la sociedad y aclarar algunas creencias erróneas sobre ella.

¿En qué consiste la especialidad de Anestesiología?

El nombre completo de la especialidad es Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Si lo analizamos en profundidad nos daremos cuenta del gran alcance y responsabilidad de este título.

El anestesiológo, tras cuatro años de, en mi opinión, corto periodo de especialización, abarca una amplia parcela en la actividad quirúrgica y extraquirúrgica de la práctica sanitaria diaria. Debe dominar todas las técnicas anestésicas, así como su control y resolución de las posibles complicaciones derivadas de ellas. Además, el anestesiólogo está capacitado para llevar a cabo técnicas de reanimación y el manejo del paciente crítico. Por último, también es el especialista en el estudio y tratamiento del dolor, tanto el dolor postoperatorio como el dolor crónico.

Entonces, ¿a qué se dedica el anestesiólogo? ¿cuál es su función dentro del quirófano?

La función del anestesiólogo no se limita al hecho de "dormir y despertar" al enfermo. Su papel en quirófano es vital e insustituible. La visión global del paciente que posee, le otorga una posición privilegiada. En todo momento debe procurar el bienestar del paciente, manteniendo todas y cada una de sus funciones vitales: cardiovascular, respiratoria, renal, hepática, temperatura, pérdidas sanguíneas, etc. De ahí la gran responsabilidad que sobre él recae: cuidado y vigilancia del paciente hasta que pasa a la sala de despertar.

Anestesiólogo y cirujano son necesariamente complementarios. La idea de "equipo" debe guiar siempre el transcurso de cualquier intervención quirúrgica, y la comunicación entre ambos debe ser continua y fluida.

¿Tiene algún papel el anestesiólogo fuera de quirófano?

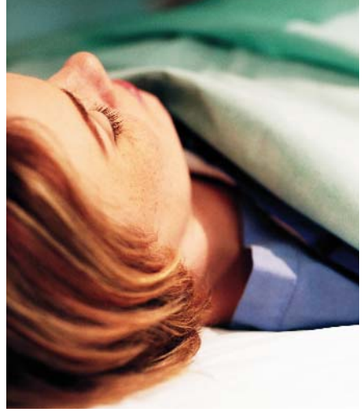
Sí, la labor del anestesiólogo va más allá de su presencia en quirófano. Es el encargado de realizar anestesias y sedaciones en procedimientos fuera de quirófano que así lo requieren (colonoscopias, gastroscopias, resonancia magnética...) y en casos de nula colaboración del paciente (niños, deficientes mentales, ancianos...). Hoy en día, cada vez son más frecuentes las pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas menores con carácter ambulatorio y sin necesidad de ingreso.

¿Qué es la "sala de despertar"?

Es el lugar, también llamado unidad de recuperación o vigilancia postanestésica, al que es trasladado el paciente que ha sido sometido a una anestesia o sedación. Está dirigido por un anestesiólogo que controla y supervisa las primeras horas del periodo postoperatorio: un correcto despertar tras la anestesia, así como el tratamiento del dolor y las complicaciones que puedan presentarse en el postoperatorio inmediato. Una vez transcurrido el tiempo pertinente, es el encargado de dar el alta ambulatoria o hacia la planta de hospitalización.

¿Qué es la consulta preanestésica? ¿Cuál es su objetivo?

Es la visita que realiza el paciente al anestesiólogo antes de una intervención. Éste lleva a cabo el estudio preoperatorio necesario para cualquier procedimiento que requiera su presencia. Consiste en la realización de una historia clínica detallada, una exploración física completa y la petición de unas pruebas complementarias (analítica, electrocardiograma, pruebas de imagen, etc). En la misma, se le explica al paciente el tipo de técnica anestésica que se llevará a cabo, sus posibles riesgos y se obtendrá el consentimiento informado del paciente. El objetivo final es conseguir que el paciente llegue en un estado óptimo al acto quirúrgico, con una correcta preparación en cuanto a ayuno, premedicación, higiene, etc. Asimismo, es el momento de informar e identificar a sujetos con riesgo elevado de sufrir complicaciones tanto en quirófano como en el postoperatorio.



¿Es cierto que la anestesia se vomita?

No, no es cierto. La mayor parte de la medicación anestésica se elimina por la orina. Sí es verdad que alguno de los fármacos que empleamos pueden provocar náuseas y vómitos durante el postoperatorio. Para contrarrestar esto, echamos mano de otros fármacos y maniobras que los frenen o minimicen.

¿Hay que ir siempre en ayunas al quirófano?

Sí, siempre que sea posible. Aunque la operación vaya a realizarse bajo anestesia local o regional, es conveniente cumplir las pautas de ayuno marcadas. El ayuno mínimo recomendado es de 6 horas; en ese periodo no se puede ingerir alimentos sólidos, beber agua, ni mascar chicle. Esto es así, debido a que, si en un momento dado fuese necesario realizar una anestesia general de urgencia, el hecho de tener contenido alimentario dentro del estómago podría ocasionar un atragantamiento y serias complicaciones respiratorias.

¿Es bueno dejar de fumar antes de una intervención?

Esta es una de las preguntas que más inquieta a los pacientes fumadores que van a operarse. El hecho de fumar es malo para todo, también para quien va a someterse a una anestesia general. Está demostrado un mayor índice de complicaciones, sobre todo respiratorias, en sujetos fumadores tras anestesia general.

Ocurre un hecho curioso: la normalidad en las vías respiratoria de una persona fumadora no se restablece hasta que transcurre un mínimo de 6 semanas sin fumar, pero es en los primeros días tras el cese del consumo de tabaco, cuando más secreciones e irritabilidad del tracto respiratorio existe. Así que, si la operación va a llevarse a cabo en pocos días, es preferible que no se deje de fumar en ese período, ya que el riesgo puede ser aún mayor.

¿Es arriesgado someterse a una anestesia general?

El riesgo viene determinado por el estado general del paciente, el grado de control de sus enfermedades previas, así como el tipo de intervención que se llevará a cabo. Es labor del anestesiólogo hacer que el paciente llegue a la intervención en el mejor estado posible. Hoy en día, gracias a los adelantos en la monitorización y el uso de nuevos fármacos, la seguridad y fiabilidad en una anestesia general es altísima.

