medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoIV enerofebrero2010 nº21

Sobrevivir al invierno saludablemente

OCHOA·LACAR
Desde 1894

ALGECOSA

¡ATENCIÓN!

NO SE PIERDA LOS REGALOS E IMPORTANTES DESCUENTOS HASTA EL 31 DE MARZO DE 2010

En baños: diseño, confort y funcionalidad

Venga y conozca nuestra exposición, donde le asesoraremos y podrá disfrutar de las últimas tendencias en sanitario, grifería, mobiliario, accesorios.... Propuestas variadas que le permitan encontrar soluciones personalizadas y ajustadas a sus necesidades.

¿Qué va a cambiar de su baño?

OCHOA·LACAR

Navas de Tolosa, 5
Pamplona
T. 948 227 244

ALGECOSA

Ctra. Zaragoza, Km. 98
Fontellas-Navarra
T. 948 848 131

Sumario

4 Frío y tercera edad

6 Lactancia Materna Exclusiva como el alimento ideal hasta los 6 meses

8 "La detección tardía del TDAH..."

10 Amma en los actos del Día Internacional contra laViolencia de Género

12 Enuresis infantil

14 Alergia y el frío

15 Prevención de lesiones en deportes de invierno

16 Envejecer con salud

18 Alimentación durante el embarazo

20 Bruxismo: Apretar y rechinar los dientes

22 Los Hidratos de carbono

24 Síndrome de Intestino Irritable (SII)

26 Suelo pélvico y deporte

28 Una vez más el estrés clínico

30 Ser feliz es fácil: ¡Hazte donante de médula ósea!

32 Cómo mejorar la fertilidad

34 Incontinencia urinaria

36 La fiebre en el niño

Zona Hospitalaria Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L.
Dirección Alfredo Erroz **Redacción** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción** PubliSic
Fotografía portada Archivo **Publicidad** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L.** NA2471/2006. **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 sus compras, reservar un restaurante...*
- *Expresar sus opiniones y sugerencias a través de nuestro Buzón de atención al cliente.*
- *Proponer temas referentes a la medicina y salud que le interese ver publicados.*
- *y mucho más...*

Frío y tercera edad

Dra. Santos Induráin Orduna
Médica de Familia del Centro de Salud de San Juán
Presidenta de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria

Llega el invierno y con él las bajas temperaturas. El frío intenso es un importante problema de salud, algunas veces algo olvidado desde el punto de vista médico. Posiblemente, porque sus efectos indeseables no son tan llamativos como los producidos por el calor. Las molestias derivadas del frío no tienen un efecto inmediato sobre las personas y en muchas ocasiones, sus primeros síntomas aparecen a los pocos días de habernos expuesto a bajas temperaturas.

La mortalidad de un día de invierno, con relación a uno de verano, se incrementa de manera global en un 15%.
El frío extremo provoca efectos en la salud de manera directa, ocasionando hipotermias y congelaciones. Sin embargo, estas situaciones representan sólo una pequeña parte del incremento de morbilidad y mortalidad asociadas a las bajas temperaturas.
Se producen cambios en el organismo derivados de la disminución de las defensas, que facilitan la aparición de enfermedades como bronquitis, gripe o neumonías y se agravan las enfermedades crónicas (sobre todo cardíacas y respiratorias, que son las responsables fundamentales del aumento de mortalidad). Procesos catarrales que en su origen son leves, pueden complicarse porque la capacidad funcional respiratoria y cardiaca de las personas mayores es más reducida.
La frialdad nos hace mantener los músculos contraídos porque nuestro cuerpo sufre un descenso térmico, haciendo que en muchos casos suframos contracturas y dolores musculares. Es entonces cuando el organismo echa mano de sus reservas de energía, respondiendo con un encogimiento del cuerpo que busca preservar el calor, con escalofríos y erizamientos del pelo.
Además, el frío intenso facilita los accidentes, tanto de tráfico como por caídas, debido a la formación de placas de hielo. Conviene extremar la precaución en las calles ya que un elevado porcentaje de lesiones relacionadas con el frío tienen que ver con caídas al resbalar sobre el suelo. Esto es de especial importancia en el caso de las personas mayores, cuyos huesos son muy frágiles y en los que una caída puede suponer una fractura casi segura.

Como siempre, más vale prevenir que curar

En invierno se sale poco de casa, existiendo el peligro de una inmovilidad excesiva. Las articulaciones y los músculos que no trabajan se endurecen, y pueden conducir a una torpeza de difícil recuperación.

No renuncie a pasear

Camine diariamente, por terreno llano, llevando una marcha rítmica y utilizando calzado cómodo.
Salir a pasear es muy saludable pero en horas

que no sean de digestión y cuando la temperatura ambiental sea más suave, evitando, en la medida de lo posible, los cambios bruscos de temperatura. Si el tiempo se lo impide, camine por dentro de casa.

Abríguese bien

El uso de ropa debe ser adecuado: prendas sueltas, ligeras, calientes e impermeables, se aconseja llevar varias "capas de ropa" y no prendas apretadas, para facilitar la circulación periférica.
Usar guantes, gorras, sombreros, bufandas y calcetines de lana, pues hay que recordar que la mayor parte del calor del cuerpo se pierde por la cabeza, manos y pies.
El calzado debe ser caliente, resistente al agua y antideslizante. En caso de lluvia debemos mantenerlos secos, recordando que el agua y la humedad enfrían el cuerpo rápidamente.

Active su circulación

El frío frena la circulación de la sangre y pone en peligro a personas que sufren isquemias y otros problemas de corazón o que tienen menos riego sanguíneo en sus extremidades.
Abrigue sus pies con calcetines gruesos de algodón o de lana. Mantenga una exquisita higiene diaria. No aplique calor directo a los pies y piernas. Preserve las manos del contacto con el agua fría, utilizando guantes de goma.
Realice actividades de la vida doméstica en las que sea preciso la utilización de los miembros superiores e inferiores. Haga sencillos ejercicios de gimnasia.
Los problemas de hipotermia pueden producirse en personas con movilidad reducida debido al Parkinson, fracturas o hemiplejías por trombosis cerebral, Alzheimer o ciertos grados de demencia donde no hay conciencia de la sensación de frío.
En personas que tienen que estar quietas, se deben extremar los cuidados.

Cuide su dieta

Debemos controlar el peso, manteniendo una dieta sana y equilibrada.

El frío hace que aumenten las necesidades calóricas y por tanto el consumo de alimentos. Conviene hacer comidas frecuentes y de pequeña cantidad, que aporten la energía necesaria (legumbres, sopa de pasta etc) sin renunciar a una alimentación variada (verduras, fruta, carne, huevos, pescado, cereales, leche etc...). A lo largo del día y antes de acostarse, el tomar una taza de alguna bebida caliente ayuda a mantener la temperatura corporal y es muy reconfortante.
En contra de lo que pueda parecer, el consumo de alcohol produce un efecto vasodilatador que hace que el cuerpo pierda calor y resulte negativo.

Cuide el aislamiento

Es fundamental conseguir un buen aislamiento térmico de la vivienda, evitando las corrientes de aire y las pérdidas de calor por puertas y ventanas. Procure que la temperatura no baje de 20º.
No hay que pretender estar en mangas de camisa. El tener 21-22 grados debería ser suficiente para estar cómodos. Si el sistema de calefacción es inexistente o insuficiente no habrá más remedio que abrigarse con todas las prendas que sean necesarias para mantener la temperatura corporal, procurando no estar sentado o quieto durante mucho tiempo.
Por otra parte, se debe tener sumo cuidado con los braseros y con las estufas de leña y gas, para evitar riesgos de incendios o de intoxicación por monóxido de carbono. Hay que asegurarse de que funcionan bien antes de ponerlas en marcha y de que las salidas de aire no están obstruidas. No se arrime mucho a las fuentes de calor pues podría quemarse.

Procure no aislarse

Al quedarse en casa, las personas mayores pueden encontrarse solas. Prescindir del contacto con otras personas, supone renunciar a la insustituible fuente de salud que supone la compañía.
Prevenga el aislamiento manteniendo visitas con la familia y los amigos o haciendo uso del teléfono.

Para finalizar tener en cuenta

- Los mecanismos de respuesta al frío de una persona mayor no difieren de los que posee un joven; pero en el caso de los mayores, la capacidad de termorregulación y la respuesta al frío es más lenta, por lo que son más susceptibles a sus efectos.
- Los grupos más vulnerables entre las personas mayores, son las que padecen dolencias crónicas cardiorrespiratorias y otros problemas como alcoholismo y movilidad reducida. La edad no es el problema, sino los problemas de salud que se tengan.
- De todas formas, la realidad es que hay un fenómeno de adaptación y de aclimatación de la gente al entorno en que vive. Los hábitos de vida y alimenticios, los diferentes tipos de vivienda, así como las costumbres sociales, hacen que una misma baja temperatura tenga una repercusión menor en la salud de unas poblaciones respecto de otras.

Lactancia Materna Exclusiva como el alimento ideal hasta los 6 meses

Laura Lecumberri Esparza
Matrona. Partos Hospital Virgen del Camino
Evaluadora de la IHAN. Vocal Lactancia Materna
Asociación Navarra de Matronas

La evidencia científica ha demostrado ampliamente que la lactancia materna es el alimento ideal para el género humano y nadie pone ya en duda esta afirmación. En la sociedad actual en que vivimos, puede ser normal que una mujer que desea amamantar no tenga referentes. Antes, las mujeres que amamantaban estaban rodeadas de sus madres, tías, hermanas, etc., hoy en día, nos podemos encontrar con que una mujer que desea amamantar, no haya visto hacerlo nunca. Durante el embarazo, por lo general, la mujer está tan absorta en su embarazo y en su parto, que el tema de la lactancia le queda como muy lejano. El embarazo son 9 meses, el parto como mucho 48 horas, la lactancia dura mucho más y la crianza es para toda la vida.

Durante el embarazo la mujer necesita saber que su cuerpo está preparado para poder lactar. Que la leche que sus mamas van a fabricar va a ser en todo momento, la alimentación ideal y específica para su bebé, ya que va ir cambiando conforme su bebé se va desarrollando. Nazca cuando nazca el bebé, si puede ser alimentado con leche, la leche de su madre será la ideal, puesto que se va a adaptar perfectamente a su desarrollo y necesidades. La evidencia científica a este respecto es aplastante y por esta razón existen Unidades de Neonatología Abiertas que propugnan el máximo contacto particularmente de sus madres para facilitar la leche materna y el apego, que algún día llegarán a nuestra Comunidad. Cuando una criatura nace, se debería dejar que por sí misma explore y encuentre el pecho para facilitar el agarre espontáneo y si no lo hiciera, habría que ayudarle a colocarse correctamente al pecho.

Tranquilidad y supervisión de las tomas

Para conseguir un agarre espontáneo es necesario un entorno adecuado y que madre y criatura estén tranquilas al menos la primera hora. Es muy importante para el buen mantenimiento de la lactancia, que haya una buena supervisión de las tomas, siendo imprescindible que al salir del hospital las tomas sean correctas. En el tipo de sociedad en que vivimos, puede que las mujeres al llegar a sus casas, no tengan el apoyo suficiente y dado su estado emocional, normal en el posparto, cualquier pequeño problema se le puede hacer un mundo. Una mujer ante la ingurgitación por la subida de la leche debería ser conocedora que un simple antiinflamatorio le va a aliviar, que puede retirar el edema de la areola para facilitar que el bebé se agarre mejor, que ponga el bebé a menudo al pecho porque a mayor vaciamiento la subida va a ser más suave, y sobretodo hacerla conocedora de que en un máximo de 72 horas el problema va a estar resuelto.
Una mujer debería saber que sus mamas cuando ha dado a luz, están más sensibles pero que no deberían doler al amamantar. Si duelen, alguien debería supervisar la toma, porque lo más probable es que el agarre no sea correcto, y acabe haciendo grietas si no se resuelve cuanto antes. Ante cualquier problema, la madre debería pedir el apoyo a los profesionales y estos deberían comprobar lo que está pasando y adelantarse a esa cascada de problemas que pueden derivar de un mal agarre. Las grietas al margen del dolor que producen, podrían ser la causa de una posterior mastitis, una obstrucción no resuelta puede acabar también en una mastitis e incluso en un abceso si no se resuelve a tiempo. Un mal vaciamiento de las mamas podría derivar en una menor producción de leche.

A mayor succión, mayor producción

Una mujer que amamanta, debería saber que el patrón de lactancia alrededor del mes va a cambiar y que la producción de la leche va a depender prácticamente de la succión, y que a mayor succión y a mayor vaciamiento de las mamas, mayor producción. Si por alguna razón es necesaria más producción de leche, lo mejor que puede hacer para conseguir más cantidad, es poner su bebé al pecho más a menudo. Que las mujeres encuentren apoyo en este momento es muy importante. Al final del primer mes, son muchas las madres que dejan la lactancia por problemas que pueden tener solución. Las madres deberían pedir ayuda a los grupos de apoyo a la lactancia como Amagintza.
La O.M.S., la Asociación Española de Pediatría, así como la Americana recomiendan Lactancia Materna Exclusiva como el alimento ideal hasta los 6 meses. Como preferente acompañando a la alimentación complementaria hasta el año, extendiéndose la recomendación hasta los dos años. La AEP en su página web tiene un apartado de preguntas y respuestas para profesionales y otro para madres y padres, donde la Comisión de Lactancia de la AEP responde de lunes a viernes a cualquier tipo de pregunta referido a la lactancia materna. El Manual de Lactancia Materna "De la teoría a la práctica" de la AEP es de tal envergadura que responde a la mayoría de los interrogantes sobre lactancia materna.

Cultivos de leche para el dolor de pecho

La evidencia científica permite que nuestros conocimientos y nuestra práctica diaria sobre lactancia materna evolucionen con rigor, como en el caso del dolor del pecho. Antes pensábamos que el dolor del pecho, cuyos síntomas eran enrojecimiento y zonas endurecidas estaba producido por bacterias y, por otro lado el dolor punzante como de "agujas o fuego" estaba causado por hongos. Con las últimas investigaciones de un grupo de la Complutense de Madrid, se ha visto que mayoritariamente, las mujeres que contaban que tenían estos síntomas tenían una infección bacteriana y no fúngica, y que incluso el único

síntoma de una mastitis puede ser dolor. Con este estudio, se llega a la conclusión que en caso de dolor en el pecho sería necesario hacer cultivos de leche, para ver exactamente cual es el agente causante del problema y tratarlo específicamente. Hoy en día, sabemos que existe una relación directa entre la flora intestinal de la madre y la composición de la flora de la leche materna y que por eso hay que cuidar la flora intestinal y que también hay casos de mastitis que se curan simplemente con prebióticos. En una palabra se nos está abriendo un mundo que ni nos imaginábamos, lo que nunca deberíamos hacer es obviar la evidencia científica.
Ante cualquier duda sobre la compatibilidad de un medicamento y la lactancia materna se puede recurrir a la página web de medicamentos y lactancia del Hospital de Denia: e-lactancia.org recomendada por la Asociación Española de Pediatría. Dicha página está actualizándose continuamente y entrar en ella es tan simple como poner en Google: www.e-lactancia.org o hacerlo desde el portal de la web de la AEP.
Los criterios sobre lactancia materna han ido cambiando y actualizándose en respuesta a la evidencia científica. Todas las personas que estamos en contacto con mujeres lactantes, deberíamos tener un criterio común y basado en la evidencia científica actualizada, tanto a la hora de hacer recomendaciones a las madres que lactan, como a la hora de tratar sus patologías si las tuvieren.
En Navarra existen dos grupos de apoyo a la lactancia materna, donde madres voluntarias con mucha experiencia, dedicación y formación, escuchan a las madres y les dotan de herramientas útiles para la resolución de las dificultades en el manejo de la LM: Amagintza y la Liga de la Leche.

Referencias bibliográficas:
Ver en www.zonahospitalaria.com

“La detección tardía del TDAH y el retraso en el tratamiento pueden empeorar el pronóstico”

Dr. Raimon Pèlach Pániker
Pediatra de Atención Primaria
Centro de Salud de Barañain
Presidente de la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE)

El pediatra de Atención Primaria es el profesional sanitario que valora en primer lugar el desarrollo físico, psíquico y social del niño y adolescente y el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) es una de las patologías psicosociales más frecuentes con las que se encuentra.

De hecho, tiene una incidencia media en la población infantil de un 5 % , cifra que varía entre el 3 y el 8% de los niños en edad escolar, lo que vendría a representar a un niño por clase con este trastorno.

Pero no es una enfermedad, es un trastorno en el que los mecanismos cerebrales que han de controlar la atención no funcionan adecuadamente, tratándose de un problema que puede causar problemas.

En estos casos, como coordinador de la *atención integral* del niño y adolescente, el pediatra es el que debe recabar la información necesaria de la familia y de otros profesionales para establecer un diagnóstico de certeza y un plan de tratamiento individualizado.

Además, es importante detectarlo a tiempo puesto que un retraso en su detección y en el tratamiento pueden empeorar el pronóstico.

Generalmente, cuando los padres acuden a la consulta del médico es porque sospechan algo en el desarrollo de su hijo, y ya sea porque en el colegio les encienden la luz de alarma o, porque son los propios progenitores los que ven que algo no funciona, buscan la confirmación de que su hijo tiene un TDAH.

Y lo hacen con una actitud de predisposición porque “algo sucede”. En este sentido, hay que enseñar a los padres que aprendan a manejar mejor el comportamiento y hábitos del niño, aplicando conductas eficaces, apoyando cuando hace las cosas bien y corrigiendo los defectos con disciplina y estímulos positivos, es decir, hay que enseñar enseñando.

Por todo ello, considero imprescindible la labor del pediatra en los distintos exámenes de salud que se hacen a partir del nacimiento, que permiten controlar el desarrollo madurativo del niño en las distintas edades y vigilar así los signos de alarma que aparezcan.

En torno al TDAH suele ser el colegio el que ve que el niño no sigue el ritmo de la clase o le cuesta relacionarse y en el caso de que sea más mayor aparece el fracaso escolar. Son en estos momentos los padres los que se dan cuenta de que algo pasa con su hijo, bien por ellos mismos o por consejo de otros.

Para poder identificar el trastorno, el pediatra es el principal protagonista, tiene mucho que decir ya que conoce el desarrollo del chico, que antes ha sido lactante y niño. Tiene conocimiento sobre si el muchacho era irritable, si tenía problemas de relación con los demás o posteriores dificultades de aprendizaje y conoce, además, el entorno del niño, especialmente la familia.

Principales rasgos y trastornos asociados

El niño antes de los 5 años suele ser movido e irritable si se le lleva la contraria, va a lo suyo, pero esto forma parte del desarrollo madurativo normal, durante el cual es importante saber crear los hábitos y educar, no vale el “ no obedece”. De los 6 a los 10 años, si les cuesta centrarse y atender, es lo que se denomina ‘déficit de atención’. Es en el adolescente, a partir de los 10 años, donde la impulsividad y el fracaso escolar protagonizan el trastorno. Y es importante que se diagnostique antes de alcanzar la adolescencia.

Además, dado que es un trastorno del neurodesarrollo, la forma de presentarse varía teniendo en cuenta la edad del niño, sus antecedentes personales y los familiares. Y sobre todo si hay comorbilidad (patología) asociada, siendo importante destacar aquí que los trastornos psicosociales suelen ser comórbidos entre sí. Destacaría el trastorno negativista-desafiante, el TDAH + trastorno de ansiedad, TDAH + agresividad, TDAH + depresión, o el TDAH + tics.

Los pediatras están perfectamente concienciados sobre la trascendencia del trastorno, a la par que capacitados para poder diagnosticarlo. Por su condición de médico especialista en niños en fase de desarrollo (esto es la Pediatría) conoce los signos de alarma que pueden presentarse y cuál es el ambiente que rodea al niño. A partir de ahí, actuará en consecuencia.

En este sentido, el diagnóstico del TDAH es clínico y no hay ninguna prueba patognomónica que defina indefectiblemente el diagnóstico. Hay test de evaluación que son complementarios al mismo y permiten el seguimiento y la comunicación multi e interdisciplinar.

