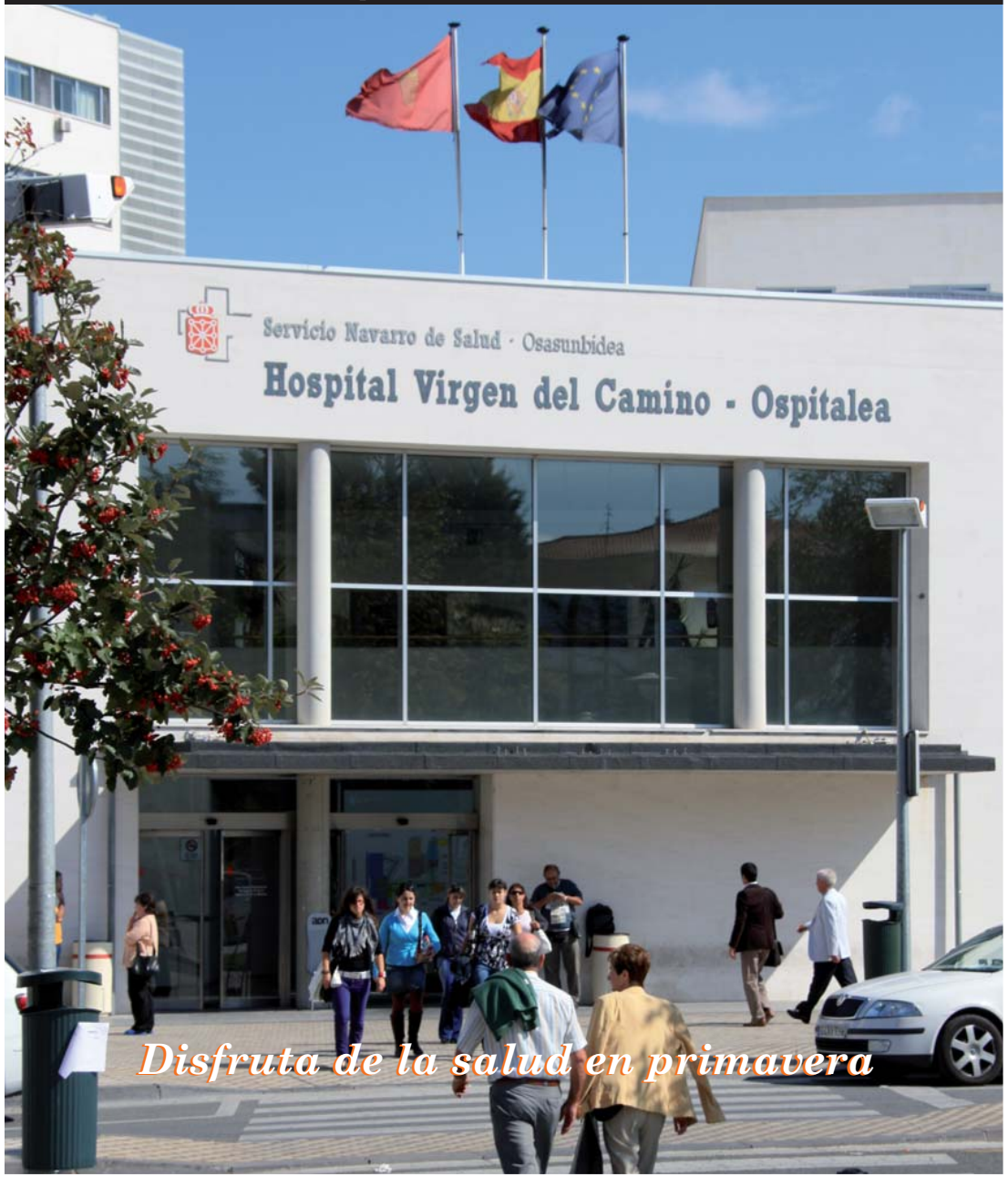
medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoIII marzoabril2009 nº16



Disfruta de la salud en primavera

HOSTAL ABODI
GRUPO HOSTELET

Información y recepción
Travesía de Acella 2, bajo
31008 Pamplona
T. 948 272 975
www.hostelet.com
info@hostelet.com

Su casa junto a la Clínica en la Zona Hospitalaria

Vista de la Clínica Universitaria desde la entrada del Hostal Abodi

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

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

Sumario

4 Plan de Hemoterapia de Navarra

6 Alergia primaveral: polinosis

8 Dieta y ejercicio para prevenir la diabetes tipo 2

10 Induráin celebra con los mayores el cuarto aniversario de Amma Argaray

12 Perder peso ganando salud

14 El sentido del gusto

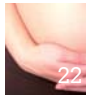
15 ¿Cuándo acudir al óptico-optometrista?

16 Detectar el acoso escolar

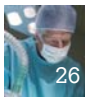
17 La caries sigue bajando en Navarra

18 La llegada de la primavera y las alteraciones psicológicas

20 Alcohólicos anónimos


22 Embarazo y parto después de los 40 años

24 Despistes de las personas mayores

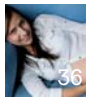

26 Cirugía Mayor Ambulatoria

28 Controles alimentarios

30 De la telemedicina a la salud digital: la e-salud

32 Obesidad en la tercera edad

34 ¿Bebemos lo normal? Alcohol y salud


36 El tiroides (Parte IV) Yodo

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

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

La información que usted necesita...

www.zonahospitalaria.com

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

A través de nuestra web, usted puede:

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

Plan de Hemoterapia de Navarra

Dra. Marisa Ayape Puyales
Directora Técnica del Centro de Transfusión de Sangre de Navarra

La hemoterapia es la parte de la medicina que se ocupa del tratamiento de diferentes cuadros clínicos mediante el empleo de sangre o sus derivados como medio terapéutico.

Su objetivo principal es la obtención de productos sanguíneos para transfundirlos de manera segura, eficaz y eficiente.

Algo que parece tan sencillo está constituido por una gran complejidad de actuaciones que se suceden para constituir la cadena transfusional que va, de manera bidireccional, desde el donante de sangre hasta el receptor de la misma, de sus componentes o de sus derivados.

Un punto fundamental a destacar es la peculiaridad de este tratamiento, ya que la sangre es una materia prima única e insustituible cuya obtención se basa en el altruismo. Además, por tratarse de un bien de origen biológico, los requerimientos de seguridad necesarios están en permanente adaptación e innovación, paralelamente a los nuevos descubrimientos. Así, con frecuencia, surgen nuevos agentes infecciosos, nuevas técnicas para detectarlos, nuevos métodos de securización, nuevos criterios de selección de donantes y procedimientos hospitalarios que mejoran el uso apropiado y más seguro de estos productos

En este proceso intervienen diversos colectivos, desde el donante de sangre y sus peculiaridades, hasta el receptor con las múltiples patologías en las que puede ser indicada una transfusión. También participan profesionales de varios campos desde promotores de la donación, equipos de extracción compuestos por conductores, administrativos, médicos, auxiliares, enfermeras, técnicos de laboratorio, hematólogos, internistas, cirujanos, anestesistas, pediatras, etc.

Por todo ello, se debe disponer de un marco legal apropiado y unas estructuras que funcionen correctamente conforme a las normas y los requisitos de calidad. La actividad hemoterápica cuenta con una amplia lista de normativas, recomendaciones, sistemas de calidad y de acreditación técnica.

A nivel nacional en octubre de 2007 se completó la trasposición a nuestro ordenamiento jurídico de las directivas comunitarias por las que se fijan normas comunes de calidad y seguridad en el ámbito específico del funcionamiento de los Centros y Servicios de transfusión en toda la Unión Europea, lo que permitirá crear una estructura transfusional comunitaria sólida y garantizar un mayor nivel de protección de la salud de los ciudadanos.

El Gobierno de Navarra aprobó en enero de 2001 el primer de Plan de Hemoterapia de Navarra, cuyos objetivos principales eran asegurar la autosuficiencia en sangre y derivados de la Comunidad Foral, la optimización del empleo de estos productos ofrecidos altruistamente, así como ofrecer las máximas garantías posibles a donantes y receptores.

Red de hemoterapia

La Red de Hemoterapia de Navarra está constituida por el Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra y ocho Servicios de Transfusión ubicados en los hospitales. El Centro de Transfusión está situado en Pamplona y en él se realizan las actividades de promoción, extracción, obtención de productos, análisis, almacenamiento y distribución. Cuenta con la unidad de extracción de Tudela y la unidad móvil que se desplaza por la geografía navarra realizando las extracciones en puntos de colecta determinados conforme al calendario establecido con las delegaciones de ADONA (Asociación de Donantes de Navarra). Los Servicios de Transfusión desarrollan las actividades relacionadas con la transfusión hospitalaria. En cada hospital donde se realizan transfusiones existe un Comité Hospitalario de Transfusión encargado de determinar la utilización óptima de la sangre y sus componentes.

Para coordinar la actividad de obtención de sangre y sus componentes, adecuada a las necesidades y la correcta utilización de estos productos, se creó la Comisión Técnica de Hemoterapia de Navarra, formada por especialistas del Centro de Transfusión y de los Servicios de Transfusión de cada uno de los hospitales de nuestra comunidad. La Comisión analiza la evolución y propone actuaciones para la mejora de la cobertura de las necesidades y la distribución de sangre y hemoderivados, establece los indicadores de calidad y determina y realiza el seguimiento del sistema de Hemovigilancia de Navarra. Dicho Sistema recoge y analiza los reacciones adversas y los incidentes en relación con la transfusión, la donación y el procesamiento de sangre y componentes. Para ello, en cada hospital donde se realizan transfusiones hay designado un responsable de Hemovigilancia en con el Servicio de Transfusión y, un Coordinador del Sistema de Hemovigilancia de Navarra, en el Centro de Transfusión

Necesidades actuales

En noviembre de 2008 se constituyó el grupo de trabajo encargado de redactar el II Plan de Hemoterapia de Navarra con el objetivo de revisar el desarrollo y cumplimiento del Plan de Hemoterapia de Navarra aprobado en 2001, evaluar la situación y necesidades actuales, impulsar las iniciativas propuestas por la Comisión de Hemoterapia de Navarra y proponer las medidas que se deriven de dicho análisis.

Alergia primaveral: Polinosis

Ana Isabel Tabar
Jefe Servicio de Alergia
Hospital Virgen del Camino

Los pólenes son las diminutas células masculinas de las plantas que están floreciendo. Los pólenes de las plantas cuyas flores apreciamos, como las rosas, generalmente no provocan alergia. Sin embargo, muchos árboles, pastos y hierbas que alcanzan poca altura producen pólenes muy pequeños, secos y ligeros, para que se diseminen bien con las corrientes de aire. Son estos los que provocan los síntomas de alergia. La rinitis y el asma alérgica primaveral, de principios de primavera, con frecuencia son provocadas por pólenes de árboles tales como cupresáceas. Mayo y junio es la estación característica de alergia al polen de gramíneas y olivo, mientras que la alergia a pólenes de herbáceas, como la Salsola, se prolonga hasta el otoño.

Cada planta tiene un periodo de polinización, que no varía mucho de un año al siguiente. No obstante, las condiciones climatológicas pueden afectar al volumen de polen que el aire transporta en un momento dado. El clima puede influir en los síntomas de alergia en primavera. Con frecuencia, son mínimos en días lluviosos, nublados y sin viento, porque el polen no se desplaza en estas condiciones. El clima caluroso, seco y con viento, anuncia una mayor distribución del polen y con ello un incremento de la sintomatología.

El recuento diario en la estación de primavera nos permite relacionar los síntomas de los pacientes con el nivel de pólenes ambientales y determinar las especies involucradas.

Tratamiento de la Polinosis

El tratamiento de la alergia a pólenes empieza después de realizar un diagnostico etiológico correcto. El tratamiento actual incluye la evitación del alérgeno, farmacoterapia, inmunoterapia y educación del paciente. Su combinación aplicada a cada paciente mejora los resultados clínicos.

La evitación del alérgeno suele ser considerada la primera intervención y aunque a menudo no es completamente efectiva, reduce la necesidad de tratamiento adicional: utilizar gafas de sol, no pasear por el campo los días ventosos, protegerse para cortar el césped, etc.

El segundo nivel lo constituyen los fármacos empleados para controlar los síntomas del paciente. El tratamiento farmacológico es el primer paso para reducir la severidad de la enfermedad, pero constituye un tratamiento sintomático cuya efectividad se circunscribe al tiempo durante el que se administra.

La inmunoterapia (vacunas) representa el único tratamiento que es capaz de alterar el curso natural de las enfermedades alérgicas. Utilizando un producto adecuado y realizando una correcta indicación, la inmunoterapia puede reducir significativamente la severidad de la enfermedad y la necesidad de tratamiento farmacológico. Sabemos también que la inmunoterapia realizada de forma óptima induce tolerancia clínica e inmunológica, eficacia a largo plazo incluso después de suspender el tratamiento, previene la progresión de la enfermedad y mejora la calidad de vida de los pacientes con asma y/o rinitis alérgicas a pólenes.

La Academia Europea de Alergia, EAACI, ha presentado recientemente un nuevo documento que revisa la práctica clínica de la inmunoterapia.

Entre las novedades en inmunoterapia subcutánea y en alergia a polen cabe destacar los estudios de régimen sencillo de tratamiento que acortan en gran medida el tiempo necesario para alcanzar la dosis de mantenimiento. Ya sea utilizando una pauta de inicio agrupada que permite en tres semanas alcanzar la dosis máxima del tratamiento; ya sea utilizando un régimen en seis inyecciones semanales previas a la primera estación.

Por tanto, y en lo referente a inmunoterapia subcutánea en su indicación en polinosis, las tendencias caminan irrevocablemente a regímenes cortos de tratamiento en su fase de inducción, con productos que han demostrado eficacia en disminución de síntomas y reducción de consumo de medicación en ensayos clínicos y a su administración en unidades con acceso rápido a tratamiento adecuado en el supuesto caso de presentarse una reacción.

Inmunoterapia Sublingual

En las dos últimas décadas y entre las diferentes formas de inmunoterapia no inyectada, la vía sublingual se ha revelado como una forma segura y eficaz de administrar el tratamiento. En los últimos años se han publicado mas de 100. La inmunoterapia sublingual se muestra un tratamiento efectivo en la reducción de síntomas y en la disminución de la necesidad de medicación en pacientes adultos y niños con rinitis alérgica por ácaros y pólenes. Las preguntas pendientes de contestar al respecto de este tratamiento serían: dosis eficaz, pauta más adecuada en inicio y duración idónea del tratamiento, eficacia a largo plazo, ampliar los datos en niños, seguridad en los grupos de pacientes de alto riesgo (con asma ó poli sensibilizados) y, tal vez, estudios de coste/beneficio independientes.

Presente y futuro inmediato: Registro farmacéutico de la Inmunoterapia

La Inmunoterapia sublingual, gracias a su excelente perfil de seguridad, ha servido de plataforma para el despegue de dos de las líneas de investigación más apasionantes en la alergología actual: la inmunoterapia sublingual con registro farmacéutico (comprimidos ó liofilizados orales) que hoy ya es una realidad en Europa y

en España desde hace un mes; y la inmunoterapia sublingual con alimentos, que ocupa a fecha actual recursos y tiempo de varios grupos de investigación.

Desde hace 6 años y hasta la actualidad se vienen efectuando numerosos ensayos clínicos con comprimidos orales de disolución rápida y en base a dos programas de investigación de dos compañías de inmunoterapia y en aras al desarrollo de inmunoterapia sublingual en registro farmacéutico y en su indicación en rinitis y en alergia a gramíneas. Tras los resultados de los estudios realizados en grandes grupos de pacientes y con diseño a doble ciego hemos asistido a la comercialización progresiva y desde finales del 2006 de uno de los productos ensayados en 10 países europeos (en España en esta primavera) y es de esperar que el segundo producto se comercialice en el próximo año.

El tratamiento redujo los síntomas y el consumo de medicación, y los pacientes mejoraron su calidad de vida en los grupos activos. Los resultados han dado lugar, por tanto, al registro farmacéutico de esta nueva modalidad terapéutica, con las ventajas que esto conlleva: Indicaciones precisas, eficacia contrastada, perfil de seguridad conocido, composición cualitativa y cuantitativa fija, pautas establecidas, no posibilidad de realizar modificaciones en la ficha técnica sin autorización y comercialización de la dosis adecuada.

Futuro a corto plazo: Diagnóstico molecular.

Diagnóstico por componentes en polinosis y mejores resultados terapéuticos con inmunoterapia en consecuencia.

Las casas comerciales centran su debate en qué alérgenos mas incorporar al registro farmacéutico. Sin embargo, a los clínicos nos apremia incorporar las nuevas técnicas de diagnóstico por componentes en la Alergia a pólenes para resolver los problemas de reactividad cruzada versus polisensibilización que conlleva la utilización de técnicas diagnósticas como el prick a la luz de los resultados del Ensayo Clínico multicéntrico EXPO II , y de las investigaciones de la RED Vegetalia, Red de Investigación Corporativa de la que nuestro grupo forma parte y concebida para el estudio de enfermedades alérgicas producidas por alergenos vegetales (frutas y verduras) y pólenes.