El trasplante renal “de vivo”

Juan José Unzué Gaztelu
Coordinador de Trasplantes de Navarra

En Navarra se hace un trasplante “de vivo” al año y para facilitar e impulsar esta práctica vamos a desarrollar una técnica menos agresiva y que se aplica con éxito en otros campos de la medicina, la laparoscopia.

¿Qué es el riñón?

Un órgano de 9 a 12 cms. de longitud, 5-6 de grosor, 150 gramos de peso y situado a izquierda y derecha de la región lumbar.

Funciones del riñón

La más importante es la función depuradora: el riñón es un complejo filtro que elimina las sustancias nocivas de la sangre y regula la cantidad de agua en sangre, expulsando o reteniendo continuamente más o menos agua en función de las necesidades de cada organismo.

Además de estas funciones elementales tiene otras que se pueden llamar hormonales: en conjunción con otros órganos contribuye a la producción de los glóbulos rojos o hematíes y a la viabilidad de la vitamina D, que regula el calcio (muy importante para los huesos).

¿Qué es la insuficiencia renal?

Se da cuando los riñones funcionan sólamente del 10 al 20%; si es de forma continuada se llama IRC: insuficiencia renal crónica (las siglas añaden rapidez pero también confusión a los no iniciados). Los pacientes aquejados de esta disfunción necesitan diálisis o, mejor, trasplante.

¿Qué es la diálisis?

Un tratamiento que hace las veces del riñón; es decir, una máquina con un filtro químico que elimina las impurezas de la sangre a la que el paciente se conecta por una vena. Si la limpieza se realiza por medio de un catéter colocado en la cavidad abdominal (en el vientre) se llama diálisis peritoneal.

El trasplante es la solución ideal

Pero la diálisis, como constatan nuestros sufridos enfermos crónicos renales, es continuada, cansina y molesta. El tratamiento terapéutico ideal a la insuficiencia renal es el trasplante de un riñón de cadáver o de una persona viva.

¿Cuándo se implanta un riñón en la persona con insuficiencia renal? Si es de cadáver, primero se realizan unos análisis previos para buscar, a través de un programa de ordenador, el receptor más parecido desde el punto de vista inmunológico, así evitamos en lo posible el rechazo. Pero esta solución tiene un problema: no existen tantas donaciones de riñones de cadáveres como para cubrir todas las necesidades que tenemos y, eso que vivimos en España, el país número uno del mundo en donaciones y trasplantes. Trasplantamos 2.200 riñones al año y la lista de espera en España es de 4.200 pacientes que sufren una calidad de vida restringida a la espera de un riñón que cambiaría positivamente su forma de vida; para reducir este importante déficit está el trasplante renal “de vivo”.

Datos del trasplante “de vivo”

En los Estados Unidos se realizan cada año 7.271 trasplantes renales de cadáver y 9.923 “de vivo”, es decir el 57,5 % de la totalidad de trasplantes es “de vivo”.

En España, el pasado año hubo 137 trasplantes “de vivo” y 2.074 de cadáver; Cataluña es la autonomía donde más se practica el trasplante “de vivo”. En Navarra se hace un trasplante “de vivo” al año y para facilitar e impulsar esta práctica vamos a desarrollar una técnica menos agresiva y que se aplica con éxito en otros campos de la medicina, la laparoscopia.

Receptores del trasplante “de vivo”

Los pacientes jóvenes con amplio horizonte vital y las personas que más “rentabilizarían” el trasplante.

Pacientes para los que, por razones inmunológicas no aparecen cadáveres compatibles; es decir, para aquellos a quienes podríamos buscar con relativa facilidad un riñón compatible entre la gente normal pero que es muy difícil que aparezca un riñón de cadáver viable para ellos.

Pacientes que reiteradamente rechazan el trasplante de riñón de cadáver por diversas razones.

Quiénes pueden ser donantes “de vivo”

Cualquier persona que tenga dos riñones (excepcionalmente hay quien nace con uno), que lleve una vida saludable y que sea altruista en alto grado. Donar un órgano es signo de máxima generosidad, no comparable con el que dona dinero o bienes. Es dar vida.

En un primer análisis, el donante “de vivo” no debería padecer ni cólicos renales, ni diabetes, ni colesterol, ni enfermedades renales hereditarias y, además una condición sine quo non sería la total libertad del donante. El donante antes de la donación debe expresar ante un juez la libérrima voluntad de donar sin coacciones de familiares o amigos o del propio receptor: la compatibilidad la establece el nefrólogo, la perfecta libertad el juez.

Razones técnicas a favor del trasplante “de vivo”.

Hace algunos años los médicos desaconsejaban el trasplante “de vivo”: el estado de la técnica no permitía asegurar la viabilidad del trasplante. Hoy en día hay sobradas razones para que veamos el futuro claro a favor del trasplante “de vivo”.

Por un lado, la cirugía ha avanzado en los últimos años de forma espectacular.

La inmunología también ha obtenido un desarrollo, a veces sólo percibido por el profesional, pero que permite establecer con casi perfecta fiabilidad la idoneidad entre donante y receptor evitando el rechazo.

La programación y ejecución del trasplante es más fácil y eficaz para ambos implicados: receptor y donante.

Termino apelando una vez más a la generosidad, que es patrimonio histórico de nuestro pueblo. Todos conocemos referentes navarros muchas veces anónimos, que dieron todo a cambio de nada. La donación de órganos es moralmente sublime y signo evidente de máxima excelencia y altruismo.

Infecciones por hongos

Julio Pérez Pelegay
Fátima Lafuente Urrez
Servicio de Dermatología.
Hospital Reina Sofía de Tudela

Las micosis o infecciones por hongos en el hombre, pueden afectar a las capas más superficiales de la piel dando lugar a "Micosis cutáneo-mucosas superficiales", a capas profundas en las llamadas "Micosis profunda" y por último algunas de éstas pueden diseminarse y afectar a órganos internos dando lugar a "Micosis sistémicas". Afortunadamente estas dos últimas son poco frecuentes en personas con las defensas normales por lo que sólo nos referiremos a las primeras.

Las micosis superficiales más frecuentes en España son la Pitiriasis Versicolor, las Dermatofitosis y las Candidiasis.

Pitiriasis Versicolor

Es una infección asintomática de las capas más superficiales de la piel causadas por una levadura llamada Malassezzia. Son levaduras con una gran tendencia a localizarse en zonas grasas de la piel como el cuero cabelludo, tronco y pliegues. Su crecimiento se ve favorecido en condiciones de calor, humedad, sudoración y en situaciones de bajada de defensas, convirtiéndose en patógena. Afecta con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres, de entre 15 y 30 años, sobre todo en los meses de verano.