Sin embargo, este es un trastorno que en muchas ocasiones está infradiagnosticado, aunque, también es cierto que cada vez se va afinando más el diagnóstico. Ha ido cambiando la terminología. Antes, se hablaba de hiperactividad en general y el niño debía cumplir una serie de criterios para conformar el síndrome. Ahora, ya puede hablarse de TDAH con o sin hiperactividad, que a su vez, hay que clasificar en el tipo puro, tipo inatento, tipo mixto o combinado, o con comorbilidad asociada como he dicho antes.

Pero hay que advertir que no todo niño que se mueve mucho es hiperactivo. Hay que distinguir lo que pueden ser síntomas de lo que es un diagnóstico. Y, en niños, todo diagnóstico está condicionado por el hecho de la maduración cerebral.

Sólo así, se evitarán diagnósticos incorrectos (por exceso o por defecto) y se podrá establecer un plan de tratamiento individualizado que reconozca el TDAH como una condición crónica. La detección tardía, insisto, así como el retraso en el tratamiento pueden empeorar el pronóstico.

Por ello, el pediatra es la persona más cualificada para detectarlo, bien por su condición de médico especialista y porque conoce los signos de alarma propios. A partir de este momento deberá actuar en consecuencia.

Tratamientos: Fármacos o psicoterapia

Obviamente, una mala evolución, la comorbilidad asociada, la pérdida de confianza entre médico y paciente o familia, son causas que obligan a la derivación. Sin duda, se debe establecer un plan de tratamiento que reconozca al TDAH como una condición crónica. Pero digo condición porque en fase adulta, aunque se presenten muchos síntomas persistentes en pacientes, no se muestra una repercusión marcada como para llamarlo enfermedad.

De esta forma, como el trastorno es multidisciplinar, debe ir enfocado por vía farmacológica y psicoterapia. Las intervenciones farmacológicas son consistentemente más efectivas que las no farmacológicas, pero el tratamiento combinado, farmacológico y no farmacológico es mejor aún.

La eficacia del tratamiento farmacológico, sin embargo, no es igual para todos los síntomas. Mejora sobre todo los síntomas nucleares, como la inatención, la impulsividad o la hiperactividad. Algo menos el comportamiento social y menos aún es su efecto sobre los logros académicos. De ahí, la importancia de la intervención psicopedagógica y de diagnosticar la posible comorbilidad, porque hay que tener en cuenta qué síntoma es el predominante, para estabilizarlo antes y porque muchas veces las medidas psicoterapéuticas y educativas no se pueden aplicar correctamente si existe un TDAH asociado sin tratamiento farmacológico.

No hay que olvidar que la mayor parte de los trastornos psicosociales más frecuentes suelen ser comórbidos entre sí.

Evolución

Valorando los resultados, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos se debe plantear desde la pediatría el seguimiento de los niños diagnosticados con TDAH. Como en

toda patología crónica se requiere de un plan de acción individualizado que atienda a las necesidades del niño y esté en concordancia con las opiniones y creencias del niño-adolescente y sus cuidadores.

Además, no se tiene por qué suspender el tratamiento hasta asegurarse de que se ha pasado más de un año asintomático o cuando el hecho de no tomar medicación no origina síntomas y se confirma que el cambio madurativo se ha producido. Es en este momento en el que el médico tiene que estar más coordinado con los padres y el resto de profesionales que tratan a este tipo de pacientes.

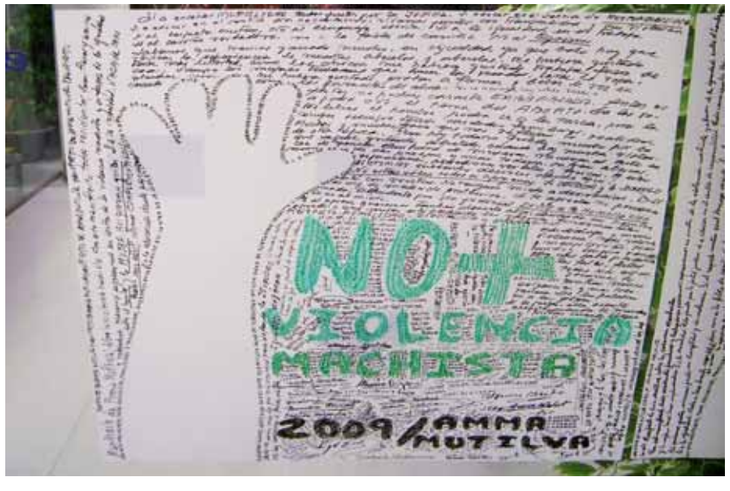
De hecho, hay que complementarse con muchos, como equipos de educación, con los profesores, logopedas, neuropediatras, psiquiatras, psicólogos, pero tiene que haber un responsable o tutor del caso y que se encargue de coordinarlo todo. Defiendo la idea de que la transmisión de información se haga usando a los padres, ya que así se favorece la confianza y se involucra a la familia, que es fundamental.

Finalmente, considero que es necesario el establecimiento de un protocolo para la coordinación entre las distintas partes del entorno del desarrollo del niño para optimizar los resultados en el tratamiento integral del paciente. Además, no olvidemos que la educación sobre el TDAH es una parte esencial del tratamiento, un todo continuo que empieza con la información y continúa hacia el cuidado compartido, tanto para el niño o paciente como para su entorno.

Las cinco residencias de mayores de Amma en Navarra se unen a los actos del Día Internacional contra la Violencia de Género

Los cinco centros gerontológicos que gestiona el Grupo Amma en Navarra (Amma Mutilva, Amma Argaray, Amma Oblatas, Amma Ibañeta y Amma Betelu) organizaron diversos actos para sensibilizar a residentes, familiares y profesionales contra la violencia de género.

En este marco, se organizó una sesión de formación para profesionales de Medicina, Enfermería, Trabajo Social y Psicología de los cinco centros, impartida por Charo Zalba, técnica del Instituto Navarro para la Igualdad del Gobierno de Navarra. En esta sesión se abordaron temas como el concepto de violencia de género, cómo detectar posibles casos, pautas para orientar a las mujeres que pueden ser víctimas de esta violencia, las redes sociales y de apoyo a su disposición, atención jurídica, etc.
Además, los centros organizaron otras actividades, como la elaboración de murales sobre el tema, confeccionados por residentes en las sesiones de terapia ocupacional, charlas, exposiciones de folletos, carteles y eslóganes contra la violencia de género, comentario de noticias



sobre este tema en los talleres de lectura de prensa...
Todas estas actuaciones se desarrollaron en el marco del Plan de Igualdad y Diversidad de la compañía, que cuenta con el respaldo del Instituto Navarro para la Igualdad del Gobierno de Navarra y ha sido acordado entre la empresa y los sindicatos representantes de la plantilla. Entre las actuaciones de este plan se incluye la protección de aquellas mujeres que puedan verse expuestas a violencia de género y también acciones formativas y de sensibilización a residentes, familiares y profesionales acerca de este importante problema social.

Las residencias de mayores del Grupo Amma se vuelcan con los damnificados por el terremoto de Haití

El terremoto de Haití ha conmocionado en los últimos días a todo el mundo y, desde el primer momento, se han repetido las muestras de solidaridad y apoyo con quienes están sufriendo en ese país las terribles consecuencias de la catástrofe humanitaria.

En este contexto, las residencias de mayores gestionadas por el Grupo Amma se han querido sumar en la tarea de apoyar económicamente a la población de Haití.
En la recepción de varios centros, como Las Hazas (Albacete), Valdebernardo, Coslada y Alcorcón (Madrid), Ibañeta y Oblatas (Navarra) y Horta y Teià (Barcelona), se han colocado urnas para recoger las aportaciones económicas que quieran realizar voluntariamente los residentes, familiares, trabajadores y visitantes. La recaudación será destinada a las ONG's que trabajan en la zona.
Además, los propios mayores, animados desde las áreas de Terapia Ocupacional y Animación Socio-Cultural de los centros, han querido ir más allá en esta tarea solidaria. Así, en los talleres de manualidades están confeccionando diversos materiales para poder venderlos en rastrillos solidarios y aumentar así los donativos, como está ocurriendo en las residencias de Las Hazas (Albacete), Mutilva e Ibañeta (Pamplona) y El Encinar (Valladolid). Se están elaborando flores de papel y tela, marcapáginas, broches de fieltro, pulseras, cuadros, trabajos de abalorios y de punto y mantas, entre otras cosas, que se están uniendo también a las aportaciones de objetos y productos que están donando los propios trabajadores para este fin.
En otros centros, como Amma Argaray (Pamplona), la ayuda se ha canalizado a través de las organizaciones solidarias de la Iglesia católica, en colaboración con el capellán de la residencia y gracias a las aportaciones que hacen residentes, familiares y trabajadores durante los oficios religiosos.
A nivel nacional, el Grupo Amma ha realizado también una aportación económica a Bomberos Unidos sin Fronteras, que está trabajando en Haití desde el primer día y cuya labor ha permitido el rescate de numerosas personas que permanecían con vida bajo los escombros de los edificios destruidos por el terremoto.

NOTICIAS BREVES GRUPO AMMA

Amma Ibañeta celebra su 8º aniversario

La residencia para personas mayores Amma Ibañeta, ubicada en la localidad navarra de Erro, en pleno Camino de Santiago, celebró diversos actos con residentes, familiares y profesionales del centro para conmemorar el octavo aniversario de su puesta en funcionamiento.
Entre los actos organizados destacó el concierto ofrecido por la Rondalla Yoar, la celebración religiosa y un lunch en el que estuvieron invitados los vecinos de la localidad y diversas autoridades del valle.
Durante una semana se mostró una exposición de fotografías que recogen los ocho años de historia de este centro.
Además, se expusieron trabajos de artesanía elaborados por los propios residentes en las clases de terapia y se presentó oficialmente a los vecinos el libro "Tertulias honorables", que recoge el resultado de las horas de conversación que miembros de la Fundación Profesionales Solidarios llevaron a cabo con los mayores del centro dentro del programa "Escucha a tus mayores".

El Gobierno de Navarra concierta 339 plazas residenciales en cuatro centros de Amma

El acuerdo contempla la concertación de 339 plazas, de las que 168 son nuevas, que se distribuyen de la siguiente forma: 39 nuevas plazas en Amma Argaray, 11 en Amma Betelu, 157 plazas concertadas de las que 47 son nuevas en Amma Mutilva, y 82 nuevas plazas de un total de 132 concertadas en Amma Oblatas.
El programa CONCERDEP tiene el objetivo de garantizar la atención residencial a personas en situación de gran dependencia o dependencia severa que actualmente se encuentran en una plaza residencial de carácter privado (con o sin prestación vinculada).

USP Hospitales y el Grupo Amma firman un acuerdo pionero en nuestro país en la colaboración entre los sectores sanitario y de bienestar social

Las personas mayores y dependientes que son tratadas en los centros de USP Hospitales y que precisan de atención de larga duración podrán alojarse, si así lo desean, en los centros gerontológicos de Amma durante el proceso.
Estos pacientes podrán beneficiarse conjuntamente de las comodidades y servicios que ofrecen estos centros así como de los cuidados médicos de USP Hospitales.
Este acuerdo, que contempla también la colaboración mutua en ámbitos como formación de profesionales e intercambio de buenas prácticas, supone la alianza estratégica entre dos de los operadores líderes en cada uno de sus sectores.

SEPIDES concede un préstamo participativo de tres millones de euros al Grupo Amma, el primero que adjudica la entidad en el marco del Fondo de Apoyo a la Dependencia

Este importe servirá para acometer inversiones para la creación, ampliación o adaptación de centros o servicios de Amma relacionados con la atención a las personas mayores y dependientes.
La gestión del Fondo de Apoyo a la Dependencia, que está dotado con 17 millones en 2009, ha sido encomendada por la Sociedad Estatal de Participaciones Industriales (SEPI) a su filial SEPI Desarrollo Empresarial (SEPIDES).

El Grupo Amma abre una nueva residencia de mayores en el distrito de Usera, la décima de la compañía en la Comunidad de Madrid

La residencia Amma Usera, con 180 plazas más 40 de centro de día, ofrece una amplia cartera de servicios a los mayores y cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales y modernas instalaciones.
La construcción y equipamiento del centro ha contado con una inversión cercana a los 10 millones de euros y se generarán más de 100 puestos de trabajo.
Con este centro, Amma gestiona ya en toda España 30 residencias, con casi 5.300 plazas y más de 2.400 profesionales, siendo así una de las compañías líderes del sector.

Enuresis infantil

Dr. Alberto Díaz Alfaro
Pediatra
Centro de Salud de Villava

La enuresis es un problema de alta prevalencia en la población infantil, afecta alrededor del 10% de niños mayores de 5 años. En su mayoría no tiene una causa orgánica y aunque la evolución natural es a la desaparición espontánea, las consecuencias que puede tener para el niño y la familia justifican el abordaje de la misma.

Definición y tipos

El concepto mas universalmente aceptado como enuresis se refiere a *"una micción funcionalmente normal que ocurre involuntariamente durante el sueño, al menos cuatro veces al mes en niños que han cumplido los cinco años".*

Enuresis primaria: Es la que ha ocurrido siempre, sin período de continencia previo.

Enuresis secundaria: Es la que acontece tras un período de continencia previo de, al menos, seis meses. Es en ésta donde deberemos poner especial atención en investigar una posible causa orgánica o cualquier acontecimiento en la vida del niño que haya generado estrés emocional.

Enuresis monosintomática: Es un concepto cada día mas utilizado, siendo de por sí suficientemente descriptivo.

Enuresis polisintomática o síndrome enurético: Es la que se acompaña de síntomas miccionales diurnos como: polaquiuria, urgencia miccional, retencionismo etc. El síndrome enurético requerirá un estudio diagnostico distinto y un tratamiento específico según su etiología.

En la gran mayoría de los casos nos vamos a encontrar con Enuresis Nocturna Primaria Monosintomática (ENPM).

Etiología

Habría que distinguir dos grandes grupos de causas como origen de la enuresis: No patológicas o funcionales y patológicas.

No patológicas

La enuresis primaria nocturna monosintomática (ENPM) representa mas del 90% de los casos, en su génesis se valoran las siguientes causas:

Vejiga pequeña: Muchos niños enuréticos tienen una vejiga pequeña, incapaz de almacenar toda la orina producida por la noche. Suelen ser niños con micciones diurnas frecuentes y que en ocasiones mojan la cama más de una vez en la misma noche.

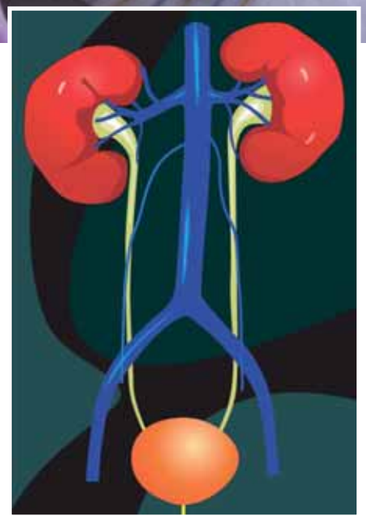
Deficiencia nocturna de hormona antidiurética (ADH): A diferencia de lo que ocurre en niños que no presentan el problema, muchos enuréticos no incrementan la secreción de ADH durante el sueño lo que implicaría un aumento de la producción de orina por la noche y consecuentemente un rápido llenado vesical que daría lugar al episodio enurético.

Sueño profundo: Los niños enuréticos tienen un sueño muy profundo, con un elevado umbral para el despertar ante el estímulo miccional nocturno.

Herencia: Se sospechaba que jugaba un papel transcendental dado el importante porcentaje de antecedentes familiares. Estudios recientes han puesto de manifiesto los genes implicados en la misma. El tipo de herencia sería autosómica dominante.

Causas patológicas

Existen diversos procesos que además de poder producir sintomatología específica, pueden dar lugar a la aparición de una enuresis. Se



podrían destacar: Infecciones de orina, diabetes, vejiga neurógena o inestable Etc. En ellas, en general, el motivo del diagnóstico es habitualmente más elocuente que una enuresis monosintomática.

La enuresis puede producirse también como consecuencia de episodios que supongan un estrés emocional en la vida del niño: El nacimiento de un hermano, el comienzo de la actividad escolar o conflictos familiares más importantes (separación de los padres etc.) pueden desencadenar la aparición de una enuresis.

En las causas patológicas se requerirá la actuación multidisciplinar de: Pediatras, urólogos, psicólogos, psiquiatras, trabajador social, según los casos.

Diagnóstico

Por lo comentado hasta ahora es muy importante que hagamos un enfoque diagnostico lo mas acertado posible. Nos basaremos en los tres pilares de la medicina: Anamnesis, exploración y exámenes complementarios.

La Anamnesis es el elemento clave para llegar a una sospecha diagnostica. Recogeremos todos los datos relativos a las características de la Enuresis.

Aunque con la historia clínica ya tengamos una clara orientación etiopatogénica. Es importante realizar una exploración rutinaria que incluya examen abdominal y genital, posible observación del chorro miccional y una sencilla evaluación neurológica: Reflejos periféricos, sensibilidad perineal, tono del esfínter anal. Sobre todo en los casos que se asocien con enuresis diurna y encopresis.

Como es lógico pensar, en la práctica totalidad de las ENPM nos encontraremos con un examen físico normal.

A todos los niños se les practicará un análisis básico de orina.

Solo en los casos de sospecha de patología orgánica se remitirá al niño para valoración por el urólogo.

Tratamiento

Justificación

Es obvio que una enuresis con base patológica requerirá de un tratamiento específico, pero ¿es necesario que actuemos en los casos de ENPM cuando es un problema que tiende a una resolución espontánea?

Además de ser un problema que tiene una alta prevalencia en la población infantil, una de las justificaciones para intentar un tratamiento con estos niños son las consecuencias que puede tener tanto para él como para la familia.

El niño con frecuencia se ve sometido a reproches, incomprensiones, burlas por parte de los hermanos y ocasionalmente a castigos. Todo ello crea en él inseguridad, malestar, se siente diferente a los demás con lo que desarrolla una idea negativa de sí mismo "pierde la autoestima". Esta imagen junto a la tensión familiar repercutirá en el desarrollo de su futuro comportamiento, son niños que pueden presentar una falta de motivación escolar, timidez, aislamiento social etc.

También a los padres y hermanos el problema crea ciertas incomodidades; hay que lavar la ropa, acondicionar una cama y limita ciertas actividades como campamentos, vacaciones etc.

Evidentemente el grado de afectación difiere mucho de unos niños a otros, en ello va ha jugar un papel trascendental la familia.

Tipos de tratamiento

Ante un problema de resolución espontánea aplicaremos el principio clásico de "primun non nocere ". Nos referimos fundamentalmente al tratamiento de la enuresis monosintomática, ya que la que ocurre en el contesto de una causa patológica requerirá de un diagnóstico y un tratamiento específico.

Utilizaremos fundamentalmente las siguientes soluciones:

- Terapia motivacional.
- Utilización de Alarmas.

- Utilización de la Desmopresina.

Métodos que de ninguna manera son excluyentes y que en ocasiones vendrá bien combinarlos. La terapia motivacional tiene por objeto suprimir la ansiedad, eliminar las alteraciones emocionales y de conducta, recuperar la autoestima, favorecer la relación familiar y sobre todo hacer al niño participar activamente en el programa de tratamiento responsabilizándolo de su aprendizaje y por tanto de su curación.

Deberemos erradicar todas las actitudes inadecuadas de los padres hacia los hijos: reproches, castigos etc.

Consejos básicos:

- Eliminar pañales.
- Evitar conductas sobreprotectoras.
- Implicar al niño en su autolimpieza.
- Erradicar la práctica de ejercicios micciona-les, como la interrupción del chorro, ya que puede generar disfunción vesical.

Alergia y el frío

Dr. Gabriel Gastaminza Lasarte
Alergología e Inmunología Clínica
Clínica Universidad de Navarra

Las enfermedades alérgicas se definen como aquellas desencadenadas por una respuesta inmunológica "exagerada". El sistema inmunológico responde a estímulos o frente a agentes que a priori no son dañinos. Es un exceso de celo del sistema inmune.