La inmunoterapia en pacientes con alergia a pólenes, hoy por hoy, es eficaz y sus riesgos conocidos, pero el margen de mejora a la luz de los últimos avances importante y en un futuro muy próximo: es una realidad a día de hoy que el Diagnóstico por componentes puede revolucionar el tratamiento de las enfermedades alérgicas en general y de la polinosis en particular

Dieta y ejercicio para prevenir la diabetes tipo 2

Francisco Javier Escalada San Martín
Consultor. Departamento de Endocrinología y Nutrición
Clínica Universidad de Navarra

En los últimos años se han publicado varios estudios centrados en la posible prevención de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) mediante cambios en la alimentación y la actividad física. El Diabetes Prevention Study (DPS) y el Diabetes Prevention Program (DPP), entre otros, han demostrado que las intervenciones destinadas a introducir cambios en el estilo de vida se asocian a una reducción del 58% en la tasa de aparición de nuevos casos de DM2, mejor resultado que el conseguido con tratamientos farmacológicos, como metformina.

Además, los estudios DPS y Look AHEAD han objetivado que el seguimiento de una alimentación saludable y la práctica regular de ejercicio físico disminuyen el riesgo cardiovascular, ya que consiguen mejorías en los niveles plasmáticos de lípidos y en las cifras de tensión arterial.

¿Por qué vale la pena prevenir la DM2?

La DM2 representa un importante problema sanitario, con una prevalencia en España del 6-13% de la población adulta, según regiones, y con una predicción en aumento debido a la alta y creciente prevalencia de obesidad. Por otra parte, una vez establecida la DM2, conlleva una importante tasa de morbilidad y mortalidad, con complicaciones micro y macrovasculares presentes ya en el momento del diagnóstico. La alta prevalencia y las complicaciones asociadas se traducen en un importante aumento del coste sanitario.

Conocemos bien su historia natural y podemos identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar la enfermedad de manera sencilla y eficaz. Finalmente, a la luz de los estudios publicados, parece que disponemos de estrategias de tratamiento que resultan útiles y son suficientemente seguras para ser aplicadas en personas por otra parte asintomáticas.

¿Quiénes son los candidatos?

Los factores de riesgo para desarrollar DM2 son fundamentalmente la obesidad, el sedentarismo, la edad avanzada, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, la pertenencia a determinados grupos étnicos, una historia familiar positiva de DM2 o una historia personal de trastorno del metabolismo hidrocarbonado. De todos ellos, probablemente los cuatro primeros son los que mejor describen el fenotipo clínico del sujeto en quien uno pensaría como candidato a desarrollar DM2 en un futuro.

En los estudios DPS y DPP, los pacientes presentaban una edad media entre 44 y 60 años, un índice de masa corporal en el rango de sobrepeso u obesidad y glucemias en ayunas o tras sobrecarga oral de glucosa diagnósticas de glucemia basal alterada y/o intolerancia hidrocarbonada. Así pues, podríamos concluir, tal como reflejan los consensos sobre prevención de DM2, que los pacientes en quienes hay mayor evidencia de que la DM2 puede prevenirse es en aquellos con una alteración previa en el metabolismo hidrocarbonado.

¿Qué tratamiento debe seguirse?

La intervención de elección en la prevención de la DM2 son los cambios en el estilo de vida. En el estudio DPS esta intervención se orientó

en alcanzar una reducción del 5% o más del peso inicial, recomendando un consumo de grasa <30% del aporte calórico diario, un consumo grasa saturada <10% del aporte calórico diario, un consumo fibra >15 g/1000 kcal y una actividad física moderada (30 minutos/día). En el estudio DPP los objetivos fueron alcanzar una pérdida de peso del 7% o más y la realización de una actividad física moderada durante 150 minutos por semana. En esta línea, la American Diabetes Association (ADA), la North American Association for the Study of Obesity (NAASO) y la American Society of Clinical Nutrition (ASCN) han elaborado un documento de consenso sobre los objetivos que deberían perseguirse en el cambio de hábitos en la prevención de la DM2 (Tabla 1), recomendando una restricción calórica de 500 a 1000 kcal/día y un aumento de la actividad física de aproximadamente 45 minutos por día. El problema en relación con el cambio de hábitos es cómo conseguirlo. Tanto el DPS como el DPP dedicaron un esfuerzo al programa de hábitos que puede parecer irreal en nuestro medio. En el DPS, los pacientes fueron visitados por una dietista 7 veces durante el primer año y una vez cada trimestre posteriormente. Además, los pacientes recibieron consejo individualizado de cómo empezar con la actividad física y se les ofrecieron sesiones de actividad física con ese fin. En el DPP el esfuerzo fue aún mayor. Se ofrecieron 16 sesiones individuales para cambio de hábitos en las primeras 24 semanas del estudio y posteriormente se realizó una visita presencial y un contacto telefónico mensual. Además, se ofrecieron sesiones de iniciación a la actividad física. Finalmente, aquellos que no alcanzaban sus objetivos tenían a su alcance recursos como comidas preparadas gratuitas e incentivos para matricularse en gimnasios y centros deportivos. A la hora de fijar objetivos para el programa de cambio de hábitos, el consenso de la ADA/NAASO/ASCN aboga por fijar objetivos razonables y promover estrategias de autocontrol (registros de comidas y actividad física), control de estímulos, resolución de problemas.

Sugieren un contacto semanal o quincenal, facilitar el contacto con dietistas y desarrollar el programa siempre en un ambiente que facilite las necesidades de la persona con obesidad.

A pesar de los recursos invertidos en el programa de cambio de hábitos en el DPS y el DPP, el éxito de los mismos no fue espectacular, lo que da una idea de la dificultad de mantener a largo plazo estas medidas. Tras tres años de seguimiento, el 58% de los participantes en el DPP habían conseguido los objetivos de actividad física. Sin embargo, solamente el 38% mantenía una pérdida de peso del 7%. En el estudio DPS, el porcentaje de pacientes que perdió el 5% o más del peso inicial tras un año de tratamiento fue del 43%. Dicho porcentaje es claramente superior al 13% del grupo control, pero insuficiente para lo que desearíamos para una intervención sobre el estilo de vida. No existen estudios que hayan evaluado específicamente la tasa de éxito con la intervención sobre el estilo de vida propuesta en el consenso ADA/NAASO/ASCN.

¿Qué hacer si fracasa el programa de cambio de hábitos?

En este caso no parece existir un claro consenso, pero en el documento de la International Diabetes Federation se sugiere considerar el tratamiento farmacológico si no se alcanzan los objetivos de cambio de estilo de vida, posición que apoya el documento de consenso de la ADA de 2008, siendo el fármaco aconsejado la metformina.

grupoamma
centros gerontológicos

Induráin celebra con los mayores el cuarto aniversario de Amma Argaray

Los residentes del centro donaron 1.000 € a la ONG ACOES, que trabaja en Honduras con niños en situación de extrema pobreza

El ciclista Miguel Induráin quiso compartir con mayores, familiares y trabajadores de Amma Argaray (Pamplona) la celebración del cuarto aniversario de la residencia. El ciclista de Villaba fue el encargado de entregar los premios a los ganadores de la gymkhana y del torneo de cartas organizados con motivo del aniversario y charló animadamente con los residentes, con quienes se sacó fotos y rememoró sus gestas deportivas.

Además de la visita de Miguel Induráin, la residencia celebró también una comida especial conmemorativa y los actos culminaron por la tarde con una actuación musical de la rondalla "Jus la Rocha".

Por otra parte, y en el marco también de estos actos de celebración, los residentes de Amma Argaray mostraron su lado más solidario, haciendo entrega de un cheque de 1.000 euros a la ONG "ACOES", que trabaja en Honduras con niños en situación de extrema pobreza.

Este dinero fue recaudado por los propios residentes a través de un mercadillo que organizaron para vender los productos que han ido confeccionando en las clases de terapia, manualidades y psicoestimulación durante los últimos meses (abalorios, telares, cuadros, collares, pendientes, bufandas y otros productos artesanales).

El Grupo Amma patrocina el II Congreso Internacional sobre Dependencia y Calidad de Vida

El Congreso, organizado por la Fundación Edad&Vida en colaboración con el Gobierno de Navarra, se celebrará en Pamplona del 11 al 13 de mayo, en el palacio de congresos y auditorio Baluarte bajo la Presidencia de Honor de S.A.R. la Princesa de Asturias. Uno de sus ejes principales será la valoración de la Ley de Dependencia. En este sentido, la Fundación propone hacer balance del desarrollo e implantación de la Ley desde su puesta en marcha, así como valorar los retos y desarrollos normativos pendientes y analizar las perspectivas de futuro desde varios puntos de vista.

La conferencia inaugural, que lleva por título *El envejecimiento de la población y el futuro del sistema de Bienestar*, correrá a cargo de Víctor Pérez Díaz, Doctor en Sociología por la Universidad de Harvard, Catedrático de Sociología en la Universidad Complutense de Madrid y Director de Analistas Socio-Políticos (ASP). Es además miembro de la American Academy of Arts and Sciences y autor de más de 30 libros, entre ellos: *La primacía de la sociedad civil* (Alianza, 1993); *España puesta aprueba 1976-1996* (Alianza, 1996); *Sueño y razón de América Latina* (Taurus, 2005) y *El malestar de la democracia* (Crítica, 2008).

El II Congreso tendrá 9 módulos, divididos de forma temática, para que los asistentes puedan escoger su participación según sus intereses. El primer módulo llevará por título "Balance de la Ley de Dependencia y perspectivas de futuro" y se tratará en tres mesas que servirán, por un lado, para conocer el punto de vista de las asociaciones de personas mayores y la propia Fundación, así como el punto de vista de la Mesa de Diálogo Social por otro, que contará con la representación del IMSERSO, CEOE, CC.OO. y U.G.T. Finamente, en la tercera mesa, se desarrollará el punto de vista de las Administraciones Autonómicas y los Proveedores de Servicios y de Plataformas de diálogo.

Avance tecnológico

La tecnología avanza más rápido de lo que muchas veces somos capaces de asumir y para las personas mayores esta dificultad es aún más acusada. El segundo módulo se ocupa de este asunto, y contará para ello con la participarán de diferentes expertos en la materia. El tercer módulo se centrará en seguridad y protección jurídica. Por su parte, el cuarto módulo servirá para explorar el modelo sociosanitario, sus costes y los modelos de referencia en coordinación sociosanitaria.

La financiación tiene también un módulo propio, el quinto, que se dividirá en cuatro partes: "Las proyecciones demográficas de gasto y retornos en dependencia", "Los sistemas de pensiones", "Instrumentos privados de cobertura de la dependencia: Sector Seguros" y "Sector Financiero". El sexto módulo está dedicado a los profesionales de atención a la dependencia y contará con la participación de varios doctores expertos en la materia.

En el séptimo módulo se tratará el tema de los medicamentos y los productos sanitarios en centros residenciales, y contará con la participarán de los consejeros de Salud del Gobierno de Navarra y de Castilla-La Mancha. Además se presentará el informe de Edad&Vida *Gestión de medicamentos y productos sanitarios en centros residenciales para personas mayores*. El módulo número ocho se centrará en la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal y contará con la participación del Sr. Pedro Gil Gregorio, presidente de la SEGG. El último módulo abordará el tema de la Calidad y la Acreditación y contará con la intervención, entre otros, del Sr. Clive Bowman, Director Médico de BUPA Care Services.

Las conferencias de clausura correrán a cargo de Pilar Rodríguez, Directora General del IMSERSO y la Dra. Rocío Fernández-Ballesteros, catedrática de psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Para más información y suscripciones: http://edad-vida-congreso.org

Perder peso ganando salud

María Arraiza Ruiz de Galarreta
Especialista en endocrinología y nutrición
Sección de dietética y nutrición clínica del Hospital de Navarra

Mucha gente se plantea en esta época del año cuidarse y perder los Kilos de más. Ésto puede suponer un pérdida también de salud en muchos casos ¿Qué podemos hacer para que la pérdida de peso sea sana y durarera? La respuesta a esta pregunta se basa siempre en los mismos pilares, en cualquier situación en la que nos encontremos: DIETA Y EJERCICIO.

Respecto a la dieta, son muchas las discusiones que se han llevado a cabo a lo largo del tiempo y en la actualidad, creándose muchas teoría heterodoxas seguidas por millones de personas y gran negocio para muchos. Por ello hemos de tener cuidado y ser prudentes, sin que la desesperación y las prisas nos lleven a cualquier dieta milagro que nos haga perder dinero y, lo que es más importante, salud.
En segundo lugar es imprescindible el ejercicio.
En el siglo V a.c. Hipócrates, gran figura de la medicina griega, aconsejaba lo siguiente: "Los obesos y aquellos que desean perder peso, deberían llevar a cabo unos fuertes ejercicios antes de la comida y pasear desnudos tanto tiempo como sea posible". Desnudos o no, dependiendo o no del tiempo si se quiere, Hipócrates, gran observador, llegaba a una conclusión que se ha mantenido a lo largo de los tiempos.

¿Cuánto peso y en cuánto tiempo?

Muchas personas saben calcular su peso ideal y lo fijan como objetivo a alcanzar. Hay que decir que en la mayoría de los casos ésto es utópico y causa mucha frustración. El peso objetivo depende de la historia del peso de cada persona, de su edad, de su estado de salud y de las complicaciones y del riesgo cardiovascular que presente. En términos generales, la cantidad de peso a perdermsuele ser del 5-10 % en 6 meses y posteriormente se recomienda el mantenimiento del peso. Pero insisto en que esto depende de cada persona y por ello es muy importante no hacer tonterías y ponerse en manos de un especialista que nos oriente.
Las dietas milagrosas suelen prometer el peso ideal en poco tiempo, algo tremendamente atractivo para cualquiera. Huya de este tipo de seducciones y no pique el anzuelo. Más bien, propóngase un estilo de vida saludable que le ayude a llevar un aceptable control de su peso y a prevenir muchas enfermedades. Llevar una alimentación equilibrada y una vida activa tiene que ser siempre la prioridad. La primera causa del sobrepeso es el fallo de estos supuestos y de poco sirve comer bien sólo durante unos meses.
El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:
- La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

Dieta

La dieta recomendada es aquella rica en fibra, vitaminas, antioxidantes, pobre en grasas saturadas y moderada en sal. Ello se traduce en:
Rica en frutas, verduras, legumbres y cereales integrales
Uso moderado de sal, siendo ésta yodada.
Pobre en azúcares: consumo ocasional de dulces
Moderada en grasas. Utilizando preferentemente el aceite de oliva virgen para cocinar. Disminuyendo el consumo de grasas saturadas presentes en: la grasa animal (la carne de cerdo, el cordero, la res, los embutidos), los huevos (limitándolos a 3-4 yemas a la semana), la leche (recomendada entera en niños y semidesnatada en adultos), los quesos y los helados; productos vegetales saturados como la crema de cacao, los aceites de palma, cacahuete y coco, la mantequilla y los cacahuetes. Evitando consumo de grasas trans (snacks y aperitivos salados, precocinados, margarinas, bollería industrial, galletas, aceite reutilizado, frituras).
Es necesario repartirla en 4-6 tomas, según la distribución de la actividad, es decir en armonía con ella, evitando los periodos de ayuno prolongado durante el día y la noche. Y acompañarla de una ingesta de agua adecuada (entre 1-2 litros)
Para evitar la pérdida de masa magra en lo posible (pérdida muscular) hemos de asegurar siempre el consumo de las proteínas de alto valor biológico (cane, pescado, huevos, leche) que repartimos mayormente entre comida y cena.

Ejercicio

La actividad física tiene muchos beneficios, no sólo sobre el peso, beneficia a la salud de forma global. Ha demostrado su relación con la disminución de la Diabetes tipo 2, el infarto de miocardio, el cáncer de mama y el cáncer de colon. En el ánimo también ejerce un gran beneficio.
La Organización mundial de la salud nos propone realizar por los menos 30 minutos de ejercicio de moderada intensidad 5 días a la semana. Además recomienda realizar ejercicios de resistencia para mejorar nuestra calidad de vida en la edad adulta. En los casos de sobrepeso aconseja aumentar estos mínimos en según qué casos.
Cuando estamos perdiendo peso, realizar ejercicio es esencial, ya que, además de mantenernos en forma física, acelerar el gasto metabólico y la pérdida de grasa, minimiza la pérdida de masa muscular.
Cada vez va mejorándose el consejo médico en este campo. Al igual que la dieta, el ejercicio hay que personalizarlo y adecuarlo a las posibilidades de cada persona. Si la persona no está habituada a ello, primeramente hemos de hacer un plan de entrenamiento, aumentarlo en intensidad y duración poco a poco. El ejercicio aeróbico (de intesidad moderada, andar a buen paso, bicicleta, gimnasia en el agua...), prolongado más de media hora, es el más adecuado para perder grasa visceral, pero todo ejercicio es bueno.
Las personas con obesidad tienen mayor dificultad para regular el calor generado. Si hacen un ejercicio prolongado, por ejemplo, salir a andar, es importante que se hidraten bien durante la caminata, que vayan con ropa cómoda, preferiblemente de algodón, así como aprovechando las horas frescas del día.
Muchas personas con obesidad sufren dolores secundarios a artrosis de columna, caderas, rodillas o tobillos. Para ellas es muy recomendable el ejercicio en el agua, el agua amortigua el peso y aumenta la resistencia, lo cual permite realizar ejercicio de manera placentera y protege las articulaciones de la sobrecarga.