Se presenta como manchas redondas, bien definidas con escamas finas en su superficie que se desprender con el rascado. El color varía entre pardo, rosa anaranjado y blanco, poniéndose más de manifiesto cuando nos exponemos al sol. La localización más habitual es el tórax, los hombros, los brazos, el abdomen, la espalda y el cuello, siendo muy raras en las extremidades y la cara. Cuando se curan la superficie es lisa, sin escamas, de color claro durante varios meses y hasta que el paciente no se expone de nuevo al sol. Este cuadro es muy sencillo de tratar con un porcentaje de curaciones alto, sin embargo, las recidivas son frecuentes.

Dermatofitosis o tiñas

Son el resultado de la infección de la piel, cabellos y uñas por unos hongos denominados dermatofitos, que se alimentan de la queratina. Existen 3 géneros de dermatofitos: Microsporum, Epidermophyton y Trichophyton.

Algunos de ellos sólo se encuentran en el organismo humano por lo que el contagio se produce entre personas; otros afectan a animales (perros, gatos, conejos y ganado vacuno) incluso, a veces, se pueden encontrar en el suelo y el hombre se contagia al entrar en contacto con éstos.

Las tiñas se manifiestan como unas lesiones cutáneas con una zona central de piel normal con un borde descamativo de crecimiento centrífugo. Según la localización da lugar a varias formas clínicas:

a) Tiña capitis: Afecta sobre todo a niños y resulta de la invasión del tallo piloso por dermatofitos.

b) Tiña de la barba: Infección de las zonas con pelo de la cara y cuello.

c) Tiña corporis: Lesiones circulares con bordes bien definidos y descamativos.

d) Tiña pedis: Infección de la planta y/o de los espacios interdigitales de los pies. Es muy frecuente en adultos.

e) Tiña cruris: Localización inguinal y/o perineal en varones.

f) Tiña manum: Hiperqueratosis palmar difusa, uni o bilateral.

g) Tiña facei: Afecta a las zonas de la cara sin pelo.

h) Onicomicosis: Infección de los bordes laterales y/o distales, afectación de toda la lámina ungueal, onicomicosis blanca superficial, onicomicosis proximal.

Candidiasis

Son enfermedades de la piel y mucosas causadas por hongos levaduriformes pertenecientes al género Candida. La especie implicada con mayor frecuencia es Candida Albicans.

Entre el 30-50% de las personas tienen el hongo en la boca o tubo digestivo formando parte de su flora comensal y en el 20 % de las mujeres forma parte de su flora vaginal.

En determinadas circunstancias se rompe el equilibrio entre el organismo y el hongo haciéndose en ese momento patógeno.

Entre los factores favorecedores de una candidosis se encuentra:

- Factores locales: humedad, maceración, oclusión.
- Factores fisiológicos: lactante y anciano, embarazo, fase premenstrual.
- Factores patológicos: enfermedades endocrinas (diabetes, enfermedad de Addison, hipoparatiroidismo), enfermedades hematológicas (linfomas, leucemias), enfermedades debilitantes, situaciones de inmunodepresión.
- Medicamentos: antibióticos, corticoides, inmunodepresores y anticonceptivos.

Dependiendo del área afectada podemos encontrarnos con varias situaciones clínicas:

- Afectación de pliegues (axilas, ingles, interglúteo, submamaria, interdigital..) dando lugar a picor u pequeñas vesículas que se rompen y dan lugar a placas rojas, brillantes de aspecto barnizado a ambos lados del pliegue.
- Genitales: afecta tanto a la región de la vulva y vagina, glande y zona perianal dando lugar a prurito, eritema, vesículas y en algunas ocasiones a una membrana blanquecina cremosa pudiendo extenderse a labios mayores en las mujeres y escroto en los hombres.
- Boca: se observa sobre todo en niños e inmunodeprimidos como unas membranas blanquecinas cremosas que cubren la totalidad de la mucosa y se desprenden con el raspado dejando una superficie rojo, congestiva y sangrante.
- Comisura de boca (Queilitis angular): inflamación de las comisuras bucales generalmente simétricas con una fisura en el fondo. A su aparición también influyen las prótesis dentales y exceso de salivación.
- Onixis y perionixis: es la inflamación de la piel situada alrededor de la uña y de la uña propiamente dicha con dolor, eritema y edema de dicha áreas con afectación secundaria de la uña que se ve favorecida por la humedad.

Para el tratamiento de todas estas infecciones se dispone de una gran cantidad de medicamentos llamados antifúngicos tanto tópicos como orales todos ellos de gran eficacia. Entre los tópicos destacan los derivados imidazólicos, terbinafina, naftifina, ciclopiroxolamina, tolnaftato amorolfina, nistatina y anfotericina. Entre los orales hay que mencionar la griseofulvina, itraconazol, terbinafina, fluzonazol y cetoconazol.

Comercial
Médica y de Laboratorio

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

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

Cómo cuidar los dientes de su bebé

Dr. José Ignacio Zalba.
Especialista en programas preventivos para la salud bucodental (UCM)

El cuidado de la boca del bebe empieza incluso antes de que nazca, en el embarazo, con el cuidado de la salud general y de la boca de la madre para que el futuro bebé tenga un correcto desarrollo.

Desde un principio los padres u otros cuidadores serán los encargados de examinar regularmente los dientes de su bebé para ir viendo que están sanos y no tienen manchas ni defectos.

Las medidas de prevención, es evidente que hay que implementarlas cuanto antes, así profesionales de la salud como dentistas y pediatras pueden en esta fase dar los primeros consejos.

Los cuidados de los dientes empiezan en casa. Los padres deben ser conscientes de la importancia de la salud de la boca y de los dientes de sus hijos. Y los primeros cuidados deben empezar ya en el embarazo con su propio cuidado personal.

Esta visto que la salud dental de los padres afecta a la del bebe. En los padres con caries se produce con más facilidad un contagio vertical (se pasan las bacterias que provocan la caries de la madre o cuidador al bebe), así la primera medida para el cuidado preventivo de los dientes del bebé pasa por un correcto cuidado personal y una visita al dentista si no se ha realizado la revisión periódica de los cuidadores.