El tipo de respuesta alérgica más conocida y frecuente es la que se desencadena por la exposición a proteínas extrañas. Los más frecuentes son los pólenes, ácaros del polvo, las proteínas de animales o los hongos. También cualquier alimento puede ser susceptible de estimular al sistema inmunológico. O bien los medicamentos. En todos estos casos, la reacción alérgica está ocasionada por un anticuerpo específico (generalmente una inmunoglobulina E), o bien por un tipo de células de defensa de la sangre –linfocitos- que reconocen una estructura concreta.
Sin embargo, también es posible que haya reacciones alérgicas que se ponen en marcha, no frente a un agente externo, sino frente a un estímulo físico. En invierno, uno de los cuadros clínicos que solemos detectar los alergólogos son las urticarias desencadenadas por frío, conocidas también como urticaria a frigore. Es una enfermedad en algunos casos hereditaria.

En este caso, la liberación de los mediadores de las células de defensa se produce, de forma inespecífica, por exposición a temperaturas bajas. Los pacientes que sufren esta enfermedad suelen presentar erupción cutánea de tipo urticarial en aquellas zonas de la piel expuestas al frío. La piel de la cara, el cuello y las manos suelen ponerse rojas, y aparecen las típicas lesiones habonosas de la urticaria que provocan un intenso picor y, con el paso de los minutos, las zonas expuestas pueden hincharse de forma importante. En invierno –y dependiendo de la región de residencia y de la gravedad de la enfermedad, también en otras épocas no tan frías- es cuando estas personas tienen los síntomas, que normalmente aparecen cuando salen a la calle o entran en lugares fríos. Por ejemplo, estas personas suelen tener problemas para esquiar.
Pero el riesgo de reacción no se restringe al invierno, y también pueden tener problemas –y aún más graves- en verano, ya que la sintomatología puede desencadenarse con los baños en el mar o en piscinas de agua fría. En estas ocasiones, el riesgo para la vida del paciente es alto, ya que la superficie de la piel que entra en contacto con el frío es grande, y se puede provocar una vasodilatación masiva que lleve consigo una caída de la presión arterial, con la posibilidad de pérdida de conocimiento y de ahogamiento.

Edema de glotis

Otro problema añadido, también predominantemente en verano, es con las bebidas frías o los helados, que pueden provocar un hinchazón de la garganta, con riesgo de ahogamiento por edema de glotis.
El diagnóstico de esta enfermedad no es difícil, aunque es necesario sospecharla. Suele realizarse con la aplicación del test de cubito de hielo, que si es positivo es diagnóstico de la enfermedad. Por la posible relación de esta enfermedad con enfermedades infecciosas o autoinmunes subyacentes, es conveniente hacer un estudio analítico completo para descartarlas.
El control de la enfermedad es fácil. En la mayoría de los casos se consigue simplemente con el uso de antihistamínicos y la aplicación de medidas preventivas de exposición al frío. Deben protegerse muy bien del frío durante el invierno. Es importante que utilicen guantes. Deben evitar la ingestión de helados y de bebidas frías. Estos pacientes tienen que tener especial precaución con los baños en el mar y en piscinas. Los casos más graves lo pueden tener prohibido, y puede ser necesario que sean portadores de sistemas autoinyectables de adrenalina.

ISS mejora el bienestar de pacientes y trabajadores

Catering • Vending • Limpieza • Servicios Auxiliares
Mantenimiento • Control de Plagas • Higiene Ambiental
Jardinería • Facility Management

ISS FACILITY SERVICES

902 266 366 | www.iss.es

Prevención de lesiones en deportes de invierno

Dr. Pedro Sanz
Servicio Médico de Candanchú

Como todos los años la temporada de deporte en las estaciones de esquí vuelve y con ella la ilusión de todos los numerosos practicantes de esta actividad que tanto apasiona.
Sacar el material de nuevo, desempolvar y a deslizarse montaña abajo para echar un pulso a la naturaleza, lleno de fuerza, velocidad, desafío, emoción y un puñado de sensaciones que sólo el que los práctica sabe definir.
No obstante, es importante hacer las cosas con seriedad y tener en cuenta algunos factores que harán que nuestro deporte sea más seguro y se eviten los accidentes. Un cuatro por mil de los clientes de las estaciones de esquí alpino de nuestro país acude a los servicios médicos de las mismas. Esta cifra llamativa e importante se mantiene a lo largo de las sucesivas temporadas.

¿Qué lesiones son las más frecuentes entre los aficionados?

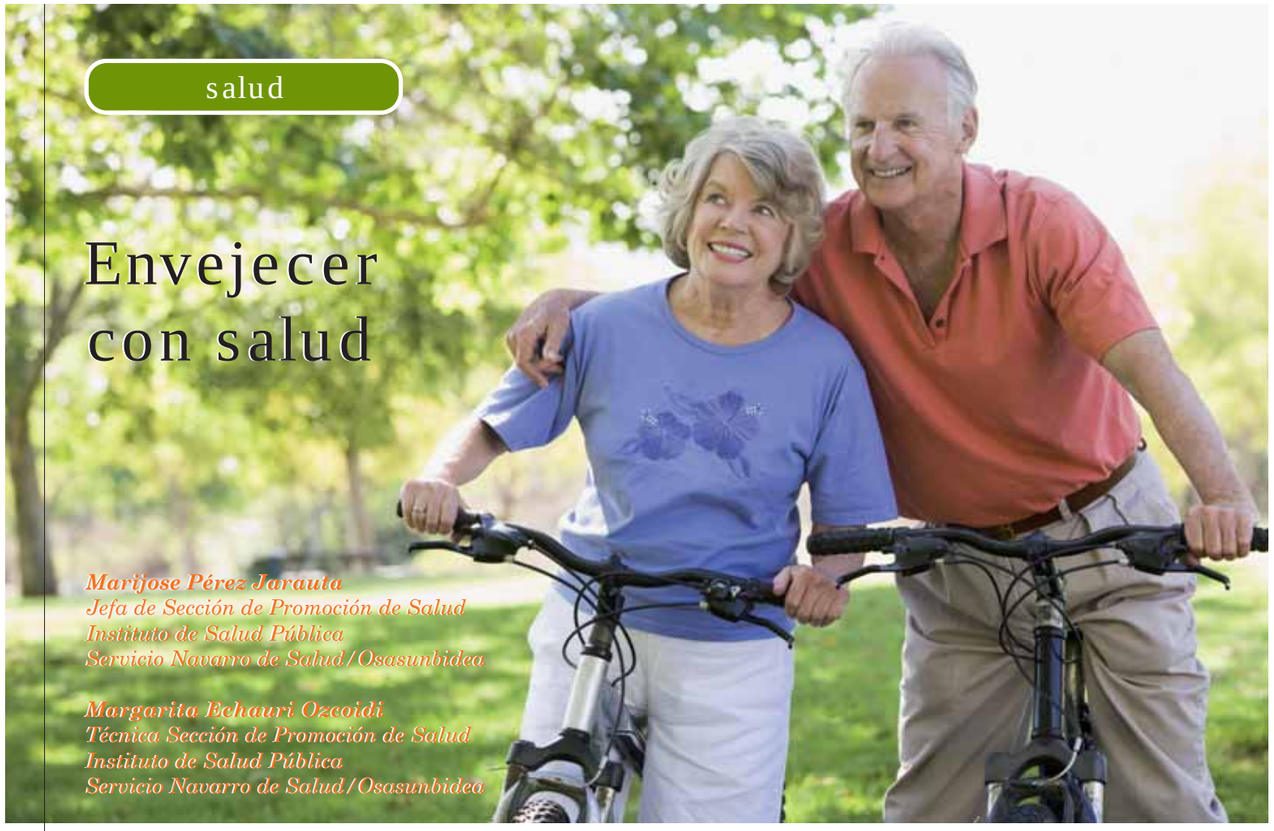
El esquí de fondo apenas acarrea lesiones, exceptuando algunos esguinces de tobillo y contusiones por caídas con nieve dura. En el esquí tradicional nos encontramos sobre todo con lesiones de rodilla, ligamentarias y meniscales, esguince en pulgar, diversas fracturas en extremidades y contusiones y heridas dependiendo de la forma y lugar de la caída. También el tipo de nieve y la climatología condicionan la gravedad de los accidentes y sus consecuencias, teniendo a la nieve dura y el hielo como los más peligrosos. A partir de la aparición de la práctica de la tabla o snowboard encontramos una elevada incidencia de lesiones de extremidades superiores, fracturas de muñeca y clavícula, luxaciones de hombro, y en columna y cabeza, debido a que las caídas son más aparatosas. Aparte de estas típicas lesiones de cada especialidad podemos encontrar cualquier patología relacionada con la velocidad, contacto y algunas derivadas del tipo, calidad y estado del material, que es básico cuidar al máximo. Una buena puesta a punto con una correcta regulación de los sistemas de fijación y seguridad hará disminuir en un alto porcentaje la posibilidad de lesión.

Recomendaciones para disfrutar sin lesionarse

- Revisión del material y equipamiento.
- Utilización de guantes y gafas correctos.
- Muy importante el casco en niños, en competición y cada vez más utilizado por los esquiadores y surferos.
- El uso de protecciones de muñeca en snowboard reducirá sensiblemente las lesiones.
- Adaptar la velocidad a nuestro nivel técnico y físico.
- Tener en cuenta el tipo de nieve, la dificultad de la pista y la climatología.
- Respetar las normas básicas de comportamiento en las pistas, evitando salir fuera de los límites marcados.

Creo que teniendo en cuenta estos consejos básicos se presenta una temporada blanca llena de estupendas jornadas disfrutando de nuestro deporte preferido.

Cristales con antirreflejante
50% dto.
* Con la presentación de este anuncio
VÁLIDA HASTA EL 1 DE ABRIL DE 2010
óptica unyvisión
Avda. Navarra
(Frente a Clínica Universitaria)
31008 Pamplona
T. 948 178 188
AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSITARIA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN



Envejecer con salud

Marijose Pérez Jarauta
Jefa de Sección de Promoción de Salud
Instituto de Salud Pública
Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea

Margarita Echauri Ozcoidi
Técnica Sección de Promoción de Salud
Instituto de Salud Pública
Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea

Desde que nacemos, el tiempo pasa y vivir supone pasar distintas etapas: niñez, adolescencia, juventud, madurez... y vejez; cada una de ellas con sus características, limitaciones y situaciones propias.

En nuestra comunidad ha crecido mucho en los últimos años el grupo de personas de más de 65 años. Las condiciones de vida en la vejez han mejorado; se vive más años, en mejor estado de salud y con mayor bienestar.

También hay todavía formas de pensar que asocian la vejez con deterioro, carga y enfermedad o que valoran más la eterna juventud, la belleza exterior, la velocidad..., que la experiencia, la sabiduría o la tranquilidad.

Envejecer es un proceso largo, que no empieza a una edad concreta, con cambios lentos, graduales y universales, pero diferente para cada cual. Es una experiencia muy personal, en una sociedad que va cambiando muy rápidamente. También hay diferencias entre hombres y mujeres. Estas generaciones han vivido normas, tareas, modelos y oportunidades distintas para ambos géneros, y eso influye en el proceso de envejecer.

Envejecer: continuidad y cambio

Piensa en tu infancia, tu juventud, tus 30, 40, 50 años... Se continúa siendo la misma persona, pero también se van dando cambios importantes, que se viven como positivo y negativo, que a veces cuesta aceptar, con reacciones de sorpresa, tristeza, pérdida ...

El cuerpo se va haciendo distinto. La apariencia física varía. No se funciona igual. El ritmo se va haciendo más tranquilo y no se tienen las mismas energías, aunque se va saliendo de la inestabilidad que suponía la menopausia en la mujer y la disminución de hormonas masculinas en el hombre.

Las funciones mentales y emocionales se van enlenteciendo. También se van produciendo cambios sociales y en la forma de vida: jubilación laboral, cambios familiares, más libertad... Suelen darse situaciones positivas (más tiempo, nuevos proyectos, contribución social, vida activa...) y experiencias dolorosas: enfermedades o muerte de personas cercanas...

En cómo se envejece influyen muchos factores: genéticos, sociales, económicos, de salud, de género, educacionales... y también el modo de vida que se lleva y las decisiones que se toman.

El reto de envejecer con salud

Pasar de la madurez a la vejez implica ir ajustándose al envejecimiento físico, reconocer y aceptar los cambios, disfrutar de las oportunidades y manejar las limitaciones.

Se suele querer vivir más años, tener salud y vivir bien, aprovechar lo aprendido, mantener la alegría y buen humor... Y preocupa el futuro: la economía, perder capacidades, la enfermedad o la dependencia.

Cada persona puede intervenir en alguna parte de su proceso de envejecer, aunque no en todo. La década de los 50-60 es una época ideal para tomar la decisión de preparar una vejez sana y esto supone varias cosas:

Cuidar el cuerpo

Alimentación saludable y equilibrada. Comer de todo en la cantidad justa para no ganar peso: frutas y verduras, pan, cereales, pasta y arroz (mejor integrales), productos lácteos desnatados (yogures, leche, queso), pescado, etc. Comer menos grasas, carnes grasas, embutidos, productos azucarados, bollería y sal.

Moverse y descansar Los efectos positivos del ejercicio físico aumentan a medida que nos hacemos mayores. Se trata, al menos, de:

- Caminar todos los días 30 minutos un poco rápido (ó bailar, nadar, bici...).
- Hacer ejercicios de fuerza y flexibilidad, dos días por semana.

Se recomienda descansar suficiente y dormir 7-8 horas, aunque es normal que el sueño sea más ligero y con interrupciones.

Prevenir. Es importante prevenir problemas de la espalda y los huesos (hacer ejercicio, cuidar las posturas y evitar el sobrepeso), accidentes de tráfico y domésticos y la incontinencia urinaria (existen ejercicios que puede consultar con su enfermera del centro de salud), cuidar los sentidos (vista y oído que empiezan a desajustarse), beber con moderación y dejar de fumar. También acudir a las revisiones pertinentes, conociendo el propio cuerpo y la herencia genética.

Sexualidad. La sexualidad no se acaba con la edad. Mujeres y hombres somos personas sexuadas, con capacidades de atracción, enamoramiento y variadas formas de relación sexual, durante toda la vida.

Cuidados mentales y emocionales

Memoria y pensamiento. Las pérdidas pueden afectar a la atención, rapidez y precisión, memoria... Se pueden consultar ejercicios en el centro de salud. La mente, como el cuerpo, se puede ejercitar.

Emociones y sentimientos. Con la edad no se pierde la capacidad de disfrutar de las cosas, aunque a veces se disminuyen las actividades agradables y se producen más situaciones difíciles.

En esta etapa, como en todas, hay situaciones que producen sentimientos positivos y bienestar y otras estrés y malestar: el propio envejecer, enfermedad y muerte de personas cercanas...

Cuidar los sentimientos es sentirlos, vivirlos, reconocerlos, aceptarlos, expresarlos y compartirlos... los producidos por acontecimientos alegres y tristes. Y es revisar nuestra forma de mirar la vida ¿Hay formas más positivas de ver las cosas?

Es importante quererse e introducir en la vida cotidiana el máximo posible de pequeñas cosas y momentos que nos generen placer, disfrute, alegría, paz, humor o tranquilidad.

Cuidar el entorno y la vida social

Las relaciones. Muchas cosas son iguales a cualquier edad: la importancia de la seguridad emocional, querer y que te quieran, el respeto y la valoración, la escucha y la comunicación, no decir sí cuando queremos decir no... Para preparar una vejez mejor, es importante pensar en nuestras relaciones: ¿son suficientes?

¿son las que queremos? ¿son de calidad?

El ocio y tiempo libre puede ser fuente de satisfacción o de aburrimiento, posibilidad de estancamiento o de desarrollo personal, experiencia de participación social...

Para envejecer con salud es importante ir preparando un ocio gratificante, con actividades variadas y que conlleven relaciones interpersonales.

Es fundamental disponer de recursos y servicios accesibles, con ofertas de actividades socioculturales, educativas, excursiones, visitas, viajes, balnearios, actividad física...

El entorno y la sociedad. Las personas somos seres sociales en cualquier etapa y la vida en sociedad es importante. La participación en grupos y asociaciones y el trabajo voluntario contribuyen al desarrollo personal y de la sociedad en que vivimos.

Envejecer con salud merece la pena. Esta etapa es cada vez más importante en cantidad y en calidad en nuestras vidas.

Envejecer implica cambios positivos y negativos. La vida es así. Pero el bienestar, la sabiduría y la belleza interior no dependen de la edad.

Necesitamos que los gobiernos, las instituciones y las personas hagan posible una sociedad más acogedora para envejecer, ofreciendo recursos y servicios de salud, sociales, de ocio, económicos...y favoreciendo una imagen de la vejez más acorde con la realidad.

Alimentación durante el embarazo

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

El embarazo es una de las etapas más intensas, en todos los sentidos, en la vida de una mujer. Durante las 40 semanas de media que dura un embarazo, la mujer va a sufrir una enorme cantidad de modificaciones en su organismo que le afectarán a nivel físico y emocional. Un nuevo ser nacerá de su interior, el que será su hijo ha de crecer y formarse en el vientre materno y lo hace a partir de los nutrientes que toma su progenitora. De ahí la importancia de la alimentación de la mujer embarazada. No se trata de comer por dos, un mito que no sólo no es cierto, sino que puede llegar a resultar peligroso, ni de estar todo el día contando calorías, se trata de llevar una alimentación variada y equilibrada tomando de todos los grupos de alimentos, con especial atención a algunos de ellos ya que sus requerimientos aumentan.

Estos meses que deberían ser de espera ilusionada, pueden llegar a convertirse en un suplicio debido a ciertas molestias que acompañan a este proceso y que, con unas sencillas pautas de estilo de vida que incluyen la alimentación, actividad física, exposición moderada al sol, factores medioambientales, etc., pueden verse paliadas o, incluso, anuladas.

Durantes las semanas iniciales las náuseas, vómitos y cansancio generalizado, pueden hacer su aparición. Por el contrario, en la recta final, el volumen del útero, que comprime diversos órganos, provoca molestias digestivas (acidez, saciedad precoz, estreñimiento), urinarias (micciones frecuentes), óseas (dolores de espalda), musculares y nerviosas (pinzamientos, ciática), además de un aumento de peso que produce cansancio a diario.

Contenido calórico de la dieta

Durante este periodo no conviene aumentar excesivamente de peso, entre 11,5 y 16 Kilos es lo establecido como normal. Esto no quiere decir que valores menores o mayores deben ser necesariamente patológicos y el feto estará mejor o peor nutrido, ya que cada caso es único. No es adecuado, por tanto, realizar dietas de adelgazamiento durante este periodo ni pasarse al lado contrario y comer constantemente sin control. Las necesidades energéticas comienzan a aumentar a partir del cuarto mes unas 250-300 Kcal/día. Ya que hay ciertos nutrientes cuyos requerimientos aumentan durante el embarazo es aconsejable concentrar la calidad nutricional de los alimentos que se eligen para así tomar más vitaminas y minerales sin incrementar en exceso las calorías.

Suplementación en hierro, yodo...

De forma más o menos protocolizada, a las mujeres embarazadas se les pautan complejos vitamínico-minerales que deben contener, al menos, ácido fólico, yodo y hierro, en la mayoría de los casos. El resto de la suplementación depende también del estado nutritivo inicial antes del comienzo del embarazo.

Recomendaciones dietéticas

• Fraccionar la dieta. Tomar varias tomas no muy copiosas. Desayuno, media mañana, comida, merienda, cena e, incluso, recena. Evitar periodos prolongados en ayuno mejora la acidez gástrica, las náuseas y vómitos, el azúcar en sangre y el control del apetito, entre otros aspectos.

• Incrementar la fibra alimentaria. Tomar fruta, al menos tres piezas diarias, muy bien lavadas y una ensalada, bien como plato principal o como guarnición, lavada con unas gotitas de lejía apta para consumo alimentario. Consumir al menos

dos veces legumbre a la semana, mejor como segundo plato, y en forma triturada si existen digestiones pesadas o meteorismo. Elegir cereales integrales, pan, arroz, pasta, etc. mejora el estreñimiento y ayuda a moderar el apetito.

• Evitar las grasas en la dieta. A través del control de alimentos grasos como cordero, pato, embutidos, lácteos enteros, repostería industrial, platos precocinados o preparados, así como de las técnicas grasas como frituras, guisos o empanados, se consigue este objetivo.