Fármacos

Actualmente hay 2 fármacos aceptados por la agencia europea del medicamento, muy diferentes entre sí: el Orlistat ("Xenical") y la sibutramina ("Reductyl"). En España no son financiados por la Seguridad social. El primero actúa sobre la absorción de las grasas y debe ir siempre acompañado de una dieta baja en grasas. El segundo actúa a nivel del sistema nervioso central sobre el centro del apetito. Ambos 2 tienen sus indicaciones y contraindicaciones, han de ser prescritos por un médico y nunca sustituyen a los hábitos saludables, sólo tienen la función de ayudar a éstos.

El sentido del gusto

José Ignacio Zalba Elizari,
Dentista, www.capdental.com

Comer es posiblemente una de las principales actividades de la boca. El placer de comer es una invitación para degustar los manjares más sabrosos.

Gracias al gusto que constituye uno de los cinco sentidos del cuerpo, distinguimos los sabores de los alimentos, una sensación compleja en la que, además de las papilas, intervienen receptores olfatorios, táctiles, térmicos y dolorosos, que nos ayudan a recibir informaciones de lo que ocurre a nuestro alrededor. El gusto además de ser uno de los mayores placeres, también puede valernos como medio de defensa. Ante estímulos que no nos agradan, reaccionamos, muchas veces instintivamente, con un rápido rechazo. Por ejemplo, algo que nos sabe mal o que está muy caliente, lo expulsamos rápidamente de la boca, pues podría ser un veneno o quemarnos.
Este sentido es un poderoso auxiliar de la digestión, ya que las sensaciones agradables estimulan la secreción de la saliva y los jugos gástricos. El sistema digestivo comienza en la boca. Degustar es una capacidad que puede hacerse muy necesaria para algunos profesionales, como los cocineros o los catadores de vinos.

¿Cómo es el mecanismo del sentido del gusto?

Los compuestos químicos de los alimentos se disuelven en la saliva y penetran en las papilas gustativas a través de los poros de la superficie de la lengua, donde entran en contacto con células sensoriales. Cuando un receptor es estimulado por una de las sustancias disueltas, envía impulsos nerviosos al cerebro. La frecuencia con que se repiten los impulsos indica la intensidad del sabor;
Los órganos del gusto, que tienen por misión el percibir y enviar al cerebro el sabor de las cosas que introducimos en la boca, se encuentran en las papilas gustativos, localizadas fundamentalmente en la lengua.

¿Qué órganos componen el sentido del gusto?

La Boca es el orificio a través del cual se ingiere el alimento, donde tenemos también sensaciones táctiles como las de presión y las de temperatura. La boca recibe muchas terminaciones nerviosas que hacen posible que sea un gran órgano táctil, que nos hace discriminar perfectamente, por ejemplo, pequeñas diferencias en la textura de los alimentos o leves cambios de temperatura, además de tener terminaciones gustativas.
Glándulas salivares. La saliva es un líquido ligeramente alcalino que humedece la boca, ablanda la comida, disuelven los alimentos para que liberen los compuestos químicos y contribuye a realizar la digestión a través de enzimas.
La lengua como principal órgano del gusto. Es en ella donde tenemos mayor cantidad de receptores gustativos, las papilas gustativas. Las papilas gustativas tienen numerosas terminaciones nerviosas que nos permiten diferenciar los sabores básicos (dulce, salado, ácido y amargo), y hacen que podamos reconocer y distinguir multitud de combinaciones de sabores. Los distintos receptores aparecen concentrados en determinadas zonas de la lengua; de esta manera, los sabores dulce y salado son detectados en la parte anterior de la lengua; el ácido o agrio en los lados, y el amargo en la parte posterior dorsal.

¿Cuáles son las alteraciones del sentido del gusto?

Los trastornos del gusto pueden ser causados por cualquier condición que interfiera con la transmisión de los estímulos de sabor hacia el cerebro o por condiciones que afecten la forma en que este órgano interpreta tales estímulos. Esta condición puede alterar la nutrición del paciente, debido a la falta de sabores o disgusto a los sabores.
Principalmente los problemas de la boca como enfermedades de alta prevalencia son la causa más frecuente. Así caries, Gingivitis, infecciones, cualquier alteración de la saliva que provoca sequedad de boca, la exposición a ciertos tratamientos químicos como la clorhexidina u otros medicamentos, aunque también son causas comunes:
Resfriado, infecciones nasales, envejecimiento (el número de papilas gustativas disminuye con la edad), lesión en la cabeza, trastornos hormonales, consumo de tabaco en exceso, deficiencia de ciertas vitaminas y minerales, ciertos medicamentos, infección de garganta, exposición a radioterapia para el cáncer en la cabeza o cuello.

CUIDATE LA BOCA PARA PODER DISFRUTAR DE LOS SABORES

MUCHO POR OÍR
Llame y reserve hora para su REVISIÓN AUDITIVA GRATUITA
REVISIÓN AUDITIVA GRATUITA
PAMPLONA
Alhóndiga, 6
Tel. 948 212 159
Martín Azpilicueta, 20
Tel. 948 262 744
Avda. Pío XII, 41
Tel. 948 278 106
GAES Centros Auditivos

ISS mejora el bienestar de pacientes y trabajadores
Catering • Vending • Limpieza • Desinfección • Higiene Ambiental
Mantenimiento • Refrigeración • Control de Plagas • Jardinería
ISS FACILITY SERVICES
900 811 600 | www.iss.es

¿Cuándo acudir al óptico-optometrista?

En los niños los síntomas relacionados con un problema visual son los siguientes:
- Enrojecerse los ojos y frotarse
- Se acercan mucho para leer o escribir
- Cierran un ojo o lo tapan
- Mover la cabeza excesivamente para leer o escribir
- Parpadeo frecuente
- Confundir letras o palabras
- Baja comprensión de la lectura
- Invierte letras o palabras
- Se cansa fácilmente y le cuesta mantener la atención
- Molestias con la luz
- Ve borroso en visión lejana o próxima

En los adultos los síntomas más comunes son:
En miopías:
- Visión borrosa en lejos
- Guiñar los ojos para ver de lejos

En hipermetropías:
- Dolor de cabeza
- Visión borrosa en cerca
- Fatiga al leer o escribir
- Problemas de concentración

Con astigmatismo:
- Dolor de cabeza
- Imágenes desenfocadas
- Molestias oculares

Con presbicia o vista cansada:
- Visión borrosa en cerca
- Evitar el trabajo de cerca
- Dolores de cabeza

Es importante descartar un problema visual para que este no afecte al aprendizaje o al rendimiento.

Acoso escolar ¿es posible detectarlo a tiempo?

Dra Raquel Calvo Ablanedo
Psiquiatra de la Unidad Infanto-Juvenil de Fundación ARGIBIDE-
Ana Guinea Hidalgo
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica de la Unidad Infanto-Juvenil de Fundación ARGIBIDE

Aunque el maltrato entre alumnos ha existido desde siempre, nadie hablaba de acoso escolar ni se preocupaba por cosas que se consideraban propias de la edad.

En los últimos años cada vez son más los casos que saltan a la prensa de niños que han sufrido este acoso durante años, sin que nadie haya intervenido y que terminan en dramáticas circunstancias. Cuando leemos estas noticias nos surge el miedo, nos preguntamos con cierta angustia: ¿Algo así puede ocurrir en el cole de nuestros hijos? ¿Seremos capaces de darnos cuenta? E inmediatamente intentamos tranquilizarnos pensando que estas cosas pocas veces ocurren en la relidad.

En uno de los mayores estudios sobre acoso escolar realizado en España por Iñaki Piñuel, profesor de la Universidad de Alcalá de Henares, se encontraba que un 23,2% de los niños españoles sufre acoso escolar (aproximadamente 1 de cada 4). Era mucho más frecuente en niños de primaria, disminuyendo el porcentaje conforme se avanzaba en edad, llegando en bachillerato a un 6%. Ocurre en ambos sexos, aunque los niños suelen ser victimas de niños varones y las niñas suelen se victimas de otras niñas. Los primeros utilizan más la agresión física y las amenazas directas mientras que las niñas intentan aislar socialmente.

Hay una diferencia importante entre las peleas de los niños, las bromas sin mala intención entre amigos que ocurren de forma esporádica y que son parte de las relaciones normales entre compañeros, y el problema al que nos estamos refiriendo.

Hablamos de acoso escolar cuando un niño está expuesto a acciones negativas, agresivas, de manera repetida por parte de uno o varios compañeros, de manera intencionada, estando en una situación de indefensión.

La violencia escolar puede ser física en forma de patadas,"collejas", palizas, pero lo más habitual es que se produzca una violencia psicológica en forma de exclusión social posicionando a los demás en su contra, ridiculizándole, haciendo correr rumores, poniéndole motes; utilizando la intimidación, el chantaje, las amenazas, los insultos constantes.

Todo ello acaba generando unas consecuencias devastadoras en el niño que está viviendo esta situación, con problemas emocionales importantes. El niño acosado comienza a creer que todo lo hace mal, que es un desastre, empieza a tener una visión pesimista de todo e incluso muchas veces piensa que los que le acosan tienen razón. Puede aparecer baja autoestima, problemas psicosomáticos, depresión, ansiedad, insomnio, fracaso escolar, fobias y en casos graves incluso ideas de suicidio.

Por ello es muy importante estar alerta si nuestro hijo relata algún tipo de agresión, pero deberemos analizar bien la situación porque a menudo los niños, más si son pequeños, explican los hechos a su manera y si le damos excesiva importancia podemos generar un problema donde no existía. Seamos cautelosos e investiguemos si lo que relata el niño es algo esporádico o estamos ante una situación real de acoso escolar.

¿Quienes lo sufren?

Durante años siempre se ha pensado que el niño que sufre el acoso es el "marginado", "el gordito", "el gafotas", pero la realidad es que cualquier niño puede ser victima de acoso. En un niño popular, bien relacionado, un incidente aislado (no meter un gol, un comentario en clase, llegar tarde) puede hacer que el acosador se fije en él y decida convertirlo en su diana.

Sin embargo hay niños que tienen más probabilidades de terminar siendo victimas de un acoso:

- Niños centrados en los estudios, con buenas relaciones con los profesores
- Niños con pocas habilidades sociales que hablan a destiempo, se meten en los grupos...pueden servir de excusa a los agresores
- Niños sobreprotegidos, pasivos sin capacidad para dar una respuesta asertiva, inseguros
- Niños más tranquilos, que no les gustan los juegos físicos y prefieren estar con las niñas
- Niñas más movidas que prefieren juegos más activos como el fútbol
- Alumnos con necesidades educativas especiales
- Alumnos en minoría étnica

¿Como lo detectamos?

Si sospechamos que nuestro hijo está sufriendo un acoso, lo primero que hemos de hacer los padres es intentar hablar con él. A veces los niños que están sufriendo un maltrato lo cuentan enseguida, pero otras veces pueden ser reacios a hablar de sus experiencias, porque están desconcertados, o porque se sienten avergonzados porque los padres puedan pensar que son unos cobardes y no saben defenderse, o por el propio miedo a pensar que si hablan el acoso será mayor.

Puedes preguntar a tu hijo directamente, aunque otras veces será mejor utilizar preguntas indirectas, como: ¿Hay niños en tu cole que se metan con otros niños? Los niños que se meten con otros ¿que les hacen? ¿Qué sueles hacer cuando estás en el recreo? ¿Qué tal en el autobús o de camino al cole, te lo pasas bien?

No obstante hay algunos síntomas externos que pueden ayudarnos a identificar que algo está pasando:

- Somatizaciones (quejas físicas: "no me encuentro bien", "me duele la cabeza", "me duele la tripa"....) antes de ir al colegio; a veces hay que ir a recogerlo porque no se encuentra bien
- Bajón en el rendimiento académico, no quiere hacer las tareas, empeoran las notas
- Faltas a clase, empieza a decir que no quiere ir al cole
- Cambios en el carácter: más irritable, menos comunicativo, se aísla en su habitación
- Tristeza, angustia, nerviosismo, llora sin motivo
- Alteraciones en el apetito
- Alteraciones en el sueño (duerme mal, grita por la noche, tiene pesadillas)
- Conductas de evitación social: no quiere ir a cumpleaños, excursiones, quedarse jugando en el patio...
- Comentarios de que "no vale para nada"
- Preocupación por la seguridad de los padres y hermanos
- Vuelta a casa con ropa o material roto, o no lo trae, trae heridas o moratones
- Amenazas o agresiones a otros niños o hermanos menores

No siempre que aparecen estos síntomas la causa es un acoso escolar, pero es importante estar alerta ante la aparición de alguno de ellos e investigar las posibles causas para intervenir, tanto en el ámbito escolar, como acudir a un especialista que ayude al niño a superar la situación que está viviendo.

La detección e intervención tempranas son fundamentales, muchas veces vemos en consulta niños que han sufrido un problema de acoso durante años, sin que ni en el colegio ni en la propia familia se hayan percatado ni se les haya dado ninguna importancia, con consecuencias devastadoras para su futuro.

La caries sigue bajando en Navarra

Este descenso es más moderado que en la década anterior. Los niveles de caries en la población de origen extranjero son significativamente mayores. Además, a pesar de los avances, esta enfermedad tiene una distribución asimétrica entre la población, siendo el sector de nivel socioeconómico bajo el que presenta niveles más altos de prevalencia. Sin embargo, desaparecen las diferencias por entorno rural y urbano.

Estas son algunas de las conclusiones del cuarto estudio de salud bucodental realizado a población infantil y adolescente de Navarra, recientemente presentado por la consejera de Salud, María Kutz, acompañada de la doctora estomatóloga Beatriz Lahoz Fernández, presidenta del Colegio de Odontólogos, y de los doctores de la misma especialidad Javier Cortés Martinicorena y Joaquín Artázcoz Osés.

El objetivo de esta encuesta, galardonada en 2006 con una beca "Mikel Larumbe", es el de describir el estado de salud oral y hábitos de higiene de población infantil y adolescente de la Comunidad Foral con el fin de prevenir problemas bucales y establecer cuántos niños y niñas necesitarían tratamiento en la actualidad.

La llegada de la primavera y las alteraciones psicológicas

Juan Ignacio Arraras
Psicólogo Clínico. Servicio Navarro de Salud. UNED Pamplona
Jaione Azparren
Psicóloga. Centro ENSO. Pamplona

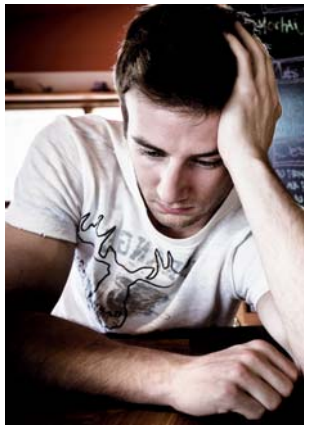
Los seres humanos vivimos en contacto y realizamos intercambios con nuestro entorno, tanto social, como físico. Dentro de este último, hay factores cuya intensidad y cuyas variaciones pueden tener una influencia en nuestro funcionamiento psicológico. Nos referimos a factores como el clima, las horas de luz la latitud en la que vivimos, que pueden afectar, por ejemplo, a nuestro estado de ánimo, a que nos podamos encontrar nerviosos, o a otros aspectos, como nuestras reacciones de dolor.

Uno de estos factores lo constituyen las variaciones estacionales, en especial en zonas geográficas donde se dan cambios claros entre dichas estaciones. En este artículo vamos a centrarnos en las reacciones que se pueden producir con la primavera, sabiendo que también el invierno puede influir, en algunos casos más intensamente, en el estado psicológico de las personas con sensibilidad a los cambios estacionales.

La llegada de la primavera lleva asociado cambios ambientales y en nuestra vida cotidiana: entre otros, se da un aumento de temperaturas, hay más luz, se producen cambios de horarios, hay más actividad al aire libre y otros.

Creemos importante destacar que muchas personas disfrutan de la primavera: indican que se encuentran con mejor humor, ven que pueden realizar más actividades, se notan con más interés por estar con otras personas y por salir a la calle. Otras personas nos indican que no notan cambios importantes. Y en algunos casos se pueden presentar alteraciones psicológicas de diferente intensidad, alteraciones que están relacionadas con algunos de los factores que hemos comentado más arriba, y otros como las alergias.

