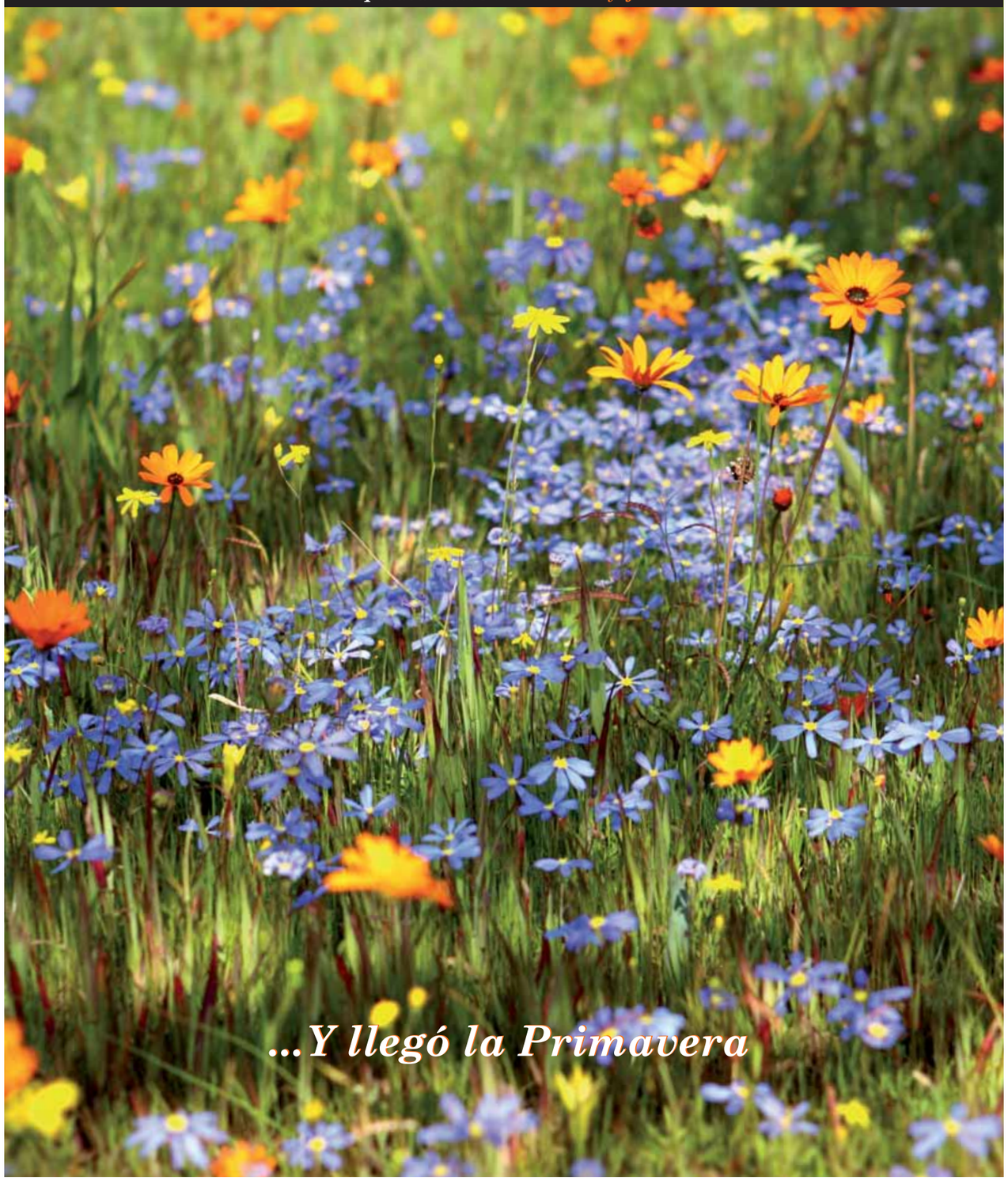
medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoIV mayojunio2010 nº23



...Y llegó la Primavera

TODAS LAS ALTERNATIVAS
PARA TENER **EL CUERPO**
QUE SIEMPRE HAS DESEADO

PRIMERA CONSULTA MÉDICA GRATUITA
902 12 33 66

OFERTA EXCLUSIVA PARA PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA

Disfruta tú y tus familiares directos de los **precios especiales** que Clínica Londres te ofrece en **todos los tratamientos para hombre y mujer** por ser **PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA.** Y ahora, sólo de junio a agosto, disfruta de esta **exclusiva promoción.** Imprescindible acreditación en la primera visita a la clínica.

15% dto. en el resto de tratamientos de medicina estética

TRATAMIENTO		TARIFA PRIVADA	PROMOCIÓN PERS. SAN. NAVARRA DE JUNIO A AGOSTO
FOTODEPILACIÓN MÉDICA LÁSER	COMPLETO INGLES + AXILAS	775 €	615 €
	COMPLETO INGLES + AXILAS + PIERNAS	2.470 €	1.975 €
MEDICINA CORPORAL	CIRCUITO 15 SESIONES REDUCCIÓN VOLUMEN Y CELULITIS	950 €	725 €
	CIRCUITO 30 SESIONES REDUCCIÓN VOLUMEN Y CELULITIS	1.530 €	1.220 €
MEDICINA FACIAL	TRATAMIENTO ANTIARRUGAS T.BOX	475 €	345 €
	TRATAMIENTO ANTIARRUGAS T.BOX DUPLO ANUAL	855 €	680 €

Tarifas válidas hasta el 31/08/10. No acumulable a otras ofertas.

CLÍNICA LONDRES
MEDICINA Y CIRUGÍA PLÁSTICA
MÉDICOS QUE SÓLO PIENSAN EN TU SALUD

Unidad de medicina estética • Unidad de cirugía estética • Unidad de obesidad

CPS-C2048-3/09-NA

www.clinicalondres.es
BARCELONA • BILBAO • CASTELLÓN • CIUDAD REAL • MADRID • MURCIA • PAMPLONA • SEVILLA • TARRAGONA

C/ Iñigo Arista, 7 Pamplona • 948 199 419

Sumario

4 Cuida tu piel, te lo agradecerá

6 Alimentarse en verano

7 Balneario de Elgorriaga

8 Alergia Alimentaria

10 La saliva: fuente de salud para la boca

11 Premio de accesibilidad para... Amma Oblatas

12 Reflexiones y datos sobre la Donación de órganos

14 Propiedades nutricionales del pan

15 Ansiedad en los´ exámenes

16 Los trastornos del sueño en niños

18 El acoso en la escuela

20 Deporte con salud en primavera-verano

22 Otitis por las aguas de las piscinas

23 Cómo actuar ante un corte de digestión

24 Calendario vacunal 2010

26 La encrucijada de la Fibromialgia y Astenia crónica

28 Síndrome de Fatiga Crónica

30 Diabetes Mellitus (Parte I)

32 Toxiinfecciones alimentarias

34 Prevenir la sordera

36 Pérdida de memoria en el anciano: Las Demencias.

38 Día de la Pascua del Enfermo

38 Dermofarmacia: la ciencia del cuidado de la piel

39 Logopedia preventiva

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.

© 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 lector.*
- *Proponer temas referentes a la medicina y salud que le interese ver publicados.*
- *y mucho más...*

Cuida tu piel, te lo agradecerá

J. Ignacio Yanguas Bayona
Jefe de Servicio de Dermatología
Hospital de Navarra

Tras un largo invierno la llegada de los días soleados y calurosos es deseada por casi todos nosotros, aunque para algunas personas esto es más que un simple deseo. La posibilidad de exponerse al sol y broncearse es esperada con ansiedad por una parte de la población que encuentra en los baños de sol una satisfacción mayor que la que experimenta el resto de las personas de su entorno, pero este artículo no va dirigido exclusivamente a las personas que podemos llamar, "enganchadas" al sol. Se ha utilizado el término tanorexia, término no aceptado de forma generalizada, para definir esta adicción al sol, compartiendo con otras adicciones la pérdida de control al exponerse al sol de forma desmedida y pérdida del sentido de la realidad, con una percepción inadecuada del propio bronceado.

En estas fechas son habituales los artículos en prensa dedicados a este mismo tema, pero como veremos más adelante, sigue siendo necesario recordar algunos puntos y ofrecer algo de información. El verano es la época del año en la que pasamos más horas al aire libre, dedicamos más tiempo al ocio y recibimos gran parte de la radiación solar del año. El sinónimo del bronceado como equivalente de ocio al aire libre, aspecto deportista y dinámico comenzó a principios del siglo XX, cuando hasta ese momento el bronceado estaba relacionado con trabajos manuales al aire libre (agricultores, marineros, etc...). Este cambio en nuestra relación con el sol ha provocado el aumento de determinadas enfermedades antes limitadas a los grupos de población a los que por su trabajo no les quedaba más remedio que sufrir las inclemencias del tiempo.

Cáncer de piel

Este es el motivo que el cáncer de piel sea, no sólo el cáncer más frecuente, sino también el que más rápidamente aumenta, por encima de cualquier otro cáncer en el ser humano. Es indudable que el sol tiene muchas propiedades beneficiosas, eso es innegable, sin él no sería posible la vida, pero ha sido nuestro cambio de relación con el sol el que ha provocado un aumento de determinados problemas de salud que antes sólo lo padecían un número reducido de personas. Un ejemplo claro lo encontramos en Australia, donde la mayoría de la población de origen anglosajón y por lo tanto con pieles de fototipo claro (pelirrojos y rubios) vive en un país con altísima insolación para la que su piel no ha sido diseñada genéticamente. Si además se aumenta la exposición al sol debido a la moda, el resultado es que padecen las tasas más altas del mundo de cáncer cutáneo, alcanzando la categoría de problema de salud pública. Para que nos hagamos una idea, las campañas anti tabaco que actualmente se desarrollan, en países como Australia, se dirigen también a evitar la exposición solar. Todos los países registran el aumento de incidencia de cáncer cutáneo, el último informe de Medicare (seguro médico que cubre a la población norteamericana mayor de 65 años) es preocupante. El registro de cáncer cutáneo de Medicare del período comprendido entre 1992 y 2006, publicado en 2010, refleja un incremento muy por encima de los esperado, a pesar de la divulgación de los efectos dañinos del sol y de las campañas realizadas. El informe destaca el enorme gasto de recursos sanitarios para hacer frente a este aumento desenfrenado del cáncer de piel.

De las radiaciones que emite el sol y alcanzan la superficie terrestre las que provocan estos efectos dañinos son la Radiación Ultravioleta A y B. Dichas radiaciones son las responsables de los efectos indeseables agudos y crónicos de la exposición solar. El efecto agudo más frecuente es la quemadura solar y los efectos crónicos son el fotoenvejecimiento y el cáncer cutáneo. Evidentemente nuestra piel envejece con el paso de tiempo pero la exposición solar provoca un deterioro más intenso. Es fácil comprobar la diferencia entre zonas poco o no expuestas con las que sufren exposición crónica como la cara o dorso de manos. En estas zonas son más frecuentes la presencia de manchas, queratosis, arrugas etc..

¿Cómo podemos evitar los efectos nocivos del sol?

Es evidente que cuanto menos sol tomemos menos riesgos adquiriremos. Poca insolación es suficiente para sintetizar vitamina D con una alimentación correcta, así que no son necesarios "baños de sol" para tener una buena salud.

Existen factores que vienen determinados genéticamente (tipo de piel-fototipo), que nosotros no podemos modificar pero que sí tenemos que tener en cuenta a la hora de tomar una serie de precauciones. Clásicamente se distinguen 6 fototipos:

Además tendremos en cuenta el lugar dónde vamos a exponernos, cuánto más cerca del ecuador y mayor altura sobre el nivel del mar

FOTOTIPO	QUEMADURA SOLAR	BRONCEADO	DESCRIPCIÓN
I	Con facilidad	Nunca	Piel muy blanca, tipo céltico
II	Con facilidad	Mínimo	Tras mucha exposición se broncea levemente
III	Con cierta facilidad	Sí	Bronceado completo
IV	Si exposición intensa y mantenida	Sí, con facilidad	Bronceado completo rápido
V	La exposición ha de ser muy intensa	Muy facilmente	Piel con tono oscuro natural Ej: Indígenas americanos
VI	Nunca	Siempre	Raza negra

mayor radiación recibiremos. Evitaremos la exposición durante el mediodía, horas en las que mayor cantidad de radiación alcanza la superficie terrestre y no debemos olvidar el lugar en el que nos encontremos, por ejemplo, la arena refleja aproximadamente el 25% de la radiación que recibe. Por otra parte hay que tener presente que cuando nos bañamos también estamos expuestos a la radiación ultravioleta, ya que un porcentaje importante penetra en el agua, por lo que no debemos descuidarnos, pensando que en el agua estamos "a salvo" de los efectos del sol.

La protección solar

Una vez valorados nuestros factores personales (fototipo) y los ambientales (destino de vacaciones, horarios etc) no debemos olvidar aplicarnos filtro solar. El número de factor de protección solar (FPS) ha sido objeto de controversia. En un principio era el múltiplo por el que podíamos multiplicar el tiempo de exposición antes de alcanzar eritema (quemadura solar leve, enrojecimiento de la piel). Es decir, un factor 10 indicaba que si con nuestro tipo de piel nos aparecería eritema solar a los 10 minutos, con ese filtro en 10 x 10 = 100 minutos. La realidad es que se necesitaban aplicaciones muy generosas de crema protectora, además, los filtros se degradan con el tiempo de exposición solar. Este hecho y la confusión debida a la coexistencia de diferentes formas de clasificar los filtros (americana, australiana y europea) no hizo más que generar desconcierto. Desde el 2008 la Comunidad Económica Europea ha clarificado el tema simplificando el FPS en 4 rangos:

Protección baja: FPS: 6-10
Protección media: FPS: 15-25
Protección alta: FPS: 30-50
Protección muy alta: FPS: 50+

Para que sean efectivos, la aplicación debe ser abundante, media hora antes de exponernos al sol, renovando su aplicación cada 2 horas.