• Vigilar la hidratación. Beber al menos 8 vasos de líquido al día, unos 2 litros, a base de agua, caldos desgrasados, infusiones, zumos naturales, etc. Así se mejora el estreñimiento, las hemorroides, la retención de líquidos, la halitosis (mal aliento de boca), la probabilidad de cálculos renales por la menor concentración de la orina y la tersura y aspecto de la piel disminuyendo el riesgo de aparición de estrías.

• Controlar los alimentos excitantes y la condimentación. Evitar el café y el té en exceso, los alimentos picantes o muy especiados como la comida china o mejicana ya que empeoran los problemas de digestiones lentas y pesadas y la acidez gástrica.

• Aumentar el aporte de yodo. Esta finalidad se consigue utilizando sal yodada en el cocinado habitual e incrementando el consumo de pescado y marisco hasta llegar a tomar este grupo de alimentos casi todos los días.

• Reducir el consumo de sal. Tanto a partir de la sal de cocinado como de los alimentos especialmente salados: encurtidos, salazones, embutidos, comida china, comida precocinada, alimentos enlatados, alimentos de aperitivo, frutos secos salados, etc.

• Evitar los alimentos con riego de toxiinfecciones alimentarias. Para ello es necesario restringir el consumo de vegetales crudos cuando no ofrezcan las suficientes garantías de higiene y limpieza. Asimismo, es aconsejable cocinar bien los alimentos y no dejar ninguno poco hecho, especialmente la carne, pescado, huevo. Evitar tomar embutidos crudos como jamón serrano si no se ha estado en contacto con el toxoplasma. Evitar también el consumo de quesos elaborados con leche sin esterilizar. Lavar y desinfectar las manos y los utensilios de cocina antes y después de su manipulación. Limpiar periódicamente el frigorífico y demás lugares en contacto con los alimentos.

Con estas sencillas pautas y un poco de sentido común al seguir las recomendaciones de la alimentación saludable para población sana, se consigue que, en este periodo, lo único que preocupe a la mujer sea el nombre de su bebé y, así, disfrute mucho más de estos meses inigualables en experiencias y sentimientos. Si existieran complicaciones mayores que estas como diabetes, hipertensión o enfermedad cardiovascular, deberá seguir las recomendaciones de su médico, su ginecólogo, su enfermera y su dietista-nutricionista.

Bruxismo: Apretar y rechinar los dientes

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

El bruxismo es una actividad no funcional (parafunción), de los músculos de la masticación, un hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales (dientes) consciente o inconscientemente. Es muy común en el paciente adulto, suele pasar desapercibido puede detectarse en más del 50% de la población. En un mundo cada vez más competitivo y agresivo, el estrés va en aumento, por tanto subirán estos porcentajes.

La persona aprieta y rechina los dientes sin un fin (parafunción) que lleva a un desgaste acelerado y prematuro de los dientes, pudiendo producir fracturas de estos, movilidad dental, o dolores musculares y articulares.
El bruxismo es considerado uno de los mayores enemigos de las estructuras orales, en su causa hemos de encontrar un terreno adecuado (genética, condición emocional...) con el estrés, desordenes de la oclusión, alteraciones del sueño, etc.
El esmalte dental es el tejido más duro del cuerpo humano. Está compuesto en un 97% por cristales de hidroxiapatita que le confiere una dureza extrema. El uso habitual al que sometemos a los dientes (comer, hablar, tragar, cepillarnos...) produce un desgaste que podemos cifrar en 1/100 de micra al año aproximadamente. Algo imperceptible al ojo humano.
El problema surge al bruxar, el desgaste se multiplica exponencialmente produciéndose lesiones visibles al poco tiempo. De ahí la importancia de un diagnóstico precoz, con el fin de establecer medidas preventivas y/o terapéuticas si fueran necesarias.
Un diente al contactar con su antagonista normalmente soporta una fuerza puntual de 10 a 35 Kg por diente. Una persona con bruxismo llega de 150 a 300 Kg de carga puntual al tocar un diente con otro, lo que dispara la sobrecarga y el daño de las estructuras.

Diagnóstico precoz

Generalmente, el paciente no es consciente del problema, es el dentista quien observa la perdida de estructura dental. El diagnóstico se suele establecer en una visita de revisión donde se detectan desgastes en los dientes que no se corresponden con la edad del paciente. El diente es el único tejido de nuestro cuerpo que no se puede regenerar con lo que su pérdida es irreversible.
El diagnostico precoz de esta parafunción es nuestra mejor defensa para poner freno a este hábito. El efecto devastador que tiene en las estructuras dentales, se dispara en cualquier tipo de restauración dental (empastes, prótesis, implantes...) lo que exige una mayor protección de estos tratamientos para alargar su ciclo de vida.
En el bruxismo existen 2 tipos: el apretamiento (bruxismo céntrico) y el frotamiento (bruxismo excéntrico) que suele ser más agresivo, repetitivo o continuo. Estos se pueden producir de día (diurno) o de noche (nocturno), afectando a adultos o niños y a ambos sexos por igual.
Es importante que el dentista realice un correcto diagnóstico diferencial con otro tipo de desgastes provocados por erosión (químico), abrasión (mecánico)...

Bruxismo infantil

El bruxismo en los niños suele aparecer entre los cuatro y seis años, es muy frecuente en estas edades sin que se considere patológico sino una forma natural en el desarrollo de la dentición y un estimulo del desarrollo muscular y óseo de los huesos de la cara, que normalmente desaparece con el paso de los años, aunque en ocasiones, se sigue padeciendo en la edad adulta.

Tratamiento del bruxismo

El tratamiento está relacionado con el riesgo de lesión dentaria y su posible afección muscular. Es necesaria la colocación de una protección dental de resina o plástico, conocida como férula de descarga, para impedir la lesión permanente y afección de los dientes. Además la férula de descarga, desde sus primeros días de su uso, elimina el dolor de mandíbula, de cabeza o de oídos, así como otras molestias que puedan haber aparecido debido a la gran presión ejercida sobre la mandíbula.
Dependiendo de cada caso el tratamiento a seguir puede basarse en uno o una combinación de los siguientes:
- Tallado selectivo o ajuste oclusal.
- Rehabilitación protésica.
- Tratamiento de ortodoncia.
- Tratamiento de fisioterapia: Ejercicios musculares.
- Tratamiento farmacológico en fases agudas.
- Calor seco y húmedo.
- Acupuntura.

A la vez una forma de tratar este hábito es con terapias anti estrés, ya que, la tensión emocional es un factor favorecedor y desencadenante.
El tratamiento de las lesiones provocadas por el desgaste dental se pueden tratar con materiales dentales que van a proteger y evitar un daño de las estructuras dentales.

¿Qué es una férula de descarga?

Es un dispositivo acrílico (resina), hecho a medida de la boca de cada paciente y que se ajusta perfectamente a sus dientes. Las férulas oclusales actualmente se confeccionan de material rígido, porque se ha comprobado que las elásticas incitan al paciente a repetir el hábito por la noche.
Normalmente será colocado en el maxilar superior y su empleo es de forma crónica. Es el tratamiento más comúnmente implementado por los odontólogos generales. El paciente la utiliza de noche (nocturno) o todo el día en los casos de bruxismo intenso.
Es importante señalar que las férulas o guardas oclusales no eliminan el bruxismo, su función en el tratamiento es de evitar el daño de las diferentes estructuras orales.

Prevención del bruxismo

A diferencia de la caries dental y las enfermedades de la encía (gingivitis y periodontitis) en las que la prevención juega un papel importantísimo, el bruxismo es un hábito involuntario difícil de prevenir.
Nuestras actuaciones preventivas irán encaminadas principalmente a reducir las posibles consecuencias del hábito de apretar y rechinar los dientes.

Nota: visite a su dentista al menos una vez al año, es la manera más eficaz de mantenerse en salud o detectar cualquier problema precozmente antes de que sea demasiado tarde.

Manolo Ibáñez
&
RUEBER
CENTRO ANTICALVICIE
HOMBRE - MUJER

CARTA PARA LOS MÉDICOS DE ONCOLOGÍA

Estimado Doctor:

Soy muy consciente de los servicios que Usted presta al ser humano, al tratarse de una especialidad tan sumamente delicada como es el diagnóstico que ha de transmitir a sus pacientes, así como el esfuerzo que se debe realizar para su posterior curación, que afortunadamente cada vez es mayor.

También entiendo la cantidad de horas que Usted ha de dedicar, al tener que estar pendiente día a día de las investigaciones y de las respuestas de la ciencia.

Nuestra empresa hace años que está prestando, creemos, una ayuda a sus pacientes a nivel estético sobre los efectos de las personas que deben ser tratadas con quimioterapia. Me refiero a la pérdida del cabello y a las repercusiones en la piel de la cabeza, la cara y el cuerpo. Creo que nuestros servicios sirven también para levantar el ánimo y el estímulo de sus pacientes, pudiendo ayudar a ser más llevadera la transición para una posterior curación. Nuestra misión es conservar la imagen de la persona para que se vea bien como antes y cuidar su autoestima de una forma psicológica. También tengo que hablarle de una realidad que se debe evitar en la medida de lo posible: que estos pacientes caigan en manos inadecuadas que sólo cuidan la parte del negocio, sin ser ni especialistas ni estar preparados para el trato de este tipo de personas.

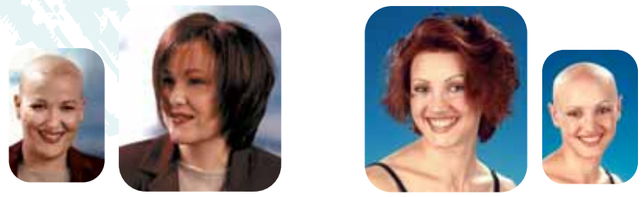
Estamos en Pamplona prestando estos servicios a través de Manolo Ibáñez desde 1980, aunque la empresa madre está en Barcelona desde hace 40 años. Además, tenemos delegaciones en toda España.

Somos fabricantes de nuestros propios productos, tanto a nivel de Línea Capilar como de Cosméticos Dérmicos.

Le comunico esta información, por si puede ser de su interés y por si en algún momento Usted desea recomendarnos.

Reciba un cordial saludo,

José María Codina
Director General de Rueber



40 AÑOS TRABAJANDO PARA HACER MÁS FELICES A LAS PERSONAS

Estamos en: Monasterio de Urdax nº 8, 1º (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

Los Hidratos de carbono

Cristina Fernández Miqueleiz
Dietista-Nutricionista
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra

Se conoce como hidratos de carbono, carbohidratos o glúcidos a una serie de nutrientes imprescindibles para nuestro organismo que nos permiten reponer la energía que gastamos cada día y mejorar nuestro rendimiento físico e intelectual. Por ello, se considera a los carbohidratos la "gasolina" para nuestro organismo ya que son nuestro principal combustible energético a corto y medio plazo.
Junto con las proteínas y las grasas, los carbohidratos aportan calorías al organismo.

Clasificación y fuentes

Las unidades más simples de hidratos de carbono se llaman monosacáridos y constan de una sola molécula. Si contienen entre dos y diez unidades se llaman oligosacáridos y los que se componen de más de diez monosacáridos unidos entre sí, se denominan polisacáridos. Dentro de los carbohidratos se distinguen 2 grandes grupos: simples y complejos. Esta clasificación se hace atendiendo a la velocidad de absorción de sus componentes.

• Los hidratos de carbono *simples*, también llamados azúcares, son nutrientes de absorción rápida de manera que al poco tiempo de consumirlos pasan a la sangre. Los alimentos que contienen carbohidratos simples son el azúcar de mesa, la miel, la fruta y los zumos, los dulces, los pasteles, así como otros alimentos derivados de ellos como la mermelada, el chocolate, las galletas, etc.

Los carbohidratos simples son los que poseen una estructura pequeña que se digiere o rompe muy fácilmente:

- Monosacáridos: glucosa, fructosa, galactosa y ribosa.
- Disacáridos: sacarosa, lactosa y maltosa.

• Los carbohidratos *complejos*, a diferencia de los anteriores, se absorben más lentamente porque son largas cadenas de monosacáridos y el organismo necesita más tiempo para romper las cadenas y que las unidades puedan pasar a la sangre. Los carbohidratos complejos o polisacáridos se clasifican en:

- Almidón. Presente en vegetales: cereales y derivados (pan, pasta, arroz) también en la patata y, en menor proporción, en legumbres y verduras.
- Glucógeno: se trata de un polisacárido animal que se almacena en el hígado y en el músculo.
- Fibra dietética: se trata de una sustancia que el organismo no es capaz de digerir, por tanto no se puede absorber y se elimina por las heces. Está especialmente en las paredes de las células vegetales (fruta, verdura, legumbre y cereales integrales)

Funciones

Es importante resaltar que los alimentos ricos en carbohidratos como el pan, la pasta, el arroz o la patata no "engordan" tanto como se piensa, sino que, consumiéndolos en cantidades moderadas, se adaptan perfectamente a una dieta equilibrada e incluso a dietas en las que se busca la pérdida de peso, por lo que erradicarlos por sistema de la alimentación, es un grave error.

• Aportan energía a corto plazo.

La función principal de los carbohidratos es energética, ya que proporcionan al organismo la energía suficiente para realizar movimientos (cada gramo de carbohidratos aporta 4 calorías). Todas las células del organismo utilizan glucosa, y especialmente las del sistema nervioso porque este nutriente es su única fuente de energía. Cabe destacar que la glucosa es el principal combustible del cerebro, de ahí que pueda apreciarse falta de atención o de concentración cuando no se consumen suficientes carbohidratos o se ayuna durante un periodo largo de tiempo.

• Impiden que proteínas y grasas sean empleadas como fuente de energía.

La energía procedente de los carbohidratos es lo primero que utiliza el organismo cuando realiza una actividad física, de ahí que sean tan importantes estos nutrientes en las dietas de los deportistas. Sin embargo si se abusa de los alimentos que contienen carbohidratos y se lleva una vida sedentaria, estos nutrientes se acaban convirtiendo en grasa con el consiguiente aumento de peso y de volumen corporal.

• Participan en la síntesis de material genético (ADN, ARN...)

Recomendaciones

La mayoría de las personas consumen menos hidratos de carbono de los que necesitan, ya que este nutriente se encuentra en la base de la pirámide de la alimentación saludable. Del total de la energía que consume una persona a lo largo del día, más de la mitad ha de provenir de los carbohidratos, en torno a un 55-65%. Esto implica que los cereales y todos sus derivados constituyen la base de la alimentación de toda la población. Es necesario incluir este grupo de nutrientes en todas las comidas del día, de manera que el reparto de carbohidratos a lo largo del día sea el adecuado. Sin embargo, se recomienda que la mayor parte sea en forma de compleja y solo un 10-15% de azúcares. Se ha de tener en cuenta que el organismo puede prescindir de estos últimos ya que a través de los carbohidratos complejos se puede obtener la glucosa que necesita, pero los azúcares aportan una sensación de bienestar, por lo que al consumidos con moderación resultan muy placenteros.

Para aumentar el consumo de hidratos de carbono complejos, se deben tomar cereales, preferiblemente integrales, y sus derivados como el pan, harinas, etc., a diario. Semanalmente, se han de incluir varias raciones de pasta, arroz (mejor si son integrales), patatas o legumbres.

Índice glucémico

El índice glucémico (IG) es una medida que clasifica los alimentos ricos en carbohidratos en función la velocidad a la que afectan a los niveles de glucosa en sangre, es decir la cantidad de azúcar que se incrementa en la sangre en un periodo de 2 o 3 horas después de haber comido. Así pues, el índice glucémico clasifica los alimentos en 2 grupos:

• Azúcares con IG elevado: Son azúcares simples y de rápida absorción por parte del intestino o complejos, pero fáciles de digerir (glucosa, maltosa, pan, puré de patatas, arroz blanco o pasas).

• Azúcares con IG medio o bajo: Su absorción intestinal es lenta o sus hidratos de carbono son más difíciles de digerir que los anteriores. (sacarosa, fructosa, arroz integral, patatas o legumbres).

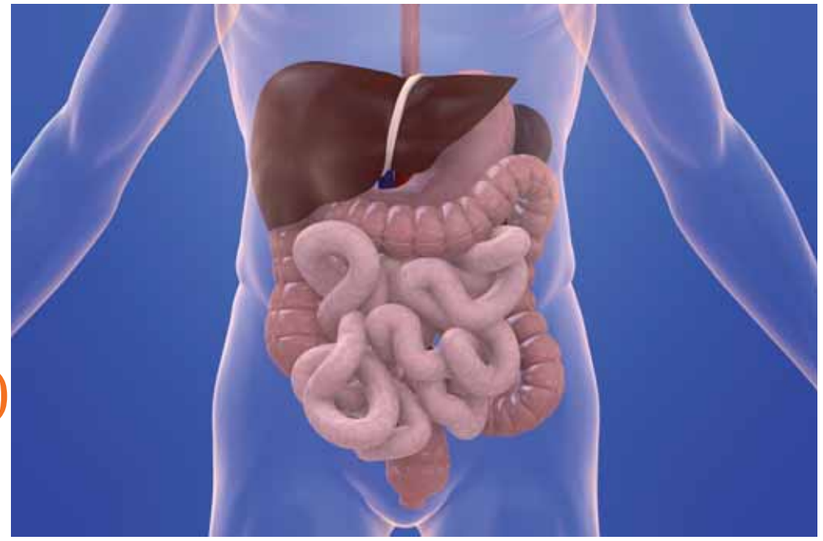
Enfermedades con las que se relacionan

Abusar de los carbohidratos durante mucho tiempo, en especial de los simples, y no quemarlos a través de la actividad física repercute de forma notable en la salud ya que se almacenan en forma de grasas. Este hecho está directamente relacionado con la aparición de caries dental, diabetes tipo II, hipertrigliceridemia (niveles elevados de triglicéridos en sangre), sobrepeso y obesidad.

Cabe resaltar que la dieta de las personas con diabetes es, sin duda una de las más equilibradas, ya que han de alimentarse de la forma más saludable posible pero sin renunciar a ningún grupo de alimentos, y todas las tomas del día deben incluir una cantidad adecuada de carbohidratos para evitar excesos en los niveles de glucosa.

Síndrome de Intestino Irritable (SII)

Dra. Susana de la Riva Onandía
Médico Adjunto de Aparato Digestivo
Clínica Universidad de Navarra



El síndrome de intestino irritable (SII) más conocido popularmente como colon irritable o colon espástico, es un trastorno intestinal que se define por la presencia de dolor abdominal y cambios en el hábito defecatorio que aparece sin alteraciones demostrables por ninguno de los métodos diagnósticos actuales.

El SII es uno de los motivos más frecuentes para acudir al médico, representando hasta una de cada cuatro consultas por problemas digestivos.
El dolor abdominal se caracteriza por mejorar tras defecar y reaparecer posteriormente mientras que los cambios en el ritmo intestinal pueden consistir en diarrea, estreñimiento o una forma de defecar irregular alternando periodos de diarrea con otros de estreñimiento. Estos síntomas pueden presentarse de forma continua o discontinua pero siempre deben de tener un curso prolongado (mayor a 12 semanas en el último año).

Síntomas

Los síntomas más frecuentes (dolor abdominal y alteraciones en el hábito defecatorio) se suelen acompañar de otras manifestaciones intestinales y no intestinales. Entre las primeras destacan: hinchazón abdominal, moco en las heces, digestiones lentas y pesadas, dolor anal, sensación de evacuacion incompleta o constante. Entre los síntomas no intestinales los más frecuentemente asociados son; dolor de cabeza, cansancio generalizado, dolores óseos y musculares. Además con una frecuencia relativamente elevada existe una situación basal de ansiedad, estrés, depresión y/o angustia o preocupación excesiva por la enfermedad.
Suele ser una afección crónica y acompañar al paciente a lo largo de su vida unas veces con síntomas leves y otras suponiendo un importante transtorno en su vida diaria.