Al hablar de los cambios que nos puede traer la primavera, vamos a centrarnos principalmente en nuestro estado de ánimo y nuestro grado de ansiedad. Vamos a considerar distintos niveles en la intensidad de las reacciones que se dan con el cambio estacional: reacciones más leves de corta duración, y alteraciones en patologías más graves previas.



Reacciones leves

En un principio nos gustaría hablar de las reacciones leves. Entre ellas destacaríamos la astenia primaveral: con frecuencia nos encontramos personas que nos cuentan que con la llegada de la primavera, presentan durante unos días síntomas psíquicos y físicos, tales como somnolencia, cansancio, el ánimo un poco más bajo, irritabilidad, dificultad para dormir, cierta apatía, falta de concentración, la tensión arterial baja o algo de debilidad. En la mayoría de los casos, y cuando no forman parte de otro cuadro, se trata de síntomas leves y transitorios y no de una enfermedad, síntomas que están relacionados con que nuestro organismo no termina de adaptarse de forma adecuada a los cambios de la nueva estación, y que se pasan conforme el organismo se va acomodando a los cambios estacionales.

Estos síntomas de astenia suelen llamar más la atención en primavera que cuando se presentan en otoño, además de porque se den con más frecuencia, porque las personas refieren notar un contraste entre cómo se encuentran ellas y cómo ven de animadas a otras personas de su entorno.

La astenia, al igual que otras reacciones más leves de ansiedad y depresión, se pueden dar con más facilidad en algunas personas ya que tienen una predisposición para ello. Esta predisposición puede ser biológica, en forma de una mayor reactividad o sensibilidad de nuestro reloj corporal – mayores cambios en nuestro organismo ante las nuevas estaciones, y psicológica: las personas pueden tener situaciones de estrés: problemas familiares, de pareja, de estudios, problemas emocionales previos, hábitos no saludables de sueño o alimentación, dificultades a la hora de hacer frente a las dificultades y las emociones no agradables (tristeza). En este sentido, en algunos casos la astenia puede ser la respuesta del organismo a un sobreesfuerzo.

Algunas pautas que nos podrían ser de ayuda para la astenia u otra sintomatología leve, como cuando las personas refieren sentirse más nostálgicas en primavera, podrían ser: primero entender que se trata de un cuadro leve y pasajero, y no de una patología grave y duradera. A partir de ahí, podemos emplear estrategias como incrementar las actividades agradables que hacemos (ej: música, leer, cine, amigos…), dormir un tiempo suficiente, hacer ejercicio físico moderado y de forma regular, una alimentación adecuada, búsqueda de estimulación (salir a recibir la luz de sol y el contacto con otras personas…). Además, conviene intentar resolver los otros problemas que se pudieran estar presentando (estrés laboral…), y que mencionábamos más arriba.

Preocupación por la imagen

Otra patología leve que nos podemos encontrar en esta época del año es una preocupación elevada por nuestra imagen corporal. Con la llegada de la primavera, las personas tienden a quitarse los abrigos y por lo tanto, a exponer más su cuerpo. Además, hay mucha información en los medios de comunicación sobre la supuesta importancia al estar delgado. Estos factores pueden favorecer una preocupación excesiva, más si la persona presenta una patología previa en este área. Como pautas generales podríamos decir que cuando estas preocupaciones son leves (no parte de un cuadro más grave) conviene verlas desde una cierta distancia y con menor implicación en ellas, y entender que podemos estar viéndonos con una imagen corporal un poco distorsionada hacia (generalmente) una mayor gordura, y con pensamientos muy críticos hacia nosotros.

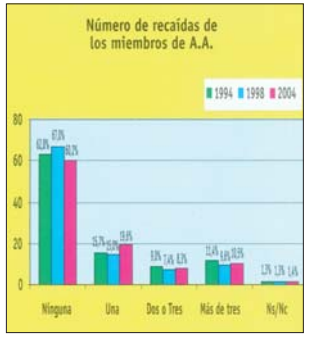
Por otro lado, hay personas con patología previa, cuyos síntomas pueden empeorar con la llegada de la primavera: se trata de personas por ejemplo con trastornos de ansiedad, de depresión que pueden ser más frágiles a los cambios de estación. En este sentido, podemos entender el caso de personas con una depresión previa, que pueden notar un contraste entre su situación de ánimo bajo y el observar en los demás un aumento de vitalidad, lo que puede llevarles a sentir un mayor malestar. También hay cuadros más graves, como en el caso de algunas personas con psicosis, en las que se da una activación de sus síntomas en la época de la salida del invierno. O personas por ejemplo con un trastorno bipolar que pueden presentar síntomas maníacos con la llegada de la primavera.

Como conclusiones podemos decir, que ante las reacciones más leves que hemos comentado, conviene por un lado hacer una labor de prevención, llevando un estilo de vida más sano, e intentando hacer frente a las dificultades que se nos puedan plantear, y además cuidarnos cuando se den los síntomas, mediante actividades que vayan dirigidas a cuidar nuestro cuerpo y mejorar nuestro estado de ánimo y nivel de ansiedad. En casos más graves conviene consultar con un profesional.

Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos Anónimos (A.A.) es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.

El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A. no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad».

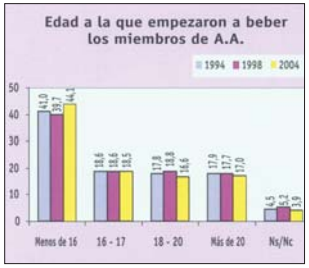


La política de autofinanciación de la asociación es, por experiencia, muy positiva. Es costumbre en las reuniones de A.A. pasar una bolsa en la que cada alcohólico pone la cantidad con la que desea contribuir anónimamente. Este dinero es para cubrir necesidades básicas del mantenimiento de los locales (alquiler, luz, teléfono).

La política de relaciones públicas de A.A. se basa más en la atracción que en la promoción. Los miembros necesitan mantener siempre su anonimato personal ante la prensa, radio, televisión y cine. A nivel personal, el anonimato da protección para no ser identificados como alcohólicos, una salvaguarda a menudo de especial importancia para el recién llegado.

El programa

El Programa de A.A. se basa en Doce Pasos, diseñados para la recuperación personal del alcohólico.



El ejemplo y la amistad de los alcohólicos en recuperación ayudan al recién llegado en su esfuerzo por dejar de beber. Comparten sus experiencias y transmiten cosas sencillas como la idea de que cualquier alcohólico puede pasar 24 horas sin tomar esa primera copa. Puesto que todos los miembros de A.A. son alcohólicos, existe una comprensión especial entre ellos ya que saben muy bien cómo se siente un enfermo alcohólico que todavía bebe.

La filosofía de la asociación enseña a los miembros de A.A. a intentar evitar esa primera copa en el día de hoy, y no preocuparse de "mañana" hasta que llegue. De esta forma, el objetivo es mantener la sobriedad durante 24 horas.

Al no ingerir alcohol, los alcohólicos se recuperan físicamente de su enfermedad. Pero no es una enfermedad que afecte sólo al cuerpo. Si un alcohólico quiere alcanzar una sobriedad duradera necesita también una mente sana y un equilibrio emocional. El programa de recuperación ayuda al alcohólico a poner en orden sus pensamientos confusos y adquirir ese equilibrio.

Reuniones periódicas

Los miembros asisten a reuniones con regularidad para estar en contacto con otros compañeros y aprender cómo aplicar mejor el programa de recuperación en sus vidas. Aunque el alcoholismo está reconocido por la OMS como una enfermedad, muchas veces el que viene por primera vez todavía se siente agobiado por la vergüenza, el miedo y la culpabilidad.

A pesar de los progresos conseguidos, queda mucho trabajo por hacer para informar a todos los que trabajan con alcohólicos: servicios judiciales, trabajadores sociales, trabajadores contra la exclusión, servicios de emergencia (bomberos, policía, etc.), periodistas, empresarios, sindicatos, asociaciones, etc.

En Navarra existen 16 grupos de Alcohólicos Anónimos. Cuatro en Pamplona –uno de ellos en instituciones penitenciarias-, dos en Estella, dos en Tudela, y uno en las localidades de Barañain, Burlada, Alsasua, Elizondo, Bera, Cortes, Lodosa y Tafalla.

El día 10 de Junio se cumple el 74 aniversario de A.A. a nivel mundial. En Navarra se va a celebrar con este motivo una reunión informativa pública en la Casa de Cultura de Sangüesa, a las 19.30 horas. En la reunión participarán miembros de A.A. y Al-Anon (Asociación de Familiares y Amigos de Alcohólicos); la alcaldesa de Sangüesa, Esquisabel Suéscun; Beatriz Úriz, representante del Servicio Social de Base de la Comarca; Mercedes Artieda, Directora del Centro de Salud; Ana Benito, trabajadora del Centro de Salud y el jefe de la comisaría de la Policía Foral, el inspector Juan Carlos Zapico.

ALCOHOLICOS ANÓNIMOS
O.C.S. Apartado nº 6
31080 PAMPLONA
Teléfono: 948 241 010
Móvil: 609 478 341
Web: www.alcoholicos-anonimos.org

Manolo Ibáñez &
RUEBER
CENTRO ANTICALVICIE
HOMBRE - MUJER

GABINETE DE ASESORAMIENTO INTEGRAL DE IMAGEN
EN LOS TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA

- CONSULTA: Disponemos de despacho privado, donde podremos darle una información exhaustiva de nuestros servicios, proporcionada por profesionales expertos en recuperación de la imagen.

- CENTRO DE IMAGEN: Ofrecemos atención personalizada en cabinas privadas. Se sentirá confortable, tranquila/o y muy segura/o.

- PRÓTESIS CAPILARES DE FABRICACIÓN PROPIA: La pérdida del cabello no debe suponer un problema. Nuestros diferentes tipos de prótesis capilares de diseño, confeccionadas y personalizadas, indetectables y de cabello natural 100%, le facilitarán el desarrollo de una vida totalmente normal. Podrá dormir, bañarse, hacer deporte, etc., de forma natural.

- PELUCAS DE CABELLO NATURAL Y FIBRA SINTÉTICA: Amplia gama de pelucas prêt-à-porter en stock. Variedad decolores y peinados. Se las podrá probar, elegir y llevarse la más adecuada en el acto.

- UNIDAD MÓVIL: Ponemos a su disposición un equipo de profesionales que se desplazará donde se encuentre, en caso de estar hospitalizada/o.

- SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE SU PRÓTESIS O PELUCA: Tenemos delegaciones en toda España. Podrá ser atendida/o en su ciudad o muy cerca de ella. Posibilidad de atención al cliente en algunos lugares del extranjero.

40 AÑOS TRABAJANDO PARA HACER MÁS FELICES A LAS PERSONAS

Estamos en: Monasterio de Urdax nº 8, 1ª (Esquina Pío XII nº 9) · 31007 PAMPLONA · **Tel.: 948 25 50 53 / 948 17 18 20**
info@rueber.es · www.manoloibanez.com · www.rueber.es

Embarazo y parto después de los 40 años

Dr. Ricardo Ezcurra
Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino

El deseo de la mujer de tener un embarazo después de los 40 años se ha convertido en un auténtico fenómeno social. Desde mediados de la década de 1970, la edad de la maternidad no cesa de prolongarse en los países de nuestro entorno, pasando de una media de 24-25 años hace 25 años a 32-33 en la actualidad, lo que se explica por varias razones: progreso de las técnicas anticonceptivas, matrimonios tardíos, desarrollo de una carrera o segunda unión con una pareja a menudo más joven y sin hijos y, finalmente, desarrollo de técnicas de reproducción asistida que, junto con la donación de óvulos y embriones, han ampliado los límites de la maternidad.

En la población de mujeres gestantes mayores de 40 años hay que distinguir dos grupos: las primíparas mayores que han retrasado la edad de su primer embarazo de manera voluntaria o involuntaria y las grandes multíparas. Mientras que las primíparas mayores sólo están expuestas a las complicaciones obstétricas relacionadas con la edad, en las multíparas, a los riesgos relacionados con la edad se suman los relacionados con la multiparidad. Las publicaciones más antiguas sobre los embarazos a los 40 años se referían a menudo a las multíparas; sin embargo, a partir de la década de 1990 comenzaron a aparecer estudios muy tranquilizadores sobre primíparas procedentes de un medio social favorecido, aunque en un número relativamente limitado; a partir del año 2000 se han publicado informes de embarazos y partos de mujeres de 40 años o más cuyos resultados son tranquilizadores. Se explican en parte por la mejora de la vigilancia prenatal, pero también por la que las grandes multíparas de bajo nivel socioeconómico están siendo sustituidas por las primíparas de mejor situación económica que han retrasado voluntariamente la edad de su primer embarazo.

El primer problema de estos embarazos de la cuarentena es su elevado índice de abortos espontáneos. El índice de abortos espontáneos alcanza el 33,8% a partir de los 40 años, frente al 11,7% entre los 30-34 años y el 17,7% entre los 35-39; por encima de los 45 años el porcentaje es del 53,2%. En general, se admite que al menos el 60% de estos abortos precoces se deben a anomalías cromosómicas. Se calcula que el riesgo de aparición de una anomalía cromosómica es del 1,6% a los 38 años, del 2,21% a los 40 años y del 4% a los 42 años. La frecuencia de alteraciones cromosómicas entre los 40-45 años es de un 3% en los recién nacidos vivos. La mitad de las anomalías cromosómicas imputables a la edad materna corresponden a trisomías 21.

Por otra parte los antecedentes ginecológicos de estas pacientes (miomas, sinequias o incontinencia cervical) explican los abortos espontáneos tardíos, que sólo en el 10-20% de los casos se deben a anomalías cromosómicas.

Complicaciones del embarazo

Casi todos los estudios demuestran un aumento de la frecuencia de la diabetes. La proporción de diabetes en el grupo de 40-44 años fue del 6,1% para las primíparas y del 6,4% para las multíparas, en las mujeres de 30-34 años, la proporción fue del 3,5%.

La gran mayoría de los estudios recogen un aumento de la incidencia de la HTA durante el embarazo a partir de los 35 años, con cifras de un 15% en las de 40 años o más, siendo más frecuente en nulíparas que en multiparas

Los datos publicados sobre metrorragias del tercer trimestre y placenta previa son divergentes; aunque en la mayoría de los estudios se encuentra una mayor frecuencia de metrorragias y de placentas previas a partir de los 35 años, con cifras de 8 veces superiores en las nulíparas mayores que en las de 20-29

Las anomalías de presentación fetal son algo más frecuentes a partir de los 40 años. El Dr. Treacy, de la maternidad de Dublín, analizó el trabajo de parto espontáneo en 10.737 primíparas a término según su edad y comparó las distocias sobre la base de la necesidad de oxitocina, una duración de la dilatación superior a 12 horas y los índices de extracciones instrumentales y cesáreas. Todos estos índices aumentan con la edad.

Las hemorragias del alumbramiento son más frecuentes después de los 40 años, sobre todo durante el primer parto.

Complicaciones en el feto

A pesar de su muy clara disminución gracias a la calidad actual del seguimiento prenatal, la mortalidad materna aumenta con la edad, de manera que en el período 2000-2002 era de 3,8/100.000 partos en las mujeres de 25-29 años, 33,3 en las de 40-44 y 215,3 en las mayores de 45 años. Las causas más importantes de mortalidad son las hemorragias obstétricas, los accidentes vasculares, las embolias amnióticas, las infecciones y las miocardiopatías. Estas cifras justifican una mayor vigilancia de las futuras madres mayores tanto durante el tercer trimestre de la gestación como durante el parto para intentar prevenir los accidentes vasculares graves.

A pesar de los progresos logrados en el tratamiento, la mortalidad materna en el parto aumenta con la edad.

La proporción de prematuros en el conjunto de las primíparas y multíparas pasa del 5,7% en las mujeres menores de 35 años a 8,2% en las mayores de 40. Todo esto justifica un tratamiento adecuado, tanto de las primíparas como de las multíparas mayores en la segunda parte de la gestación.