En resumen, debemos cuidar nuestra piel ya que las agresiones a las que la sometamos a lo largo de los años se traducirán en un envejecimiento con aparición de manchas y arrugas, además de la posibilidad de padecer un cáncer cutáneo, el más frecuente y el que más rápido crece en el ser humano. La conocida frase de que "la piel tiene memoria" es bien cierta y debemos protegernos desde la niñez y durante toda nuestra vida.

Feliz verano. ■

Alimentarse bien en verano

Cristina Fernández Migueleiz
Dietista-Nutricionista
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra.

El término verano es para muchas personas sinónimo de tranquilidad y libertad, creyendo merecerlo todo para compensar los meses anteriores de trabajo y esfuerzo. Sea cual sea nuestro destino vacacional, serán las comidas especiales y el descanso lo más deseado en el verano que se acerca.

Olvidarse del reloj para dar paso al descanso y la relajación lleva consigo una serie de hábitos que distan mucho de los que se realizan el resto del año, comenzando por las horas que pasamos fuera de casa.

Cambio horario: Prácticamente todas las tomas del día se retrasan de hora ya no hay tanta prisa para levantarse de la cama y mucho menos para acostarse.

Comidas fuera de casa: Es habitual sustituir las comidas tradicionales por otras mucho más informales bien sea en el campo, en el monte o en la playa. A esto hemos de añadir la gran concentración de fiestas y la celebración de eventos especiales que se concentran en la época estival, así como las comidas en restaurantes y hoteles de toda la geografía.

Mayor picoteo: El inicio del verano da paso también a aumentar el consumo de helados, refrescos, barbacoas, tapeo, bocadillos y ¡cómo no!, el clásico buffet libre.

Menor variedad de comidas: Quizás porque durante los meses de verano resultan más apetecibles las ensaladas y las frutas por su toque refrescante, se dejan de consumir grupos de alimentos básicos como legumbres, patatas o verduras cocidas.

Si en verano nos vamos a premiar con una serie de caprichos culinarios, hemos de compensarlo realizando más ejercicio físico. De esta forma, nuestro aspecto físico y el estado de ánimo será todavía mejor. En esta época del año los días son largos y hay tiempo para todo lo que nos propongamos. Si mantenemos unos buenos hábitos generales, menos esfuerzo supondrá adaptarse a la nueva situación al término del verano. Recordemos que también podemos...

Realizar actividad física

Aunque es cierto que durante el verano quedan suspendidas muchas de las actividades deportivas y los cursillos, no es excusa para que no busquemos otras alternativas para aumentar la actividad física. Las agradables temperaturas nos ayudan a potenciar los ejercicios al aire libre y nada más sencillo para personas de todas las edades como es el caminar. Podemos elegir el ritmo y la compañía deseada para que no suponga una tarea forzosa y sea cuanto más una actividad divertida. La lista de acciones es innumerable, si bien es cierto que conviene elegir las primeras y últimas horas del día para evitar el calor intenso del mediodía: paseos por los jardines de la ciudad, caminatas por la playa, senderismo en el ámbito rural, excursiones al monte, visitas culturales, desplazamientos en bici, natación en la piscina, bailes o juegos de palas.

Hidratar el cuerpo con bebida sana

Helados cremosos, cervecitas frías y refrescos azucarados no son las únicas alternativas para hidratar el organismo. Por supuesto que podemos consumirlas pero de una forma esporádica y combinando estas opciones con otras sanas y, sin duda, sabrosas. La mejor forma de quitar la sed es bebiendo agua, por ello conviene beber constantemente agua para no calmar toda nuestra sed a base de grandes cantidades de refrescos. Otras alternativas para aumentar la hidratación son limonada casera, refrescos light, polos de hielo, batidos de frutas, cremas frías de verduras, gazpachos, frutas de temporada, etc.

Incorporar platos nuevos

Olvidarnos durante el verano de alimentos básicos como legumbres, patatas, verduras o pescados es un error cometido con frecuencia. Basta con sugerir y probar formas diferentes de cocinar estos alimentos de forma que ensaladas de legumbre, ensaladas de verano con patata cocida, cremas frías de verdura, parrilladas de verdura o pescados a la brasa pueden entrar a formar parte de nuestra alimentación en el verano.

Saber elegir el menú

Tener una amplia oferta de comidas no es razón suficiente para comer hasta nuestros límites. Esto es cuanto más cierto en establecimientos que ofrecen buffet libre, pensión completa, todo incluido o unas cartas interminables de tapas y raciones. Conviene pensar de antemano la elección del menú completo para poder compensarlo y combinar los alimentos de forma acertada. Una comida completa será aquella que además de verduras o ensaladas incluya algo de carne, pescado o huevo y algún carbohidrato como patatas, arroz, pasta o legumbre. Todo ello se puede acompañar por una ración moderada de pan, una bebida a elegir y un postre. Además, será una buena idea, compensa la cena con diferentes grupos de alimentos de los que hemos tomado en la comida.

Estas son solo algunas recomendaciones que se pueden llevar a cabo en el verano o en épocas vacacionales. No debemos olvidar que es una temporada de descanso que nos ha de servir para reponer fuerzas y comenzar bien el otoño. Eso sí, no por ello hay que olvidarse de los buenos hábitos y las costumbres. ■

¿Qué tienen en común las nubes, la luna y el Mar Muerto

Lorena V. Galarregui. *Marketing Balneario Elgorriaga*

ELGORRIAGA
BALNEARIO - BAINUETXE

Efectivamente, la ingravidez, la FLOTACIÓN. Siempre me he preguntado que sería flotar. Me imaginaba ser un dibujo animado que iba ondeando con mi cuerpo por las nubes y acariciándolas a la vez. O que era un astronauta que bailaba con la ingravidez, paseando por la luna. O ya en un hecho más real y cercano, un baño en el Mar Muerto, donde su sal hace que uno pueda leer tranquilamente el periódico dentro del agua, pero allá, en los mundos Jordanos.

Ya no me hace falta ni utilizar mi imaginación, ni viajar fuera de España para poder disfrutar de esa sensación de ingravidez, de flotar. Lo puedo hacer en el Balneario de Elgorriaga, en ese pueblecito de 200 habitantes que se encuentra en un enclave maravilloso en el norte de Navarra, en el Valle de Malda-Erreka, a un kilómetro de Santesteban-Donezteb.

Un balneario de salud

Sus aguas mineromedicinales, con la mayor concentración de sal conocida, más que las del propio Mar Muerto, hace que este sueño se haga realidad. Que tengamos a nuestro alcance todos sus beneficios.

Un balneario es sinónimo de salud, no de milagros, pero ayuda mucho a que nuestro cuerpo y nuestra mente se revitalicen, equilibren y energicen.

Sus propiedades son beneficiosas para la piel, los problemas circulatorios, respiratorios y del aparato locomotor. Hoy vamos a centrarnos un poco en el problema del Siglo XXI, el estrés.

Según la Real Academia el estrés es: la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. Pero, no solo se estresa nuestra mente, sino que nuestro cuerpo también se resiente. Vivimos en una sociedad que nos podemos permitir excesos, de alimentación no sana, de polución, contaminación y de sedentarismo.

Con un poco de voluntad uno puede conseguir lo que se proponga, puede conseguir relajarse, ser uno mismo, sentirse bien y que los demás le vean igual de bien. El Balneario de Elgorriaga pone su granito de arena, con sus aguas, para que así suceda.

Entre los servicios con los que cuenta el Balneario, está el de los masajes. Cabe destacar que son muy buenos y relajantes, con un personal especializado pero similares a los de otros centros. No así los tratamientos o técnicas termales realizados con las aguas mineromedicinales del lugar; peeling con sal del manantial, tratamientos con aceite de oliva natural, baños relajantes o estimulantes en bañeras individuales con agua salada del Balneario, o ya la Joya de la Casa, el recorrido de relajación en la Piscina Termal y el Flotarium. Llegado a este punto tengo que matizar que, el agua que sale directamente del manantial, es rebajada con agua dulce. Poca gracia nos haría si fuéramos al Balneario a que sus aguas nos beneficien y no pudiéramos meter más que la parte más prominente de nuestra zona trasera. Esto no hace que sus beneficios mermen, sino que, así se puede disfrutar más tiempo de ellas.

Empezaré explicando el "Flotarium": la piscina más sencilla que tenemos, ni chorros, ni jacuzzi, nada, únicamente una barandilla donde agarrarse. Cabe poca gente, 5-6 personas máximo. Se preguntarán ¿Qué tiene de especial esta piscina? La respuesta es sencilla, es el agua menos rebajada, vamos, donde más se flota. 20 minutos de auténtico placer. Y todo de forma natural, sin que se le añada nada de sal. También está la piscina grande, redonda, donde en una hora se puede disfrutar de sus chorros lumbares y de contracorriente, de las cascadas, tumbonas de burbujas, bancadas y de un jacuzzi. Todas las burbujas son accionadas de manera independiente y personal. Que mayor placer que no hundirse, mirar al techo y ver tras la cristalera, el cielo, las nubes, los pájaros.. Señoras, señores y público en general, les voy a dejar para ir a darme un baño en la piscina, puesto que escribiéndoles estás letras he recordado que gran placer es la sensación de ingravidez. ■

Alergia alimentaria

Dra. García Figueroa
Servicio de Alergología. Hospital Virgen del Camino

Que los alimentos son indispensables para la vida es algo obvio, pero en no pocas ocasiones son también motivo de enfermedad. La alergia alimentaria es uno de los motivos por los que los alimentos pueden alterar nuestra salud. Se trata de una situación clínica frecuente. Se estima que en Europa en torno al 2% de los adultos y hasta el 10% de los niños son alérgicos a algún alimento.

¿Qué es la alergia alimentaria?

Es una respuesta inadecuada del sistema inmune que se "defiende" de elementos inocuos de nuestra dieta, dando lugar a un diverso repertorio de síntomas. Así mientras algunas personas alérgicas a un alimento experimentan sólo síntomas leves en relación a su ingestión como picor en la boca o garganta, otras pueden experimentar reacciones graves con dificultad respiratoria, mareo o pérdida de consciencia que entrañan riesgo vital. Entre estos extremos podemos encontrar un amplio espectro de síntomas cutáneos (erupciones, hinchazones, picor), síntomas de nariz-ojos (estornudos, moquita, congestión, enrojecimiento ocular, picor) y digestivos (náuseas, dolor abdominal, vómitos, diarrea).

¿Qué alimentos pueden causar alergia?

Cualquier alimento puede causar alergia, pero sin duda no con igual probabilidad. La frecuencia con la que los distintos alimentos originan reacciones alérgicas depende de su propia naturaleza y de los hábitos dietéticos de la población, que a su vez varían con la edad (no es igual la dieta de los niños pequeños que de los adultos) y con la distribución geográfica (los hábitos dietéticos en el área mediterránea son diferentes de los de la población anglosajona). En España los alimentos que con mayor frecuencia ocasionan reacciones alérgicas en los niños pequeños son el huevo, la leche y los pescados. A partir de los 7 años son las frutas y frutos secos los alimentos más frecuentemente implicados. Concretamente es el melocotón el causante más frecuente, en cuya temporada de cosecha nos encontramos.

¿Qué alimentos y qué circunstancias ocasionan reacciones graves con mayor frecuencia?

Aunque cualquier alimento puede ocasionar una reacción severa, los que con mayor frecuencia lo hacen son: cacahuetes, frutos secos de cáscara, semillas, frutas, leche, huevos, pescados, mariscos y cereales. La falta de identificación del alimento responsable en la comida, es el principal factor de riesgo. El perfil típico sería un individuo que previamente ha tenido una reacción con ese alimento y que lo vuelve a ingerir de forma inadvertida.
Ciertos factores dependientes del paciente parecen colocar a algunos individuos en una posición de mayor riesgo para padecer reacciones de mayor severidad. Los más importantes de los identificados hasta ahora son los antecedentes de una reacción grave previa, historia de asma, especialmente si está mal controlado y tratamiento con fármacos betabloqueantes.

¿Qué tienen que ver unas alergias con otras?

La misma genética que predispone a padecer alergia alimentaria también predispone a sufrir alergia respiratoria a lo largo de la vida. Por ese motivo son más frecuentes estas condiciones en determinadas familias.
Por otra parte algunas de las sustancias (alérgenos) que ocasionan la reacción alérgica en algunas personas se encuentran en más de un alimento. Esto es más probable entre alimentos del mismo grupo, de forma que por ejemplo sea frecuente que los alérgicos a un pescado, un marisco, un fruto seco o una fruta de hueso lo sean a todos o casi todos. Pero también ocurre en ocasiones entre alimentos de distintos grupos (por ejemplo frutas-frutos secos-hortalizas) e incluso entre alimentos y agentes causantes de alergia respiratoria. Éste es el motivo de que algunas personas alérgicas a los ácaros del polvo tengan asociada alergia a mariscos y de que muchas personas alérgicas a pólenes también lo sean a ciertas frutas o frutos secos.