Se debe evitar compartir con el bebe cosas que hayan pasado por nuestra boca, como cucharillas o cubiertos que hallamos utilizado, o el típico chupete que se cae y que se chupa para limpiarlo y luego va a la boca del bebé, ya que esta es la forma más común de contagio.

¿Cuándo tenemos que visitar al dentista? Revisión de los dientes

Se recomienda la primera visita dental preventiva entre la aparición del primer diente y los 12 meses de vida, para una primera revisión en la que ver que los dientes presentes, las encías y maxilares estén bien y dar los primeros consejos a los padres para el cuidado de la salud dental del bebé.

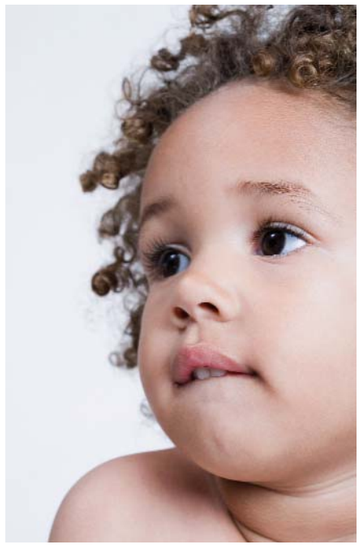
Identificar los factores de riesgo de la enfermedad cuanto antes es esencial para poder poner las medidas de protección a tiempo y así evitar futuros tratamientos.

De una forma general, alrededor de los 3 años, es cuando se encuentra completa la erupción primaria. Los controles se deben hacer cada 6 meses, y no esperar a que tenga que ser de urgencia. Cuando llegue el momento de acudir al dentista, a poder ser antes de que se detecte algún problema, los padres deben evitar mensajes como "no te va a doler, no pasa nada..." que ponen al niño en alerta. Es necesario que entre el niño y el dentista haya una buena relación, sin los miedos que son transmitidos por los mayores para crear una sensación de confianza y de seguridad.

El chupete

Revisar que el chupete sea seguro, el farmacéutico le podrá aconsejar y si tiene dudas pregunte al pediatra o dentista que siguen al bebé.

A partir del año es el momento más adecuado para ir retirándolo, y así evitar posibles alteraciones esqueléticas, que en cada niño serán diferentes dependiendo de su predisposición genética.



Ayuda mucho que el bebe tenga algún muñeco o trapo con el que tiene una relación especial de tal manera que cuando le retiremos el chupete se apoye en él y le sea más fácil el cambio. ¡Ojo! que no se sustituya por el dedo que es más difícil de eliminar.

Los cuidados de los dientes de los bebés

Para mantener una buena salud de los dientes se debe comenzar cuanto antes, desde los llamados dientes de leche que deben estar bien cuidados a pesar de que tienen una duración limitada. Estos dientes le permiten al niño masticar correctamente, tener un correcto desarrollo esquelético, sirven de guía a los definitivos, etc.

Si estos dientes no están bien cuidados y tienen problemas, es muy probable que los definitivos los sufran.

Limpie la boca de su bebé con una gasa o toallita suave antes incluso de que salgan los dientes para eliminar la placa que se forma en los rodetes, esto además disminuirá la molestia y la inflamación de las encías al hacer erupción los primeros dientes. A partir de entonces puede empezar con un cepillo dental para bebés, ya que, es el momento que deja la lactancia y empieza a tomar papillas y otras comidas.

La dieta: el biberón y la caries

Cuanto más sana sea su dieta más probabilidades de mantener una salud dental durante toda la vida. De hecho, se ha determinado que hay una correlación grande entre el consumo de bebidas azucaradas durante la infancia, y el consumo posterior de alimentos con gran contenido de azúcar, lo que aumenta el riesgo de sufrir caries.

No se debe dejar que el bebé se duerma con un biberón o un zumo, ya que, los dientes recién salidos terminan afectados por los ácidos producidos por las bacterias que tenemos en boca pudiendo causar "caries del biberón". Si el bebe tiene costumbre de acostarse con biberón este debe estar relleno de agua.

Cuanto antes empecemos con el cuidado de los dientes mucho mejor.

salud

El síndrome de la vejiga hiperactiva

Dr. José Enrique Robles
Consultor de Urología
Clínica Universidad de Navarra

El Síndrome de Vejiga Hiperactiva (SVH) afecta a uno de cada cinco personas mayor de cuarenta años y se define por síntomas urinarios de urgencia (deseo repentino y apremiante de orinar, difícil de posponer), generalmente acompañada de frecuencia diurna (orinar frecuentemente durante el día, ocho o más veces) y nocturna (necesidad de levantarse más de una vez por la noche a orinar), todo ello a veces asociado a incontinencia de urgencia (pérdida involuntaria de orina).

Seis de cada diez pacientes sólo tienen los dos primeros síntomas y el 40% restante padece además incontinencia. El SVH afecta en España a más de dos millones de personas y en todo el mundo lo padecen alrededor de 1.000 millones de personas.

La causa de este síndrome es la presencia de frecuentes contracciones involuntarias en el músculo detrusor de la vejiga durante el proceso de llenado de la misma.

No existe un perfil definido del paciente con SVH aunque afecta en mayor proporción a las mujeres y a las personas de edad avanzada (alrededor del 30% de los pacientes tienen más de 65 años). Según el Informe de Prevalencia de Vejiga Hiperactiva en España casi el 24% de las mujeres y el 15% de los hombres mayores de 40 años tienen síntomas compatibles con el SVH. Además, casi el 80% de los pacientes afirma haber comenzado con los síntomas hace más de un año.

Mientras que en algunos hombres este trastorno puede estar relacionado con problemas de próstata, en las mujeres se podría atribuir al descenso en los niveles de estrógenos de la menopausia. En otros casos, el motivo sería un problema neurológico, como el Parkinson, las demencias tipo Alzheimer o los accidentes vasculares cerebrales (infartos y hemorragias). En otro grupo estarían los debidos a complicaciones tardías de enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus, que causa trastornos neurológicos y vasculares en la vejiga. Finalmente, existe un considerable número de pacientes con SVH en los que no se reconoce ningún factor causante.

El SVH afecta de manera importante la calidad de vida. La frecuencia y la urgencia urinaria alteran y limitan significativamente la actividad diaria de los pacientes: vergüenza, ansiedad, preocupación, irritación, estrés, frustración y trastornos del sueño son algunas de sus manifestaciones.