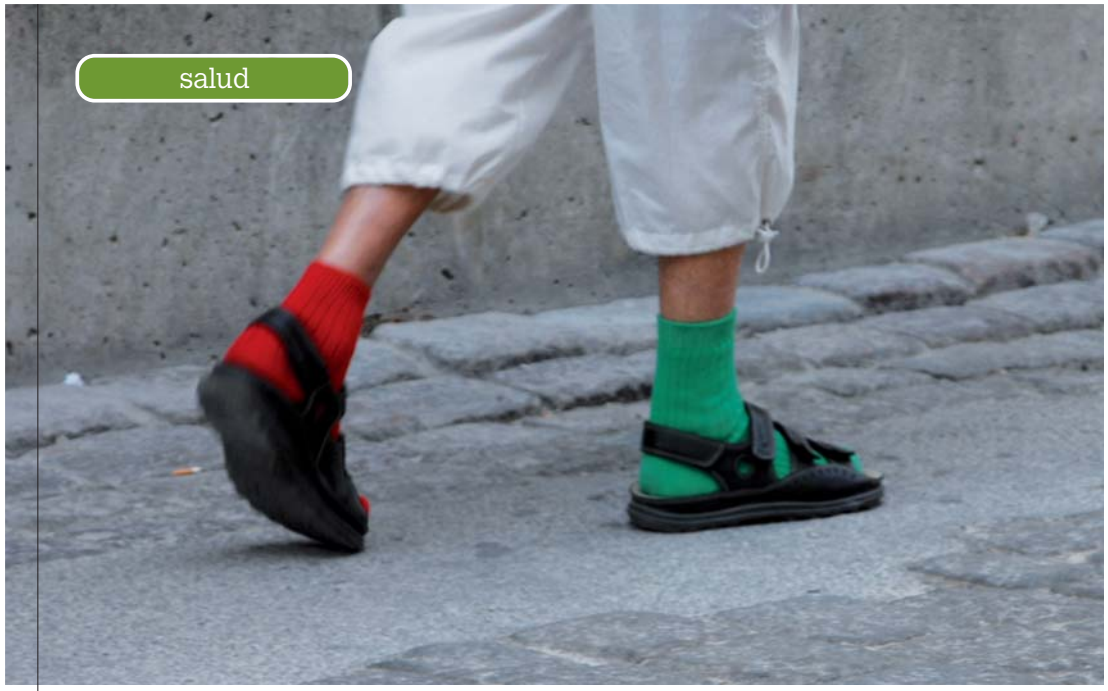
En la mayor parte de los estudios, los pesos medios de los niños son idénticos con independencia de la edad de la madre, pero con una proporción elevada tanto de niños de peso bajo al nacimiento como de niños con peso superior a 4.000 g (lo que explica que el peso medio no varíe), algo que para unos se debe a la HTA y para otros a la diabetes.

Para la mayoría de los autores, tanto la mortalidad intrauterina como la perinatal son mayores en los embarazos tardíos. Aunque el pronóstico fetal global es bueno para los hijos de madres de 40 o más años, la mayoría de los estudios coinciden en reconocer un aumento de la prematuridad, de los niños de bajo peso al nacimiento y sobre todo de la mortalidad intrauterina y perinatal

El verdadero problema no es médico, sino social. ¿Existe una edad para ser madre o, por el contrario, el desarrollo de las técnicas de autoconservación de los óvulos y de los ovarios permitirá a las mujeres retrasar la edad de la maternidad y, al igual que los varones, tener un hijo a cualquier edad? ¿Deben, en nombre del

feminismo, hacer las mujeres absolutamente lo mismo que los varones? La igualdad no debería excluir la diferencia.

Es cierto que ahora es técnicamente posible obtener un embarazo incluso pasados los 50 años; también es verdad que hay que reflexionar antes de condenar formalmente esta posibilidad. Algunos casos excepcionales (por ejemplo, muerte de un hijo) podrían inducir a médicos expertos a practicar estas técnicas, pero es evidente que es necesaria una mayor reflexión antes de permitir que se practique la fecundación asistida a partir de cierta edad.



Despistes de las personas mayores

Dr. Javier Álvarez Caperochipi
Fundación de Profesionales Solidarios

Consideramos despistes a posibles fallos o anomalías de comportamiento, debidos a pérdidas de atención, a no darse cuenta de lo que acontece a su alrededor, a "no estar en lo que se celebra". Si todos fuéramos inteligentes, ordenados, con experiencia y pusiéramos nuestros cinco sentidos en lo que acontece en el entorno, habría menos despistes, pero la vida sería infinitamente más aburrida.

Antes de entrar en una sonrisa fácil y en una lectura amable de despistes, sería interesante relativizar el supuesto drama del despistado. Digamos para empezar que algunos despistes han sido la salvación de la humanidad; Fleming descubrió la penicilina después de dejar abandonado unos cultivos en su laboratorio.

Pasemos por alto los despistes ocasionales geniales y ahondemos en los despistes del resto de los mortales. A los grandes genios, el despiste les ocurre con cierta frecuencia. Su poder de concentración en un tema es tan importante que descuidan otros. Cuentan de Einstein que un día sorprendió a una niña muy bonita en los alrededores de su casa y que le preguntó: ¿Cómo te apellidas? Y ella le contestó: -Me apellido Einstein, papá-. También cuentan de Wiemer (padre de la cibernética), que una tarde se paró a hablar con una alumna en la calle. Al cabo de un rato le preguntó a la alumna:- ¿De qué lado venía cuando nos hemos parado a conversar? Y como ella le señalara una dirección, concluyó: -¡Ah!, entonces iba a cenar-.

A veces se puede ser despistado sin ser genio, y el mecanismo es parecido. Ocurre a personas que viven en su mundo, con ideas fijas y no están en lo que celebran: Un industrial de Jaén llegó al hotel y pidió una habitación con vistas al mar. -Señor estamos en Segovia-, contestó aturdido el encargado de admisión. -Vaya ya me he vuelto a equivocar de tren-, contestó resignado el viajero.

Y es que no cabe la menor duda que los genios, suelen ser excéntricos, a veces simpáticos y sencillos, habitantes de unos mundos fantasmas y proclives al despiste. Concedamos una bula a los sabios y a los que viven permanentemente en la estratosfera. Y también a los que viven bajo estrés, prisas, atolondramiento, a los inexpertos, a los ignorantes; no vamos a cansarles con desfases más o menos simpáticos de sus vidas, solo esperar que nuevas coyunturas les ayuden a superar sus respectivas situaciones.

A nosotros nos preocupan los despistes de las personas mayores. Es típico en ellos no encontrar las llaves de casa, ni las gafas, echar sal al café en lugar del azúcar, salir a la calle en zapatillas, ponerse los pantalones antes que los calzoncillos, ducharse con los calcetines puestos, abrir la nevera y no recordar que habían venido a coger; olvidar las fechas de los santos de los hijos.

Gadner describió hace pocos años la teoría de las inteligencias múltiples. Desde entonces sabemos que la inteligencia es la resultante de la combinación de 7 u 8 habilidades; y que la inteligencia de los mayores no es ni peor ni mejor que la de los jóvenes, solamente es diferente. Las habilidades se combinan de otra manera en los adultos mayores y la resultante es entre otras facetas, una mayor capacidad de análisis, con la utilización de un menor número de elementos.

La memoria es otra cualidad alterada en los mayores, sobre todo la memoria reciente; estos recuerdan las cosas de la infancia y les cuesta evocar lo que ha pasado hace diez minutos. Desde Atkinson conocemos que existen tres niveles de almacenamiento de la memoria, y que en los adultos mayores hay una mayor tendencia a la falta de comunicación de los niveles.

Valgan estas explicaciones para desenmascarar algunos conceptos equivocados. El deterioro mental es un proceso que puede afectar al 10% de la población añosa, pero no se debe confundir con los despistes o las dificultades de memoria que pueden incidir de alguna manera en el 90% restante. Los despistes de mayores son resultado de variaciones cualitativas de las habilidades de la inteligencia y de la memoria, de priorizar unas cosas sobre otras, y del nivel de atención.

Un grupo viajero del Inserso ofrecía cacahuetes pelados, al joven conductor que les llevaba en autobús. El chófer agradecía las continuas invitaciones de los mayores y en un momento determinado les dijo que ya no tomaría más, que no quería dejarles sin cacahuetes pelados. Ellos le contestaron que les sobraban muchos. El motivo era claro: andaban mal de dentadura, chupaban el chocolate del conguito sin comer el cacahuete, por eso convidaban. El más hablador del grupo le dijo al conductor del autobús, que no tuviera reparos en comérselos, que ellos estaban nadando en la "ambulancia".

Don Manuel era un señor honorable, propietario de un pequeño coche de muchos años, mal cuidado, con numerosos pequeños raspones y bollos. Había cogido la costumbre de dejarlo aparcado junto a los contenedores de la basura. Pensaba que la grúa no se lo llevaría nunca, porque al verlo en ese lugar, creerían los funcionarios municipales que efectivamente lo había abandonado definitivamente. El supuesto despiste le duró mucho tiempo, hasta el día que se dejó las llaves dentro con el coche en marcha.

Algunos trucos sencillos podían colaborar en el envejecimiento saludable de los mayores. El procedimiento más natural sería apuntar las cosas en una agenda o junto al frigorífico o recomendar el aviso al teléfono móvil.

Un segundo truco consistiría en disponer de un lugar específico para dejar siempre las mismas cosas en los mismos sitios, las llaves en un cajón de llaves, las gafas en la mesilla de noche; es decir, de ordenar las cosas con un poco de método.

A la altura de los últimos conocimientos sobre la memoria y la inteligencia, el mejor procedimiento para evitar despistes sería hacer ejercicios sencillos de gimnasia mental. Se puede mejorar la atención y la memoria con la práctica de algunos juegos, como hacer crucigramas, solitarios o jugar al ajedrez. La Informática, Internet y las Aulas de Humanidades y otras ciencias deberían estar en la agenda de los mayores.

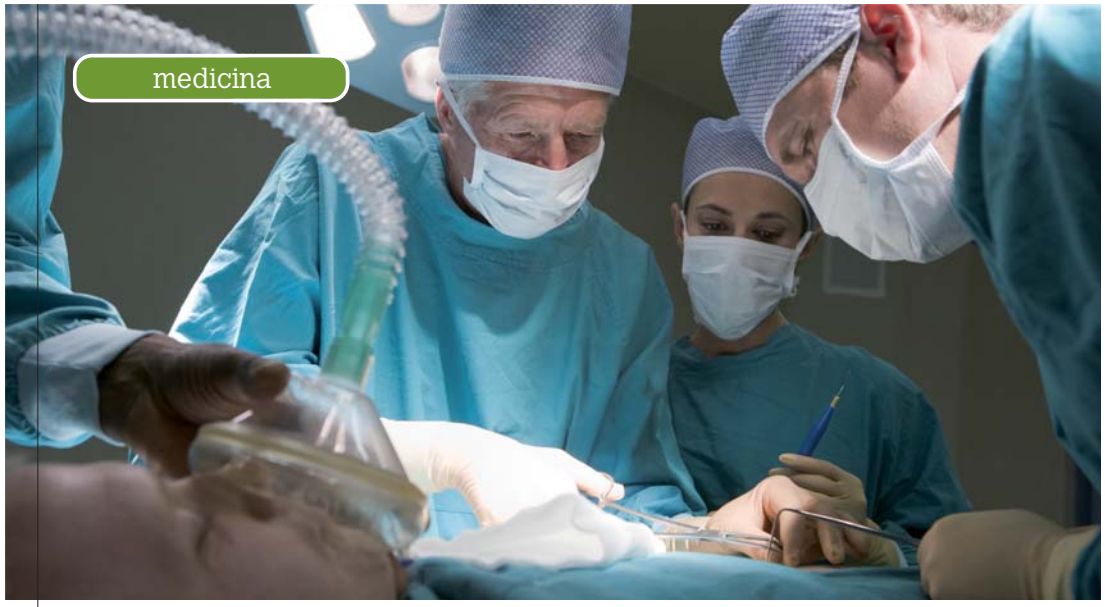
Recordemos la opinión de un filósofo moderno. Uno sigue siendo joven, mientras sea capaz de incorporar cosas nuevas en su vida. Añadamos que con despistes o sin ellos.

Comercial
Médica y de Laboratorio
60 aniversario 1949-2009

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

Nuestro servicio hacia el cliente nos hace diferentes

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



Cirugía Mayor Ambulatoria

Dr. Miguel Castañeda Pascual
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor Hospital de Navarra
Dr. Lucas Blázquez Lautre
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Virgen del Camino

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), una práctica en continuo auge en los últimos años, alcanza ya en algunos países el 50% de las cirugías realizadas. Representa una forma de reducir el coste sanitario, cumpliendo los requisitos indispensables, es decir, prestar asistencia sanitaria a bajo coste, manteniendo e incluso mejorando la calidad asistencial.

¿Qué es la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)?

La Cirugía Mayor Ambulatoria es el modelo organizativo de la asistencia quirúrgica que permite tratar al paciente de una forma segura y efectiva sin necesidad de ingreso y sin utilización de una cama de hospitalización. La cirugía sin ingreso constituye un reto constante para todo el equipo quirúrgico a fin de minimizar las complicaciones y devolver al paciente a su entorno lo antes posible, manteniendo en todo momento la calidad del acto quirúrgico.

Para ello se utilizan técnicas quirúrgicas mínimamente agresivas para el paciente junto con técnicas anestesiológicas que ocasionan los menores efectos secundarios. Así se consigue una rápida recuperación tras la intervención, sin alterar las condiciones familiares y sociales del paciente y sus allegados, y se consigue una pronta incorporación a sus actividades cotidianas y laborales.

Frecuentemente se confunden términos como CMA, cirugía corta estancia, cirugía menor... La CMA como hemos visto conlleva la ausencia de ingreso, la cirugía de la corta estancia se refiere a procedimientos que requieren que el paciente permanezca bajo cuidados especializados 1 o más días. Por otro lado, la cirugía menor agrupa procedimientos que no requieren cuidados tras el acto quirúrgico.

¿Qué pacientes son candidatos de CMA?

Según la clasificación de riesgo anestésico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (A.S.A.), los pacientes sanos (grado I) y aquellos con enfermedad sistémica leve (grado II) no tendrían problemas para formar parte de un régimen de cirugía ambulatoria. En los pacientes pediátricos y en pacientes grado III, aquellos con una enfermedad sistémica grave no incapacitante, hay que valorar el control de la enfermedad previa, el tipo de cirugía y la disponibilidad de cuidados postoperatorios domiciliarios.

¿Qué pacientes no son aptos para un programa de CMA?

Se excluyen: pacientes con un riesgo anestésico alto (ASA III y IV) o que requieran una monitorización compleja, obesos mórbidos, pacientes que requerirán tratamiento del dolor complejo, pacientes que no cuenten con un apoyo social adecuado para el día de la intervención, pacientes psiquiátricos y pacientes que no desean ser intervenidos bajo este modelo.

Dentro de los pacientes pediátricos, los lactantes prematuros, niños con enfermedades respiratorias severas, cardiopatías, fiebre, dolor de garganta, tos y secreciones respiratorias purulentas, no podrán ser incluidos en un régimen de CMA.

¿Qué clase de intervenciones pueden hacerse en cirugía ambulatoria?

Las intervenciones quirúrgicas subsidiarias de realizarse en régimen de CMA son aquellas con una duración menor de 90 minutos, con una pérdida sanguínea muy escasa o inexistente, unas complicaciones postoperatorias muy escasas y fáciles de resolver.

¿Cuáles son los procedimientos operados con más frecuencia por CMA?

En lo que respecta a la Cirugía General las intervenciones más frecuentes son: hernias de la pared abdominal, senos pilonidales, ciertos procedimientos proctológicos (cirugía anal) y extirpación de lesiones benignas de la mama. En los últimos años tras el desarrollo de algunas unidades de CMA se han ampliado los tipos de intervenciones y poco a poco se va extendiendo la modalidad de CMA a procesos que antes exigían ingreso como la colecistectomía laparoscópica (extirpación de la vesícula biliar sin la apertura del abdomen), cirugía de la glándula tiroidea y paratiroidea, etc.

La tabla 1 recoge algunos ejemplos de intervenciones realizadas en CMA clasificadas por especialidades.

Preparación del paciente: preoperatorio, instrucciones previas

Como cualquier paciente quirúrgico, aquel que va a ser intervenido dentro de un programa de CMA precisa de un estudio preoperatorio. El anestesiólogo personalizará dicho estudio según cada caso, estado basal, antecedentes e intervención a realizar, con el objetivo de conseguir una selección lo más indicada y prudente posible.

El paciente deberá estar informado en todo momento, saber cuándo y a dónde debe acudir. Es importante que esté acompañado a la hora de recibir el alta. Antes de la intervención se le informará sobre el tiempo de ayuno necesario, sobre la necesidad o no de continuar tomando la medicación que habitualmente toma, sobre la toma de insulina o no en los pacientes diabéticos, etc.

Además, en la evaluación preoperatorio, es de vital importancia la preparación psicológica, la premedicación y la obtención del consentimiento informado por parte del paciente.

¿Dónde se realizan las intervenciones de CMA?