¿Qué se debe hacer en caso de sospechar una alergia alimentaria?

Además de evitar el alimento sospechoso comprobando que su evitación hace desaparecer los síntomas atribuidos a la alergia, debería consultarlo con su médico. Él es la persona más adecuada para valorar la conveniencia de realizar un estudio especializado y realizará la recomendación de los alimentos que debe evitar hasta que la valoración alergológica tenga lugar.
La piedra angular en el tratamiento de la alergia alimentaria es la dieta de eliminación. Éste tipo de dietas no están exentas de dificultades e inconvenientes, de forma que instituir una dieta de eliminación debería ser considerado como prescribir una medicación, ya que comporta una determinada relación riesgo-beneficio. Esta decisión debe ser individualizada, para cada alimento en cada paciente, debiendo estar sustentada por un diagnóstico sólido y preciso.

¿Cómo se tratan las alergias alimentarias?

Aunque en los últimos años se están explorando algunas otras vías de tratamiento como la inmunoterapia con alimentos y/o la desesibilización específica, cuyos resultados son prometedores, la pieza clave del tratamiento es la evitación del o de los alimentos causantes.

Para ello hay que ser muy cuidadoso con la alimentación, pues muchos alimentos alergénicos pueden aparecer en numerosos productos de forma enmascarada o con denominaciones desconocidas y así ser ingeridos inadvertidamente. Estas transgresiones involuntarias pueden ocasionar reacciones, en ocasiones graves. Cuanto más severa haya sido la reacción o a más alimentos se sea alérgico, más probable es que se produzcan implicaciones sociales. El miedo a una nueva reacción incluso más severa, tras la ingestión de mínimas cantidades del alimento ocultas en otros alimentos o por una nueva alergia atenaza a muchas personas, especialmente padres llevándoles a una sobre protección real o aparente de su hijo y a un distanciamiento social del paciente y su familia (los alimentos no sólo constituyen elementos imprescindibles en el desarrollo y supervivencia somática del individuo, sino que son piezas centrales de nuestra cultura y desarrollo social). Por otra parte no hemos de olvidar la repercusión económica y doméstica en general de un miembro de la familia con alergia alimentaria (el tiempo requerido para realizar la compra de comestibles y preparar comidas especiales se puede incrementar drásticamente).
La OMS aconseja que desde las administraciones públicas se potencie, utilice y se colabore con las asociaciones de ciudadanos específicas porque éstas representan un recurso complementario al propio sistema sanitario, tanto público como privado. Es especialmente conveniente en enfermedades con impacto social y enfermedades crónicas. La Asociación Navarra de Alérgicos y Asmáticos (ANAYAS) agrupa a pacientes y familiares de pacientes con enfermedades alérgicas en general incluyendo la alergia alimentaria, que son patologías de alto impacto social. Aporta apoyo y asesoramiento a las personas afectadas y sus familias, además de hacer una importante labor de educación sanitaria en el ámbito escolar, de asesoría a comedores escolares y de concienciación general. Su teléfono es 636329619. ■

La saliva: fuente de salud para la boca

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

La saliva es una sustancia líquida transparente, de viscosidad variable, compuesta principalmente por agua, sales minerales y algunas proteínas, producida en la boca por las glándulas salivales. Las más relevantes son la glándula parótida, la submaxilar y la sublingual, pues aportan la mayor parte de la saliva.

Se estima que la producción es de entre 1 y 1.5 litros de saliva al día, estando relacionada con el ciclo circadiano, de tal manera que por la noche se segrega una mínima cantidad de saliva; además, su composición varía en función de los estímulos (como el olor o la visión de la comida) aumentando -por ejemplo- el pH ante estos estímulos (cuando en condiciones normales es de 6.5 a 7.5).

Funciones de la saliva

La saliva juega un papel determinante fundamental en la salud y actividades de la boca. Sus funciones principales son:

•Digestiva. La saliva humedece la comida y ayuda a crear el bolo alimenticio de forma que pueda tragarse fácilmente. Contiene la enzima amilasa, que rompe el almidón en maltosa y dextrina. Así pues, la digestión comienza dentro de la boca, preparando el alimento antes de que llegue al estómago. Por eso es importante ensalivar bien la comida mientras se mastica.
El agua que representa un 95% de su volumen permite que los alimentos se disuelvan y se perciba su sabor en el sentido del gusto.

•Protectora. La saliva es la responsable de depositar una película protectora de glicoproteínas que cubre las superficies de la boca. Da protección al esmalte del diente y a todos los tejidos orales funcionando no solo como defensa, sino también como lubricante. En los portadores de prótesis dentales removibles en correcto estado, además de proteger las encías, provoca un sellado de las mismas, ayudando a una mejor retención en boca.
Tiene iones Calcio y Fosfato que ayudan a mantener el equilibrio en el proceso de desmineralización y remineralización del diente, siendo un factor determinante en la prevención de la caries dental y reparando incluso lesiones incipientes.
También regula el pH manteniéndolo a 6,5 Capacidad tampón del medio. Neutraliza el medio ácido producido tras las comidas, o en situaciones de vómitos o reflujo. Si se produce un pH ácido se provoca la desmineralización del esmalte lo que si es frecuente lleva al desgaste (llamado erosión) de los dientes.

•Desinfectante. En la boca viven muchas bacterias, principales causantes de la caries dental y los problemas periodontales (piorrea). La saliva es un desinfectante natural que tiene agentes antibacterianos como la inmunoglobulina A, la lactoferrina y la lactoperoxidasa.
Además al ser un fluido en constante movimiento produce un "aclaramiento" de la boca (mecanismo de auto-limpieza) que nos ayuda en la higiene de los dientes y de cualquier tratamiento dental (empastes, prótesis, implantes dentales,...)

•La expresión oral. La función lubricante además de proteger todos los tejidos blandos de la boca (lengua, labios, carrillos,...) facilita el "habla", todos podemos comprobar como al secarse la boca disminuye esta función y en condiciones normales recurrimos a un trago de agua para recuperar ese nivel de humedad necesario.

Alteraciones de la secreción salivar

La OMS (organización mundial de la salud) considera la falta o disminución del flujo salival como la enfermedad del hombre moderno, por su alta prevalencia en la sociedad que nos ha tocado vivir.
Una falta total de secreción de saliva es poco frecuente, lo más habitual es una disminución diaria inferior a 500ml. La saliva es más viscosa de lo normal. Esta situación provoca la llamada boca seca o xerostomía. La xerostomía favorece la caries y problemas de encías, así como procesos infecciosos orales, molestias y alteraciones de la función. Las causas más frecuentes que la provocan son las siguientes:

•La toma de fármacos tipo barbitúricos, ciclopléjicos, antihipertensivos, antidepresivos, los "antis" en general
•Procesos de salud general y/o deshidratación
•Strés
•Tabaquismo
•Atrofia o alteración de las glándulas salivares, ej. tratamientos como radioterapia, citostáticos
•Yodo radioactivo
•Otros.

¿Qué se puede hacer?

Si el problema es puntual y no existe un problema de salud general o bucal hay que restablecer el nivel hídrico, en definitiva beber un poco de agua suele ser suficiente, o mascar un chicle sin azúcar nos ayudará a estimular puntualmente el flujo salivar.
Si el problema persiste, es más crónico o existe algún tipo de enfermedad o medicación hay que ir al dentista. La saliva es un marcador biológico. Hoy se puede realizar un sencillo test a través del cual, de una manera sencilla y rápida, se puede medir si la cantidad de saliva es la normal, evaluar si tenemos ph correcto y si la capacidad amortiguadora es la adecuada. Esto permite analizar el problema, su causa y poner las medidas más oportunas.

Nota: la saliva en definitiva puede ser como el aceite para los motores, sin él estos sufren mucho y se deterioran rápidamente. ■

Premio de accesibilidad para la restauración de la residencia de mayores Amma Oblatas de Pamplona

Los arquitectos Javier Tellechea y Carmelo Fernández Militino han resultado galardonados con uno de los Premios a la Accesibilidad Universal concedidos por la Asociación Retina de Navarra. En concreto, se les ha reconocido por el trabajo que llevaron a cabo en la restauración de parte del antiguo convento de las Hermanas Oblatas y su ampliación para convertirlo en residencia para personas mayores (Amma Oblatas). Los galardones se han entregado en el transcurso de las IV Jornadas de Accesibilidad Universal, celebradas recientemente en la Universidad Pública de Navarra.

El convento de las Oblatas, una joya arquitectónica ubicada a pocos minutos del centro de Pamplona, fue construido en 1945 en un solar en el que ya en el siglo XVII estuvo ubicado otro convento, en este caso de los Trinitarios. El edificio está catalogado como patrimonio arquitectónico por el Instituto Príncipe de Viana y contiene en su interior la preciosa capilla original en la cual muchos pamploneses han pasado por el altar.
La rehabilitación realizada respetó completamente el aspecto exterior del edificio dotando al interior de todas las características técnicas y tecnológicas que hacen del centro una confortable y funcional residencia donde disfrutan las personas y sus familias de los servicios ofertados. Con una inversión superior a los 7 millones de euros, Amma definió a los arquitectos la necesidad de que fuera un centro abierto, con amplias zonas verdes, y con todas las garantías de accesibilidad y confort para los residentes, tanto en las dependencias rehabilitadas del antiguo convento como en la ampliación que se llevó a cabo simultáneamente.
La primera piedra del centro se colocó en el año 2001 por parte del Presidente de Navarra, Miguel Sanz, y la Alcaldesa de Pamplona, Yolanda Barcina, y las puertas de la residencia se abrieron definitivamente a mediados de 2003. Amma Oblatas dispone de 173 plazas residenciales y 30 de centro de día.

Un grupo de mayores de la residencia Amma Mutilva cumple su deseo de volver a revivir la "Javierada"

La "Javierada" es una célebre peregrinación que nació en 1940 y que mueve año tras año a miles de personas, que se desplazan desde todos los puntos de Navarra hasta el Castillo de Javier, rindiendo así honor a San Francisco Javier, que nació precisamente en ese lugar.
Esta peregrinación se ha convertido en una tradición muy familiar, en la que participan desde mayores hasta los más pequeños de la casa. Cada año, en la residencia Amma Mutilva se vivía de forma especial esta marcha y muchos eran los mayores que, viendo las noticias en televisión o en la prensa, revivían con nostalgia los años en los que habían participado en compañía de familiares o amigos.

Por ello, este año se organizó una excursión al Castillo de Javier coincidiendo con la peregrinación. Se apuntó un grupo de residentes, que fueron trasladados en una furgoneta adaptada, acompañados por el director del centro, David Iriarte, y también por la coordinadora de servicios generales, Nieves Mateo. Tras asistir a los oficios religiosos en la explanada del castillo, almorzaron y compraron cruces y estampas de recuerdo para repartir entre los compañeros y compañeras de residencia que no pudieron acudir a la excursión. La experiencia ha sido muy bien acogida por las personas que han participado. Amma Mutilva espera que esta excursión se convierta también en una tradición más y que, año tras año, los residentes puedan acercarse hasta el Castillo de Javier para recordar su participación a lo largo de sus vidas.

La residencia Amma Betelu celebra su sexto aniversario

El plato fuerte de las celebraciones del sexto aniversario de la residencia Amma Betelu ha sido la realización de una jornada intergeneracional en la que las personas mayores convivieron con los niños y niñas de la escuela de Betelu, que acudieron al centro para felicitar a todos con actuaciones coordinadas por el bertsorali Oskar Estanga.
Además, se celebró una "exposición fotográfica del recuerdo", con la que se ha querido homenajear a todas las personas que han estado en el centro en algún momento de estos años, un acto que se completó con una misa celebrada por don Celestino, padre blanco misionero de Betelu y un aperitivo compuesto por productos típicos de la zona.
Hubo tiempo para actuaciones musicales y para un homenaje a nuestros mayores "más mayores", con la presencia del Alcalde de Betelu.

Reflexiones y datos sobre la Donación de órganos

Dr. Juan José Unzué Gaztelu
Coordinador de Donaciones y Trasplantes del Gobierno de Navarra

Donar es éticamente excelente en una ética social basada en la empatía. Nos ponemos en el lugar del enfermo necesitado de un órgano y proclamamos con nuestra conducta solidaria un principio universal inapelable: hacer lo que esperaríamos que hicieran los otros en el hipotético caso de que mi enfermedad necesitase de la solidaridad... Hoy en día existen personas esperando con impaciencia un trasplante de riñón, de hígado o de corazón, entre otros. Las especies de donaciones factibles al día de hoy son de sangre, de cordón umbilical, de hígado, de corazón, de riñón, pulmones, páncreas; así como de tejidos, tales como las córneas, los huesos, los músculos, e incluso de cerebros. ¡Ojo, órganos y tejidos!

España se encuentra a la cabeza de la donación de órganos aunque hay algún campo en el que hay una cierta reticencia a la donación como en el caso del cerebro, por razones culturales. Según los últimos datos de 2009, se consiguieron unos 200 ejemplares para ser analizados ya que su estudio es fundamental para la investigación de enfermedades como Alzheimer, Parkinson, demencia y otras patologías neurológicas.

Hasta la fecha, la donación de órganos procedentes de un cadáver a una persona viva está muy aceptada y extendida en nuestro país, aunque los expertos insisten en que es necesario insistir en otros campos; las razones son obvias: el descenso de los accidentes de tráfico (fuente relevante de donaciones) ha hecho disminuir paralelamente el índice de las donaciones.