Estrategias de los pacientes

Estos pacientes aplican variadas estrategias para sobrellevar mejor el SVH: orinar con frecuencia, tener localizados los baños en los lugares que más se frecuentan, calcular el tiempo que se tarda en llegar a ellos y planificar las actividades que se realizan fuera del entorno habitual teniendo siempre en cuenta la presencia de lavabos. Muchos pacientes han de resignarse a utilizar algún tipo de absorbentes (compresas o pañales).

A pesar de que cada vez son más frecuentes las consultas por esta patología en Atención Primaria, Urología y Ginecología, más de el 40% de personas con SVH se muestra reticente a acudir a la consulta cuando se hace presente alguno de los síntomas. Ello es debido a un sentimiento de vergüenza, a la creencia de que se debe inevitablemente al envejecimiento o a desconocer que existen tratamientos efectivos.

Sin embargo, si se trata adecuadamente, no existe razón por la que la urgencia, con o sin incontinencia de orina, impida a cualquier persona llevar una vida activa y satisfactoria. Genéricamente los medicamentos para tratar el SVH se denominan antimuscarínicos. Las principales limitaciones de estos fármacos son sus desagradables efectos secundarios como visión borrosa, taquicardia, estreñimiento y sobre todo, sequedad de boca. Dentro de este grupo de fármacos, cloruro de Trospio, Oxibutinina, Tolterodina, Solifenacina y Fesoterodina han demostrado eficacia similar en el tratamiento del SVH con una mejoría de los síntomas en 50-60% de los casos.

En casos refractarios, la Toxina Botulínica intravesical es un tratamiento prometedor, pero todavía existen muy pocos datos sobre los beneficios y la seguridad y aún no se conoce su dosis óptima.

El tratamiento médico se acompaña de lo que se denomina reeducación vesical, que abarca desde explicar al paciente en qué consiste su problema a rellenar "diarios miccionales" (registros en los que el paciente detalla las características de sus micciones), micciones programadas (orinar con frecuencias predeterminadas), micciones diferidas (retardar la frecuencia urinaria paulatinamente) e incluso ejercicios del suelo pélvico (contraer el esfínter anal en el momento en que se sientan ganas "anormales" de orinar).

solidaridad

ALBOAN: "una cultura para la justicia"

Javier Mielgo Salcedo
Responsable Comunicación ALBOAN

ALBOAN es una organización no gubernamental que trabaja en cooperación para el desarrollo (ONGD). Nació en 1996 promovida por la Compañía de Jesús en la Provincia de Loyola (Navarra y País Vasco) y en estos momentos cuenta con tres sedes en Pamplona, Bilbao y Donostia-San Sebastián. Su equipo está compuesto por 36 personas contratadas, 120 voluntarias y una base social de donantes de más de 9.000 personas.

Desde una espiritualidad cristiana, ALBOAN persigue sumar voluntades y esfuerzos de personas y organizaciones, del Norte y del Sur, para generar una ciudadanía comprometida con el desarrollo humano y la búsqueda de la justicia.

Para ello centra su actividad en cuatro sectores: educación formal y no formal, proyectos productivos de generación de ingresos, promoción de grupos excluidos para su participación política y construcción de una cultura de paz y de respeto a los derechos humanos.

En el País Vasco y Navarra, ALBOAN desarrolla tareas de sensibilización y formación para transformar en nuestro entorno los valores y actitudes que contribuyen a mantener las injusticias. Esto se concreta en las siguientes acciones:

- Elaboración de materiales didácticos para educar en valores y el asesoramiento al profesorado sobre su aplicación en el aula.
- Formación y acompañamiento al voluntariado interesado en colaborar con nuestras actividades tanto en el norte como en el sur (voluntariado internacional).
- Realización de cursos formativos en materias como solidaridad, consumo responsable o globalización.
- Puesta en marcha de campañas de sensibilización, movilización y denuncia.

Además, conscientes de que los graves problemas de injusticia a nivel mundial están relacionados con la organización política y económica de nuestra sociedad ALBOAN desarrolla estudios, investigaciones y participa en redes para incidir y mejorar las políticas que afectan al desarrollo tanto en el ámbito local como en el internacional.

En el sur, el trabajo de ALBOAN se concreta principalmente en proyectos de cooperación en colaboración con organizaciones aliadas locales. Con ellas, ALBOAN establece compromisos estables en el tiempo basados en el conocimiento y respeto mutuos. En la actualidad ALBOAN cuenta con alianzas con instituciones de Centroamérica en Guatemala, El Salvador, Panamá, Nicaragua y Honduras; de Sudamérica en Venezuela, Colombia y Perú; de Asia en India y Sri lanka y de África en Liberia, R.D.Congo, Burundi y Ruanda.

Algunos de los colectivos que se benefician directamente de los proyectos de cooperación son: las personas refugiadas y desplazadas por conflictos armados en la región africana de grandes lagos y en Colombia; las comunidades indígenas adivasi y dalit del estado indio de Gujerat y aguaruna-huambisa de Perú o las miles de personas sin acceso a la educación de las zonas más deprimidas de América Latina.

En ALBOAN la apuesta es clara: caminar junto a personas y organizaciones de todo el mundo hacia un horizonte donde el desarrollo humano, la justicia y la vida digna sean patrimonio de todas las personas.

Para conocer más sobre ALBOAN puedes dirigirte a Avda. Barañain, 2, 31011 Pamplona (Navarra) o visitar su página web: www.alboan.org. Puedes contactar por teléfono en el 948 231 302 o escribirles un correo electrónico a alboanna@alboan.org.

Estreñimiento durante el verano

Dra. Rosa Iglesias
Servico de Digestivo.
Hospital Virgen del Camino

El estreñimiento es un síntoma digestivo que afecta a una proporción considerable de la población occidental, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes, tanto en la Atención Primaria como en las consultas de Aparato Digestivo.

El impacto económico de esta Entidad es enorme, derivado del coste de los fármacos utilizados para su control, así como de las exploraciones complementarias que en muchas ocasiones son practicadas.

¿Qué consideramos como estreñimiento ?