Diagnóstico

Es un trastorno funcional y por lo tanto no existe ninguna prueba específica para su diagnóstico.
Actualmente su diagnóstico se basa en la presencia de los síntomas característicos durante un tiempo prolongado, la normalidad de la exploración física y la negatividad de las pruebas realizadas.
El estado psicológico acompañante deduciendo estados de ansiedad, estrés o depresión apoyan esta impresión diagnóstica.
No obstante, y puesto que existe patología orgánica que se puede presentar de forma similar, se han establecido una serie de síntomas de alarma que aconsejan un estudio más exhaustivo por parte del médico de referencia:
- Pérdida de peso.
- Inicio de los síntomas después de los 50 años.
- Historia familiar de cáncer de colon.
- Presencia de fiebre asociada.
- Síntomas de predominio nocturno.
- Sangrado rectal.
- Historia previa de polipos de colon.

La presencia de alguno de ellos obliga a realizar exploraciones complementarias entre las que se incluye la colonoscopia.

Tratamiento. Régimen de vida y alimentación

Aunque no existen unas medidas dietéticas determinadas que mejoren los síntomas, uno de los principales detalles a cuidar son los hábitos alimenticios con el fin de facilitar los periodos digestivos.
Está comprobado que pasar demasiadas horas en ayunas debilita nuestra capacidad digestiva y por eso es aconsejable realizar 5-6 comidas al día de menor cantidad y así evitar periodos de ayuno prolongados.
Se debe de comer despacio ensalivando y masticando adecuadamente los alimentos puesto que la digestión comienza en la boca.
No existe una dieta claramente establecida a seguir o evitar puesto que cada paciente de forma individual puede presentar hipersensibilidad a alimentos variados. Lo que sí se ha observado es que debido a esta hipersensibilidad los cambios bruscos de dieta o hábitos asi como la ingesta de comidas y bebidas que producen gases intestinales son mal tolerados.

Basándose en esta intolerancia variada, se han logrado establecer grupos de alimentos a los que estos pacientes pueden ser hipersensibles y por lo tanto se deben de evitar: el gluten de trigo, cebada, centeno, levaduras, leche, café, cafeina, té, bolleria, chocolate, bebidas con gas, grasas y alcohol.
Además es aconsejable suprimir la leche de vaca y utilizar la vegetal: soja, almendra, avena, arroz, o avellana.
Los yogures se suelen tolerar bien y mejor aquellos que contienen bífidus o lactobacillus.
Algunas personas mejoran con el aumento de fibra en su dieta (las que tienen estreñimiento) y otras muchas en cambio empeoran (si predomina la diarrea). Como norma general si se quiere emplear más fibra en la dieta, que no sea la de trigo, es mejor la de avena, verdura, psillium y fruta.
Se deben eliminar todas aquellas bebidas que contengan gas y acostumbrarse a beber solo agua con las comidas.
La toma de suplementos dietéticos que promueven las diferentes funciones del sistema digestivo nos pueden ayudar a suplir las posibles carencias de nutrientes producto de las alteraciones en nuestra dieta y cambios en el estilo de vida:
- Complejos polivitamínicos: fundamentalmente vitaminas del grupo B.
- Probióticos: ayudan a repoblar la flora intestinal.
- Fibra: ayuda a la formación de heces regulando y favoreciendo la motilidad intestinal.
- Alimentos o aguas minerales ricas en magnesio: mejoran el tránsito intestinal y tiene efecto anti-estrés.

Algunos productos naturales también pueden ser de gran ayuda, reduciendo los espasmos gastrointestinales y favoreciendo la expulsión de gases. Entre los más destacados cabe nombrar a la manzanilla, o infusiones de jengibre, melisa o anis verde.
Otro de los apartados importantes en el paciente diagnosticado de SII es el estado emocional de la persona. Los niveles altos de estrés o ansiedad pueden ser los desencadenantes de una crisis intestinal por ello se deben de identificar y evitar las situaciones estresantes. Es aconsejable realizar ejercicio físico adecuado a la edad y que les resulte agradable evitando el sedentarismo. Cualquier otra técnica relajante puede ser de gran ayuda.

Medicación

No existe tratamientos definitivos o curativos para esta enfermedad. Los tratamientos existentes se dirigen a atacar y prevenir las crisis. Por este motivo la utilización de fármacos debe de ser por indicación del médico de referencia, durante un tiempo limitado y cuando la intensidad de los síntomas así lo aconseje y pueden ser: inhibidores de los espasmos, estimulantes de la motilidad, antidiarreicos, laxantes, antidepresivos y ansiolíticos.

Suelo pélvico y deporte

Mary Mar Horcada
Matrona
Asociación Navarra de Matronas
Programa de protección de suelo pélvico en la mujer deportista

Todos sabemos que el deporte es bueno para la salud, que aporta una serie de beneficios psíquicos, físicos y sociales que repercuten en una mejor calidad de vida. No obstante, si no se realiza en las debidas condiciones o no nos cuidamos en algunos aspectos se pueden producir una serie de alteraciones, o agravar algunas ya establecidas.

En este artículo nos vamos a referir a las repercusiones que puede ocasionar el deporte realizado incorrectamente, sobre el suelo pélvico.

¿Qué es el suelo pélvico?

Es el conjunto de músculos que sostienen la parte baja del abdomen, es como una "hamaca" flexible que sirve de apoyo a las vísceras: Vejiga, útero y recto.

Dibujo tomado de Anatomía para el movimiento. El periné femenino y el parto Blandine Calais Germain

Dibujo tomado de Anatomía para el movimiento. El periné femenino y el parto Blandine Calais Germain

A través de los músculos del suelo pélvico transcurren la uretra, la vagina y el esfínter del ano. Estos músculos tienen una doble función. Por un lado, sirven para sostener las vísceras y, por otro, como lugar de paso al orinar, defecar, mantener relaciones coitales o durante el parto.

La mujer es más vulnerable a las lesiones del suelo pélvico por sus condiciones anatómicas, por su edad y por los procesos en su ciclo reproductivo.

¿Qué puede producirse si el suelo pélvico se encuentra alterado?

Si los músculos del suelo pélvico no se encuentran en las debidas condiciones se pueden producir alteraciones como son:

- Pérdidas involuntarias de orina, gases o heces.
- Exteriorización de los órganos pélvicos por la vagina, es lo que se denomina prolapso: uterocele, rectocele, cistocele.
- Disfunciones sexuales: disminución de la sensibilidad, relaciones cóitales dolorosas.

¿Cómo puede alterarse el suelo pélvico?

El suelo pélvico puede alterarse por los procesos del envejecimiento, por las malas prácticas cotidianas, por el embarazo, parto y posparto y por las prácticas deportivas inadecuadas. Pasemos a comentarlas brevemente:

Procesos del envejecimiento: los cambios hormonales que se producen en la menopausia, ocasionan una musculatura menos tónica facilitando su distensión o favoreciendo la reactivación de lesiones del suelo pélvico que estaban compensadas por el aumento de tono de éste.

Malas prácticas cotidianas: como por ejemplo retener mucho tiempo la orina, vestir con prendas ajustadas, toser de forma crónica (como ocurre con las personas fumadoras.) etc.

Embarazo, parto y posparto: por el aumento de la presión, por el peso fetal, por la gran distensión producida en el periodo expulsivo del parto, por hacer abdominales antes de haber rehabilitado el suelo pélvico, después de un parto, etc.

Mala práctica deportiva: cuando saltamos, correremos, hacemos abdominales etc., se produce un aumento de la presión hacia el suelo pélvico que si no es contrarrestada con un aumento del tono de éste, lo puede lesionar. El aumento de la presión abdominal generada por una actividad deportiva, incluso moderada, puede ser un precursor de la incontinencia urinaria.

Gráfico representativo del aumento de la presión sobre el suelo pélvico. Folleto Prevención de las lesiones del suelo pélvico en la mujer deportista. Asociación Navarra de Matronas

¿Cómo puedo cuidar el suelo pélvico en la práctica deportiva?

Puedes acostumbrarte a realizar lo siguiente:

- Utilizar ropa interior de algodón
- Vaciar la vejiga antes de la práctica deportiva. Realizar la micción sin forzar
- Realizar ejercicios de suelo pélvico.
- Proteger el suelo pélvico ante situaciones de presión abdominal.
- Acudir al profesional de la salud, si se notara alteraciones.

Todas las actividades deportivas deberían incluir en sus entrenamientos unos momentos para la realización de ejercicios el suelo pélvico, y todas las mujeres que practican deporte deberían tener un especial cuidado en aquellas situaciones que supongan un aumento de presión hacia el suelo pélvico.

Por ello, a continuación os planteamos algunas sugerencias al respecto.

Ejercicios de suelo pélvico

Con los ejercicios de suelo pélvico se pretende conseguir un mejor tono y elasticidad y protegerlo de aquellas situaciones que supongan un aumento de presión abdominal.

Los ejercicios se pueden realizar en diferentes posturas: tumbada en el suelo, apoyada sobre la espalda o de lado; sentada en una silla; en cuadrupedia o de pie.

Los ejercicios pueden ser más comprensibles si los representamos gráficamente. Para ello en primer lugar nos vamos a centrar en la vagina, y la vamos a considerar como si fuera un ascensor que sube y baja tres pisos, del 1º al 2º, del 2º al 3º, del 1º al 3º, del 3º al 1º ...todas las variaciones que se deseen. Interiorizamos esta imagen y practicamos varias veces.

Es conveniente que estos ejercicios se realicen en expiración, para disminuir la presión del diafragma sobre el suelo pélvico. El tiempo de relajación debe ser el doble que el de fortalecimiento.

¿Cómo nos protegemos ante situaciones de hipertensión abdominal?

Al estornudar, al toser, al coger un peso al agacharse, debemos estar preparadas con el suelo pélvico situado en el 3er piso. Esto es muy importante, sobre todo cuando vayamos a realizar saltos o abdominales.

Recuerda que todos los músculos que se trabajan, para tonificarlos también necesitan ser estirados de la siguiente forma:

¿Cómo estiramos los músculos del suelo pélvico?

Echada en el suelo apoyada sobre la espalda dobla las rodillas y aproxímalas hacia ti todo lo que puedas. Al mismo tiempo separa las piernas.

Estiramiento del suelo pélvico. Folleto Prevención de las lesiones del suelo pélvico en la mujer deportista. Asociación Navarra de Matronas.

¿Cómo se pueden aplicar los ejercicios de suelo pélvico en la práctica deportiva?

Se pueden introducir adecuándose al tipo de deporte y a las distintas etapas. Por ejemplo:

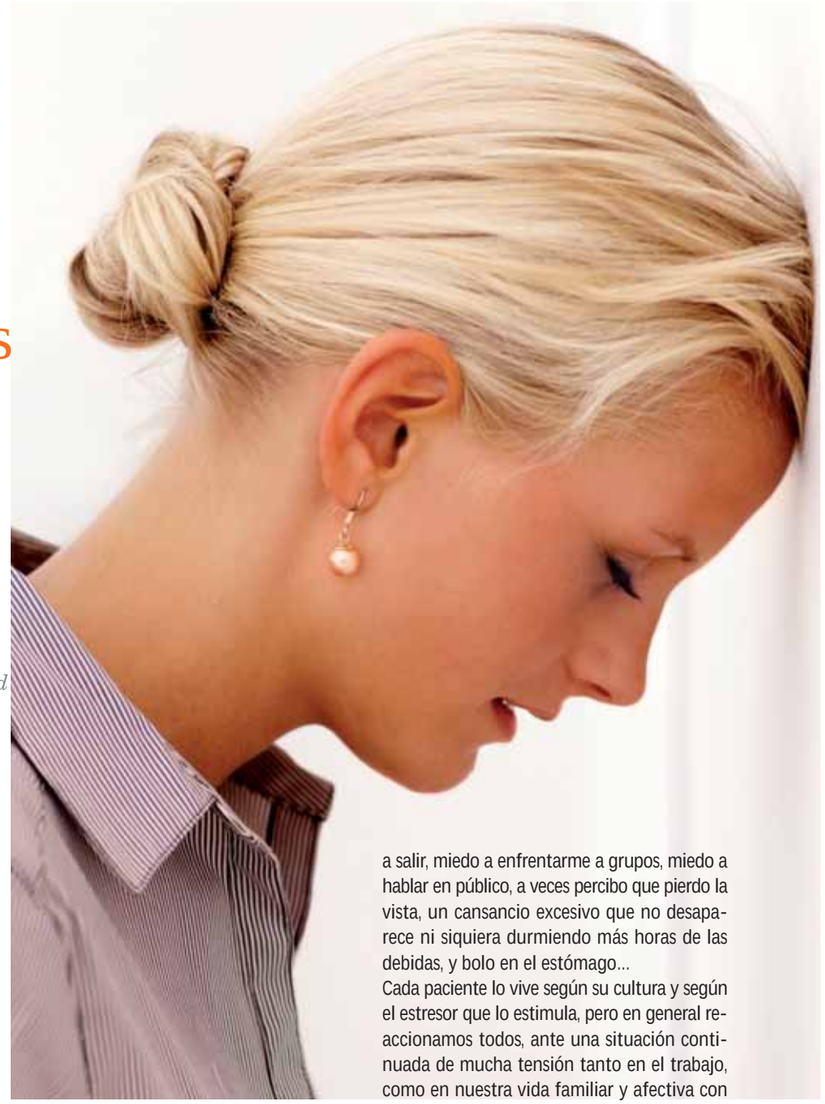
- En el Calentamiento: puedes realizar ejercicios de fortalecimiento y estiramiento del suelo pélvico.

- Parte activa del entrenamiento: protege el suelo pélvico en situaciones de aumento de presión, saltar, abdominales etc. tal y como hemos comentado anteriormente.
- Final de entrenamiento: puedes realizar ejercicios de fortalecimiento y de estiramiento del suelo pélvico, mientras estiras otras partes de tu cuerpo.

Pero sobre todo recuerda: Es muy importante que la mujer integre la musculatura del suelo pélvico dentro de su esquema corporal. Ya sabes que las lesiones del suelo pélvico pueden condicionar la calidad de vida de la mujer. Si tienes algunas alteraciones de las que hemos hablado, no lo dejes, no pienses que es normal por ser mujer, acude a los profesionales de salud.

Una vez más el estrés clínico

Dr. Emilio Garrido-Landívar
Especialista en Psicología de la Salud
Hospital San Juan de Dios



El estrés es una enfermedad, no en su fase inicial, pero sí en las siguientes de su desarrollo mórbido y perjudica nuestra vida personal, afectiva y laboral –sobre todo-, lo mismo en adultos como en jóvenes e incluso en los niños.

No sé por qué regla de tres, no está bien visto en muchas consultas de salud primaria, diagnosticar un cuadro de estrés y sí una depresión, siendo que tiene muchos más síntomas de ansiedad que de "estado de ánimo bajo". No llego a entender dónde está la dificultad del cuadro. Pero un cuadro de estrés no es para nada un cuadro de depresión clínica.
Creemos que realmente una depresión no tiene mucho que ver con el estrés, que no quiere decir que no haya muchos pacientes que ante un cuadro de estrés no reaccione con bajo humor, baja líbido, trastornos del carácter, muy irritables y pocas ganas de hacer nada... Pero el estrés, todos sabemos que es otra cosa.

Trastornos de la Ansiedad

El DSM-IV lo integra en el eje de los trastornos de la Ansiedad (F-43), donde este síntoma es fundamental en distintos grados: moderado, agudo y estrés postraumático, pero es un cuadro de estrés.
Observamos y sospechamos un cuadro de estrés, cuando sentimos ansiedad muy alta, durante casi todo el día, y realmente no sabemos muy bien por qué, pero esa ansiedad es base de nuestra vida durante el período de estrés que dura y que puede mantenerse entre tres y seis meses.
Indiscutiblemente que ese paciente no duerme bien, no come bien, no disfruta de la vida y está pendiente de qué le pasará hoy para "sentirse peor que ayer" y qué estresor –que no sabe el paciente, lo qué es un estresor-, le estimulará a pensar que se va a morir de angustia ante un consejo de administración, o ante una visita a otra fábrica, o simplemente al tener una reunión con los sindicatos... El caso que en muchas ocasiones anteriores se "bandeaba muy bien" con ellas, y ahora solo pensarlas o verlas escritas en la agenda –sin haber llegado todavía-, ya le dan un auténtico cuadro de angustia... Lo más probable que esté desarrollando un cuadro de estrés.
Si ese cuadro de ansiedad no se controla, conforme Dios manda, que son unas pautas psicoeducativas y muchas veces un ansiolítico sencillo añadido a un fluoxetina en el desayuno, nuestro cerebro actúa de forma más contundente: Nos hace desarrollar fobias unas veces generales y otras muy específicas; miedo a salir, miedo a enfrentarme a grupos, miedo a hablar en público, a veces percibo que pierdo la vista, un cansancio excesivo que no desaparece ni siquiera durmiendo más horas de las debidas, y bolo en el estómago...
Cada paciente lo vive según su cultura y según el estresor que lo estimula, pero en general reaccionamos todos, ante una situación continuada de mucha tensión tanto en el trabajo, como en nuestra vida familiar y afectiva con una enorme carga de ansiedad. Esta situación prolongada nos deja las "fuerzas-el sistema inmunológico-," muy justicas, y queremos seguir al mismo ritmo que siempre y el organismo "no puede" y tiene que activar el cortisol-hormona que controla el estrés-, hasta su "reserva" y eso se paga con un cuadro de estrés. Sin darte cuenta sigues tirando con las pocas fuerzas que te quedan y con más buena voluntad de la debida sigues en la brecha creyéndote superman y no puedes más con las mismas cosas que hacía poco tiempo me parecían ridículas...Y, sigue uno luchando y sacando fuerzas de donde no las hay...y no quieres reconocer que no puedes y sigues en mínimos a costa de tu salud y de sus sobreesfuerzos para hacer lo que antes hacíamos con normalidad... ¡hasta que un día notas un dolor en el brazo izquierdo y parece que el corazón se te va a salir por la boca! Y pides ayuda.

Cuadro de estrés moderado

Todo esto que nos ha pasado a todos en muchas ocasiones, se llama un cuadro de estrés

moderado que puede llegar a ser agudo. No quiero asustar a nadie pero pueden darse situaciones de paresias funcionales, donde siento que no puedo mover un brazo, que las piernas se me tambalean y que tengo un fácil sollozo o un hipo que jamás había tenido y hasta algún día me he sentido mareado... Todo este paquete de síntomas hermanan tan fácilmente con otros cuadros clínicos de nombres diferentes que somos capaces de acabar diciendo, en la fase aguda: "Ingréseme que me muero". Pues no señor, tiene un cuadro de estrés y lo primero de todo es aceptarlo, ir a su médico y ponerse en tratamiento urgente.
El profesional le dirá que unos días de baja laboral no le vendrían mal, y usted no lo acepta porque quiere resolverlo usted solo, con ningún método; solo porque su voluntad lo quiere conseguir. Por eso lo primero y fundamental es aceptar que no está bien. Lo segundo en la fase aguda debe tomar el tratamiento medicamentoso específico para ello, aunque no lo quiera, y tercero tiene que tener una pautas psicoeducativas elementales pero muy importantes. La primera de todas, aquello que le pasa no es orgánico, no tiene que ir al cardiólogo; no, tranquilo.

Ejercicio físico

Todos los días tiene que hacer ejercicio físico una hora repartida en dos medias, ya irá aumentando lentamente el tiempo y el ritmo; sí, no se extrañe. Solamente el ejercicio físico le suprimirá el cansancio psicológico que tiene y la ansiedad irá disminuyendo paulatinamente. Aunque no pueda tiene que hacer ejercicio físico. No beba alcohol y menos fume "maría", por muy bien que le parezca que le sienta. Respire profundamente tantas veces se sienta extraño, es gratis y es muy beneficiosa para su salud y su estrés y mientras respira háblele a su cerebro con un sentido positivo: "¡Lo voy a conseguir!", "¡puedo hacerlo y lo voy a hacer!", "¡cada día deseo y me siento mejor!"... Un lenguaje positivo y a su favor no sabe usted lo beneficioso que es, pruébelo y lo comprobará. Por último, para que se tranquilice: Nada de lo que siente, es orgánico; todo es psicosomático y ninguna angustia por muy fuerte que sea, le puede deteriorar un órgano vital, así que tranquilo y adelante, merece la pena.

Ser feliz es fácil: ¡Hazte donante de médula ósea!