Donación de vivo

Estas consideraciones nos conducen hacia una donación con bastante futuro, a la denominada 'donación de vivo' en sus diferentes modalidades. Básicamente se trata de que el enfermo reciba el órgano de un familiar con lo que evitamos parcialmente una de las dificultades del trasplante, el rechazo, con una ventaja añadida: la duración media es mucho mayor que cuando procede de un cadáver.

En Navarra hace años que se inició este tipo de donación tanto en hígado como en riñón, y de hecho en 2008 se realizaron tres trasplantes de vivo de hígado y otros tres de riñón. En 2009 se realizaron en Navarra seis de hígado y cinco de riñón con esta modalidad "ex vivo". En este caso, los americanos son pioneros entre otras razones porque llevan trabajando más tiempo en esta modalidad y porque es más acorde a su propia idiosincrasia.

Además hay en esta especie de trasplante ventajas adicionales a tener en cuenta: permiten estudiar con la debida antelación tanto al donante como al receptor para evitar posibles enfermedades transmisibles y otros problemas, y además como ya he señalado, en el caso de que el donante sea un familiar directo del receptor, existen menos posibilidades de rechazo.

Condición para ser donante

La primera condición para ser donante "de vivo" es la voluntariedad: hay que ofrecerlo libremente, sin sentirse presionado por nada ni por nadie, y además esa persona tiene que estar totalmente sana, tener por supuesto los dos riñones y más de 20 años. Hace pocos años la donación de vivo de riñón en toda España al año era de unos 15 ó 20, pero en 2008 ya alcanzó los 156 casos y en 2009, los 254. Estos datos hablan por sí mismos de la evidente progresión de esta modalidad en el Estado español.

Esta especie de trasplante permite una exhaustiva selección de la idoneidad del candidato a donante, por ejemplo, en la donación de riñón, ante un familiar en diálisis se lleva a cabo un concienzudo análisis que selecciona al familiar donante más adecuado sin margen de error. En el caso de la donación de hígado, se elabora igualmente un informe para ver quién es el más idóneo y tan sólo se aporta una parte del mismo, ya que en la persona sana se regenerará en un corto espacio de tiempo.

En el trasplante de pulmones, en Estados Unidos han comenzado algunos trasplantes de secciones del pulmón de padres a hijos, con resultados muy esperanzadores según la comunidad científica, porque se está viendo cómo los padres se recuperan y pueden vivir con normalidad.

Donación cruzada

España, que se encuentra a la cabeza de la donación y trasplante posee ya la técnica de una variedad de donación "en vivo": la donación cruzada de riñón, que consiste en 'cruzar' la donación con los miembros de otra pareja. Así, éstas se someten a exámenes de salud para probar la compatibilidad entre ellos y abrir la posibilidad de encontrar una pareja que sea compatible desde el punto de vista analítico y así poder cruzar la donación. De este modo, uno de los miembros ha sido trasplantado y el otro ha donado. Hasta la fecha hay 50 dúos en esta modalidad y dos de ellos son navarros.

La persona que dona un órgano tiene que ser sometida a un examen exhaustivo para estar seguros de que no se tiene ninguna contraindicación para donar. Sobre todo hay un principio hipocrático en la donación y es que no se le ocasione ningún daño al donante, bastante hace cediendo parte de sus órganos y sometiéndose a una intervención con más o menos riesgo. La serie de pruebas analíticas que confirman una buena salud garantizan relativamente la viabilidad vital del donante que podrá vivir con normalidad toda su vida con sólo un riñón o dando parte del hígado.

Los Comités de Ética y la Judicatura

Uno de los problemas que está surgiendo en la actualidad internacional es el comercio de órganos. Existen países ya conocidos y denunciados por muchas organizaciones que practican el trasplante como comercio, es decir, yo voy a determinados países y si pago una cantidad de dinero me encuentran el donante adecuado para mí. Es lo que alguien ha calificado como turismo sanitario.

En este sentido, es importante recordar que en España, hay garantías y protocolos que se deben cumplir; antes de producirse el trasplante "de vivo" se reúne el Comité Ético del Hospital donde se va a realizar la doble intervención, es decir extracción a uno y colocación al otro para examinar en profundidad los aspectos que antes hemos enumerado y descrito: que el donante sea libre para dar, que no se encuentre sometido a ninguna presión y que no haya ninguna compensación económica. Además antes de la realización del trasplante el Comité Ético en última instancia es el que vigila el cumplimiento de todos los requisitos y el que otorga el visto bueno. La donación debe ser libre y si es posible anónima, pero además después de pasar cada caso de donación por este Comité, deben acudir ambos -donante y receptor- al juez, quien es el que en última instancia dará o no el visto bueno. Es decir, para velar por nuestros derechos de libertad se encuentran los Comités de Ética y la Judicatura.

Generosidad y altruismo

Donar es técnicamente sencillo, basta manifestar la voluntad de hacerlo al médico que le atiende en cualquier hospital, tanto público como privado. La generosidad y el altruismo están en la base de cualquier donación, en este caso con poco damos mucho, vida a los que la necesitan con apremio. ■

Propiedades nutricionales del pan

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

Cuando se dice que el pan es un alimento de origen vegetal bastante completo, no hace falta más que acudir a una tabla de composición para comprobarlo. En estas tablas, aparecen listados con los componentes nutricionales de 100 g de alimentos en crudo.

La tabla que se presenta a continuación es un resumen de las principales propiedades nutricionales del pan, tanto en su versión refinada, tras sufrir un proceso en el que se elimina la cubierta externa al cereal, en este caso al trigo, como en su versión integral, categoría en la que el pan conserva esta parte. Estos datos han sido extraídos de la Tabla de composición de alimentos del CESNID editada por McGraw-Hill Interamericana en el año 2004.

	Energía (Kcal.)	Proteína (g)	Hidrato Carbono (g)	Grasa (g)	Fibra (g)	Potasio (mg)	Magnesio (mg)	Fósforo (mg)
Pan blanco, de barra	236	8,3	47	1,6	3,5	120	25	90
Pan integral, de barra	229	9	44,2	1,8	7	225	81	195

Valores nutricionales

De esta tabla se concluye que el pan, tanto blanco como integral, es un alimento poco calórico, sólo recordar que se refiere de 100 g de producto total. Además posee una cantidad nada desdeñable de proteínas, sí es cierto que son de origen vegetal, por lo que su calidad nutricional es más baja que la de otros alimentos animales, pero en las dietas occidentales actualmente se toma un exceso de proteínas de origen animal. Y, por supuesto, el componente proteico en este caso no va unido a un exceso de grasas de las "malas". Ya las recomendaciones más novedosas y consensuadas van en la línea de que se tome la mitad del total de proteínas de origen vegetal. En cuanto a los lípidos o grasas, el pan es especialmente pobre en este componente, una de las razones por la que no es muy calórico. El macronutriente más representativo es, sin duda, el hidrato de carbono o glúcido ya que es el componente principal del cereal, del que está elaborado el pan. Asimismo, estos hidratos de carbono son, en su inmensa mayoría, complejos o de lenta absorción. Esto significa que están compuestos por largas cadena de glucosa (la molécula más pequeña de azúcar) que tardan más tiempo en ser digeridas y absorbidas por nuestro organismo y en pasar a la sangre y aumentar la glucemia (cantidad de glucosa en sangre) por lo que su índice glucémico no es elevado, hecho muy recomendable para la salud de todas las personas en general y de los diabéticos en particular.

Diferencias entre refinado e integral

A partir del dato de fibra es donde se empiezan a encontrar las diferencias más visibles entre ambos tipos de panes. Es lógico que el pan integral posea el doble de cantidad de fibra ya que esta se encuentra principalmente en la capa exterior del trigo que se conserva en este tipo de pan. La fibra posee numerosos beneficios para la salud entre ellos se encuentra: la regulación del tránsito gastrointestinal, la prevención de numerosas enfermedades, entre ellas diversos tipos de cáncer, el aumento de la sensación de saciedad en la dieta, el enlentecimiento en la absorción de muchos nutrientes, etc. En cuanto a los minerales, aparecen algunos cuyas diferencias son muy representativas en este alimento: potasio, magnesio y fósforo, sólo para describir el diferente contenido de estos en un tipo de pan y otro. De ahí que la recomendación general, siempre y cuando no haya contraindicación patológica, sea priorizar el consumo de pan integral por su contenido en fibra, mayor riqueza nutricional en cuanto a minerales y vitaminas y la presencia de fitoquímicos vegetales.
El pan posee unas características nutricionales muy completas, a la vez que saludables y es necesario incorporarlo de forma diaria a nuestra dieta para enriquecerla.
Además no hay que olvidar que forma parte de los tres pilares de la dieta mediterránea que son: aceite de oliva, vino tinto y cereal, una muy buena selección de nuestros mejores productos. ■

Ansiedad ante los exámenes

Nekane Pardo Gascue
Psicóloga Clínica. Unidad Infanto Juvenil de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud

Cada vez está ocurriendo con mas frecuencia una cuestión llamativa, y es la de adjudicar a una situación cotidiana y sencillamente vital, la entidad de cuadro psicopatológico.

Quisiera transmitir mi preocupación ante la creencia que muchos estudiantes y muchos padres tienen sobre lo que se ha dado en llamar el síndrome de "la ansiedad ante los exámenes ".

¡Qué mal haríamos si, como profesionales de la Salud Mental, nos quedáramos sólo ahí, sin analizar las siguientes cuestiones que pasaré a describir de forma sencilla:

- En primer lugar, debemos valorar en nuestra sociedad la falta de aprendizaje de aquello, que aunque se haya olvidado por la falta de uso, sigue existiendo y se llama ESFUERZO.
- En segundo lugar, recordar que educar en la madurez supone enseñar a esperar, enseñar a renunciar al "aquí y al ahora", es decir, todo lo contrario de moverse por el impulso y por el principio del placer.
- En tercer lugar, hablaríamos de la llamada "poca tolerancia a la frustración", cuestión que está bien introducida para explicar la oposición del niño y del adolescente a cualquier situación adversa que no esté prevista, o a asumir normas y deberes.

No sería de rigor obviar situaciones concretas y objetivas donde la ansiedad, el estrés, las somatizaciones y otros síntomas que aparecen, y que se deben adjudicar a trastornos psicológicos y psiquiátricos en sí mismos y coadyuvantes a otros.

Pero no es ello el objeto de ésta reflexión, sino incidir en la gran responsabilidad que tenemos todos, y en éste caso mas directamente los profesionales de la Salud, al recoger demandas que se hacen desde la superficie y no profundizar en su etiología, antes de darle un nombre que lo lleva a colocarse en categoría de "trastorno" o "enfermedad":

Entiendo que la situación ansiógena de nuestros jóvenes ante un examen, la debemos valorar e interpretar no como algo que le sucede sólo al estudiante sino como un síntoma de una sociedad demasiado preocupada por lo inmediato y por los resultados exitosos. Antes de que esto suceda, debiéramos revisar si se está educando en valores como el entendimiento, el diálogo, la solidaridad, la constancia, la espera, la EDUCACIÓN y la CULTURA, como procesos duraderos y permanentes.

Pero para ello es también la propia sociedad la que debe ser capaz de superar la inmediatez, es decir, capaz de tolerar algo bien hermoso pero a la vez lento, como son las dudas, las preguntas, las interacciones problemáticas, la capacidad para desviar la mirada desde uno mismo hasta los demás, y dedicar a nuestros niños y jóvenes TIEMPO...,más TIEMPO.

La televisión, los vídeojuegos, el ordenador, ¿a quién calman? ¿a ellos y a ellas? o ¿a los adultos?

¿Llegaríamos entonces a admitir que nos encontramos ante una sociedad inmadura que genera ciudadanos inmaduros?

- Colocar ésta situación de ansiedad en el archivo de la enfermedad ¿no es también un deseo, una necesidad de tranquilización? Quizá el reto ahora sea hacer promoción de Salud y no psicologizar y psiquiatrizar lo que tiene que ver con la vida misma. ■

IMPORTANTE
• Que un cristal sea oscuro no significa que proteja de la readiación UV, pues al dilatarse la pupila pasarán más radiaciones UV, lo que puede provocar daños oculares.
• Los cristales de mala calidad pueden provocar mareos, dolor de cabeza, mala visión...
• No utilice disolventes, alcohol ni agua caliente para limpiar los cristales.

óptica unyvisión
Avda. Navarra (Frente a Clínica Universitaria)
31008 Pamplona • T. 948 178 188
AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSITARIA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN

CUIDAMOS SUS OJOS
*GAFA DE SOL
20%
de descuento
*Oferta válida con la presentación de este anuncio
HASTA EL 1 DE AGOSTO DE 2010

Los trastornos del sueño en niños

Dra. María José Álvarez Gómez

Pediatra. Centro de Salud de Mendillorri

Los trastornos del sueño son un problema frecuente en la infancia,–aproximadamente el 25 % los sufrirá en algún momento a lo largo de la niñez-, como señala el Dr. Ugarte, coordinador del Grupo de Trastornos del Sueño de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Además, no sólo alteran la vida familiar sino que pueden repercutir sobre el humor y el comportamiento del niño (irritabilidad, agresividad), sobre el aprendizaje (déficits atencionales y de memoria, mal rendimiento escolar), aumentan el riesgo de accidentes y pueden tener efectos negativos sobre el crecimiento y desarrollo en general (obesidad, menor eficiencia del sistema inmune).