Se considera que existe un estreñimiento cuando se presentan uno o más de los siguientes criterios durante, al menos, 12 semanas en el último año:

- Dificultad para el paso de heces en al menos el 25% de las defecaciones.
- Heces grumosas, caprinas o duras
- Sensación de evacuación incompleta
- Menos de tres deposiciones semanales
- Sensación de bloqueo anal
- Defecación prolongada
- Necesidad de descompresión manual del esfínter anal para facilitar la deposición

¿Cuál es la prevalencia del estreñimiento?

La prevalencia del estreñimiento es muy elevada en la población general, estimándose que el 30% de los mayores de 65 años lo padecen.

¿Cuáles son los factores de riego más frecuentemente asociados al estreñimiento?

Numerosos estudios han demostrado una clara asociación del estreñimiento con una serie de factores entre los que destacan:

- Edad avanzada
- Sexo femenino
- Nivel socioeconómico bajo
- Bajo nivel educativo
- Consumo bajo de fibra
- Ingesta baja en calorías
- Consumo de fármacos
- Historia de abuso físico o sexual
- Residencia en sociedad industrializada

¿Cuáles son las causas del estreñimiento?

En la práctica se pueden distinguir tres formas clínicas de estreñimiento:

1. Estreñimiento crónico idiopático: es la forma más frecuente. Lo normal es que sea un estreñimiento de larga evolución y la característica fundamental es que no es posible identificar una causa orgánica concreta que lo explique. La mayoría presentan alguna anomalía en la fisiología del colon, recto o del ano. Las anomalías son básicamente:

- Alteración de la motilidad del colon: transito colónico lento
- Trastornos del suelo pélvico
- Percepción rectal anómala

2. Estreñimiento funcional secundario: es el que se asocia a la existencia de numerosas enfermedades de índole sistémica (por ej. colagenopatías), metabólica (por ej. diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipercalcemia, hipopotasemia), o neurológica (por ej.esclerosis múltiple , ACVA, Parkinson, tumores cerebrales). También se incluye el estreñimiento en relación con la toma de fármacos (por ej. analgésicos, antidepresivos , diuréticos , antihipertensivos).

3. Estreñimiento por lesiones estructurales del colon o del canal anal: rectocele, fisura anal, abscesos anales, lesiones inflamatorias del colon y lesiones neoplásicas.

¿Cuáles son las exploraciones que han de realizarse en el paciente con estreñimiento ?

En la mayoría de los pacientes el estreñimiento es un síntoma de origen funcional, muchas veces intermitente o de intensidad leve y no es necesario realizar exploraciones complementarias. Pero siempre se ha de realizar una valoración cuidadosa que incluya una historia clínica completa (incluida la historia familiar), una exploración física y una analítica para descartar signos y/o síntomas de alarma.

¿Qué consideramos como síntomas/signos de alarma en un paciente con estreñimiento?

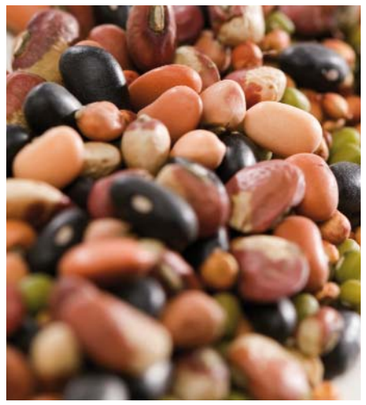
Los síntomas/signos de alarma, incluyen la pérdida de peso involuntaria, el sangrado rectal persistente, el dolor abdominal intenso y la anemia. En éstos casos puede estar indicada la realización de un estudio del colon con colonoscopia. Una duración prolongada de los síntomas sin signos de alarma hace pensar en un trastorno funcional del intestino. Por el contrario, el inicio reciente del estreñimiento puede orientar hacia una enfermedad orgánica

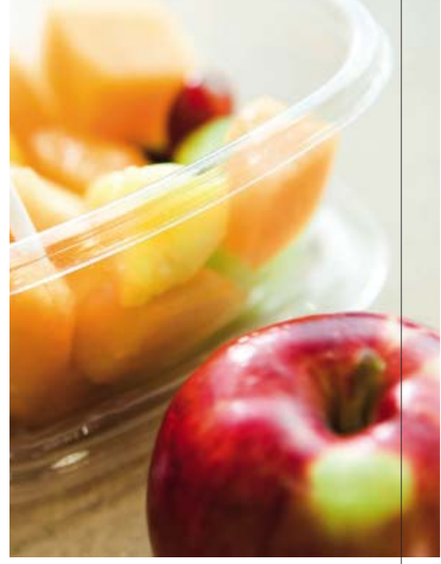
¿Qué tratamiento tiene el estreñimiento?

Muchos pacientes con estreñimiento viven muy preocupados si su hábito intestinal es irregular o poco frecuente, fundamentalmente por una posible relación con enfermedades de índole orgánica. Es importante tranquilizarle e informarle de que los trastornos de la defecación son muy frecuentes entre la población sana y que sus síntomas no son nocivos para el organismo.

Como primera medida, ante un paciente estreñido ha de instaurarse una serie de medidas higiénico-dietéticas y solo cuando con ellas no se solucione el problema se instaurará un tratamiento farmacológico. Dichas medidas incluyen:

- Evitar la inmovilidad y el sedentarismo con la realización de ejercicio físico de forma regular (andar, montar en bicicleta, hacer gimnasia…etc).
- Educar el intestino sin reprimir nunca la necesidad de evacuación, acudiendo al servicio cuando se tenga ganas. Intentar habituarse a defecar a la misma hora, procurando ir con tiempo suficiente y sin prisas. Algunas personas se benefician de ir al servicio justo después de las comidas.
- Prevenir la deshidratación que produce heces duras y pequeñas. Intentar beber más de 8 vasos de agua al día. En vez de agua se pueden tomar otros líquidos como, zumos, sopas, infusiones u otras bebidas.
- Aumentar el consumo de fibra en la dieta a 25-20 gramos diarios, con una mayor ingesta de fruta, verdura y legumbres. Escoger verduras y piezas de fruta enteras, dado que en la piel es donde se encuentra la mayoría de la fibra. Procurar tomar pan y cereales integrales. Una dieta adecuada es la medida más fisiológica y barata para el control del estreñimiento leve o moderado, pero puede ser insuficiente en los casos de estreñimiento grave.
- Cocinar y aliñar con aceite de oliva.
- Intentar eliminar posibles fármacos que favorezcan el estreñimiento.
- Evitar la toma de laxantes de tipo irritativo por periodos prolongados de tiempo sin consultar con su médico.
- Evitar los esfuerzos excesivos durante la evacuación.