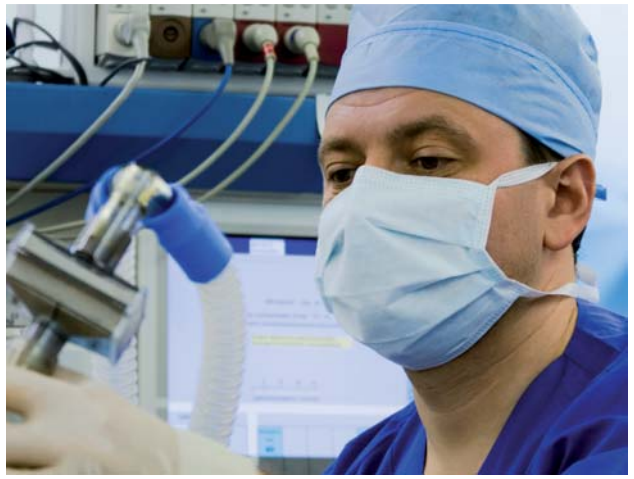
Las unidades donde se realiza este tipo de cirugía pueden ser de tres tipos:

- Integradas. Son unidades dentro del recinto hospitalario del que depende la Unidad. Aunque suelen tener entrada independiente comparten con el hospital varios recursos como el quirófano, personal auxiliar, servicios como radiología, farmacia, etc. Presentan como ventaja que la inversión para empezar es mínima y que cuentan con el respaldo inmediato del hospital si es necesario, pero también comparten los problemas del hospital.
- Satélite. Son unidades ubicadas fuera del recinto hospitalario aunque se dependa de un centro en concreto. Los recursos son propios y el funcionamiento no se ve interferido. Como contrapartida, el respaldo del hospital no es inmediato y la inversión suele ser mayor
- Independiente. Son unidades que no dependen de ningún centro hospitalario y que funcionan de manera autónoma. Son muy poco frecuentes en España.

Técnicas anestésicas empleadas en CMA.

Según la intervención, podrá realizarse una anestesia general o técnicas de anestesia regional. Si se realiza anestesia general se emplearán fármacos de corta duración y pocos efectos adversos; a la vez, se instaurará tratamiento analgésico preventivo y para las náuseas y vómitos postoperatorios.

Existen diversas técnicas de anestesia regional: epidural, intradural bloqueos nervioso periféricos, etc. La ventaja de las técnicas regionales es la buena analgesia postoperatoria que proporcionan. Aún así, no están exentas de complicaciones y no hay que menospreciarlas a la hora de dar el alta domiciliaria.



¿Cuál es el circuito que sigue el paciente?

El circuito que debe realizar el paciente depende de la organización de cada Unidad. En general los pacientes son inicialmente valorados en una consulta externa donde se evalúa si son candidatos a este tipo de cirugía.

Tras la evaluación quirúrgica y anestésica pasan a la lista de espera. Es característica de este tipo de manejo la abundante información que se da al paciente en la consulta externa. Se explica cómo será el proceso y se le entrega información escrita acerca de las instrucciones en torno a la operación.

Se programan como el resto de los pacientes. En la mayoría de las unidades los pacientes reciben una llamada la víspera de la intervención donde se les recuerda las instrucciones como las ayunas para el día siguiente, la ducha, la organización de la vuelta a casa tras la intervención... Los pacientes acuden a la Unidad al inicio de la sesión quirúrgica, generalmente temprano a la mañana. Son recibidos por personal de la Unidad y cuando sea su turno pasan al quirófano.

Tras la intervención pasan a una Sala de Reanimación donde son vigilados por personal especializado hasta que presentan un restablecimiento de las constantes y pasan un test riguroso que les permite pasar a la Sala de Recuperación o Readaptación al medio donde se les da alimento y se comprueba su total recuperación. Para dar el alta del paciente se tienen que dar unas condiciones que deben ser estrictas para evitar complicaciones graves en los domicilios.

En las Unidades de CMA se manejan test de alta que aseguran que los pacientes que se van están en unas condiciones adecuadas y que es seguro continuar la recuperación en casa. Si los pacientes no pasan el test se ingresan en el Centro hospitalario. Los pacientes de alta reciben de nuevo instrucciones orales y escritas para el postoperatorio.

¿Cuáles son los criterios de alta domiciliaria tras la intervención?

El sentido común nos debe guiar a la hora de dar el alta tras una intervención de CMA. El paciente deberá tener capacidad para deambular, para tolerar líquidos, para tomar analgesia oral y expresar el alivio adecuado del dolor, deberá haber recuperado la función sensitiva y motora después de un bloqueo anestésico, y no deben existir signos de sangrado activo, retención urinaria o dificultad respiratoria. Es fundamental que el enfermo cuente con el apoyo necesario para completar la recuperación en su domicilio.

En la unidad de CMA siempre debe existir la posibilidad de prolongar la estancia o realizar un ingreso hospitalario si fuera preciso. Aproximadamente en el 1% de las intervenciones de CMA hay un ingreso no previsto.

¿Qué seguimiento precisa el paciente tras la intervención?

Generalmente los pacientes reciben una llamada a las 24 horas de la intervención donde son interrogados acerca de su evolución y otra llamada días más adelante aunque esto suele variar en cada Unidad.

El seguimiento postoperatorio en Consulta Externa dependerá de cada patología y cada Unidad.

¿Cuáles son las causas de reingreso más frecuentes tras una intervención de CMA?

Existen algunas complicaciones postoperatorias que pueden ser causa de reingreso una vez el paciente se encuentra en su casa: náuseas y vómitos, dolor agudo postoperatorio, sangrado relacionado con la cirugía, alteraciones respiratorias, alteraciones del estado mental, cefalea y otras complicaciones derivadas de las técnicas anestésicas regionales, etc.

Controles alimentarios

Julio Fernández de Manzanos Bastida
Jefe de la Sección de Seguridad Alimentaria.
Instituto Salud Pública. Gobierno de Navarra

Los alimentos son necesarios para la vida pero también son vehículos ideales para la transmisión de enfermedades, tanto de tipo microbiológico por parásitos (anisakis, cisticercosis triquina), bacterias (tuberculosis, fiebres de malta, listerosis), virus (hepatitis b, gastroenteritis), toxinas (parolitica del marisco) como por simples proteínas (Encefalopatías Espongiformes).

Por otra parte también agentes químicos añadidos en la producción de alimentos (plaguicidas o medicamentos), contaminaciones del medio ambiente (PCB's, metales pasados, etc.), o en los procesos de elaboración (conservantes, edulcorantes y otros aditivos utilizados indebidamente que son a corto y normalmente a largo plazo producen, alergias, resistencias microbiológicas, son teratogenos, cancerigenos, muntogenos, etc.).
También debemos tener en cuenta la presencia de población sensible a alergenos; son típicos la problemática de los celiacos, la aparición de nuevos productos, como los alimentos modificados genéticamente, y los peligros inherentes a las nuevas tecnologías aplicadas
Por si estos peligros nos acechan normalmente aun existen otros que se escapan de esta exposición y que se producen cuando, debido a un afán desmesurado de lucro, se añaden productos tóxicos no comestibles a alimentos, generando episodios tan conocidos y rechazables como el del "aceite de colza" en España o la presencia de melaminas en leches maternizadas elaboradas en China.
Esta preocupación no es de nuestros días, sino que se remonta prácticamente a los orígenes de la humanidad y así en una primera época lo vemos reflejado en textos religiosos (Código de Hammurabi, Biblia, Leyes de Manú y Corán) que se han ido separando de la religión hasta llegar a nuestros días como una especialidad propia y extensa del Derecho. La sociedad debe estar protegida de estos risgos, tanto a nivel individual como colectivo.

Analíticas de producto

La legislación relacionada con estos asuntos se ha desarrollado especialmente en la última década del siglo pasado por necesidades derivadas de la seguridad alimentaria y del comercio internacional cada vez mas intenso. El control oficial se basó sobre todo en analíticas del producto final y la comprobación empírica de la higiene de la empresa.
La aparición de nuevas técnica de control alimentario, basadas en experiencias derivadas de los programas espaciales de la NASA, que precisaban que los astronautas no sufrieran intoxicaciones, conjuntamente con la Compañía. Pillbury, desarrollaron basándose en un sistema de ingeniería llamado M.F.E. (Análisis Modal de Fallos y Efectos) de la armada americana, un sistema conocido como H.A.C.C.P. (Hazard, Analisys and Critical Control Poins Sylstem) o Sistema de Análisis de Peligro y Puntos de Control Críticos que estudia los peligros de un alimento, donde se producen, la forma de controlarlos y las medidas especificas que se deban tomar para ofrecer al consumidor alimentos seguros.

Responsabilidad de la empresa

La legislación últimamente desarrollada define claramente que la empresa es responsable de asegurarse y verificar que los alimentos cumplen con todas las especificaciones legales durante todas las etapas de su vida, reseñando la frase desde "la granja a la mesa". Además, la ley señala que la empresa debe estar preparada y tener procedimientos escritos que le permitan intervenir de forma rápida y eficaz en caso de detectarse que no cumplen los requisitos de seguridad, situación en la que deberá proceder de inmediato a la retirada del mercado e informar de ello a las autoridades competentes e incluso de forma efectiva y precisa a los consumidores de las razones de la retirada.
También dispone que los Estados Miembros controlarán y verificarán que los requerimientos legales se cumplen, para lo que mantendrán un sistema de controles oficiales y regularán las medidas y sanciones aplicables.
Además se crea un Sistema Rápido de Alertas en forma de red europea para notificar riesgos directos e indirectos para la Salud humana y crea un sistema de gestión de crisis y situaciones de emergencia.

Con esta exposición, la seguridad alimentaria y control de un alimento corresponde, en el caso de la producción primaria de animales y plantas, al Departamento de Desarrollo Rural y Medio Ambiente, que también se encarga del control de calidad ó fraudes, responsabilidad compartido con Consumo, siempre que estas prácticas no impliquen peligro para la Salud Pública.
A partir de la materia prima, el Instituto de Salud Pública ejerce el control alimentario y podemos decir que lo hace en dos fases.
Primero, autoriza la instalación de nuevas empresas, previa presentación de documentación, para lo que estudia las instalaciones, programas de higiene, desinfección y control de plagas, formación de manipuladores, abastecimiento de agua y sistema de autocontrol basados en el sistema HACCP ó similares de las actividades a realizar en la empresa. Una vez estudiado el caso , y si es necesario corregido, se aprueba la solicitud realizando posteriormente una visita "in situ" para verificar que la documentación presentada se corresponde con la realidad. Si es así, se aprueba y se autoriaza su funcionamiento e inscripción en el Registro General de Industrias Alimentarias, en todos aquellas empresas con actividades de ámbito superior al local, de forma que en cualquier punto de la CE se pueda comprobar que la empresa esta oficialmente autorizada y controlada. Esta información está a disposición del público en la web de la AESAN, las empresas que tienen actividades de alcance local el registro es de ámbito autonómico así como su censado. Estas autorizaciones se convalidan obligatoriamente cada cinco años con un proceso similar a lo expuesto.

Visitas de inspección

Una vez autorizada la empresa, los Inspectores de Salud Pública, normalmente licenciados en Veterinaria, realizan visitas de inspección y control, en un número programado según la actividad de la empresa, en las que se revisaran diversos factores relacionados con el riesgo, como clase de actividad (elaboración, almacenamiento, venta etc.), productos elaborados (no es lo mismo una crema pastelera que una salazón), si va dirigido a población de riesgo (ancianos, niños) y volumen e historial de la empresa entre otros.
Los inspectores realizaran las visitas cumplimentando un protocolo específicos para cada clase de actividad, en el que se revisan estado de conservación y limpieza de los locales y maquinaria, observando sobre todo los puntos más conflictivos. Así mismo, controlan la formación e higiene de los manipuladores, comprueban si los programas de desinfección, desinsectación y desratización se han realizando y se están llevando a cabo correctamente los protocolos de autocontrol y haciendo ellos mismos comprobaciones (temperatura, desinfección del agua, dosificación del conservante y aditivos en general, utilización del aceite, ph) y contrastara que coincidan con las medidas tomadas por la empresa, revisa la documentación del autocontrol y comprueba que se han seguido los procedimientos autorizados, así como han realizado procesos de verificación como análisis del producto para ver que los controles responden y se obtiene el producto deseado. Levanta acta de las incidencias, indica las correcciones, puede llegar a intervenir productos si sospecha que suponen un riesgo para la salud y marca plazos para la corrección de las deficiencias que después tendrá que comprobar, y recogen muestras siempre que lo crea necesario ó si están ordenados en programas específicos.

Presencia permanente en mataderos

En los mataderos los inspectores tienen presencia permanente, pues además de controlar de una forma similar a cualquier otro establecimiento las condiciones de higiene y el cumplimiento de los programas de autocontrol, que evitarán ó al menos minimizarán la contaminación producida durante el proceso de carnización, además debe realizar un examen individual de cada animal.
En una primera fase comprueban la documentación que acompaña a los animales que se van a sacrificar, aportada por el ganadero, referentes a sanidad y bienestar animal, así como medicaciones administradas.
También realiza una "inspección ante-mortem" donde trata de identificar síntomas de enfermedades y estado de limpieza de los animales, en busca de enfermedades o información necesaria para realizar el examen "post-mortem", mediante técnicas de visualización, palpación e incisión para localizar lesiones y, en su caso, toma de muestras que sirvan para diagnosticar enfermedades y determinar el destino final de la carne e informar al Servicio de Ganadería para que realice las acciones preventivas en el control de epizootias
El sistema se completa con labores de supervisión y coordinación desde los Servicios Centrales, auditorias externas, así como inspecciones y auditorias llevadas a cabo por la C.E. (en 2008 se han realizado dos), una sobre "Control de Residuos de Medicamentos" y otra sobre "Control de Inspección".
En resumen creemos que el sistema ofrece una seguridad razonable al consumidor y a la sociedad en general.

De la telemedicina a la salud digital: la e-salud

Dr. Iñaki García de Gurtubay
Neurofisiología Clínica
Hospital Virgen del Camino

Los medios electrónicos y de telecomunicación han tenido utilidad sanitaria desde su creación. El telégrafo, el teléfono, la radio, la TV, las computadoras, los satélites o Internet, se han utilizado de diferentes formas para llevar asistencia sanitaria a lugares distantes, y en ese contexto se generó el término de Telemedicina.

¿Pero que es la telemedicina?

La evolución de éstas tecnologías y de las telecomunicaciones, han generado nuevos modos de organización y trabajo. Actualmente los sistemas de Telemedicina permiten intervenir en todo el proceso de "atención sanitaria", desde procedimientos administrativos y de gestión de datos de los pacientes, a servicios de asistencia, de prevención, diagnóstico y tratamiento (Teleconsulta, Telediagnóstico, Telemonitorización, etc.). Además facilitan los procedimientos de investigación, de evaluación y control de la actividad, incluso de formación y educación sanitarias, tanto para usuarios como para profesionales. Por ello el concepto inicial de Telemedicina, ligado a la superación de barreras geográficas, se ha visto superado y en este nuevo escenario, se prefieren utilizar los términos e-Salud (de e-Health), Salud digital ó Telesalud. Actualmente se considera que la e-Salud es una herramienta, una nueva manera de hacer y de organizar la provisión de servicios sanitarios vinculada a la utilización de nuevas tecnologías, y es una alternativa que complementa, mediante soluciones tecnológicas, el modo tradicional de proporcionar dichos servicios.

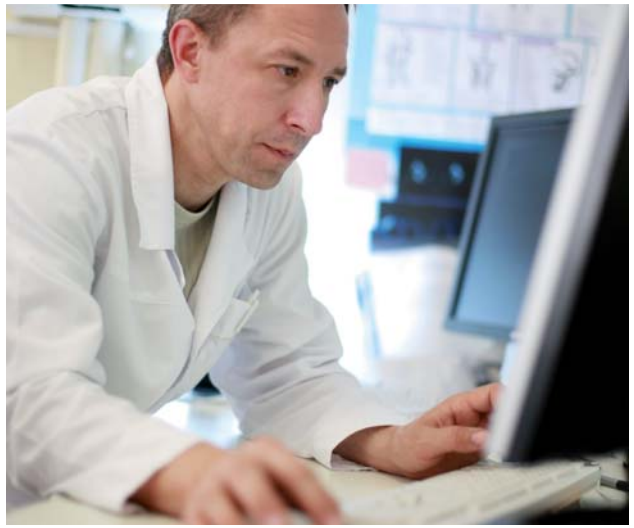
La e-Salud ya está aquí

La clave del sistema está en la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación. Se maneja, se analiza, se transmite, se intercambia o almacena información de todo tipo, imágenes, documentos, audio, video, datos, órdenes a aparatos etc... La variedad de posibles actuaciones genera entornos de aplicación muy diversos, e implica a personas e instituciones de todo tipo con un amplio abanico de uso. Al igual que en nuestros hogares y centros de trabajo, la avalancha tecnológica ha entrado con fuerza en la estructura sanitaria, y en la actualidad, aunque en algunas áreas esté mas desarrollada que en otras, o su impacto mediático sea mayor, existen una constelación de utilidades de la e-Salud que se están aplicando en prácticamente todas las fases de la atención a los usuarios.