En muchos casos permanecen sin diagnosticar, ya sea porque la tolerancia de las familias hacia los hábitos de sueño del niño varía enormemente o, porque es un tema que la propia familia no comenta creyendo que estos problemas carecen de tratamiento o porque no se atreven a mencionarlos hasta que la dinámica familiar se ve sumamente alterada. Sin embargo, ayudar a la familia a resolver un trastorno del sueño es sumamente satisfactorio y, como afirma el Dr. Pin, coordinador del Grupo de Trastorno del Sueño de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), el pediatra de atención primaria es el profesional más idóneo para detectar, tratar o derivar los problemas del sueño infantil.

En los niños, la particularidad radica en que hay patrones de sueño diferentes a distintas edades : el recién nacido divide la cantidad de sueño casi por igual entre el día y la noche y el 100% de ellos tiene despertares nocturnos; a la edad de 6 meses ya sólo el 20-30 % de los bebés se despiertan varias veces por la noche. Los bebés alimentados al pecho adquieren el patrón de sueño nocturno continuado más tarde. El periodo de descanso nocturno se consolida en un único bloque a partir del año de edad en el 90 % de niños. Entre los 9 y los 18 meses, edad de la ansiedad de separación, no es infrecuente que el niño vuelva a despertarse por la noche. Dormir toda la noche es un hito del desarrollo que no siempre se mantiene una vez alcanzado y que se debe sobre todo a factores sociales. El sueño diurno disminuye a lo largo de los primeros 3 años de modo que a los 18 meses el niño suspende la siesta de la mañana y a los 4 años de edad la mayoría de los niños no requieren tampoco siesta después de comer. La necesidad de sueño nocturno también decrece con la edad de modo que en la adolescencia esa necesidad es igual a la del adulto. En general, uno de cada 3 niños hasta la edad de 4 años continuará despertándose por la noche y precisará de la intervención de los padres para volverse a dormir.

Con mucho los trastornos del sueño infantil más frecuentes son los despertares nocturnos y la resistencia a ir a la cama que se dan en bebés mayorcitos y en niños preescolares y que habitualmente son transitorios pero cuando persisten generan un gran stress en la familia. Aunque el 95 % de los recién nacidos que se despiertan por la noche y lloran no saben calmarse solos y precisan de la ayuda de los padres, a la edad de 1 año el 60-70 % de niños serán capaces de calmarse solos si se les da la oportunidad.

Ignorar el lloro del bebé

Los estímulos apropiados o inapropiados para iniciar y mantener el sueño a lo largo de la noche suelen establecerse hacia los 4 meses de edad. El concepto de las asociaciones del inicio del sueño es importante. Un niño que se pone en la cama despierto y que aprende a quedarse dormido utilizando maniobras de autoconsolación será capaz de calmarse solo y

volver a dormirse cuando se despierte a mitad de la noche. Pero un bebé que aprende a dormirse acunado en brazos de los padres o en su presencia, en la cama paterna o en cualquier otro lugar fuera de la cuna, tendrá dificultades en volver a dormirse cuando se despierte solo por la noche. En este último caso , cuando el bebé tiene ya más de 4 meses y continúa despertándose por la noche el procedimiento más indicado es aconsejar a los padres que ignoren el llanto del bebé a intervalos cada vez más prolongados y después de unas pocas noches " difíciles " se sorprenderán de ver que el entrenamiento funciona y el niño es capaz de volver a dormirse solo (método Ferber, método Estivill).

Despertares programados

Otra técnica que es eficaz y más aceptada por algunos padres es la de los despertares programados. Consiste en despertar al bebé un poco antes del momento en que él se suele despertar y poco a poco el bebé va alargando los despertares hasta que éstos remiten .

En los bebés más mayorcitos y en los preescolares en cerca del 90 % de casos, según informa la Asociación Española de Pediatría (AEP), el problema radica en hábitos incorrectos o falta de límites firmes por parte de los padres de modo que el niño siempre pospone el momento de ir a la cama . A estas edades el tiempo que tardan en dormirse es de unos 15 minutos lo que demuestra un estado importante de alerta y vigilancia. Lo mejor es establecer una rutina predecible a la hora de acostarse y que dure no más de 20-30 minutos: contar un cuento, una canción, un poco de agua o leche y un masaje en la espalda. También se pueden usar objetos como ositos de peluche o mantas para que el niño se sienta acompañado. Cuando esto no funciona el tratamiento más adecuado consiste en mantener una calma firme ignorando las demandas del niño y evitando la confrontación diciéndole simplemente que si se va a la cama la puerta de la habitación se puede dejar abierta pero si se levanta la puerta se cerrará ; las primeras veces los padres deberán permanecer junto a la puerta y mantenerla cerrada pero la abrirán tan pronto como el niño vuelva a la cama. También puede usarse un calendario de recompensas de modo que si el niño no se levanta de la cama se puede canjear por un pequeño premio al dia siguiente.

Síndrome de retraso de la fase del sueño

En edades posteriores : preadolescentes y adolescentes los problemas de sueño vuelven a ser frecuentes, se van a la cama cada vez más tarde, hay una reducción en las horas de sueño y esto se acompaña de somnolencia diurna y el consiguiente fracaso escolar. Esto se conoce como "el síndrome de retraso de la fase del sueño" que se define por un tiempo de inicio y finalización del sueño que está retrasado más de dos horas respecto a los horarios aceptados socialmente y que padecen un 5-10 % de adolescentes. Estos chicos no tienen por lo demás dificultades para mantener la continuidad del sueño pero tienen gran dificultad a la hora de despertarse y padecen insomnio si se les obliga a acostarse más temprano; el déficit crónico de sueño genera somnolencia diurna y el subsiguiente problema de rendimiento escolar. El tratamiento consiste en retroceder gradualmente la hora de ir a la cama unos 10-15 minutos por noche; evitar el uso de bebidas con cafeína, el ejercicio fuerte o la estimulación excesiva viendo televisión ,jugando videojuegos o escuchando música en la cama; una vez restablecido el sueño normal puede ofrecerse al adolescente un horario más flexible los días no escolares, pero sólo después de un mínimo de dos semanas de riguroso seguimiento del programa. En los casos más extremos puede ser necesaria la intervención de un especialista para establecer una cronoterapia-retrasar progresivamente la hora de acostarse y levantarse unas 2-3 horas por noche hasta que se alcanza la hora de acostarse normalmente-; otra terapia que se está utilizando actualmente es la terapia lumínica basada en la exposición a la luz por las mañanas .

El sonambulismo

Las parasomnias son trastornos de conducta que acontecen durante el sueño, de aparición paroxística y predecible en un momento determinado del ciclo de sueño, que no responden a la estimulación ambiental y que se caracterizan por amnesia del episodio a posteriori. Los más frecuentes son los terrores nocturnos y el sonambulismo. Los terrores nocturnos se dan típicamente en niños entre 3-8 años de edad, predominan en el sexo masculino, ocurren a la hora y media de la entrada en sueño, el niño se sienta en la cama repentinamente y grita aterrorizado permaneciendo inconsolable durante un tiempo que puede llegar a los 30 minutos, es imposible despertarle o calmarle. Es un cuadro muy aparatoso, pero luego el niño se relaja y vuelve a quedarse dormido y no recuerda el episodio al día siguiente. Ocurren con más frecuencia en periodos de stress o fatiga y hay que distinguirlos de las pesadillas que ocurren más avanzada la noche, a cualquier edad y en ambos sexos , el niño puede ser despertado y calmado y recuerda perfectamente el episodio al días siguiente contando con todo detalle el contenido del sueño.En aquellos niños en los que los episodios no se autolimiten o sean especialmente disrruptivos el pediatra puede aconsejar tratamiento farmacológico. En el sonambulismo (caminar dormido) y en la somniloquia (hablar dormido) el niño se sienta en la cama con los ojos abiertos pero "sin ver"; la actividad motora puede ir desde un aumento de movimientos sin finalidad en la cama hasta caminar por la casa; generalmente su discurso en ininteligible; suele darse en niños de edad escolar y predomina también en el sexo masculino. El mayor riesgo es el daño físico del niño durante el episodio por lo que los padres deben tomar medidas de seguridad en el hogar y no deben despertar al niño sino reconducirle suavemente a la cama de nuevo. Otra intervención eficaz que resuelve el cuadro en más del 80 % de niños son los despertares programados 15 minutos antes de que se produzca el episodio, asegurándose de que el niño permanece despierto por lo menos 5 minutos.

¿Qué pueden hacer los padres?

Si un padre está preocupado sobre el sueño del niño lo primero sería consultar con su pediatra de atención primaria que, a través de una cuidadosa historia clínica establecerá la naturaleza del problema y valorará las estrategias que los padres han utilizado hasta entonces.

No hay que olvidar que detrás de un trastorno del sueño puede haber también problemas médicos como unas vegetaciones de tamaño grande, un asma mal controlado, una dermatitis atópica no tratada, un cuadro de ansiedad subyacente o efectos secundarios de medicamentos que el niño toma para alguna enfermedad crónica, etc. Hay que recordar a los padres que a dormir se aprende y hay que enseñar al niño exáctamente igual que se le enseña a comer o a lavarse los dientes. Algunos casos requerirán intervenciones como terapia cognitivo-conductual y sólo en contadas ocasiones y bajo estricto control pediátrico se utilizará medicación.

Todos los trastornos del sueño mejoran y algunos se resuelven por completo con unos buenos hábitos de sueño. ¡Recuerde! Establezca unos horarios regulares de acostarse y levantarse y respételos incluso los fines de semana y vacaciones. Cree un ritual relajante cada noche antes de llevar al niño a la cama y, lo más importante, mantenga pautas cariñosas, pero firmes, desde el principio . ■

El acoso en la escuela

Dr. Emilio Garrido-Landívar

Especialista en Psicología de la Salud. Hospital San Juan de Dios

Realmente el acoso escolar, es una forma de maltrato psicológico y/o físico, que no es tan abundante en número como cabría esperar. Es cierto que los estudios últimos con evidencia científica parece ser que la tendencia es a subir, pero hoy por hoy no es ni alarmante ni grave.

Ahora bien, esto no significa, que no siendo alarmante, no tengamos que decir con fuerza, que la sola existencia de un solo caso de maltrato en el colegio, en la escuela, estarían justificadas todas las prevenciones y todas las orientaciones sociales, familiares y educativas para paliar semejante agresión. ¡No podemos permitirnos ni una sola por pequeña que sea! No vale decir, para justificarnos todos, que siempre ha habido niños que se han burlado de los demás y que siempre en alguna medida, algunos han abusado de la fuerza y de los insultos para "acogotonar" a según qué alumnos... ¡Menos, que de esta manera se hacen fuertes y duros!... Esto no nos sirve ni como explicación, ni como pauta de comportamiento que explique nada. Vamos avanzando en cultura, humanidad y educación, y esto no nos lo podemos permitir, ni siquiera para hacer unas risas.

Un niño/a que sufre un acoso, suele sufrirlo en silencio, no se entera nadie, a veces ni él mismo, y tarda la familia en darse cuenta... Los adultos, entre ellos algunos profesores, tratan de "quitarle yerro al asunto", hasta que las cosas se nos escapan de las manos y entonces sí que es peor y ya es imposible pararlo (Empiezan a psicosomatizar, a sentirse rechazados, minusvalorados, y según la edad a tener trastornos del sueño de los esfínteres...). Mientras un niño en nuestros colegios sufra, cualquier insinuación, cualquier duda, cualquier indicio es útil para apoyar y creer al niño, por lo menos investigarlo. A cualquier queja del niño, ante una situación continuada de tristeza o de lágrimas, hemos de estar solícitos a ver qué pasa... ¡No son cosas de niños! Cuanto mejor funcionan los colegios y mejor educación se da, mejor salud tienen nuestros hijos y más prevención hacemos. Un viejo profesor de mis años de estudiante decía: Si hubiera un colegio en cada esquina que funcionara medianamente bien, podríamos llegar a cerrar los hospitales... Puede que estuviese un tanto exagerado, pero no podemos olvidar que la educación y la prevención en ella, es siempre salud.

Haciendo un esfuerzo para valorar y evaluar qué pasa en nuestra querida Pamplona, nos acercamos a un estudio con ochocientos escolares y pudimos observar qué tipos de acoso se dan como más frecuentes, no está mal saberlos para poder prevenirlos en alguna medida; por lo menos para estar al tanto en el caso que observemos alguno o tengamos noticia de algunas manifestaciones.

El acoso oral el más utilizado

El maltrato físico, es el que más miedo nos da a los padres y a los profesores, pero no es el que más utilizan, según nuestra encuesta y el estudio a nivel Nacional; es el acoso oral, que se compone de palabrotas, motes, insultos, gritos y que usan en aquellos momentos que más se presta la clase "al desorden" por la propia estructura de la asignatura: En el patio, Gimnasia, vestuarios, deporte, trabajos mananuales... Los resultados nos dan valores del 30% en cuanto a insultos, motes, burlas, mentiras y gritos; siendo el 28% en la población Nacional. Sin embargo en el aspecto de maltrato físico solo es un 14%, que es bajo el porcentaje pero nos bastaría con que sólo fuera uno. Un 70% de los alumnos que contestan en la Encuesta (66% en la población Nacional) nunca se sienten amenazados, y esto no deja de ser un alivio, pero no podemos perder la guardia y el control del grupo y sobre todo cuando en el grupo se dan niños de mayor edad, cuya tendencia es más significativa a abusar de los más pequeños que están en el mismo grupo. Como el espacio es corto, no nos da para toda la reflexión que supone una encuesta de este tipo, pero la reflexión es válida de igual manera, aunque nos hayamos centrando en los más significativos a nuestro juicio y según nuestra encuesta.