Dra. Erkuden Aranburu Urtasun
Hematóloga del Centro de Transfusión de Sangre de Navarra

"...¿Cómo va todo? Espero que bien. Sólo comentarte que me ha escrito una carta el chico de Londres. La verdad es que es una carta muy emotiva. Me da las gracias y, lo más importante, me dice que todo fue fenomenal y que en estos momentos ya hace vida totalmente normal. Te lo comento para que se lo digas a todos los que participasteis en tan buen fin. Ahora a por otro!!! A ver si me toca otra vez!!! Ya sería la leche... "

Este correo, escrito por el último donante de PH (progenitores hematopoyéticos) de nuestra Comunidad (febrero 2009) lo recibí hace pocos días y nada mejor que su testimonio para presentar este artículo que pretende informar sobre los trasplantes de médula ósea (células madre o PH) provenientes de donantes no emparentados.

Su vivencia, que no duda en compartirla con los que, de una forma u otra, estuvimos con él, anima a seguir trabajando por lograr personas comprometidas con la donación. Es de justicia recordar que en este donante coincidieron dos circunstancias que viene a aumentar, si cabe, su mérito. La primera, como donante de sangre habitual, es conocido su miedo a los pinchazos. Y segunda, al mes de la extracción de PH de sangre periférica se le solicitó una segunda donación de linfocitos, que en ocasiones está indicada para consolidar el implante, pero que no suele ser habitual (es la primera vez que se realiza en nuestros donantes en 20 años de historia). Era una nueva donación a la que no vaciló en dar su consentimiento.

El resultado del esfuerzo: un joven que recupera la salud y vuelve a la vida normal y un donante que desea poder donar otra vez. ¿No es fácil sentirte útil, sentirte feliz?

En general merece la pena destacar dos importantes detalles en el análisis del contexto actual de los trasplantes de PH provenientes de donantes no relacionados (DnR)

1. Los buenos resultados clínicos obtenidos en los enfermos sometidos a trasplantes de médula ósea de donante no emparentado han llevado a incrementar de forma importante sus indicaciones.
2. La existencia de evidencia científica suficiente sobre la inocuidad a largo plazo de la administración de G-CSF a donantes sanos a partir de la experiencia en la donación de PHSP (Progenitores Hematopoyéticos de Sangre Periférica) en donantes relacionados, obligó a autorizar su uso también en el ámbito de los trasplantes de donantes no relacionados. En España en noviembre de 2002 la Comisión Nacional de TPH (CNT), decidió autorizar el empleo de dichos progenitores como primera opción terapéutica siempre que lo solicitara el centro de trasplante, lo aceptara el donante y se garantizaran una serie de mínimos que aseguraran un adecuado manejo del donante y su control a largo plazo.

Historia del trasplante de médula ósea

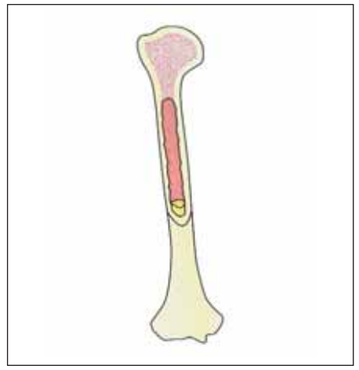
El trasplante de células madre sanguíneas no se puso en práctica hasta que, en la década de los cincuenta, tuvieron lugar descubrimientos cruciales acerca del sistema inmune, siendo el más importante el hallazgo de los antígenos de Histocompatibilidad humana (HLA).

En el año 1980 se reconoció la importancia de estos descubrimientos y se concedió el Premio Nobel a los científicos George D. Snell, Jean Dausset and Baruj Benacerraf artífices de tan decisivas investigaciones.

Para que un trasplante de células madre sea un éxito, el sistema inmune del receptor debe de aceptar las células del donante. Esto se consigue asegurándose de que los antígenos HLA de las células madre del donante son idénticos, o muy similares, a los antígenos de las células del receptor.

Un trasplante entre gemelos idénticos garantiza una completa compatibilidad HLA entre el donante y el receptor y estos fueron los primeros trasplantes que se hicieron entre humanos.

No fue hasta los años sesenta, cuando se conoció más acerca de la compatibilidad HLA, cuando se comenzaron a realizar trasplantes entre



hermanos que no fueran gemelos idénticos.

En los años 1970, se llevaron a cabo los primeros trasplantes usando donantes HLA compatibles pero que no eran familiares del receptor. Como dos de cada tres pacientes no tienen un donante relacionado surgió la necesidad de aunar esfuerzos, a nivel internacional, para conseguir donantes compatibles entre personas voluntarias en todo el mundo. Fue el origen del nacimiento de los registros.

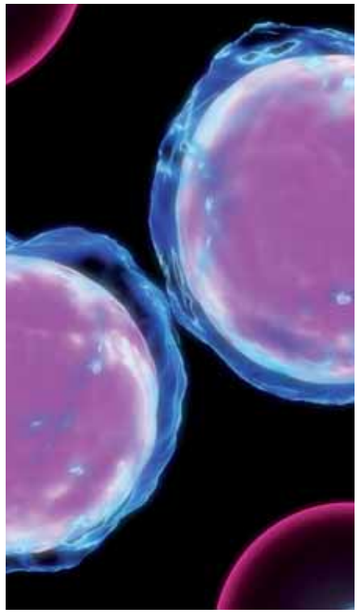
Creación de los registros

El concepto de registros se remonta al año 1970 cuando el profesor Dr Jon J. van Rood propuso la creación de un archivo de donantes de sangre, a los que se les realizará el estudio de los antígenos HLA, pudiendo ser empleados en las transfusiones de plaquetas y posteriormente en trasplantes de médula ósea.

Hoy en día, Bone Marrow Donors Worlwide (BMDW) es una organización que la conforman 78 registros que gestiona más de trece millones de donantes de todo el mundo y más de 385.000 unidades de cordón umbilical.

En el año 2008 el número de donantes de células madre en el registro internacional (BMDW) alcanzó la cifra de 12.405.694. El número de unidades de cordón umbilical ascendía a 339.178.

Las diferencias en el número de donantes en los diferentes registros según los Países son muy significativas.



	Alemania	Francia	España	UK.	Israel	Chipre
Donantes de PH /MO	3.355.359	162.859	**71.818**	759.974	466.472	108.179

El registro de donantes de médula ósea en España (REDMO)

La Fundación Internacional Josep Carreras para la Lucha contra la Leucemia fue fundada el 14 de julio de 1988 contemplando, entre sus objetivos, la creación de un registro de donantes voluntarios de médula ósea en nuestro país.

En 1991, por acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo se crea el Registro de Donantes de Médula Ósea (REDMO) para gestionar las búsquedas de médula ósea y coordinar el registro de los donantes de las diferentes comunidades autonómicas.

En 1992 la Consejería de Salud del Gobierno de Navarra firmó un acuerdo de colaboración con la Fundación Careras.

El laboratorio de HLA del Banco de Sangre de Navarra asumió dicha responsabilidad y así se comenzó a engrosar el registro que en la actualidad cuenta con 3.721 donantes (0.6 por cada cien habitantes).

Sería deseable extender a la población en general la importancia de esta donación, haciendo hincapié en su escaso riesgo y su demostrado beneficio.

La experiencia del año pasado a raíz de la llamada de Eduardo Domezain, joven que falleció a la espera de un trasplante, dejó bien claro que hay un número muy importante de personas que estarían dispuestas a ser donantes, pero a las cuales no les llega la información y, si les llega, a veces es insuficiente o incorrecta.

La evidencia de esta situación animó a crear la Asociación DOMENA: Asociación Eduardo Domezain de Donantes de Médula de Navarra que tiene entre sus objetivos la promoción de la donación y la asistencia a los enfermos y familiares. (www.asociaciondomena.com)

Cómo funciona el REDMO

Para ser donante de médula ósea se siguen los mismos criterios de selección que para los donantes de sangre, con la excepción de que la edad está limitada a los 55 años (18-55 años).

En general, hay que tener buena salud y no haber padecido enfermedades infecciosas potencialmente transmisibles por transfusión como son: VIH, VHC, VHB, Paludismo, Sífilis...

En la primera visita al/la donante potencial se le informa de forma personalizada y por escrito de todo el proceso. Si acepta ser inscrito en el registro firma el documento homologado de consentimiento (elaborado por la ONT) y se le extrae una muestra de sangre para hacer el estudio del sistema HLA.

El resultado del estudio, así como el consentimiento informado, se envían al REDMO (Barcelona), dónde quedan sus datos registrados hasta que, movilizados por una posible compatibilidad con un paciente determinado, se procede a contactar de nuevo con él/a implicado/a para realizar los análisis complementarios pertinentes.

Sólo cuando queda demostrada la compatibilidad entre el/la donante y el/la receptor/a, se plantea el proceso de la donación.

¿En que consiste la donación?

El proceso, en el 95% de los casos, consiste en la movilización de células madre a sangre periférica, mediante la inyección subcutánea de factores de crecimiento cuatro días antes de la donación. Posteriormente te procede a la extracción de las mismas utilizando una máquina de aféresis.

La máquina extrae pequeños volúmenes de sangre, recoge las células madre y devuelve al donante el plasma y el resto de células sanguíneas. El proceso dura entre 4 o 5 horas.

En un 4-5% de los casos, se requiere la donación de células madre provenientes de médula ósea. El proceso requiere anestesia general y la extracción se realiza en quirófano. A las 24 horas el donante es dado de alta.

De todo el proceso se debe de dar información puntual y personal a todo donante interesado.

¿Por qué ser donante de médula ósea?

Analizada la situación actual del trasplante de PH hay que implicar a la sociedad en este tipo de donación, incrementando la información y estimulando la promoción.

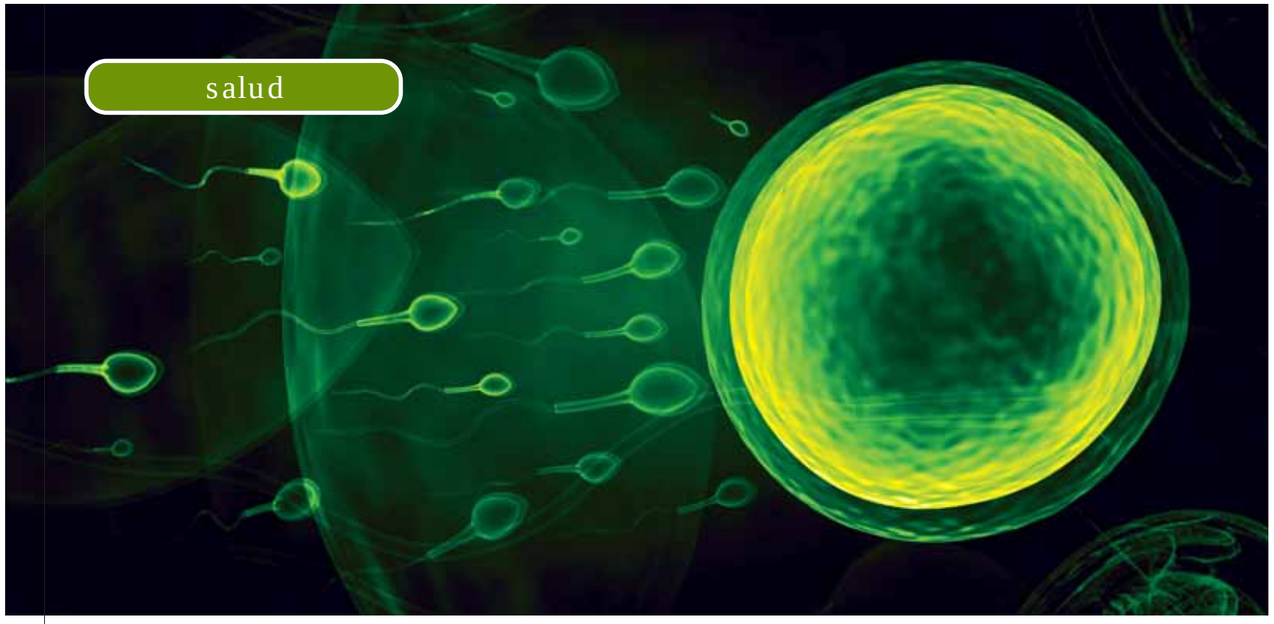
Las personas presentan una excelente disponibilidad ante la posibilidad de ayudar a un semejante, lo hemos comprobado, pero hay que llegar a ellas.

Se ha estimado, en un estudio sociológico realizado bajo el auspicio de ADONA, que el número de ciudadanos dispuestos a ser donantes de médula ósea en nuestra comunidad serían más de 40.000.

Esta cifra debería constituir un reto para toda la sociedad en su conjunto.

Ahora que cada vez se oye hablar más de la inteligencia emocional, de la relación directa entre el grado de felicidad y el compromiso con los demás, debemos de dirigir los esfuerzos a transmitir este mensaje de solidaridad. ¡Recordar que sin donantes no hay trasplantes!

" La donación es un gesto totalmente altruista, considerado como el mayor acto de bondad entre los seres humanos" (OMS).



Cómo mejorar la fertilidad

Diana Arteaga
Matrona. Hospital Virgen del Camino

Cuando surge la dificultad de quedar embarazada, la pareja se enfrenta a situaciones nuevas que comportan pérdidas y duelos sobre su capacidad, así como temores y ansiedades vinculadas a la concepción.

En este proceso intervienen muchos factores. A ellos se añaden otros aspectos relacionados con la realidad social y cultural y los estilos de vida, a veces no saludables. Actualmente, la búsqueda de embarazo se pospone a edades más avanzadas, por otra parte la sociedad, envuelta en un ritmo vertiginoso reclama resultados inmediatos.

Por todo ello, en los casos en que todo parece jugar en contra de la consecución del embarazo va a ser preciso un tiempo de preparación en el que se profundice en el conocimiento de uno mismo y de su pareja, a fin de favorecer las condiciones más adecuadas para lograr el embarazo antes de acudir a métodos más invasivos como son las técnicas de reproducción asistida (T.R.A.).

En condiciones normales, una pareja en edad fértil requiere un proceso que puede llevar meses conseguir el embarazo. Según estudios, el 25% de las parejas lo logran en el primer mes de mantener relaciones sexuales regulares (2-3 a la semana) y sin protección, y transcurridos los dos años el 90%.

El porcentaje de parejas estériles se sitúa en torno al 15%. Una de cada seis parejas en edad reproductiva tienen problemas de fertilidad.

Este artículo quiere familiarizar a la mujer con conocimientos que puedan ayudarle a gestionar su ciclo, a practicar hábitos de vida más saludables y favorables a la fertilidad, así como sensibilizar en la educación y el autoconocimiento de la mujer desde la misma adolescencia.

En los últimos años se viene hablando en círculos relativos a esta materia de la Naprotechnology, como una ciencia que trabaja en cooperación con el ciclo natural de la mujer, aportando herramientas para el control y evaluación del mismo.

Hacia la búsqueda del embarazo

La búsqueda de un embarazo exige que la pareja adopte un papel activo en la toma de conciencia de su identidad y asuma que de forma autónoma puede reconocer su fertilidad.

En este sentido, la pareja va a tener que aprender todas aquellas técnicas mínimamente invasivas que resultan útiles. Enseñaremos a las parejas a saber cuándo son sus días fértiles y cuándo no, cuándo su ciclo es normal y cuándo existe alguna alteración, y de esa manera potenciar su fertilidad.

Va a ser necesario un conocimiento básico de la anatomía, fisiología del ciclo ovárico y menstrual, de los signos de fertilidad y sus alteraciones. La ovulación determina el tiempo en el que una relación sexual puede ser fecundante, ya que depende de la duración de vida de los espermatozoides, como la duración de vida del óvulo . Para el conocimiento de la etapa fértil de la mujer es fundamental la observación de la secreción cervical, pues tiene una capacidad cambiante (hormono dependiente) y su función es determinante.

Es un trabajo de observación y autoobservación. Diariamente se rellena una gráfica con una serie de indicadores que nos permiten conocer el ciclo de la mujer. Dos terceras partes de las mujeres con problemas de fertilidad no producen suficiente moco cervical, por lo que resulta fundamental enseñar a detectar las distintas sensaciones.

En algunos casos puede ser útil enseñar a la mujer la autopalpación del cuello uterino, un procedimiento muy fácil de aprender. La exploración se realiza una vez al día, a la misma hora (generalmente por la noche), a partir del momento en que termina la menstruación.

También podemos contar con la ayuda de monitores de fertilidad, éstos son unos pequeños ordenadores que miden la concentración de hormona LH y Estradiol en la orina de la mujer mediante señales luminosas que indican el nivel de fertilidad de cada día. Son muy fáciles de manejar.

Coincidiendo con el trabajo de enseñanza y de acompañamiento que se desarrolla con la pareja, se realiza una entrevista , historia clínica y una exploración física. Es el experto en fertilidad quien ayudará a interpretar el ciclo. El 40% de embarazos se consiguen simplemente identificando los días fértiles. Asimismo se podrán solicitar pruebas complementarias (analíticas, seminogramas, etc.) o su derivación a otro especialista (al ginecólogo, urólogo, sexólogo), ya que se trabaja multidisciplinarmente. De todo ello se llega a un diagnóstico que orientará el trabajo posterior.

En este sentido "Naprotechnology" aparece como una nueva ciencia reproductiva, totalmente natural, que trabaja en cooperación con el ciclo natural de la procreación. Se ha desarrollado como una serie de aplicaciones médicas basadas en un método de evaluación de los marcadores biológicos de la fertilidad del ciclo, ayudando por tanto a identificar los indicadores que vemos y sentimos, y que nos dicen lo que está sucediendo en el ciclo. Todo ello permite encontrar la causa de la infertilidad, y por tanto permitir corregir y resolver los problemas que puedan existir.

Pero también tiene sus limitaciones, como son la azoopermia, la menopausia o los casos de obstrucción tubárica bilateral. Encuentra más dificultad en mujeres mayores de 35 años, con (T.R.A.) anteriores fallidas y en aquellos casos que llevan más de 6 años buscando un embarazo.

Relaciones sexuales y fertilidad

No podemos olvidar el cuidado de las relaciones sexuales como un ámbito en el que conocerse y favorecer el bienestar de la pareja. Una buena relación sexual va a requerir una buena lubricación, vulvar y vaginal, que permita una relación más agradable. Esto a su vez disminuye el pH ácido de la vagina favoreciendo la supervivencia y capacidad fecundante de los espermatozoides. Pero para ello es importante prolongar las primeras fases de la relación sexual (aumentar los preliminares).

Una adecuada excitación sexual favorece además otros parámetros favorables como el aumento de emisión de líquido prostático, lo que favorece la viabilidad y la capacidad fecundante de los espermatozoides.

Hábitos de vida que influyen en la fertilidad

Unos hábitos de vida sanos favorecen la fertilidad, haciendo que nuestro eje hormonal funcione mejor. También aumentan las posibilidades de éxito de las T.R.A.

Entre los hábitos no saludables se encuentran:

El tabaco. Sabemos por los muchos estudios realizados que el tabaco afecta tanto al hombre como a la mujer. En el caso de los hombres, disminuyendo la cantidad y calidad espermática, y llegando a producir falta de erección por su afección vascular. Y en las mujeres, alterando el moco cervical, causando enfermedades tubáricas, disminución de los estrógenos, abortos preclínicos, disminuyendo las probabilidades de embarazo.

El alcohol. Se asocia a subfertilidad y a un retraso en la concepción, sin perder de vista el efecto teratógeno por el síndrome alcohólico fetal.

El café. Su consumo en grandes cantidades, se asocia a un retraso de la concepción.

El estrés. No es una causa de infertilidad sino un factor de riesgo, que afecta de modo diferente según la fase del ciclo que se encuentre la mujer. También afecta al hombre en la producción espermática.

El riesgo laboral. Las temperaturas elevadas en los puestos de trabajo (panaderos, secado de pinturas cerámicas donde se trabaja con hornos a altas temperaturas) y las posturas sentadas durante largos periodos de tiempo (transportistas) pueden producir varices escrotales y alteraciones en la espermatogénesis .

Hay puestos de trabajo que pueden estar expuestos a tóxicos físicos o químicos (plomo, ciertos éteres, metrotexate, radiaciones ionizantes,...) que conviene conocer.