En nuestro ámbito, ya hay de utilidades de e-Salud implantadas con éxito en la práctica médica diaria. Los ejemplos más conocidos son, entre otros, la asistencia domiciliaria (teleasistencia) a personas mayores o grupos vulnerables, o las aplicaciones diagnósticas de teleradiología, telepatología, telecardiología, o teleoftalmología..., los nuevos quirófanos inteligentes, la robotización y automatización de laboratorios, la monitorización de pacientes hospitalizados, los programas de realidad virtual para entrenamiento de personal sanitario, etc. Otras utilidades también de uso común son las conexiones entre atención primaria y asistencia especializada, el poder acceder a las historias clínicas de pacientes en red (historia informatizada), o la creciente dinámica de "hospitales sin papel" en la que todo se pide, se informa o se envía por medios electrónicos (receta electrónica, volante electrónico, informe electrónico, ...). Todos estos procedimientos están permitiendo que en nuestra comunidad se pueda acceder con inmediatez y desde diversas ubicaciones a estos servicios, que complementan y aportan un plus evidente con respecto a lo que ya había.

Aspectos por resolver

Aunque los procedimientos anteriores ya han demostrado que funcionan y que son útiles, globalmente considerados hay aspectos relacionados con la e-Salud que todavía constituyen una incertidumbre, y dificultan su integración y asentamiento práctico en los procedimientos habituales de las organizaciones sanitarias. El vertiginoso desarrollo de la tecnología, hace que en ocasiones mientras se estudian y se prueban ciertos sistemas, se queden obsoletos antes de empezar a funcionar, o que su "vida útil" se prevea como demasiado corta como para que merezca la pena implantarlos. Otras prácticas, precisarían unos requerimientos técnicos o de recursos tan elevados para su puesta en marcha, que no son asumibles. Los procedimientos de e-Salud deben evaluarse, comparándolos con respecto a las prácticas tradicionales. No todo lo técnicamente posible resulta necesario, y en ocasiones no añaden nada nuevo a la estructura sanitaria que ya existe. Otro problema es la ausencia de estándares comunes en tecnología, ó en protocolos de transmisión, o en estandarización de datos médicos, que hace difícil la integración entre tecnología y procesos sanitarios. Hay casi tantos sistemas como fabricantes, lo que complica la interconexión de aparatos, o la compatibilidad de utilidades. Ello genera una fragmentación del mercado con altos costes de implantación, y el florecimiento de aplicaciones diferentes, por lo que es una práctica habitual que cada hospital, comunidad autónoma, país, o continente, busque soluciones particulares. Existen también numerosos interrogantes sobre diferentes aspectos legales relacionados con la seguridad, intimidad y confidencialidad, de los datos a los que se puede acceder con estas prácticas.



Como en el resto de nuestra área, los organismos implicados de nuestro País están promoviendo y regulando estas acciones, recogiendo opiniones de profesionales y expertos para apuntando las líneas estratégicas de desarrollo futuro de la e-Salud. En ámbitos universitarios se están creando departamentos y cátedras de telemedicina. Aun así parece que la realidad del día a día va por delante de estas iniciativas, y la locomotora tecnológica habitualmente supera la capacidad de reacción de las estructuras e instituciones implicadas.

El futuro inmediato debe pasar por una profunda organización y planificación global, en la que gobiernos y organismos, por una parte, regulen directrices de normalización y estandarización de aspectos técnicos y funcionales, y por otra, gestionen eficientemente el uso de las Tecnologías en Sanidad, para introducir solo las que respondan a necesidades reales ó cubran carencias del sistema. Solo así podremos explotar todo el potencial que las prácticas de la e-Salud nos ofrecen.

Como bien concluían recientemente en una reunión de expertos, "...la e-Salud está aquí para quedarse..."

Obesidad en la tercera edad

Dr. Camilo Silva Froján
Especialista en Endocrinología y Nutrición
Clínica Universidad de Navarra

La obesidad es un trastorno que alcanza dimensiones epidémicas en el mundo desarrollado, constituyendo una de las principales causas de muerte prevenible. La obesidad no suele aparecer en edades tardías de la vida y es, en la mayoría de los casos, una situación iniciada en décadas anteriores. La prevalencia de obesidad aumenta con la edad y, de esta manera, en España se considera que alcanza al 36% de la población mayor de 65 años no institucionalizada, en contra del 14,5% si valoramos a toda la población en conjunto.

¿Qué efectos tiene la obesidad en la tercera edad?

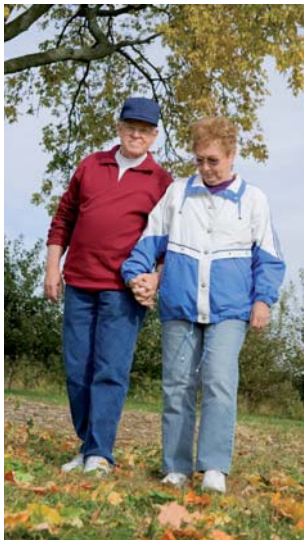
La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un acúmulo excesivo de grasa en el cuerpo. Aparece por la interacción de factores genéticos y ambientales (dieta, actividad física, etc.). Al igual que en otros grupos de edad, la obesidad se asocia con un incremento del riesgo de enfermedades (figura 1). Aunque el peso es muy importante, lo fundamental es la cantidad de grasa en exceso y la distribución de la misma a lo largo del cuerpo. De esta manera, podemos encontrar a individuos con mucho peso, pero a expensas de masa muscular que, por tanto, no se pueden considerar obesos. A la inversa, existen sujetos con un peso normal o un ligero sobrepeso que tienen un cantidad excesiva de grasa corporal, tanta o más como podría tener otra persona con obesidad. Sabemos también que la distribución de la grasa de predominio abdominal se relaciona con un mayor número de complicaciones, sobre todo metabólicas.

El peso tiende a aumentar y la masa muscular a disminuir con el paso de los años, sobre todo en las personas sedentarias (se estima que por cada década de la vida el gasto energético diario de una persona disminuye unas 150 kcal). De esta manera, la edad afecta de manera negativa a la composición corporal, aumentando el porcentaje de grasa de forma notable. Además, en los hombres y en las mujeres posmenopáusicas se detecta una tendencia al acúmulo intraabdominal de la grasa (valorado por el perímetro de la cintura).

Por todo ello, la persona obesa en su tercera edad manifiesta de forma paradigmática las complicaciones derivadas del exceso de grasa y, así, suele ser un paciente pluripatológico y que precisa un buen número de tratamientos farmacológicos.

¿Qué podemos hacer?

El tratamiento de la obesidad en la tercera edad no está del todo bien estudiado. A diferencia de la población más joven, los tratamientos más intensivos no deben aplicarse en esta edad (cirugía de obesidad, dietas excesivamente hipocalóricas, etc.), ya que los beneficios no están claramente demostrados. El tratamiento con dietas muy estrictas puede ser contraproducente debido a la pérdida de masa



muscular y al riesgo de complicaciones metabólicas que conllevan.

El principal objetivo al inicio del tratamiento es evitar la ganancia de peso, mejorar la movilidad y la calidad de vida. La pérdida de peso debe ser individualizada y bajo supervisión médica.

Se sabe que una pérdida de peso del 5% del peso inicial se asocia con una mejoría de las complicaciones asociadas a la obesidad. Un objetivo a plantear en algunos pacientes es la consecución de pérdidas de un 10-15% del peso inicial.

Actividad física

La actividad física resulta fundamental para el mantenimiento del peso corporal. La personas físicamente activas mantienen mejor el peso, además de obtener los beneficios intrínsecos a la propia actividad física (mejoría de la función muscular y articular, mejor control de los factores de riesgo vascular, etc.). A la hora de prescribir una actividad física debe tenerse en cuenta las limitaciones y las preferencias del paciente. En esta edad la presencia de patología articular es frecuente (artrosis de rodillas, caderas, columna, etc.) y en muchas ocasiones limita considerablemente la actividad física.

Siempre es aconsejable incrementar en la medida de lo posible la actividad física cotidiana, por ejemplo, hacer la compra o la limpieza del hogar. Caminar es una manera sencilla de incrementar el gasto energético. Deben aconsejarse un calzado y una ropa adecuados para evitar las lesiones. El ejercicio físico en piscina (natación, etc.) puede ser una buena alternativa para las personas con problemas articulares. En los últimos años han proliferado modalidades de ejercicio físico que combinan el trabajo de fuerza y elasticidad muscular (yoga, pilates, gimnasia de mantenimiento, etc.). Este tipo de actividad física puede ser muy beneficioso debido al incremento de la masa y del tono muscular, si bien, debe realizarse siempre asesorado por un entrenador debidamente formado, con el fin de prevenir lesiones.

Alimentación

No existen unas recomendaciones dietéticas específicas para tratar la obesidad en la tercera edad. Se aconseja, por tanto, una pauta de alimentación equilibrada y adecuada a las necesidades de cada paciente. El seguimiento de una dieta desequilibrada puede tener consecuencias desastrosas, especialmente en los pacientes de más edad o en aquellos con varias enfermedades y tratamientos farmacológicos. Debemos huir siempre de las dietas y productos "milagro".

La necesidad de perder peso y la magnitud de dicha pérdida debe ser analizada en cada paciente. En caso de necesitar una disminución de peso se deben aconsejar dietas moderadamente hipocalóricas (entre 500 y 1000 kcal. menos que el gasto energético total del individuo). Se aconsejan dietas variadas en las que se incluyan todos los grupos de alimentos en sus debidas cantidades (pastas, arroces, pan, legumbres, aceite de oliva con moderación, frutas, verduras, huevos, carnes con bajo contenido en grasa, pescados, lácteos desnatados, etc.). La ingesta de alcohol no es necesaria en el contexto de una dieta equilibrada pero, en caso de producirse, no debería exceder de 1 copa de vino o 1 cerveza al día.

Medicación para perder peso

Actualmente en España solo existen dos fármacos aprobados para el tratamiento de la obesidad: sibutramina (Reductil) y orlistat (Xenical). Orlistat es un inhibidor selectivo de la lipasa pancreática. Reduce la absorción del 30% de las grasas ingeridas, con lo que se consigue reducir la absorción de aproximadamente 200-300 kcal/día.

Sibutramina es un inhibidor de la recaptación de serotonina, adrenalina y dopamina. Incrementa la saciedad y, en menor medida, la termogénesis.

Siempre bajo prescripción médica, son fármacos seguros y efectivos. En la tercera edad deben valorarse cuidadosamente los riesgos y beneficios de estos tratamientos, debido a la posible presencia de interacciones medicamentosas y efectos secundarios.

Como efectos adversos derivados del tratamiento con orlistat debe destacarse la esteatorrea (diarrea grasa) y la posible interferencia en la absorción de otros fármacos. Sibutramina puede aumentar las cifras de presión arterial y de frecuencia cardiaca.

Figura 1. Complicaciones asociadas a la obesidad

- **Diabetes mellitus tipo 2**
- **Hipertensión arterial**
- **Dislipemia**
- **Cardiopatía isquémica: angina de pecho, infarto agudo de miocardio**
- **Encefalopatía vascular: accidente cerebrovascular, demencia vascular**
- **Artrosis. Otras dolencias articulares y musculares**
- **Hiperuricemia y gota**
- **Trastornos digestivos: hígado graso, hernia de hiato, reflujo gastroesofágico, litiasis biliar**
- **Trastornos respiratorios: síndrome de apnea del sueño, síndrome de hipoventilación-obesidad**
- **Trastornos psíquicos: depresión, trastornos de la conducta alimentaria**
- **Trastornos cutáneos (infecciones, estrías, fisuras, etc.)**
- **Cáncer: colon, próstata, mama, endometrio, etc.**

¿Bebemos lo normal? Alcohol y salud

Olga Arbeo Ruiz
Médico especialista en adicciones Centro de Día Zuría. ACOAD-Servicios Asistenciales
Juan José Castiella Jusué
Psicólogo clínico. Centro de Zuría ACOAD-Servicios Asistenciales
Juan Carlos Oria Mundín
Psicólogo clínico. Centro de Día Zuría. ACOAD-Servicios Asistenciales

Toda mi vida he bebido. Nunca me ha creado problemas. Bueno, algún lunes de resaca he llamado a la empresa para decir que había pasado mala noche; y también he de reconocer que he tenido alguna "bronca" cuando me había pasado un poco. ¡Pero nada más! ¡Si hasta los médicos dicen que es bueno! Y para una vez que voy al médico por unos dolores de estómago, me dice que, según las analíticas y la exploración, debería plantearme dejar de beber alcohol. ¡Y encima mi mujer también le dice que bebo demasiado! ¡Pero si yo sólo bebo cervezas! ¡Yo bebo como todo el mundo, lo normal!

El nivel de ingesta de alcohol se ha incrementado notablemente en los últimos años, y cada vez a edades más tempranas. De hecho, es la sustancia de abuso esporádico más extendida entre la población española. Asimismo, se estima que alrededor del 5 por ciento de la población ingiere una cantidad de alcohol que entraña riesgo de padecer múltiples consecuencias adversas, complicaciones que ya están presentes en el 25 por ciento de los adultos que ingresan en un hospital. No debemos olvidar tampoco las variables referidas al género porque en general, las mujeres son más susceptibles que los varones al daño orgánico producido por el alcohol. Las causas que justifican esta diferencia de género son diversas, siendo las principales: diferentes patrones de consumo, de composición corporal, diferencias en su metabolismo y en la forma como el alcohol actúa dentro del organismo

Prácticamente toda la población española adulta hemos probado alguna vez en nuestra vida alguna bebida alcohólica, y el 75 por ciento lo hemos hecho durante el último año. Pero ¿Conocemos la cantidad que no debemos de sobrepasar para que esta sustancia psicoactiva, no afecte de forma negativa a nuestra salud y a nuestra vida?

Para comenzar hemos de saber que el alcohol es una sustancia psicoactiva que, cuando la consumimos, inicialmente nos produce euforia y desinhibición, pero que en realidad deprime nuestro Sistema Nervioso Central, inhibiendo progresivamente nuestras funciones cerebrales y afectando a nuestra capacidad de autocontrol.

Existe una medida para cuantificarlo y es la Unidad de Bebida Estándar (UBE) que equivale a unos 10 gramos de alcohol. Una cerveza (200cl) o un vino (100 cl) equivalen a 1-UBE por ser bebidas fermentadas. En cambio las bebidas destiladas, tienen mayor graduación, por lo que una copa de licor o un cubata equivalen a 2-UBEs.

Cuando bebemos alcohol no podemos afirmar que no tenemos ningún riesgo, pero entonces ¿Cómo podemos saber si la cantidad que bebemos no afecta gravemente a nuestra salud? Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) puede servir de referencia la clasificación de la FIGURA 1.

Además es conveniente conocer algunas pautas complementarias como no beber todos los días, para permitir al organismo no habituarse

Figura 1

Tipo de Consumo	Hombres	Mujeres
Bajo riesgo	Hasta 17 UBE / semana	Hasta 11 UBE/ semana
Alto riesgo	Entre 18 y 28 UBE/ semana	Entre 11 y 17 UBE/ semana
Perjudicial	Más de 28 UBE/ semana	Más de 17 UBE semana

UBE (Unidad de Bebida Estándar) = 10gr. de alcohol

al alcohol, comer o haber comido para hacer más lenta la absorción, alternar bebidas con y sin alcohol cuando se está varias horas en algún evento, moderar los combinados con bebidas carbonadas ya que la absorción es más rápida, beber con humor normal, no en situaciones de soledad o ante situaciones críticas, así como que el alcohol no sea la finalidad sino un medio de contacto o " engrase "social. Pero aún siguiendo estas pautas ¡Una buena parte de la población estaría en situación de alto riesgo por cómo y cuanto bebe! Pues sí, lamentablemente así es. Por este motivo, en una gran parte de las personas afectadas por hipertensión arterial, úlceras, gastritis, cirrosis, cardiopatías, neuropatías, alteraciones del sueño, agresividad, depresión, disfunciones sexuales, demencia incluso cánceres, el alcohol ha tenido mucho que ver si no como causante al menos como agravante.

Grupos de especial vulnerabilidad

Además la cosa no queda aquí. Existe lo que se denominan grupos de especial vulnerabilidad, lo que quiere decir que la tasa de alcohol recomendada es de cero. ¿Quienes entran en este apartado? Los niños y adolescentes, ya que su organismo está todavía en proceso de maduración y pueden verse afectados principalmente su cerebro, hígado y páncreas, aumentando además el riesgo de desarrollar en el futuro la dependencia alcohólica. Los hijos de padres con dependencia del alcohol por mayor riesgo de desarrollar problemas con la bebida. Las mujeres en estado de gestación, ya que el alcohol atraviesa la barrera placentaria y daña el futuro bebé. Personas que desarrollan trabajos de alta responsabilidad social, conductores de maquinaria, sustancias peligrosas, autobuses, trenes, pilotos o usted mismo cuando coge su coche y se pone en carretera, también adquiere responsabilidad social. Las personas con vulnerabilidad transitoria, esto es, afectados por alguna enfermedad, con o sin medicación o que lo utilicen para superar la soledad o los momentos de tristeza. Aquellos que tiene alguna alteración de la personalidad o enfermedad mental, ya que el alcohol les puede generar mayor agresividad y conductas violentas. Personas afectadas por ludopatía, por drogodependencias a otras sustancias… y por supuesto, aquellas personas que padecen dependencia del alcohol.