Es importante remarcar que solo el 2,6% en la población española se sienten amenazados casi siempre, frente a 1,9 % en nuestra población navarra. Como podemos observar, es muy poco aunque en la prensa y en nuestra vida diaria nos parezca más... Volvemos a repetir que con que sólo hubiera un niño, ya merecía la pena tomar medidas y prevenir-educar. Estos niños suelen estar en la misma clase y son siempre algo más mayores de quienes abusan. Los abusos se dan sobre todo en el patio, es el insulto el más socorrido, y una de las razones que más esgrimen es la provocación. Suelen salir (37%) en ayuda los demás niños, cuando observan el acoso. El 53% se mete alguna vez con los demás... La verdad que no es un proceso de moda, ha existido siempre, y aquí tienen unos resultados cercanos a nosotros, en edades comprendidas entre los doce y dieciséis años, de 1º a 3º de la ESO.

Las causas son muy diversas, pero sobre todo no son los medios de comunicación, éstos solo desarrollan lo que está en nuestros hogares y en nuestras calles; por eso lo más fácil es achacar a los medios de comunicación como los factores principales...

La mejor prevención es la familia

Nuestras familias y nuestra sociedad es quien impregna nuestros colegios y la educación de nuestros hijos. No olvidemos que hemos pasado sin darnos cuenta, de apoyar al profesor a defender a ultranza a nuestros hijos; y eso se paga tarde o temprano. Hemos pasado de una autoridad paterno-materna, a dejarles muchas veces con todo, por una culpabilidad que tenemos los padres al no darles todo el tiempo y dedicación que no podemos. Hemos pasado de no tener más que lo necesario a tenerlo todo y más de lo que se necesita para vivir y así y todo no somos felices... ¡Le parecen pocas causas para que todo esto sea como es! Y, dando gracias a Dios y a los padres y profesores que están al pie del cañón, las cosas como ven, por las estadísticas; no van tan mal como podría parecer.

La mejor prevención es la familia, el mejor antídoto es "perder el tiempo con mis hijos". El mejor de los ocios programar los fines de semana con los míos, no sólo y únicamente en los grandes almacenes; haciendo cosas juntas, nuevas y creativas, generando un nuevo ocio con la familia. Estar siempre solícito a los deseos educativos y formativos de nuestros hijos, sin dejarlos solos y anestesiados por las pantallas que abundan en nuestros hogares. Hablar, hablar y hablar con nuestros hijos y con nuestra pareja, para poder estar de mutuo acuerdo, y transmitir a los niños nuestro objetivo de la educación... y, así poder conectar con su profesor-ra, para poder trabajar juntos en unión y poder modificar comportamientos todos a una. Ya sé que no voy a arreglar con estas simples líneas nada, pero no está mal, que la revista zona hospitalaria, nos brinde el poder reflexionar sobre estos temas, que sin darnos cuenta son tan de salud, como la propia salud específica de todos. Cuanta más formación y educación tiene nuestra población, de mejor salud goza y mejor previene las enfermedades. ¡No lo duden, estamos más sanos, cuanto mejor estamos con nosotros mismos! Esto solo se consigue con formación y educación. ¡No lo olvidemos! ■

Deporte con salud en primavera-verano

Dr. Alfredo Zúñiga Fonseca
Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte
Servicios Médicos MRA NAVARRA F.S.

Desde estas páginas quiero dar unas pequeñas orientaciones a esas personas que después de un largo periodo de inactividad física, desean comenzar a realizar ejercicio con la llegada del buen tiempo.

Algunas de estas orientaciones pueden servir en cualquier momento, como son:
1. Control médico previo a la realización de ejercicio.
2. Planificación del ejercicio.
3. Control de Pulsaciones en reposo y con actividad física.

Las recomendaciones específicas de este periodo de primavera–verano son:
1. Hidratación
2. Protección del Sol.

Control médico

Tras un largo período de sedentarismo, y sin perjuicio de la edad que se tenga, no es aconsejable iniciar una actividad física sin haberse sometido a un examen médico, que variará según la edad del interesado.

Para los menores de treinta años, bastará con haber pasado de manera satisfactoria un examen médico general en un plazo no superior a un año.

Si se tiene entre treinta y cuarenta años, el examen debe haberse realizado en los últimos tres meses y haber incluido un electrocardiograma en reposo.

El examen de quienes cuenten entre cuarenta y sesenta años, además de haberse hecho en el último trimestre e incluir el citado electrocardiograma, deberá haber comprendido también una prueba de esfuerzo, que consiste en la realización de un electrocardiograma mientras se pedalea en una bicicleta fija o se corre en una cinta.

Para quienes tengan más de sesenta años será el médico quien, tras hacer un examen exhaustivo, y valorar las posibles enfermedades de base, recomiende no sólo el tipo de ejercicio que pueden realizar, sino también el grado o intensidad en que pueden practicarlo.

Planificación del ejercicio

El comienzo de la actividad física tiene que hacerse poco a poco y de forma progresiva. Es conveniente planificar cuantos días de ejercicio vamos a realizar, por ejemplo en una semana sería conveniente realizar 2 - 3 días actividad física y descansar al día siguiente de realizar el ejercicio.

Control de pulsaciones

•EL PULSO en reposo.

Es aconsejable tomarse el pulso por la mañana, al levantarse, para evitar que haya sido alterado tanto por la ingestión de café como por cualquier tipo de esfuerzo o de tensión nerviosa.

Una de las formas más sencillas de controlar el buen estado físico consiste en tomarse el pulso. Para hacerlo correctamente deben ponerse los dedos índice y corazón de la mano derecha sobre la muñeca izquierda ó lateral del cuello. Si se tiene práctica en hacerlo, bastará con contar las pulsaciones durante diez segundos y multiplicar la cifra resultante por seis.

Si se carece de experiencia, el método más seguro consiste en contar las pulsaciones durante un minuto.

Las pulsaciones normales por minuto en una persona adulta varía según el sexo. Para los hombres, la cifra normal en reposo oscila entre 60 y 85; para la mujer, entre 65 y 90.

Si el recuento arroja un resultado entre 90 y 100 pulsaciones, se debe descartar la realización de toda clase de ejercicio físico y será prudente concertar una visita con el médico; si se superan las 100 pulsaciones por minuto, se deberá acudir a consulta lo antes posible.

•EL PULSO con actividad física -Márgenes de seguridad.

Al hacer ejercicio físico, cualquiera que sea la edad que se tenga, el ritmo de pulsaciones se acelera.

Podemos medir las pulsaciones con un método simple como es la toma del pulso, que ya nos hemos referido en el apartado anterior y además con un método mas sofisticado como es el pulsómetro, son aparatos parecidos a un reloj de pulsera que, gracias a una cinta que nos colocamos alrededor del tórax, nos da las pulsaciones al momento, a diferencia del método manual, en el cual es necesario pararse durante un corto periodo de tiempo para tomarse el pulso.

Se aconseja establecer unos límites de seguridad dentro de los cuales no se corren riesgos, mientras que si se sobrepasan al realizar un esfuerzo físico poco habitual pueden tener consecuencias impredecibles.

Se puede calcular de forma teórica las pulsaciones máximas de cada persona utilizando la siguiente fórmula FC máx =220 – Edad.

Por ejemplo, las pulsaciones máximas de una persona de veinte años pueden llegar hasta 200 por minuto, pero al hacer ejercicio, no debe permitir que su pulso supere el 75% de su FCmáx, es decir las 150 pulsaciones por minuto. En una persona que ronda los sesenta años, su FCmáx será de 160, no debe superar las 120 pulsaciones por minuto al hacer un esfuerzo físico, o sea el 75% del máximo correspondiente a su edad.

Otra forma de calcular el ritmo de seguridad máxima, es deducir de 200 la edad que se tiene y, si no se está físicamente preparado para hacer ejercicio, otros 40 puntos. Es decir que, si se trata de una persona, de cincuenta años que lleva una vida sedentaria y decide comenzar a practicar algún deporte o a hacer gimnasia, a las 200 habrá de restarle 50 más 40, con lo cual su límite máxima de seguridad será de 110 (200 - 50 - 40 = 110). A partir de esta cifra, todo ejercicio que produzca un ritmo de pulsaciones superior deberá ser descartado.

A medida que se avanza en la realización de esfuerzos físicos, podrá reducirse la cifra de 40, pero con ciertas condiciones. Cuando se haya alcanzado un buen estado físico, los menores de 30 años podrán olvidarse de esos 40 puntos, mientras que los que tengan entre treinta o cuarenta años deberán descontar siempre 5 puntos, los que tengan entre cuarenta y cincuenta, 15 puntos, y los que se hallen por encima de los cincuenta años, 20 puntos.

La hidratación

Es muy importante que la persona que practique deporte esté adecuadamente hidratada durante todo el día, es decir antes, durante y después del esfuerzo físico que se realice.

El objetivo es conseguir que al hacer deporte se beba la cantidad de líquido suficiente que permita mantener el balance hidroelectrolítico y el volumen plasmático adecuados durante el ejercicio.

A partir de los 30 minutos de iniciar el esfuerzo físico empieza a ser necesario la necesidad de compensar la pérdida de líquidos y después de una hora de ejercicio esto se hace imprescindible.

Se recomienda beber entre 6 y 8 mililitros de líquido por kilogramo de peso y hora de ejercicio (aproximadamente 400 a 500 mililitros por hora o 150-200 mililitros por cada 20 minutos). No es conveniente tomar más líquido del necesario.

Se aconseja que la temperatura de los líquidos oscile entre 15 y 21 grados. Bebidas mas frías enlentecen la absorción y en ocasiones pueden provocar lipotimias y desvanecimientos, mientras que las bebidas más calientes no son apetecibles, por lo que se beberá menos cantidad.

Protección del sol

Al realizar ejercicio físico con temperaturas elevadas debemos tener unas medidas preventivas para que el sol no nos perjudique.

1. La utilización de una adecuada crema de protección solar.
2. En días calurosos evitar realizar ejercicio físico desde las doce del mediodía a las cuatro de la tarde.
3. Si la humedad relativa del aire supera el 60%, las temperaturas peligrosas pueden empezar a partir de los 28 grados centígrados.
4. El uso de ropas ligeras, bien ventiladas y de colores claros. ■

Otitis por las aguas de las piscinas

Dr. Javier Ulibarri del Portillo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud de San Jorge

La otitis externa, también llamada otitis del nadador, es muy frecuente en verano. Según algunos estudios, entre el 80 y el 85%, de las otitis externas se producen durante el verano. Se adquieren en piscinas, playas y ríos. En España una de cada doscientas personas padece durante el verano este problema.

La otitis externa consiste en la inflamación del conducto auditivo externo. Este conducto es la porción del oído situada entre la oreja y el tímpano. La otitis externa es una infección del oído externo y del canal auditivo. Con frecuencia es causada por agua que queda retenida en el oído al nadar, ducharse o bañarse. También puede ser causada por limpiar o rascarse la oreja y por problemas de la piel como la psoriasis o el acné.

La otitis externa la pueden provocar diferentes tipos de gérmenes (bacterias u hongos). En condiciones de piel íntegra, no humedad y temperaturas normales, los gérmenes permanecen en la piel sin producir problemas.

Sin embargo, en verano, al aumentar la temperatura y la humedad, provocan la maceración de la piel del conducto y la consecuente infección. Esto ocurre con más frecuencia en esta época porque los baños en las piscinas son más habituales en periodo estival, pero puede producirse en cualquier otra estación del año siempre que se exponga continuamente al contacto con el agua en las piscinas.

La otitis externa no es contagiosa. Se produce en personas que tienen o han tenido algún tipo de lesión en la piel del conducto auditivo externo o permanecen mucho tiempo bajo el agua. Aunque puede darse en cualquier edad, es más frecuente en niños, sobre todo en época de piscina.

Los gérmenes pueden estar en el agua o en nuestro propio oído esperando las condiciones óptimas para la infección.

La otitis externa puede producirse tanto por bacterias (la más frecuente) como por hongos.

Síntomas

La persona que padece una otitis externa puede presentar alguno o todos los síntomas siguientes:

- Dolor de intensidad variable. Es el síntoma predominante. Aumenta al presionar en la región anterior del oído y al tirar de la oreja hacia arriba.
- Secreción amarillenta.
- Pérdida de audición, habitualmente temporal, si la inflamación bloquea el conducto.
- Picor. A veces intenso, que lleva a arrascarse la zona con algún elemento que pueda lesionar la piel, con el consiguiente empeoramiento de la infección. Debe evitarse la manipulación y rascado.

Tratamiento

La otitis externa suele responder bien al tratamiento y su resolución completa puede durar de 6 a 7 días, aunque el alivio de los síntomas se puede notar al segundo o tercer día.

Debe ser tratada por un médico, sobre todo en lo referente a la utilización de medicación con antibióticos, tanto en gotas como por vía oral.

Se utilizan tratamientos tópicos –gotas directamente al oído- con antibióticos. Que deben administrar hasta tres días después de la desaparición de los síntomas.