Entre los hábitos que favorecen la fertilidad podemos citar:

Dieta. En los hombres los antioxidantes como la vitamina C o el Zn, mejoran la formula espermática. La maca (lepidium), planta andina de venta en herboristerías en forma de comprimidos, mejoran la líbido y la fórmula espermática. El agua y las vitaminas E (almendras, pipas, avellanas), B6 (carnes, pescados, plátanos , patatas, frutas y verduras) favorecen la calidad del moco cervical.

Este es un momento ideal para prepararnos ante un futuro embarazo, evitando anemias o faltas de vitaminas. Para ello conviene aplicar suplementos de Acido fólico y Yodo (iodocefol) para evitar enfermedades del tubo neural e hipotiroidismo entre otras.

Ejercicio físico. Es un buen momento para plantearse, si aún no lo realiza, un ejercicio moderado y regular. Resulta muy importante mantener un peso adecuado, ya que el eje hormonal está muy relacionado con la leptina. Esta hormona resguarda la composición corporal y la reserva de energía que hace que los depósitos de grasa disminuyan cuando están algo elevados. En la obesidad se produce una leptinoresistencia que no le deja actuar, fallando el eje hormonal. En casos como la diabetes y ovarios poliquísticos debe tenerse en cuenta, y la pérdida de peso resulta muy favorable a la hora de conseguir el embarazo. Realizaremos una dieta equilibrada y personalizada según edad, actividad y necesidades.

Ropa adecuada. Se aconseja el uso de ropa de algodón, no ajustada.

El uso de los tampones debe ser el adecuado para el día del ciclo, tendiendo a utilizar los de menor absorción cuando se pueda y, para los últimos días, los salva slips de algodón. Ha de evitarse el uso diario ya que puede provocar irritaciones y secreciones anómalas.

Conclusiones

Antes de derivar a la pareja a la consulta de reproducción asistida o mientras está en lista de espera, estos cuidados permiten disminuir el estrés, favorecer la sensación de mayor control, instaurar dinámicas que favorecen su crecimiento y bienestar, además de permitir diagnosticar posibles patologías. Por otra parte, no tienen efectos secundarios ni plantean problemas éticos, además de ser muy económicos. En este sentido, debe recordarse que la Matrona como enfermera especialista puede desarrollar su trabajo en este área, siendo Atención Primaria un lugar privilegiado de acceso y seguimiento a la mujer.

Referencias bibliográficas:
Ver en www.zonahospitalaria.com

Incontinencia urinaria

Dr. Antonio Hualde
Médico Adjunto del Servicio de Urología
Hospital Virgen del Camino

La incontinencia está definida como la pérdida involuntaria de orina que puede demostrarse de forma objetiva y causa problemas higiénicos y sociales a las personas que lo padecen. Tradicionalmente se ha considerado por parte de las mujeres, casi normal, consecuencia inevitable de los partos y la edad, mas o menos tolerado, con escasa demanda de asistencia médica, quedando como un mal vergonzante y oculto.

En la actualidad la demanda de tratamiento para esta afección está aumentando considerablemente debido a un incremento de la eficacia de los tratamientos y una situación social y cultural que considera intolerable las pérdidas de orina, ya que es una de las situaciones que mas afectan a la calidad de vida de una persona.

Tipos de incontinencia de orina

Las pérdidas de orina pueden ser de varios tipos cada uno de ellos con su manejo específico, pero fundamentalmente son de dos tipos.

Incontinencia de esfuerzo; (fig1) es la incontinencia que se produce al realizar algún esfuerzo físico que implique aumento de la presión abdominal, tales como toser, reír, saltar, correr, bailar e incluso simplemente andar, pero que no se producen en reposo.

Figura 1

Lo que ocurre en este tipo de incontinencia se debe a que el suelo de la pelvis está formado por un conjunto muscular y un tendón que lo cierra, con tres hiatos , la uretra, la vagina y el recto. Si este músculo y tendón están débiles, al subir la presión en el abdomen con la tos, por ejemplo, ceden, con lo que la vejiga y la uretra descienden, esta se abre y se produce la pérdida de orina (fig 2).

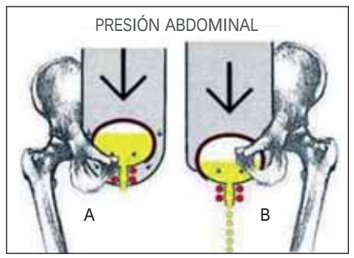


Figura 2

Las causas son varias, primero *los partos*, por lesión de los músculos y nervios durante la fase de expulsión. *La edad*, con una menor capacidad de sostén por parte del tejido conectivo (las cosas se caen). *La menopausia* con disminución de los niveles estrógenos que provoca una atrofia de todo el área genital.

La bipedestación, o sea el ir de pie, somos el único animal que está erguido eso provoca que , la presión abdominal se transmita hacia el periné en vez de hacia el abdomen, por eso tambien mujeres jóvenes, sin partos pueden tener pérdidas de orina con los esfuerzos.

Incontinencia por urgencia; (fig 3) es la pérdida de orina no relacionada con esfuerzos y puede ir precedida de un deseo miccional muy agudo que no se pude controlar , que no da tiempo a llegar al baño, o bien de una pérdida repentina de orina sin deseo miccional previo. Este tipo de incontinencia puede ir acompañada de un aumento de la frecuencia, que obliga a orinar muy a menudo (fig 4).

Figura 3

Localizar los músculos del suelo de pelvis

Figura 4

Es debido a un mal funcionamiento de la vejiga, en el primer caso y en el de las pérdidas repentinas lo que ocurre es que la vejiga se contrae ella sola sin que nosotros hayamos decidido orinar, como ocurre en los niños pequeños. En este caso lo que falla es el control neurológico de la vejiga, control muy complejo y mal conocido en el que forman parte, el cerebro, la médula, y los nervios del suelo pélvico. En otros casos lo que sucede es que la vejiga ha disminuido de capacidad porque está muy "irritada", debido a infecciones, tumores, piedras, aunque lo más habitual es que sea por una inflamación crónica de origen desconocido, llamada cistitis intersticial, y esta irritación le obliga a vaciarse continuamente con urgencia e incluso con pérdidas.

Las causas de este tipo de incontinencia suele ser desconocida en muchos casos, una vez descartadas las causas conocidas, como obstrucciones al vaciado vesical, infecciones, tumores, piedras y enfermedades neurológicas o que provocan afectación neurológica, se etiquetan de vejiga hiperactiva de origen desconocido.

Incontinencia mixta: Se llama así cuando hay una combinación de ambas formas de incontinencia descritas anteriormente, en estos casos concurren varios factores juntos, y es necesario valorar cuál es el más importante y afecta más a la calidad de vida del paciente.

Incontinencia por rebosamiento: se produce en aquellos pacientes, generalmente varones prostáticos, que están obstruidos, es decir, retienen gran cantidad de orina en la vejiga después de orinar y por tanto están siempre con la vejiga llena, aunque ellos no lo noten. A pesar de orinar pierden orina igual que cuando una presa que está llena se sobra. Son pacientes que orinan pero que en realidad están en retención.

Diagnóstico de la incontinencia urinaria

La principal herramienta para el diagnóstico es la historia clínica, es decir, el interrogatorio al paciente, ya que con él podemos saber si los escapes se asocian a esfuerzos o si por el contrario se producen por escapes repentinos sin esfuerzos o porque cuando sentimos el deseo de orinar, si no llegamos de inmediato al baño, nos orinamos.

Tras el interrogatorio el médico explorará a la paciente. Con la vejiga llena se colocará en posición ginecológica, es decir, como para dar a luz, le hará toser y observará si la vejiga y uretra descienden y se pierde orina Si es así, puede comprobar que al sujetar con los dedos la uretra ya no se producen escapes con la tos, cuando la historia clínica es de incontinencia de esfuerzo pura no hace falta ninguna prueba adicional, pero si es por urgencia o mixta necesitaremos un prueba llamada urodinamia.

Urodinamia: es una prueba que consiste en introducir una sonda en la vejiga con dos canales, uno para introducir líquido y otro para medir presiones, mediremos la cantidad de líquido que cabe en una vejiga y los cambios en las presiones que se producen. Nos sirve para demostrar si una vejiga está irritada y si tiene contracciones que el paciente no desea.

Medidas de prevención

Una vez que sabemos cuales son las causas de la aparición de la incontinencia, podremos deducir como intentar prevenirlas.

En primer lugar hay que intentar proteger el suelo de la pelvis pues, como hemos visto, su debilidad provoca la incontinencia por esfuerzo y favorece la urgencia.

Si se practican *deportes* con cierta intensidad, que supongan aumento de la presión intraabdominal, fundamentalmente con saltos y carrera, hay que acordarse de incluir siempre en el entrenamiento ejercicios que fortalezcan el suelo pélvico.

Durante el *embarazo*: el aumento de peso intraabdominal y la sobre distensión, ejerce presión en el periné, así que es conveniente en los ejercicios preparto, no olvidarlo.

El posparto: El parto conlleva una importante agresión, sobre el suelo de la pelvis, con sobre distensión y desgarros, y es el factor mas importante en la aparición de la incontinencia, así que tras el parto, mas importante que la recuperación de la figura, haciendo abdominales, es la recuperación correcta del músculo que cierra y sujeta el suelo pélvico.

Ejercicios del suelo pélvico. Lo problemático es la localización del músculo. Es el músculo que contraemos cuando intentamos aguantar las ganas de defecar u orinar, pero sin apretar las piernas, la manera de localizarlo, es introducir dos dedos en la vagina, e intentar hacer fuerza para aguantar las ganas de orinar, notaremos que se contrae contra nuestros dedos un músculo, ya que rodea todo el introito vaginal.

Hay muchas pautas posibles, pero la más habitual, es tumbada boca a arriba con los pies en el suelo, hacer dos tandas de contracciones.

La primera: contraer durante 10 segundos y relajar 10 segundos, hacerlo 12 veces.

La segunda: contraer 3 segundos y relajar 3 segundos, igualmente 12 veces (fig 5).

- Repetir siguiendo los consejos del médico o del asesor sobre incontinencia.
- Apretar los músculos del suelo de la pelvis con toda la fuerza posible durante algunos segundos (máximo 10 segundos).
- Relajarse por completo durante al menos 10 segundos.

Figura 5

El agua: Es muy frecuente que los pacientes incontinentes, no beban agua, para no producir orina, parece razonable, pero hay que beber agua para mantener una buena salud, y además si se bebe poco puede aparecer estreñimiento, que provoca incontinencia por urgencia, y la orina al ser poca, estar muy concentrada, lo cual "irrita" la vejiga, así que hay que beber al menos un litro al día, eso si distribuido a lo largo de todo el día.

Alimentación. Frutas, verduras y agua, como norma general, hay que tener una alimentación variada, pero en relación con la incontinencia, es conveniente, prevenir el estreñimiento, por lo que es necesario el consumo de frutas y verduras, así como de agua.

Café, te, chocolate y estimulantes. En los casos de incontinencia por urgencia, es necesario el suprimir todo aquello que estimule a la vejiga, lo mas característico y habitual es el café, por su doble función de diurético y estimulante vesical, también el te, el chocolate y estimulantes en general.

La obesidad, es un factor negativo, derivado de un aumento de presión intraabdominal, por un mayor peso, y una disminución de la movilidad de las pacientes, con una disminución de tono muscular general.

Relaciones sexuales. Las relaciones sexuales traumáticas son perjudiciales, por traumatismo contra el periné, pero unas relaciones sexuales satisfactorias, con orgasmo, provocan una intensa contracción del suelo pélvico, con una gran mejora en su capacidad contráctil, por lo que unas relaciones, frecuentes y satisfactorias son favorecedoras.

Tratamiento

En primer lugar hay que tener presente que en la actualidad la incontinencia de orina es curable en muchos casos y casi siempre mejorable.

En la incontinencia de esfuerzo, si el fallo es que la uretra desciende con los esfuerzos, el tratamiento es rehabilitar el músculo para que sujete la uretra o bien sujetarla con algo.

La rehabilitación es eficaz en pacientes que no tienen muy afectado el músculo y que van a ser constantes en los ejercicios de rehabilitación muscular.

La cirugía se ha simplificado mucho, consiste en colocar una malla debajo de la uretra para impedir que descienda, hoy en día, se trata de una cirugía ambulatoria, con un 85% de éxito (fig 6) (fig 7).

Figura 6

Figura 7

En la incontinencia por urgencia, una vez descartadas las patologías susceptibles de tratamiento específico, en la mayoría de los casos el tratamiento irá orientado a conseguir una mejoría de los síntomas y por tanto de la calidad de vida.

En todos los casos es conveniente adquirir hábitos de micciones regulares, y programadas, cada dos horas por ejemplo siempre a las mismas horas, para "acostumbrar" a la vejiga. En pacientes mayores o con dificultad de movimientos pueden requerir ayuda sistemática.

También es necesario la revisión de la medicación que pueda estarse tomando, ya que muchos medicamentos afectan a la función vesical.

Anticolinérgicos; son medicamentos que disminuyen la contracción de la vejiga, son de eficacia limitada pero puede ser suficiente.

Sobre distensión vesical, bajo anestesia se distiende la vejiga para intentar aumentar su capacidad, eficaz en casos de vejiga irritada, requiere repetir el procedimiento cada año.

Inyecciones intravesicales con botox; la toxina botulínica provoca una parálisis del músculo con lo que disminuyen mucho sus contracciones, muy eficaz, pero es necesario repetir cada 8 meses o un año.

Neuromodulación; es la colocación de una especie de marcapasos en el nervio que va a la vejiga, eficaz en casos muy seleccionados.

Es necesario insistir en que la incontinencia, es curable en muchos casos y si no, al menos mejorable, y que de ninguna manera debe ser tolerada como algo inevitable.

La fiebre en el niño

Dr. Iván Vergara Fernández
Médico de Familia. Centro de Salud de Lodosa
Grupo de Urgencias de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (SNaMFAP)

Dra. Valle Molina Samper
Médico de Familia
Servicio de Urgencias Rural. Grupo de Urgencias SNaMFAP

La fiebre es un mecanismo fisiológico de adaptación con efectos beneficiosos. La fiebre ordinaria es relativamente inofensiva, y es un mecanismo de defensa inmunológico importante.

Se suele acompañar de síntomas inespecíficos, como enrojecimiento facial, sudoración, dolor de cabeza o muscular y escalofríos.
Para que exista fiebre la temperatura rectal ha de ser mayor de 38º. Unas alternativas con menos validez son una Tª axilar, timpánica u oral de más de 37.5ºC.
Para tomar la temperatura ya no se recomiendan los termómetros de mercurio, debido al riesgo de contaminación del medio ambiente. En su lugar hay termómetros digitales muy fiables y económicamente accesibles.
Existe consenso en que los niños con > 41.1º están en grave peligro por lo que deben ser atendidos de urgencia. En un intento de ofrecer información y dar pautas de actuación ante un síntoma que suele causar bastante preocupación, hemos dado forma al siguiente texto, intentando recoger la evidencia más robusta disponible.

Causas

En casi un 20% de los procesos febriles en los niños no se detecta una causa aparente. En los que sí, la mayoría de los niños con fiebre sufre una infección viral.
Las infecciones virales en los niños en la mayor parte de los casos no requieren un tratamiento específico o causal (los antibióticos no tienen ningún efecto sobre las infecciones causadas por virus), y sólo precisan de unos cuidados básicos y vigilancia para detectar si hay complicaciones.
Por ello, la principal tarea del médico es detectar los casos de fiebre en niños que pueden deberse a una infección bacteriana.
Un niño con lesiones en mucosas o cutáneas sugerentes de una infección viral, como por ejemplo la varicela, puede no requerir ningún otro procedimiento diagnóstico.
La fiebre de aparición en la primera semana de vida típicamente es de transmisión vertical (es decir, transmitida desde la madre al niño).
En los primeros 3 meses, aproximadamente el 6-10% de los niños con fiebre padecen una enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG), y un 1-2% una bacteriemia (la presencia de la bacteria en la sangre), meningitis, o ambos. En contraste, tan sólo un 2% de los niños de más de 3 meses con una temperatura rectal de más de 39ºC sufren una bacteriemia. De ellos, tan solo un 10% progresarán a una infección bacteriana grave (de un 3 a un 6% a meningitis). Es decir, aproximadamente un caso de cada 1.000 a 2.500 niños con fiebre. Por ello, se precisa un abordaje diagnóstico más agresivo en los niños menores de 3 meses.

Actitud según la edad

• Niños de menos de 3 meses. Precisan la evaluación por parte de un servicio médico y la realización de una batería de pruebas diagnósticas, por lo que deben ser valorados en un servicio de urgencias hospitalario. Será interesante conocer los siguientes datos:
- Síntomas del niño, sobre todo los que orienten a una focalidad (tos, diarrea, convulsiones, etc).
- Si padece alguna enfermedad crónica.
- Historia de la madre durante el embarazo, parto y primeros días tras él (el parto traumático, el parto precoz, el bajo peso al nacer, la hipoxia fetal, la rotura prematura de membranas, la infección materna en el periparto, etc, son factores de riesgo de EBPG).
- También historia de abortos previos o mortalidad infantil que puedan orientar hacia la presencia de alteraciones en el sistema inmune en el seno de la familia.
- Toma de Ab reciente, guardería y posibles contactos con personas infectadas.
- Posible contacto con personas con VIH, otras enfermedades de transmisión sexual, animales o personas enfermas en la familia (inmunodeficiencias).
- Vacunación.

• Niños de 3 meses a 3 años. Sigue siendo pertinente conocer los datos antes expuestos, con especial énfasis en los síntomas que orienten a una focalidad bacteriana, historia de infecciones previas y enfermedades crónicas o inmunodeficiencias.
Tan sólo el 2% de los niños de más de 3 meses con una temperatura rectal de más de 39º presentan una bacteriemia, aunque si la temperatura excede los 40.9ºC esta probabilidad se aumenta por 3.
En cualquier caso, el objetivo es la detección de un foco bacteriano de infección.
Si tras un cuidadoso examen físico no se detecta dicho foco, la fiebre es inferior a 39ºC y el estado general del niño es bueno, ninguna prueba es precisa y en ningún caso se deben pautar antibióticos. Estudios han demostrado que el uso empírico de antibióticos (es decir, previamente a saber si hay un foco bacteriano o qué bacteria causa la infección) no han demostrado ventajas ni son útiles para prevenir la meningitis. Si la fiebre persiste tras 48 horas o el estado empeora, es necesaria una reevaluación por parte de un servicio médico.
Si la fiebre es superior a 39ºC o el estado general está afectado (apariencia tóxica, ver más adelante), es necesaria la valoración por parte de un servicio médico en busca de un foco, y si este no es encontrado, serán precisas una batería de pruebas diagnósticas, por lo que probablemente el niño deba ser derivado a un servicio de Urgencias hospitalario.
• Niños mayores de 3 años. La inmensa mayoría son cuadros víricos benignos.
Si hay un cuadro vírico evidente, la actitud es el tratamiento sintomático con antitérmicos y lo expuesto en el apartado de tratamiento.
Si hay un foco bacteriano evidente, se instaurará el tratamiento apropiado con antibiótico.
En caso de fiebre sin foco de duración menor de 3 días:
- Si el estado general es malo, debe ser atendido por personal sanitario.
- Si el estado general es bueno, debe vigilarse la progresión de los síntomas.
Si la fiebre dura más de 7 días deben realizarse pruebas complementarias para su estudio.