Una dieta rica en fibra mejora el ritmo deposicional pero hay que tener siempre en cuenta que, en muchos pacientes, puede producir hinchazón abdominal, meteorismo y en ocasiones dolor abdominal. Las medidas higiénico dietéticas comentadas no son inmediatas y hacen falta unas 2 ó 3 semanas para que el intestino se regule.

¿Cuándo está indicado un tratamiento farmacológico?

El tratamiento farmacológico está indicado cuando las medidas higiénico dietéticas antes comentadas no sean suficientes. Los fármacos más frecuentemente utilizados incluyen:

1. Agentes formadores de masa: son sustancia que proceden de fuentes naturales (como las semillas de Plantago ovata, salvado de trigo, las plantas gomosas y guar) o de fuentes sintéticas como la metilcelulosa. Han de administrarse con abundante líquido y su efecto terapéutico suele aparecer entre las 12 y 72 horas. En ocasiones puede ser necesario esperar varios días, e incluso semanas, para obtener el efecto deseado.

2. Laxantes osmóticos: como lactulosa, polietilen-glicol salfato de magnesio, etc.

3. Laxantes estimulantes: Estimulan la motilidad intestinal y promueven la secreción de agua y electrolitos (cáscara sagrada, sen, aloe, aceite de ricinobisacodil, etc.). Se han de consumir cuando fracasen otros tratamientos y sólo cuando sean indicados por un profesional.

4. Laxantes lubricantes: aceite de parafina, glicerina, etc. Se han de dar en casos y situaciones muy concretas y bajo la supervisión médica.

5. Fármacos procinéticos: cisaprida (actualmente retirada del mercado), tegaserod (no comercializado en España).

6. Enemas: indicados en la impactación fecal.

Cólico renal

Dr. Javier Aldave
Servicio de Urología
Hospital de Navarra

El cólico nefrítico o crisis renoureteral es un síndrome –conjunto de síntomas– que consiste en la aparición súbita de dolor abdominal o en el costado debido a una alteración en la vía urinaria que puede ser dinámica o mecánica.

En la mayoría de casos la causa es la litiasis, en el 10 % restante es por otras causas como lesiones de la propia pared del uréter, por tumores, por infecciones, por cirugía, o por alteraciones congénitas. Las enfermedades extrínsecas al uréter pueden ser vasculares (aneurisma) o enfermedades del aparato genital femenino, enfermedades gastrointestinales (apendicitis o diverticulitis). En el 90% de los casos la causa es un cálculo o litiasis que puede estar en el riñón o en el uréter.

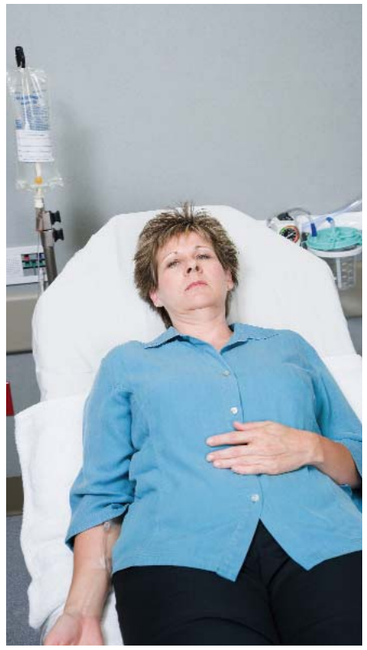
El diagnóstico se debe basar en los síntomas que presenta el paciente, en la exploración física y en las pruebas complementarias. Los síntomas de un cólico nefrítico son muy típicos: dolor muy intenso agudo localizado en la fosa renal que se irradia por el flanco del mismo lado hasta los genitales. A veces va acompañado de otros síntomas como náuseas, vómitos, sudoración intensa y palidez. Cuando el cálculo se localiza en la desembocadura del uréter en la vejiga produce una sintomatología característica con dolor miccional, aumento de la frecuencia y deseo miccional apremiante.

En la exploración física destaca el dolor a la puñopercusión renal del lado afectado. Las pruebas complementarias abarcan el estudio de la orina, la radiografía simple del aparato urinario y la ecografía abdominal y la urografía intravenosa y el scanner o TAC.

La mayoría de los cálculos podrán verse en las radiografías por su tamaño y opacidad por el contenido mineral calcino. Pero la no visualización no excluye la presencia de cálculos porque hay litiasisradiotransparentes y otras de pequeño tamaño que no se pueden ver con radiología. En ocasiones hay imágenes calcinas que no son cálculos –flebolitos, adenopatías. La indicación clínica protagonista es la ecografía para valorar el grado de ectasis pielocalicilar. La obstrucción de la vía urinaria produce una neuropatía que lleva a una atrofia progresiva y a una alteración de la función renal. La infección constituye otra complicación característica y puede ser origen de un cuadro séptico. Ante la sospecha de un cuadro séptico con obstrucción se debe indicar maniobras endourológicas inmediatas; cateterismo uretral retrógrado o punción renal para instalar un catéter que drene la orina purulenta retenida.

Las causas para indicar el ingreso hospitalario son: dolor rebelde al tratamiento, sospecha de uropatía obstructiva, sospecha de sepsis.

El tratamiento médico consiste en pautar analgésicos como metemizol por vía parenteral (intramuscular o intravenosa) También se puede asociar un ansiolítico. El grupo de medicamentos AINES antiinflamatorios no esteroideos, que inhiben las prostaglandinas, son utilizados como primer escalón. Ejemplos de ellos son; diclofenaco, desketoprofeno, ibuprofeno etc. Ante la persistencia de los síntomas se pasa a los analgésicos mayores: opiáceos o neurolépticos. Si no cediere se realiza una infiltración del área subcostal hiperalgésica. El tratamiento etiológico o causal se planteará de forma diferida: litotricia, lasaertricia o cirugía. Ante la sospecha de infección o sepsis se pautarán antibióticos de forma empírica.

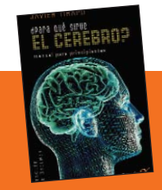


El tratamiento domiciliario del cólico aconseja la ingesta de abundantes líquidos, aplicación local de calor en el flaco afectado, incluso un baño de agua caliente.