Inicialmente puede tratarse el dolor con analgésicos (paracetamol o Ibuprofeno). En muchos de los casos es suficiente.

Es muy importante no arrascarse el oído, no utilizar bastoncitos, ni objetos como clips u horquillas, porque lesionan la piel macerada y retrasa la curación.

Las personas diagnosticadas previamente de diabetes, disminución de las defensas, o ancianos, son más propensas a desarrollar complicaciones importantes, por lo que el seguimiento del proceso debe ser más estrecho y, en ocasiones, requiera tratamiento antibiótico vía oral (pastillas) o por vena. Estos pacientes deben ser especialmente cuidadosos en el seguimiento del tratamiento y consultar con el médico ante cualquier síntoma como disminución de la audición o dolor en la zona circundante de la oreja.

La desaparición de los síntomas no siempre quiere decir que se ha curado la infección, y una resolución incompleta puede suponer la recaída en los días siguientes, sobre todo ante una pronta exposición al contacto con el agua de las piscinas o mar.

Prevención

Las medidas que se deben tomar para evitar la otitis de las piscinas sirven también como normas generales de cuidado de los oídos:

No introducir nada en el conducto auditivo -Bastoncillos, clics, horquillas...Etc. ya que dañan la piel y favorecen la producción de otitis. El conducto auditivo tiene su mecanismo de autolimpieza.

A la salida de la piscina, el río o la ducha, sacudir la cabeza para retirar el agua del conducto.

Secar y limpiar el conducto con un paño fino o toalla envolviendo en el dedo meñique. En personas propensas a padecer otitis externa se puede utilizar secador de pelo a temperatura baja y a varios centímetros del oído. Existen en el mercado pequeños secadores con batería para este uso.

Evitar nadar en aguas contaminadas.

Evitar el uso prolongado de tapones para los oídos.

Si aparecen los primeros síntomas (picor, dolor..etc) evitar bañarse o lavar la cabeza.

Los tapones de oídos para el baño no son aconsejables para prevenir una otitis externa en un oído normal. Su uso únicamente estaría justificado en anomalías anatómicas que hacen difícil que el agua salga del conducto con las medidas comentadas previamente, en conductos con especial sensibilidad a productos para el tratamiento de las piscinas o en oídos que presentan una perforación timpánica.

La utilización de tapones de oídos para el baño cuando se practica natación en piscinas u otros lugares reduce el grado de humedad. No se deben usar de plástico ya que puede dañar, por el roce, la piel del conducto auditivo externo. Se pueden usar tapones que se encuentran a la venta en el mercado (silicona, polivinilo), así como los fabricados por uno mismo, de algodón envuelto en vaselina. Es importante que se ajusten perfectamente al conducto para no permitir el paso de agua. Se deben limpiar o desechar cada vez que se utilicen. ■

Cómo actuar ante un corte de digestión

Dr. Ramón Villanueva Moreno
Médico de Familia. Centro de Salud de Iturrama

La digestión es el proceso en el que los alimentos que hemos comido, sufren una trasformación en el estómago preparándolos para que se puedan absorber y los podamos utilizar. Para que este proceso se produzca, es necesario que gran cantidad de sangre llegue al estómago, hasta que se produzca el vaciado del mismo, que dura aproximadamente de 2 a 3 horas.

¿Por qué se puede producir un corte de digestión?

Cuando estamos en este proceso y nos sumergimos en agua fría todo nuestro organismo precisa desplazar sangre a la piel y músculos, para calentarnos y mantener nuestra temperatura, por lo que disminuye la sangre que es necesaria en el aparato digestivo y por ello se produce el corte de digestión.

¿Qué síntomas se pueden tener?

El problema no es que la digestión se interrumpa, sino que se deja con menos sangre al cerebro, lo cual provoca las siguientes molestias: Intenso malestar general, mareos, escalofríos, palidez, sudor frío, calambres, náuseas, vómitos, bajada de tensión y pérdida de conocimiento e incluso puede llegar a la parada cardiorrespiratoria en los casos más extremos. Esto se va a dar con mayor intensidad y más frecuentemente después de comidas copiosas y abundantes en grasa que después de comidas ligeras.

Estos mismos síntomas se pueden producir aunque no estemos haciendo la digestión, es decir, después de haber estado tomando el sol y haber sudado abundantemente o después de hacer ejercicio físico intenso y nos sumergimos de forma brusca en agua fría.

Hay que decir que todo esto está agravado porque al estar el paciente en el agua se produce ahogamiento, además de las dificultades que conlleva la atención dentro del agua.

¿Qué hacer ante un corte de Digestión?

Cuando se produce un corte de digestión en el agua lo primero que hay que hacer es sacar a la persona de la misma, pero siendo conscientes de nuestras propias capacidades, ya que no podemos ayudar si nosotros nos ahogamos.

Una vez fuera del agua, examinar que las vías respiratorias estén totalmente libres para que pueda respirar. Avisar inmediatamente a los servicios de urgencias llamando al 112. Mantenerlo tumbado si manifiesta sensación de mareo y elevarle las piernas.

Si siente náuseas ponerlo en una posición lateral y si no responde y está inconsciente, colocarlo en posición lateral de seguridad. Buscar ayuda de alguna persona que sepa realizar maniobras de primeros auxilios.

¿Cómo se puede prevenir un corte de digestión?

Es necesario guardar un tiempo prudencial después de las comidas, antes de meterse en el agua, especialmente después de comidas copiosas. Sería aconsejable no sumergirse antes de 2,5 – 3 horas después de comer, sobre todo si el agua está muy fría, aunque si la comida ha sido muy ligera, como un zumo o una fruta, con media hora podría ser suficiente.

También evitar los cambios bruscos de temperatura del cuerpo, no sumergirse en agua muy fría después de realizar un ejercicio físico intenso o de estar tomando el sol durante un tiempo prolongado y habría que evitar tomar líquidos muy fríos en todas las circunstancias antes comentadas.

En resumen:

No bañarse en agua fría hasta 2,5-3 horas después de haber comido.

No sumergirse en agua muy fría cuando se tiene la piel muy caliente y después de hacer ejercicio físico intenso, sino hacerlo de forma progresiva o darse una ducha antes de meterse en el agua.

Es recomendable no bañarse estando solo.

Sacar lo antes posible del agua al afectado si estamos capacitados para ello y solicitar ayuda.

Atender al afectado en función de las molestias que manifieste. ■

Calendario vacunal 2010

Dr. Aurelio Barricarte Gurrea

Jefe del Servicio de Epidemiologá, Prevención y Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública

El calendario actual, ha quedado establecido mediante la ORDEN FORAL 9/2010, de 21 de enero, de la Consejera de Salud, por la que se modifica el Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra.
http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2010/16/Anuncio-4/

Las últimas modificaciones afectan a la vacunación frente a varicela a los 10 años de edad y a la vacunación de tétanos difteria a adultos.

Varicela. Se vacunará frente a la varicela a los niños susceptibles (aquellos que no han pasado la enfermedad ni han recibido dos dosis de vacuna), a los 10 años de edad, hasta completar dos dosis de vacuna en lugar de una sola dosis que establecía el calendario anterior. La aplicación de ambas dosis se realizará con un intervalo mínimo de un mes. Esta modificación se debe a que la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios ha modificado la ficha técnica de esta vacuna aumentando a dos dosis separadas al menos por el intervalo de un mes la pauta de vacunación frente a varicela. La orden foral especifica hasta completar dos dosis en previsión de la existencia de niños que han recibido previamente una dosis como especificaba la ficha técnica anterior de la vacuna frente a varicela.

Tétanos difteria de adultos. Para aquellos adultos que hayan completado el calendario vacunal infantil (que actualmente contempla 6 dosis de vacuna frente a tétanos) o hayan recibido cinco o más dosis de vacuna frente a tétanos, se considera suficiente la administración de una única dosis de recuerdo de Tétanos-difteria (Td) en torno a los 65 años de edad. El calendario anterior contemplaba una dosis de recuerdo cada diez años.

Este cambio obedece a que actualmente se considera que cinco dosis de vacuna frente a tétanos proporcionan una inmunidad duradera y no son necesarias dosis de refuerzo cada 10 años. Se recomienda una dosis de recuerdo a los 65 años porque a partir de esa edad comienza en el ser humano un proceso de inmunosenescencia, (debilitamiento de la respuesta inmune) y precisamente los mayores de 65 años de edad son los que con menor frecuencia se encuentran inmunizados frente a tétanos. De hecho en España desde el año 2001 no se ha producido ningún fallecimiento por tétanos en menores de 65 años de edad mientras que todos los años se producen fallecimientos de personas mayores de 65 años. La modificación del calendario de 2010 favorece la revisión del estado vacunal frente a tétanos de todos los que cumplan 65 años para que se les aplique una única dosis de recuerdo o bien se complete la pauta de vacunación.

El calendario vacunal actual es el siguiente:

CALENDARIO VACUNAL 2010

VACUNA	EDAD										
	MESES					AÑOS					
	2	4	6	15	18	3	6	10	13	14	16
POLIO	VPI	VPI	VPI		VPI						
DIFTERIA TETANOS PERTUSIS	DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		DTPa			Td[5]	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE b	Hib	Hib	Hib		Hib						
HEPATITIS B	HB[1]	HB	HB								
ENFERMEDAD MENINGO. C	McC	McC		McC							
SARAMPION RUBEOLA PAROTIDITIS				TV[2]		TV					
VARICELA				V		V		V[3]			
VIRUS PAPILOMA HUMANO									VPH[4]		VPH[6]

1. En recién nacidos de madre portadora de antígeno de superficie de hepatitis B: 1ª dosis de vacuna e inmunoglobulina al nacer, la 2ª dosis de vacuna a los 2 meses, y la 3ª a los 6 meses.
2. En situación de especial riesgo se puede adelantar a los 9 meses de edad. Si la primera dosis se aplica antes de los 12 meses, es necesario repetirla a los 15 meses.
3. Para susceptibles (no han pasado la enfermedad ni han recibido previamente dos dosis de vacuna). Aplicar dos dosis con un intervalo mínimo de un mes.
4. Solamente a niñas.
5. Td: Vacuna Tétanos-Difteria tipo adulto. En personas que hayan completado el calendario vacunal o hayan recibido cinco o más dosis, es suficiente la administración de una única dosis de recuerdo en torno a los 65 años.
6. Para niñas nacidos entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 1994 que no hayan sido previamente vacunadas.

Como ejemplo de la efectividad de las vacunas, hacemos una pequeña revisión de la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación, incluidas en el calendario de la Comunidad Foral:

Poliomielitis: En España comenzaron las campañas de vacunación frente a Poliomielitis en 1964. En 1959 la tasa de incidencia de poliomielitis ascendía en nuestro país a 7,1 casos por 100.000 habitantes. Actualmente, gracias a la vacunación, la poliomielitis por el virus salvaje desapareció en España en 1989 y en el mundo, se considera eliminada en Europa y las Américas.

Difteria-Tétanos-Tos ferina: Las campañas de vacunación con DTP (Difteria-tétanos-pertusis), se iniciaron en España al mismo tiempo que la inmunización frente a poliomielitis. La incidencia de tétanos ha experimentado una drástica reducción en España en relación al aumento de las coberturas vacunales frente a la enfermedad. No ha fallecido por tétanos en España ningún menor de 14 años desde el 1982. Tampoco se ha producido ningún caso de difteria en nuestro país desde 1987. La tos ferina era una de las enfermedades más comunes de la infancia y una de las causas más importantes de mortalidad en niños antes de la introducción de los programas de vacunación. La incidencia tos ferina en nuestro país, actualmente solo alcanza 1,5 casos por 100.000 habitantes.

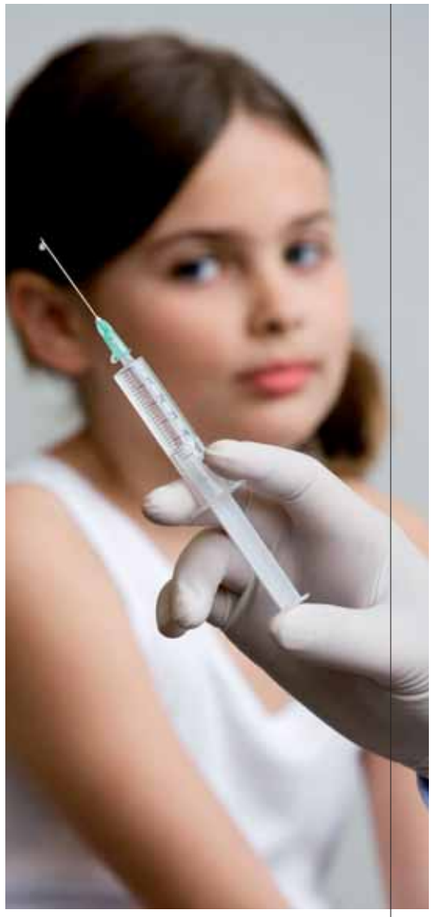
Sarampión-Rubéola-Parotiditis. Antes de los programas de vacunación con triple vírica que se iniciaron en España en 1981, en nuestro ámbito geográfico casi la totalidad de la población padecía todas ellas. En Navarra no se ha diagnosticado ningún caso de sarampión por virus salvaje, con transmisión en nuestra comunidad desde 1999. La incidencia de rubéola en el año 2009 en Navarra solo ha sido de 0,16 casos por 100.000 habitantes y la de parotiditis de 11 casos por 100.000 habitantes.