Tratamiento

Ya hemos expuesto que la fiebre es habitualmente inofensiva y es además un mecanismo adaptativo de efectos beneficiosos frente a multitud de agresiones. Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de la intervención sobre la fiebre es reducir el malestar del niño, no reducir la fiebre en sí misma. No debemos obcecarnos en disminuir la temperatura, y el hecho de tener fiebre no supone por sí mismo un riesgo de mal pronóstico, teniendo mucha más relevancia el estado general del niño, su nivel de alerta y actividad.
Es muy importante considerar que la mayoría de niños toleran temperaturas en rango febril sin que ello les suponga un malestar considerable. Igualmente importante es conocer los riesgos potenciales y efectos secundarios de cualquier intervención. Así, debemos conocer la incomodidad que podemos provocar al niño con medidas ambientales como la técnica-esponja (ver más adelante), o los riesgos derivados del uso de un fármaco potencialmente hepatotóxico (que puede provocar daño al hígado) como el paracetamol.
No hay evidencia suficiente para afirmar que el tratamiento de la fiebre sea útil para prevenir las convulsiones febriles, un cuadro aparatoso y que crea una gran ansiedad en los padres, pero por lo general benigno y autolimitado.
Debido a la escasa evidencia actual respecto a la evaluación y tratamiento de la fiebre en los niños, algunos autores apuestan por incrementar la consideración debida a la opinión de los padres. Hay estudios en los que muchos padres de niños con fiebre (hasta un 70%) optan por pruebas diagnósticas y tratamientos menos agresivos, aceptando el riesgo, pequeño pero real, asociado al fallo en reconocer y tratar una EBPG. Otro 30% se decantaron por opciones más agresivas. Es importante informar a los padres de las opciones diagnósticas y terapéuticas, sobre todo las más agresivas, dándoles la oportunidad de que expresen sus preferencias y de que estas sean tenidas en cuenta. La toma de decisiones compartida se relaciona con una mayor satisfacción con la atención recibida y con una mayor adherencia a las recomendaciones del personal sanitario, entre otras bondades.
Debido a las fuentes, actualización y precisión de la información, el uso de Internet deber realizarse con precaución y en ningún caso puede sustituir a las consultas y consejos de los profesionales de la salud.

• Medidas no farmacológicas
Hay consenso en recomendar intervenciones que apoyen la respuesta fisiológica del organismo contra la infección: animar a que se ingieran más líquidos, retirar las prendas en exceso y asegurarse de la circulación del aire. Esto es aplicable a la mayoría de infecciones respiratorias de vías altas (catarro, dolor de garganta, congestión nasal, etc) y gastroenteritis, aunque cursen sin fiebre.
Técnica-esponja: consiste en rebajar la temperatura del niño mediante la aplicación de un baño de agua templada. Recuerde no dejar solos a los niños en el baño. No se recomienda su uso como rutina en los climas templados, ya que sólo logra pequeños descensos en la temperatura, y a menudo a costa de la comodidad del niño. Sin embargo, en circunstancias tales como temperatura o humedad ambiental elevadas, o si se precisa un descenso rápido de la temperatura, esta técnica sí puede estar justificada. La oportunidad que se les ofrece a los padres de intervenir sobre sus hijos mediante cuidados físicos en forma de baños puede ser beneficioso a la hora de controlar el grado de ansiedad de estos, siempre que el niño disfrute del baño y no muestre incomodidad.
Se debe vigilar que no empeore el estado general o que no haya cambios en el nivel de actividad o alerta, por aparición de irritabilidad o letargia, en cuyo caso se debe consultar con los servicios de atención sanitarios, al igual que si la fiebre no disminuye en 48-72 horas.
• Medidas farmacológicas
Lo esperable de cualquier fármaco es que provoque un descenso en la temperatura de 1ºC a la hora. La disminución de temperatura en respuesta a antipiréticos no resulta predictivo de la presencia o ausencia de bacteriemia, aunque sí que el niño puede presentar un mayor grado de actividad y alerta en respuesta a estos. No es conveniente usar de forma sistemática dos antitérmicos combinados de forma simultánea o alternativa.
- Paracetamol. Tiene un efecto antipirético (reduce la fiebre) y analgésico (disminuye la sensación de dolor).
Dosis: Oral: 10-15 mg/K por dosis cada 4-6 horas. Rectal: 20 mg/k por dosis cada 6 horas. Adultos y niños mayores de 12 años, hasta 4 g al día. Intentar no darlo las primeras 6 semanas de vida.
Interacciones: Interactúa con otros fármacos como rifampicina, isoniacida, carbamazepina, hidantoína o barbitúricos.
Efectos secundarios: Partiendo de que es un fármaco de una gran seguridad relativa, pertinente para sea utilizado por la población sin una estrecha supervisión médica, el efecto secundario más inquietante es la hepatotoxicidad (daño provocado al hígado) por una sobredosis de paracetamol. Existen factores que hacen que un niño tenga más riesgo de sufrir daño hepático, como son la edad menor de dos años, la deshidratación (si ha padecido vómitos o diarrea), si está desnutrido o la alimentación es pobre y sobre todo el uso de dosis altas de paracetamol (el empleo de las dosis recomendadas de una forma reiterativa también han dado caso de hepatotoxicidad). En estos casos conviene extremar las precauciones. Hay tener en cuenta que el paracetamol es un compuesto que forma parte de muchas presentaciones comerciales que combinan numerosos fármacos (por ejemplo, paracetamol más codeína más un descongestionante nasal más vitamina C), para no exceder en ningún caso las dosis recomendadas, que pudiera ocurrir si tomamos varios medicamentos de forma simultánea o alternativa.
- Ibuprofeno. Produce respuesta antipirética (reduce la fiebre), antiinflamatoria (actúa sobre los procesos inflamatorios disminuyendo la inflamación) y analgésica (disminuye la sensación de dolor).
Dosis: 4-10 mg/k por dosis, sin exceder de 40 mg/k por día o 2400 mg al día. En niños mayores de 12 años las dosis son iguales a las de adultos.
Interacciones: Puede tener interacciones con fármacos para tratar la hipertensión arterial (diuréticos, betabloqueantes, iecas...), con acenocumarol, probenecid y no se debe dar junto con aspirina.
Contraindicaciones: No se debe dar si existe un riesgo elevado de sangrado, úlcera gástroduodenal, sangrado intestinal reciente, enfermedad renal o hipersensibilidad al fármaco. Usar con precaución en hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, renal o hepática.
- La aspirina sigue siendo muy utilizada, e incluso muchas páginas en internet la recomiendan como tratamiento en la fiebre del niño, aunque no debiera ser usada en menores de 16 años por el considerable riesgo de efectos secundarios, alguno de ellos de importante gravedad (síndrome de Reye).
- No utilice antibióticos a no ser que se lo haya indicado su médico. España es uno de los países de Europa donde más resistencia hay por

parte de las bacterias a los antibióticos, y probablemente sea debido, entre otras cosas, al abuso en la toma de antibióticos. Si su médico le ha pautado antibióticos, tómelos a las dosis indicadas y durante el tiempo indicado. No suspenda el tratamiento porque se encuentre mejor, esto puede conducir a un aumento de la resistencia bacteriana a los antibióticos o a que la infección se reactive y cause un cuadro más grave.

¿Cuándo acudir al servicio de urgencias (a través del teléfono 112)?

• Fiebre rectal de más de 38ºC en un niño de menos de 3 meses.
• Fiebre de más de 40ºC a cualquier edad.
• En el niño de 3 meses a 3 años con buen estado general, en el que, tras una revisión médica previa en la que no se objetivó foco bacteriano, la fiebre asciende a más de 39º o muestra un empeoramiento del estado general.
• Apariencia tóxica. El niño está pálido o azulado (cianótico), letárgico (no responde normalmente a estímulos, no mantiene contacto visual, no reconoce a sus padres, personas u objetos familiares) o llanto inconsolable.
• Hay síntomas asociados a la fiebre que nos pueden orientar hacia la existencia de una infección bacteriana grave o un proceso inflamatorio que pueden requerir una atención urgente, siempre valorándolos en el contexto personal y familiar del niño.
- Pérdida de conciencia de la que no se recupera.
- Obnubilación o letargia.
- Vómitos "en escopeta" (súbitos, casi sin nauseas previas, intensos) sobre todo si se asocia a lo anterior o a dolor de cabeza intenso o manchas de color rojo púrpura en la piel.
- Dificultad respiratoria.
- Dolor abdominal intenso que impide una actividad normal, o asociado a vómitos y disminución de la cantidad de orina emitida...
• Un ascenso o descenso rápidos de la temperatura corporal pueden provocar convulsiones en los niños de menos de 5 años. Son las llamadas crisis convulsivas febriles que, aún siendo muy alarmantes y estresantes para los padres, suelen ceder en menos de 5 minutos sin complicaciones. Si su hijo tiene una crisis convulsiva, póngalo de lado, evite que se haga daño con objetos cercanos y que no se atragante con alimentos. Aflójele la ropa. Si la crisis no cede en 5 minutos, avise al Servicio de Urgencias (112). Recuerde que el tratamiento con antitérmicos no ha demostrado que sirva para reducir el riesgo de dichas convulsiones.

¿Cuándo acudir a mi médico de atención primaria?

• Si existe riesgo de infección bacteriana. Niños con apariencia de enfermedad más o menos grave, con vómitos, dificultad respiratoria y respiración acelerada tienen un riesgo aumentado de infección bacteriana. En el caso de niños entre 2 y 3 años con fiebre superior a 39.5ºC, y en el caso de niños entre 3 meses y 2 años con fiebre de más 39ºC tienen también un mayor riesgo de tener una infección bacteriana. En estos casos, si el estado general está muy afectado, valorar la necesidad de acudir al Servicio de Urgencias. Recuerde que es más importante el estado general que la temperatura.
• Si la fiebre dura más de 72 horas sin causa conocida.
• Si tiene alguna enfermedad crónica que favorezca la infección.
• Hay una serie de síntomas que pueden orientar a la existencia de una infección bacteriana que precise tratamiento con antibióticos:
- Fiebre asociada a dolor de garganta y adenopatías (bultos dolorosos debajo de la piel) en cuello, sin tos ni congestión nasal. Hay que valorar la existencia de una faringitis estreptocócica.
- Fiebre asociada a dolor de oídos, con disminución de la audición, que no ha cedido en 72 horas. Valorar la existencia de una otitis.
- Malestar o quemazón al orinar, necesidad de orinar frecuentemente, con emisión de poca cantidad de orina. Puede que no haya fiebre. Orienta a una infección urinaria. Si la fiebre es elevada y se asocial a dolor abdominal y nauseas puede requerir atención urgente.
- Fiebre y placa en la piel roja, caliente y dolorosa. Orienta hacia una erisipela, celulitis o absceso.

Recuerde

La fiebre es una elevación de la temperatura corporal. La causa más frecuente son las infecciones y entre los niños las infecciones víricas. Hay fiebre cuando la temperatura rectal es superior a 38ºC, o la axilar u oral superior a 37.5ºC. La fiebre es un síntoma, no una enfermedad. Lo importante es conocer la causa que la provoca. El objetivo del tratamiento no es bajar la fiebre, sino procurar comodidad al niño.
Asegúrese de que el niño beba mucha agua y no lo abrigue demasiado. Renueve el aire regularmente. Puede ser conveniente, para que la temperatura no suba demasiado, desnudar al niño. Y si no logra controlar la temperatura y esta es muy alta, puede bañarlos en agua templada, siempre asegurando la comodidad del niño. Recuerde no dejar solo al niño en el baño.
Si no consigue descender la temperatura y el niño está afectado, puede tomar el antitérmico que el personal sanitario le haya aconsejado anteriormente.
Los antitérmicos más utilizados son el paracetamol y el ibuprofeno. No use aspirina en niños menores de 16 años.
No use antibióticos a no ser que se los haya prescrito un médico. Cuando los use, respete las dosis indicadas durante el tiempo indicado. No suspenda el tratamiento antes en el caso de que el niño se encuentre mejor.
Las convulsiones febriles son un cuadro en la mayoría de los casos benigno, autolimitado y que no deja secuelas.
Recurra a los Servicios de Urgencias en los siguientes casos:

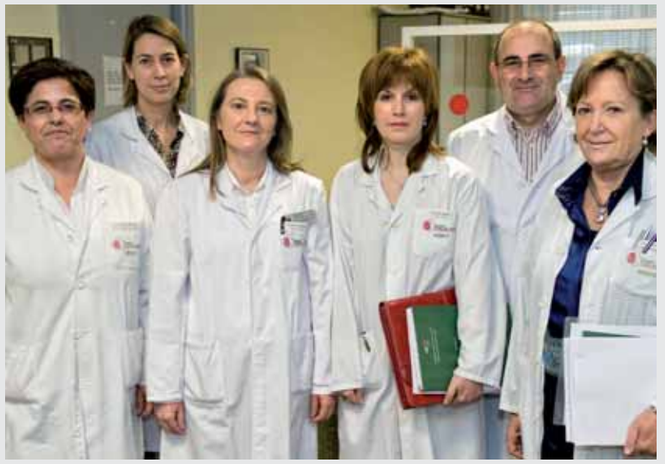
• Fiebre rectal de más de 38ºC en niños de menos de 3 meses, o de más de 40ºC a cualquier edad.
• Síntomas que indiquen un proceso grave: Fiebre de más de 39ºC, con mal estado general, vómitos "en escopeta", pérdida de conciencia, dificultad respiratoria, palidez o piel azulada, letargia o llanto inconsolable, convulsiones que no ceden en 5 minutos...
Recurra a su médico de Atención Primaria en los siguientes casos:
• Fiebre de más de 39ºC. Algún dato que oriente hacia la existencia de una infección bacteriana.
• Si la fiebre dura más de 72 horas sin causa conocida.
• Si padece alguna enfermedad crónica que favorezca una infección bacteriana.

Mitos y realidades

La fiebre siempre la produce una infección bacteriana que ha de tratarse con antibióticos. La fiebre es una respuesta adaptativa a diversas agresiones. Una de las causas son las infecciones, y entre las infecciones las más frecuentes son las causadas por virus. Los antibióticos no tienen ninguna acción sobre los virus. Por ello no deben ser usados para tratar resfriados, gastroenteritis o la gripe, y tampoco para tratar síntomas como la tos o el dolor de garganta.
Si trato la fiebre puedo enmascarar la causa y dificultar el diagnóstico. El tratamiento de la fiebre no dificulta el diagnóstico de su causa. Si la fiebre es causa de incomodidad en el niño, se pueden emplear antitérmicos como el paracetamol y el ibuprofeno, siempre con el objetivo de aumentar el bienestar del niño, no de disminuir su temperatura corporal.
En internet se encuentra toda la información relevante sobre este tema. Internet no resulta una fuente fiable de información. En ningún caso sustituirá a las consultas y consejos de los profesionales de salud.

Referencias bibliográficas:
Ver en www.zonahospitalaria.com

Noticias breves



Pie de foto: de izda a dcha: Echegoyen, Enma Anda (Hospital de Navarra), Goldaracena, Salvador, Menéndez y Puras.

Una tesis defendida por la doctora Pilar Salvador Egea, analiza la casuística de cáncer de tiroides en Navarra desde 1987

Una tesis doctoral defendida en la UPNA por la médica Pilar Salvador Egea, especialista en cirugía general del Hospital Virgen del Camino, repasa y analiza los datos relativos a cáncer de tiroides en Navarra y el trabajo de la Unidad de Patología Tiroidea de este centro sanitario desde su puesta en marcha en 1987.
Bajo el título "Cáncer diferenciado de tiroides en Navarra 1987-2003. Incidencia, prevalencia y factores pronósticos", la tesis ha estado dirigida por la jefa del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen del Camino, la doctora Ana Puras Gil. También han tomado parte en la dirección del trabajo la médica Ana Echegoyen Silanes, del mismo centro sanitario, y el médico Eldemiro Menéndez Torre, endocrinólogo coordinador de esa especialidad en el Hospital de Navarra durante 19 años.
El trabajo de investigación se centra en un total de 325 casos de pacientes afectados de patologías tiroideas.
La doctora Puras indica que, debido en buena parte a la actividad de la Unidad de Patología Tiroidea, se han conseguido "excelentes" datos sobre curación y supervivencia en casos de carcinoma (un tipo de tumor) de tiroides, y explica que el hecho de que Navarra sea la comunidad española que más incidencia posee de este tipo de patología (según datos ya conocidos procedentes del Instituto de Salud Pública) puede explicarse en parte por el diagnóstico precoz y búsqueda y estudio de nódulos malignos en las tiroides extirpadas que lleva a cabo la unidad.

En Navarra se produjeron 35 trasplantes renales, 26 hepáticos y 6 cardiacos durante 2009

Los médicos inciden en la necesidad de potenciar la donación entre vivos.

En Navarra se produjeron, en el año 2009, un total de 35 trasplantes renales (5 de ellos de donante vivo), 26 trasplantes hepáticos (6 de donante vivo) y 6 cardiacos, además de 826 donaciones de SCU (sangre de cordón umbilical). Son datos facilitados por el doctor Juan José Unzué Gaztelu, coordinador de trasplantes de la Comunidad Foral.
En 2008, las cifras fueron de 26 trasplantes renales, 19 hepáticos y 7 cardíacos en la Comunidad Foral (se habla de estos tres órganos por ser los más habituales). Tuvieron lugar, además, 1.361 donaciones de SCU.
En 2009, se detectaron en los centros hospitalarios navarros un total de 30 muertes encefálicas (implica el cese completo e irreversible de la actividad cerebral pero el cuerpo es susceptible de donar órganos) y de esas personas, 20 se convirtieron en donantes reales, ya que se produjeron seis contraindicaciones médicas, tres negativas familiares y una negativa judicial, circunstancia esta última muy poco frecuente. De esas donaciones, se obtuvieron un total de 30 riñones, 18 hígados, cuatro corazones, un páncreas, 18 extracciones óseas y 44 extracciones oculares (córneas).
Actualmente, existen en Navarra 19 personas esperando un hígado, 78 un riñón y una persona se encuentra a la espera de un corazón. En el conjunto de España, hay 4.300 personas esperando un riñón, 1.108 un hígado y 90 personas, un corazón.
En cuanto a los centros hospitalarios donde se realizan las operaciones, en la Comunidad Foral se producen las extracciones de órganos en el Hospital de Navarra una vez se ha certificado la muerte cerebral de la persona, y las de tejidos (principalmente córneas, huesos y válvulas cardiacas), en el Hospital Virgen del Camino. Los trasplantes se llevan a cabo en la Clínica Universitaria (hígado, corazón y riñón) y el de tejidos, en todos los centros.

ayudar a HAITÍ

CÁRITAS DIOCESANA
(Concepto: Para Haití)
2054 0136 75 9121233982

MEDICUS MUNDI NAVARRA
Ante el terremoto de Haití, recomienda dirigir las donaciones y colaboraciones a las ONGD con proyectos en la zona y/o especializadas en ayuda de emergencia.

MÉDICOS DEL MUNDO
2100 4466 99 0200020000
0049 0001 59 2810010006
2038 0603 22 6800047052
0030 1026 08 0015859271
0182 0969 60 0200015552
1491 0001 23 0010002894

MANOS UNIDAS
(REF: EMERGENCIA HAITÍ)
0049 1892 63 2210525246
0075 0001 85 0606786759
2100 2261 59 0200139842
2038 0603 28 6001036580

ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE
(REF: EMERGENCIA HAITÍ)
2054 0320 13 9124767102
3035 0195 21 1950014684

FUNDEO (FUNDACIÓN ENRIQUE DE OSSÓ-COMPAÑÍA SANTA TERESA DE JESÚS)
0049 5847 14 2816021820

UNIVERSITARIOS POR LA AYUDA SOCIAL (UAS) UNIVERSIDAD DE NAVARRA
2054 0080 23 9144687041

CAJA NAVARRA
2054 0000 48 9156975035

Gana espacio

Vista desde Las terrazas

A la venta, prácticamente terminados

Unifamiliares en el lago de Barañáin

Las terrazas del Lago

Desde 900.000 € + IVA

- En construcción
- Aval bancario CAJA RURAL DE NAVARRA cuenta 3008.0081.15.0703348128
- La contratación se realizará conforme a la Ley 57/68
- Licencia concedida el 21 09 2007

- En lo mejor de Barañáin, con 3 amplias terrazas con vistas al Parque del Lago

- 5 habitaciones (con posibilidad de más), amplio ático, espectacular salón comedor, 4 baños. Casi 4oo m² construidos.

- Garaje semisótano para 4 coches. Posibilidad de txoko.

- Parcela ajardinada con riego por aspersión.

Si necesitas financiación te ayudaremos a conseguirla

EL TXORI
CONSTRUYE Y PROMUEVE

680 429 825
948 206 654

Complete información en nuestra nueva web:

www.eltxori.com

Paulino Caballero, 52 · 31003 Pamplona · promotora@eltxori.com