Diversos métodos de laboratorio metabólico, espectrofotometría, termo análisis, microscopia electrónica se utilizan para investigar los cálculos urinarios. La composición química de los cálculos puede ser: oxalato cálcico mono o hidrato, mixtos, uratos, fosfatos, de cistina, y otros muy infrecuentes como xantina, carbonato o medicamentosos.

La aplicación de las nuevas tecnologías –TAC– va ganando amplias aceptaciones porque acelera el diagnóstico etiológico y por tanto el tratamiento causal.

recomendamos



¿PARA QUÉ SIRVE EL CEREBRO?
Manual para principiantes
Javier Tirapu Ustárroz
Desclée de Brouwer

El cerebro, su cerebro, es el que le permite ser lo que usted es. La división entre mente y cerebro ha muerto. Todo está ahí, en esa masa gelatinosa como el paté, con forma de nuez, que se retuerce sobre sí misma para ganar espacio. Definitivamente, la neurociencia nos permite conocer muchos de los entresijos del funcionamiento de esta máquina con la que intentamos comprender el mundo. Asimismo, nos enseña que el ser sublime que se vanagloria de ser la especie más compleja cincelada por la evolución, responde a pautas de funcionamiento cerebral. Para comprender el cerebro es fundamental entablar un diálogo con la evolución con el fin de conocer para qué fue diseñado hace más de 50.000 años. Para analizar su funcionamiento (no tan complejo como pueda parecer), intentaremos escudriñar en algunas de sus funciones más complejas como la inteligencia, la memoria y la conciencia.

Por último, procuraremos reflexionar sobre el futuro de nuestra especie y dilucidar si cada vez somos más inteligentes o más torpes. Esta obra pretende acercarle al funcionamiento del cerebro de forma pedagógica y sencilla, a la vez que plantea una reflexión sobre algunos temas candentes en nuestra sociedad, como la educación, la genética, el aumento de las enfermedades mentales o el valor de las emociones. Si el cerebro es su órgano preferido, esta es una buena oportunidad para acercarse a él.

LA HECHICERA
Crónicas de la Prehistoria IV
Michelle Paver
Salamandra

La hechicera es la cuarta entrega de una emocionante serie de aventuras prehistóricas ¯de la que ya se han publicado Hermano Lobo, El Clan de la Foca y El Devorador de Almas¯ que ha tenido una entusiasta acogida por parte de jóvenes lectores de todas las edades.

EL MILAGRO DE LOS TRASPLANTES
Dr. Rafael Matesanz
La esfera de los libros

Los trasplantes constituyen un verdadero «milagro». Tantos son los factores que han de coincidir para que puedan realizarse que resulta difícil imaginar algo distinto a un proceso milagroso. Sin embargo, la realidad nos dice que desde hace varias décadas se trabaja en España intensamente en este campo, lo que ha permitido crear el llamado «Modelo Español» de donación y trasplantes, que ha colocado a España en un indiscutible primer puesto mundial.

El doctor Rafael Matesanz es uno de sus artífices. Director de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) desde sus orígenes, en el año 1989, nos cuenta con detalle y emoción cómo se pone en marcha una donación cuyo fin es salvar una vida; cuál es el papel que juegan los coordinadores; qué tipos de trasplantes son los más frecuentes y cuáles los más arriesgados; qué hay de mito y qué de realidad en la gran esperanza de las células madre; cómo se produce la compraventa de órganos y qué impacto tiene este tráfico en la población…

Noticias breves

El Servicio de Neurocirugía del Hospital de Navarra cumple cuarenta años

El Servicio de Neurocirugía del Hospital de Navarra cumple cuarenta años desde que en 1968 fuera creado por el doctor Francisco Aguilera Lobo. Desde aquella fecha se han operado en sus instalaciones a unos 16.000 pacientes de la red pública de salud de la Comunidad Foral. En la actualidad el número anual de intervenciones quirúrgicas supera ligeramente las 500.

El Instituto de Salud Pública recuerda las medidas para evitar riesgos sanitarios en viajes de vacaciones

El Instituto de Salud Pública de Navarra recuerda las precauciones sanitarias que deben adoptarse para viajar a países lejanos al nuestro en términos geográficos y climáticos, principalmente países tropicales. Entre otras medidas, el viajero debe conocer la cobertura sanitaria que ofrece el país de destino y gestionar un adecuado seguro médico; someterse a la vacunación obligatoria, y adoptar medidas de prevención frente a los posibles riesgos para la salud de origen alimentario y ambiental en el país de destino.

Salud presenta una guía de atención primaria para problemas derivados del consumo de drogas

La directora de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Isabel Martín Montaner, ha presentado esta mañana la guía "Actuar es posible. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas", elaborada por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y financiada por el Plan Nacional sobre Drogas, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Gobierno autoriza la contratación de las aplicaciones informáticas para implantar la receta médica electrónica

El Gobierno de Navarra ha autorizado en su sesión de hoy al director del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea la contratación de las aplicaciones informáticas que se requieren para implantar la receta médica electrónica. A este fin, ha autorizado un gasto de 500.000 euros. La receta médica tradicional es un impreso en soporte papel mediante el cual los médicos prescriben los medicamentos que son dispensados en las oficinas de farmacia. Pues, bien la receta médica electrónica sustituye este trámite por un procedimiento según el cual el médico teclea en su ordenador la prescripción de medicamentos y el paciente puede recogerlos en cualquier farmacia sin que medie ningún impreso en papel.

Especialistas de la Universidad de Oviedo descubren un tratamiento contra el envejecimiento acelerado

El grupo de investigadores, cuyo descubrimeinto ha sido recogido en portada por la revista Nature, ha ensayado un tratamiento capaz de frenar el envejecimiento acelerado en ratones, alargando su vida en un 80%. El equipo está dirigido por el catedrático de bioquímica y biología molecular Carlos López-Otín.

APARTAMENTOS EQUIPADOS

HABITACIONES INDIVIDUALES Y DOBLES

ALOJAMIENTOS ACELLA

☎ 948 261 000

CON AIRE ACONDICIONADO (OPCIONAL)

HORARIO DE RECEPCIÓN:

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

Viernes y sábado de 9:00 a 23:00 h.

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

RECEPCIÓN: Travesía Acella, 3 BAJO

T. 948 261 000 / 948 173 348

Móvil: 619 786 999

Fax: 948 261 000

reservas@hostalacella.com

www.hostalacella.com