¿Hemos reducido la población sana con un hígado fenomenal que sabe utilizar el alcohol de forma moderada en eventos sociales como engrase social, conocedores que lo importante es la relación, con quién se está y que se hace y no siendo el centro de todo el alcohol?

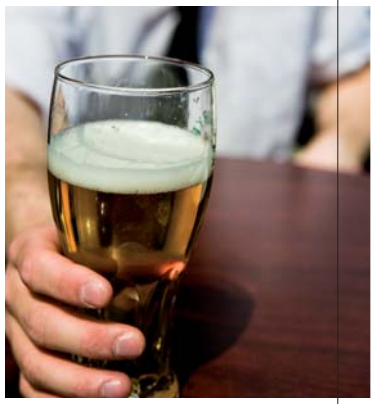
Está claro que no tenemos en cuenta todas estas consideraciones, ya que no todos bebemos lo adecuado ni en el momento preciso, ni actuamos en consecuencia, ya que el alcohol está presente en buena parte de los accidentes de tráfico con fallecidos, (uno de cada cuatro, menores de 25 años) , en el 17 por ciento de los accidentes laborales no mortales , en embarazos no deseados (40 por ciento en mujeres menores de 25 años), en el 70 por ciento de homicidios, 40 por ciento de crímenes y delitos contra la infancia, y en buena parte de los delitos sexuales, violencia de género, peleas y resistencia a la autoridad.

Pero ¿Estamos hablando de alcoholismo? De la enfermedad crónica que supone ser una persona dependiente de alcohol? No. Comentamos sólo la situación de un buen porcentaje de población que sin ser alcohólicos, abusan de él de forma continuada o puntual, generando graves problemas a sí mismos, a sus familias y a otros.

Dependencia

Cuando ya hablamos de la enfermedad y nos referimos a la dependencia del alcohol, lo entendemos como una enfermedad crónica que afecta al cerebro, es progresiva, sufre múltiples recurrencias y si el afectado no deja de beber lo puede llevar a la discapacidad y posteriormente a la muerte. Por eso decimos que la dependencia del alcohol es una enfermedad incurable (crónica), recurrente (evoluciona con recaídas), insidiosa (es silenciosa, los síntomas clínicos frecuentemente se confunden con el bebedor excesivo), progresiva (las complicaciones a nivel personal, familiar, laboral y social son cada vez más graves). La dependencia del alcohol es una enfermedad mental. El alcohol se considera una sustancia neurodegenerativa, porque el efecto tóxico crónico del alcohol sobre el cerebro produce un lento, pero paulatino deterioro mental. Cualquier conducta placentera -si se repite- puede convertirse en un comportamiento adictivo y, a la larga llegar a una pérdida de control; se ha producido la llamada dependencia psicológica. Quien la padece no puede quitarse de la cabeza el deseo de realizar lo que le gusta y se muestra desasosegado si no puede llevarlo a cabo. Por último, pierde interés por otro tipo de actividades que antes le resultaban gratificantes.

¿Cómo puedo saber si algún amigo o familiar se encuentra en esa situación?. Existen



señales de alarma que el bebedor de riesgo raramente advierte y son las siguientes:

-Beber solo, beber para olvidar un problema, convertir al alcohol en una "medicina".

-Habituarse a su consumo por estar continuamente en un ambiente social bebedor.

-Estar obligado a aumentar la dosis para obtener el mismo efecto.

-Ser habitualmente incapaz de frenar después de la segunda o tercera copa: pérdida de libertad, primera etapa de la dependencia.

-Comprobar el retorno del deseo de tomar alcohol cuando el efecto se desvanece ¿No está ya metido y atrapado en la rueda?

-Disimular los consumos después de haber hecho alarde de ellos.

Si faltan indicios, o estos se disimulan, hay que interesarse por la fatiga, fracturas, contusiones, así como por los trastornos del sueño más o menos combatidos por el alcohol.

Si Ud. bebe más de las cantidades señaladas como de riesgo por la OMS, intente seguir las indicaciones que hemos señalado; si no lo consigue o tiene dificultades para cumplirlas consulte a su médico de familia, quien le orientará o le remitirá a los servicios especializados.

El tiroides (Parte IV) Yodo

Dra. Emma Anda
Dr. Javier Pineda
Endocrinólogos. Hospital de Navarra (Pamplona) y Hospital García Orcoyen (Estella)

El yodo es un micronutriente esencial para el organismo y una vez ingerido, se encuentra casi exclusivamente en el tiroides, porque es un componente fundamental de la molécula de las hormonas tiroideas. Éstas, como ya hemos comentado previamente en esta publicación, juegan un papel fundamental en varios procesos metabólicos y determinan el proceso de crecimiento y desarrollo de muchos órganos, especialmente el cerebro.

Por eso, el déficit de yodo, si es suficientemente severo como para afectar a la síntesis de hormonas tiroideas durante un periodo crítico como es el desarrollo fetal, da lugar a daño cerebral y retraso mental.
El yodo no puede "fabricarlo" el organismo, por lo que debe aportarse regularmente a través de la alimentación. Por ello, la OMS, y otras asociaciones (el Comité Internacional para el Control de los Transtornos por Déficit de Yodo, la Comisión de la Comunidad Europea y UNICEF) han fijado las siguientes recomendaciones de consumo diario de yodo según las edades:

Yodo en mcgr/día

- Niños entre 0 y 6 años: 90
- Niños de 6 a 12 años: 120
- Adolescentes y adultos: 150
- Embarazadas y en período de lactancia: 200-260

Los parámetros empleados para valorar el nivel de yodo son el tamaño del tiroides y la excreción urinaria de yodo (yoduria), ya que, aproximadamente el 80 % de yodo ingerido con los alimentos se elimina por la orina.

Situación mundial del déficit de yodo

La ingesta insuficiente de yodo se manifiesta a través de una serie de problemas muy variados, los llamados "Trastornos por Deficiencia de Yodo" (TDY), cuyas características dependerán de la intensidad del déficit y del momento de la vida en que ocurra. Se ha demostrado que el bocio no es la única manifestación de la carencia de yodo (aunque es el más frecuente y conocido), sino que da lugar a otros problemas como el aumento de mortalidad neonatal y el número de abortos, anomalías congénitas con daño neuromotor permanente, defectos de audición y disminución de la capacidad intelectual y del crecimiento.
Es muy importante saber que los trastornos por déficit de yodo constituyen un verdadero problema de salud pública a nivel mundial. En un informe de la OMS /UNICEF se calcula en 2.225 millones de personas las que están en riesgo de estos trastornos (38% de la población mundial) en 130 países . Se calcula que 740 millones de personas tienen bocio por esta causa y, lo que es más importante, 43 millones pueden presentar cierto retraso mental por el déficit de yodo.
Es decir, la deficiencia en yodo constituye la causa más importante y, sobre todo, prevenible de daño cerebral en el feto y en el recién nacido, y de retraso psicomotor en el niño. Por tanto, la erradicación de los trastornos provocados por esta carencia constituye una prioridad mundial en salud pública, debido a sus negativas consecuencias sobre el desarrollo del cerebro de los niños y niñas que nacen en zonas donde existe un déficit de este mineral. Por esto, se va a implantar durante los próximos 10 años una campaña de yodación activa en los países más afectados (que son los de las regiones menos desarrolladas especialmente África y el sudeste asiático). En un informe de la ONU en 1990 sólo uno de cada cinco hogares utilizaba sal yodada. Desde entonces, se ha avanzado enormemente y la sal yodada, según las últimas estimaciones, llega ahora al 70% de los hogares de los países en vías de desarrollo.

Carencia de yodo

Pero, en nuestro medio, también existe en la actualidad un déficit de yodo, más o menos intenso, en casi todos los países de Europa Occidental. En España, los estudios realizados revelan una carencia de yodo leve-moderada generalizada, siendo las concentraciones de yodo en orina de moderadamente bajas a muy bajas, lo que demuestra deficiencias de yodo en todas las áreas estudiadas.
Además, existe una población especial de riesgo que son las mujeres embarazadas y los niños de corta edad. Durante el embarazo y el período de lactancia están aumentadas las necesidades de yodo, por lo que es de especial importancia recibir un aporte suficiente, ya que deben cubrirse las necesidades de yodo de la madre y a través de ella las del feto y del recién nacido. El déficit de yodo durante la gestación repercute negativamente en el desarrollo intelectual del bebé, siendo la principal causa de retraso mental evitable en el mundo. Además, puede dar lugar a la aparición de bocio y también aumenta la tasa de hipotiroidismo y hay mayor número de abortos y de muerte fetal.

En nuestro país, se calcula que entre un 30% y un 50% de las mujeres embarazadas consumen yodo en cantidades inferiores a las recomendadas, con los riegos potenciales que ello implica. También en nuestra comunidad se ha realizado este estudio en embarazadas con idéntico resultado.
La solución es muy fácil pues está demostrado que el tratamiento con yodo de la mujer embarazada y durante el período de lactancia permite prevenir los trastornos causados por el déficit de yodo en el niño.
Es por esto que actualmente se recomienda de forma universal a las mujeres durante el periodo pre-concepcional, embarazo y lactancia suplementar la dieta con 200 mcg de yodo elemento (en comprimidos que contienen la dosis recomendada de yodo).

La solucion: cómo aportar el yodo necesario

El déficit de yodo se produce porque el yodo se encuentra distribuido de forma irregular en el agua y en los alimentos. Hoy en día, prácticamente todo el yodo se encuentra en los océanos y la principal y casi exclusiva fuente de este mineral son los alimentos de origen marino, como el pescado, los mariscos, las algas, etc El contenido en yodo de nuestro suelo es muy pobre, por lo que muchos de los productos agrícolas de zonas del interior y montañosas también son pobres en este elemento. Debido a ello y a nuestros hábitos alimentarios resulta difícil cubrir las necesidades diarias de yodo de la población a través de la dieta, y en la práctica esta deficiencia se evita suplementando la dieta con sal yodada.
La yodación de la sal es una forma sencilla, efectiva y económica de proporcionar yodo a las poblaciones que lo necesitan. En España existe sal yodada disponible en el mercado desde 1983, cuyo contenido en yodo es de 60 mgr por Kg de sal, de tal manera que con la ingesta diaria normal de sal (unos 3 gramos /día) se cubren las necesidades diarias de yodo.
Toda la población debe utilizar sal yodada al cocinar y aliñar los alimentos, especialmente los niños y mujeres en edad fértil. Su consumo es especialmente importante en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
Con el aporte adicional de yodo en cantidades fisiológicas (150-200 mcgr/dia) administrado a través de la sal yodada, no cabe esperar ningún riesgo para la salud ni suele presentarse intolerancia al yodo, tipo reacciones alérgicas. Tampoco se han detectado casos de ingesta excesiva de yodo. Las personas que están en tratamiento con hormona tiroidea también deben tomar sal yodada y únicamente en aquellas que presentan un hipertiroidismo activo se debe suspender temporalmente, por parte del endocrinólogo, la toma de sal yodada.

Noticias breves

Una residente del Hospital de Navarra, primer premio en un concurso nacional de casos clínicos de Oncología

La doctora Gemma Asín Felipe, residente de último año del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital de Navarra, ha resultado ganador del primer premio del Concurso Nacional de Casos Clínicos patrocinados por la SEOR (Sociedad Española Oncología Radioterápica) y la SEOM (Sociedad Española Oncología Médica). El trabajo pone de manifiesto la importancia del abordaje multidisciplinar del cáncer, concretándolo en un caso de tumor irresecable de esófago y estómago. Como coautores figuran el doctor Fernando Aras de la Vega, del Servicio de Radioterapia-Oncología del Hospital de Navarra; la doctora Virginia Arrazubi Arrula, del Servicio de Oncología Médica del mismo centro, y el doctor Álvaro Díaz de Liaño, de Cirugía del Hospital Virgen del Camino.

Febrero concluyó sin víctimas mortales por accidentes de tráfico

El mes de febrero concluyó sin víctimas mortales en las vías urbanas e interurbanas de Navarra, por lo que el número de fallecidos en los dos primeros meses de 2009 se mantiene en los cuatro fallecidos registrados en enero. Se trata de la cifra más baja desde 2001, año en el que la dirección general de Interior del Gobierno de Navarra comenzó a contabilizar los siniestros mortales acontecidos en todas las carreteras, urbanas o interurbanas.

En marcha la campaña de recogida en farmacias de radiografías inservibles

Promovida por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra y la ONG Farmacéuticos Sin Fronteras, la campaña tiene un doble objetivo: mejorar la situación sanitaria en los países en vías de desarrollo y colaborar en la protección del medio ambiente en Navarra. Los ciudadanos pueden colaborar llevando las radiografías inservibles a su farmacia habitual, preferiblemente libres de cualquier material diferente al radiográfico. La recogida se prolonga hasta el 31 de mayo de 2009.

Cinfa fabrica en Olloki el medicamento genérico número 200 millones

El primer laboratorio en España por volumen de unidades de medicamentos dispensados en las farmacias ha puesto en marcha nuevas infraestructuras, compuestas por una segunda planta industrial y un nuevo edificio de oficinas -que ha obtenido la calificación de máxima eficiencia energética- y que permitirán a la empresa seguir aumentando su capacidad de producción y abordar nuevas líneas de desarrollo, producción e innovación farmacéuticas, como son los genéricos de alta especialización. En febrero de 2007, Cinfa alcanzó los 100 millones de unidades de medicamentos genéricos y, en tan sólo dos años, ha duplicado esta cifra.

El Club Coronario celebra el Día para la Prevención del Riesgo Cardiovascular

El ejercicio y los hábitos de vida saludables son factores clave para prevenir problemas de corazón, según los especialistas. El Club Coronario es una entidad sin ánimo de lucro que se fundó en el año 1991 y que está dedicada a la rehabilitación de las personas que han sufrido algún problema de corazón y a la difusión de información acerca de cómo prevenir enfermedades coronarias.

recomendamos

ESTA ES NUESTRA HISTORIA. EL LIBRO DE TU ADOPCIÓN
Ana Berástegui y Blanca Gómez Bengoechea
SM

Se trata del primer libro escrito y editado en castellano con el que se quiere ayudar a los niños en la comprensión tanto del proceso de su adopción, como a hablar de sus raíces y de la formación de la familia a la que ahora pertenece. España es el segundo país, después de Estados Unidos, qué más adopciones realiza. El libro es un archivo de recuerdos que los padres deben completar con fotografías, anotaciones y recuerdos de la adopción y del primer año de vida en su nueva familia. El libro va acompañado de una guía para padres, para ayudarles a dar al niño la información adecuada según la edad que tenga. La obra, ilustrada por Xavier Salomó, nace con la idea de que el niño lo vaya completando con la ayuda de sus padres, de modo que esto dé lugar a que le cuenten de manera natural cuándo decidieron adoptar un niño, cómo fue el proceso burocrático, cuándo supieron que él o ella iba a ser su hijo, dónde nació, su historia en su país de origen, la primera vez que se vieron, su llegada a su nuevo hogar y su primer año en familia. Todos los interrogantes que puede plantearse el niño acerca de su adopción, son explicadas en un lenguaje divertido y sencillo en el que se detalla todo el proceso como si fuera un cuento ilustrado que debe leerse con tranquilidad y en momentos de intimidad con el niño.

CORAZÓN E INFARTO. 101 PREGUNTAS ESENCIALES PARA LOS ENFERMOS Y SUS FAMILIAS
Dr. José Mª Maroto Montero
La Esfera de los Libros

Aunque el desarrollo de las técnicas diagnósticas y de tratamiento en personas con problemas de corazón ha sido espectacular en las últimas décadas, son muchas las dudas que suscita el corazón y su mal «estrella»: el infarto de miocardio. El autor, coordinador de la Unidad de Rehabilitación Cardiaca del Servicio de Cardiología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, contesta en este libro a las 101 preguntas más frecuentes de los enfermos y sus familiares. Respuestas comprensibles cuyo objetivo primordial es evitar que la falta de información incida negativamente en la recuperación física y psíquica de los afectados. Como afirma en el prólogo Julio Anguita, paciente del Dr. Maroto, «la salud no es algo adjetivo y secundario en la vida hasta que se pierde, sino que conforma un universo de autodesarrollo integral». Por ello en estas páginas se habla también de estrés, hábitos saludables, diabetes, tensión arterial, etc.

NAVARRA. LA CULTURA DEL VINO
Ion Stegmeier
Fondo de publicaciones Gobierno de Navarra

A través de un texto magníficamente documentado y a la vez redactado de forma ágil y entretenida para el lector, Ion Stegmeier, periodista especializado en temas culturales, nos conduce por un camino interesante y audaz, demostrando que la cultura del vino es propia de Navarra, pero además es universal, pues es compartida por prácticamente todas las regiones de nuestro entorno y por numerosos países del mundo y está presente en todas las épocas históricas desde hace más de 4.000 años.

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