Hepatitis B: La vacunación sistemática frente a hepatitis B se inició en Navarra en 1992 en adolescentes a los 13 años de edad y en los recién nacidos a partir de 1993. Desde entonces no se ha originado ni un solo caso en vacunados y la enfermedad en el conjunto de la población se ha reducido de forma considerable.

Hemophillus influenzae tipo b: Este germen originaba en Navarra casos aislados de meningitis en menores de 5 años de edad. Desde que se introdujo la vacunación en 1998 no se han comunicado casos de enfermedad invasiva por dicho bacilo en menores de 5 años.

Meningococo C: La enfermedad meningocócica invasiva causada por este germen originaba en la Comunidad Foral más de la mitad de los casos de dicha enfermedad en 1999, concretamente la incidencia ese año ascendía a 1,44 casos por 100.000 habitantes antes de la implantación de la vacuna conjugada antimeningocócica C. Diez años después de la introducción de de esta vacuna la enfermedad invasiva por meningococo C se ha reducido más de un 90% en el conjunto de la población y prácticamente ha desaparecido en menores de 16 años.

Varicela: En Navarra se introdujo la vacunación sistemática frente ha varicela en el año 2007 y en solamente tres años de inmunización, la incidencia de varicela en el conjunto de la población se ha reducido un 83%, pasando de una incidencia de 591,15 casos por 100.000 habitantes en el año 2006 a una incidencia de 100,7 casos por 100000 habitantes en el año 2009. ■



La encrucijada de la Fibromialgia y Astenia crónica

Gregorio Tiberio López
Especialista en Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino.
Profesor Titular de la Universidad Pública de Navarra

Conocemos que en los últimos años, la FIBROMIALGIA (FM) ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia hasta convertirse en la actualidad en un problema de salud pública de primer orden. Varias razones pueden explicar esta situación:
-La alta prevalencia de FM en la población general adulta .
-El insuficiente conocimiento de las causas y de los mecanismos que la producen.
-La ausencia de tratamiento eficaz.
-La insatisfacción de los pacientes y en ocasiones de los profesionales en el abordaje actual de este enfermedad.

Definición

La FM es una enfermedad crónica de causa desconocida y que se caracteriza por dolor crónico generalizado, que el paciente localiza en el aparato osteomuscular.

Fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como enfermedad y clasificada entre los problemas reumáticos de partes blandas desde 1992.

Datos epidemiológicos

Conocemos que el 2,4% de la población general mayor de 20 años, padece un cuadro fibromialgico; Así mismo según el estudio EPISER (prevalencia impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid. Sociedad Española de Reumatología; 2001), se calcula que en España hay unos 700.000 afectados de fibromialgia. Se sabe que se dá con mayor prevalencia en mujeres en una relación de 21:1 y generalmente en la 4ª década de la vida entre los 40-49 años. Muy rara e infrecuente en ancianos ó en edades infanto-juveniles.
Cerca del 13% de los pacientes vistos en consulta de Medicina Interna, padecen fibromialgia.

Clínica

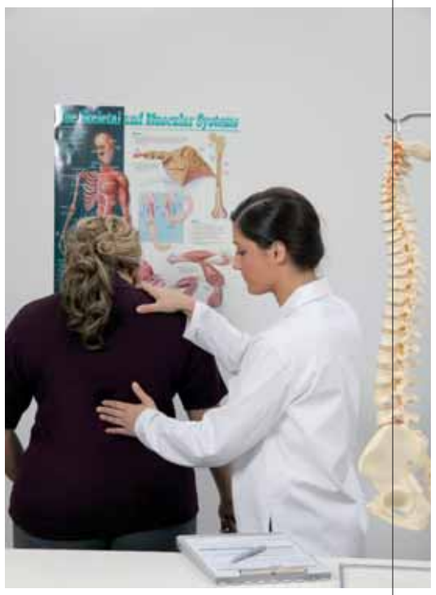
Lo que habitualmente nos refiere el paciente que acude a nuestra consulta con fibromialgia es lo siguiente:
•Dolor, se extiende progresivamente a amplias zonas corporales o alrededor de la columna, y la parte proximal de las extremidades, zona cervical, occipital, trapecio, hombros, parte proximal de brazos, zona lumbar, muslos, aunque frecuentemente también se suele situar en la parte anterior de rodillas, en los brazos, en manos, palma, dedos , tobillos, pies, en la planta...
El dolor se define como contínuo con oscilaciones que empeora por la mañana con una mejoría parcial durante el día y un nuevo empeoramiento a última hora de la tarde-noche.
Se conoce que los factores mas frecuentes que empeoran el dolor son las posiciones mantenidas, las cargas físicas, la actividad emocional, y los cambios climáticos.
La intensidad del dolor es una de las características que mas llama la atención. El paciente generalmente nos explica con frecuencia que el dolor es intenso o insoportable y utiliza descriptores, tanto sensoriales (tirantez, agarrotamiento), como afectivos (deprimente, agotador), con un característico patrón de dolor crónico.
Este dolor generalmente es a nivel de las estructuras musculares y en los tendones especialmente en hombros, caderas y dolor articular en ocasiones puede confundirse con cualquier otro tipo de proceso reumatológico.
•Otro síntoma llamativo y característico es la fatiga, es decir el cansancio, el paciente se encuentra asténico. Se puede producir en forma de crisis de agotamiento de 1-2 días de duración o más frecuentemente de forma continua y puede mejorar algo con el reposo.
En ocasiones los pacientes presentan una fatiga tan profunda que no mejora en ningún momento.
•Un tercer síntoma que no refieren, es la alteración del sueño, se va a relacionar directamente a mayor intensidad de su enfermedad. Generalmente afecta a que el paciente no puede conciliar el sueño ni tampoco puede mantener un sueño reparador y presentan despertares frecuentes, lo que le origina que a la mañana siguiente se encuentra cansado por no haber dormido adecuadamente.
A parte de estos tres síntomas claves, con frecuencia se combinan otra sintomatología que se podría clasificar en:
a) Síntomas sensoriales. Sensación de acorchamiento en extremidades inferiores, aumento de la sensibilidad, tanto auditiva, visual...; rigidez generalizada, localizada sobre todo al levantarse que le obliga en ocasiones a tener que acudir a la ducha con el fin de desencontracturarse,
b) Síntomas vegetativos, como sensación de tumefacción en las manos, en otras áreas corporales, sensación de mareo, inseguridad, inestabilidad, aumento de la sudoración, alteración de la temperatura, sequedad de boca y de piel, palpitaciones...
c) Síntomas cognitivos, es decir, se altera su atención, con déficit de la memoria reciente e incluso con dificultad para poder expresar diferentes frases o palabras, todo ello va enclavado en que el paciente refiere un síndrome de ansiedad y con alteraciones del estado de ánimo.
Cuando se explora al paciente se encuentra una exploración general normal, pero si que suele mostrar alteraciones a nivel de la posición con aumento del tono de los músculos, contracturas palpables sobre todo en ciertos grupos musculares como a nivel de trapecios, escápula, glúteos... es muy típico el que nos podamos encontrar los llamados puntos dolorosos, es decir que a la palpación e incluso al roce, presenta un intenso dolor que el paciente refiere mientras le exploramos en nuestra consulta, llamados puntos fibrositicos o dolorosos a nivel de toda la parte cervical en los omóplatos a nivel de los glúteos con la cadera, parte anterior del tronco a nivel pectoral, rodillas, codos....

Diagnóstico

Hemos de decir que su diagnóstico es exclusivamente clínico y está basada en la presencia de dolor osteomuscular crónico generalizado, junto con otros síntomas clínicos. Según los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ARA), ya establecieron que para la definición de fibromialgia se define por una historia clínica de dolor generalizado en más de 3 meses de duración de forma continua en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y dolor en el esqueleto axial, raquis, cervical, o parte torácica anterior. Además debe de presentar o producirse dolor a la palpación al menos en 11 de los 18 puntos simétricos siguientes: -zona occipital, cervical bajo, omoplato trapecio, brazos, parte anterior de tórax, codos, glúteo, cadera y rodilla.
En relación con los análisis del laboratorio y demás exploraciones complementarias, hay que decir que no existe en la actualidad ninguna prueba específica para el diagnóstico de FM y por tanto las exploraciones complementarias en estos pacientes están destinadas a descartar la posible existencia de otros cuadros clínicos.

Tratamiento

Hemos de reconocer que el tratamiento de la FM debe de ser multidisciplinario, es decir se debe considerar tratamiento no farmacológico y farmacológico.
a) Tratamiento no farmacológico. Es muy importante el ejercicio físico. Debe de ser un ejercicio aeróbico, en cualquiera de sus modalidades: natación, bicicleta, ejercicios en el suelo..., pues ha demostrado en diferentes ensayos clínicos un efecto beneficioso por sí mismo. Se sabe que existe una mejoría del cuadro de FM si se mantiene un ejercicio aeróbico controlado.
Con el ejercicio se conoce que hay mejoría en cuanto al dolor, la salud mental, es decir en términos generales, disminuir el grado de ansiedad y mejora la calidad de vida del paciente con FM.
No existen evidencias consistentes sobre la superioridad de un tipo de ejercicio aeróbico sobre otro, como por ejemplo el realizado en la piscina, frente a los realizados en un gimnasio o los ejercicios aeróbicos frente a los ejercicios de fortalecimiento y flexibilización. Es importante destacar que no se ha encontrado evidencia de que el ejercicio físico empeore las manifestaciones clínicas de la enfermedad.
Cobra también interés dentro de este apartado el *tratamiento psicológico*.
Su objetivo será el control de los aspectos emocionales de la ansiedad y de la depresión, alteraciones de la memoria y conductuales y sociales que agravan el cuadro clínico de los pacientes en FM.



Es importante el tratamiento cognitivo conductual, esta terapéutica combina técnicas de refuerzo positivo, junto con técnicas de relajación y de autocontrol emocional.
b) Tratamiento farmacológico. Sabemos que la utilización de fármacos está dirigida a la mejoría de los síntomas de la FM y no es curativa.
En la actualidad no existe ningún medicamento para el tratamiento de la FM aprobado por la Agencia Europea del Medicamento.
No obstante, podemos decir que los fármacos que empleamos son los siguientes: Analgésicos, y antiinflamatorios, es decir fármacos para controlar el dolor tipo paracetamol, tramadol, incluso la asociación que existe en el mercado de tramadol+paracetamol.
Inductores al sueño y relajantes musculares como ciclobenzaprina en dosis bajas ha mostrado utilidad en la mejoría del dolor y el sueño.
Antidepresivos triciclitos: Este tipo de fármacos a corto plazo, produce una mejoría clínica significativa hasta el 30% de los pacientes. La mejoría es moderada en el dolor, en la calidad del sueño y la sensación de bienestar, leve en la sensación de fatiga y mínima en el número de puntos dolorosos. No existen diferentes entre la utilización de amitriptilina y nortriptilina.
Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: Fármacos como la Fluoxetina son útiles para el tratar los síntomas depresivos, pero apenas son eficaces para el tratamiento del dolor si no hay depresión concomitante.
En ocasiones es necesario utilizar ansiolíticos tipo alprazolam y otras benzodiacepinas con el fin de controlar la ansiedad que la propia FM le produce al paciente. ■

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

Síndrome de Fatiga Crónica

Gregorio Tiberio López
Especialista en Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino.
Profesor Titular de la Universidad Pública de Navarra

La FATIGA CRÓNICA es una enfermedad compleja, crónica, de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de un cansancio, es decir fatiga física o mental, intensa, debilitante y grave y que persiste 6 o más meses y de carácter oscilante y sin causa aparente específica. Interfiere con las actividades habituales, no cambia con el reposo, empeora con el ejercicio y se asocia a manifestaciones generales, físicas y neuropsicológicas.

Datos epidemiológicos

Conocemos que en un 5 a 20% de personas que acuden a un centro de Atención Primaria consultan por síndrome de fatiga crónica, con un predominio en el sexo femenino de 2-7 mujeres frente a un hombre, se da en adultos jóvenes que oscila entre los 25-45 años y es más raro que se de en la 4ª-5ª década de la vida y en niños o en ancianos.

Causas

No se conocen en el momento actual, pero si que se habla de unas tendencias "agregación familiar", y ciertos factores predisponentes que favorecen la aparición de un síndrome de fatiga crónica, como puede ser entre ellos situaciones traumáticas en la infancia, alteración del estado de ánimo, ansiedad; por acontecimientos concretos en la vida del paciente, que en ocasiones sirven como detonante para que se desarrolle el síndrome de fatiga, pueden ser, accidentes de tráfico, o ciertas infecciones o stress postraumático, y así mismo algunos autores lo han relacionado con stress laboral.

Diagnóstico

Es clínico, para poder etiquetar a un paciente de síndrome de fatiga crónica en el momento actual, se siguen los criterios diagnósticos de Fukuda que consiste en presentar un criterio mayor y cuatro criterios menores.

•Criterios mayores:

-Fatiga crónica persistente de más de 6 meses de evolución

-Exclusión de otras enfermedades

•Criterios menores:

-Trastornos en la concentración, dificultad de retención de ciertas palabras, alteración en la memoria, sobre todo de fijación, no recuerda lo que ha hecho con anterioridad...

-Odinofagia, es decir dolor al tragar sin encontrarse ninguna anomalía en el tacto faríngeo.

-Pequeños ganglios a nivel de los cuellos axilares de mialgias, es decir dolor muscular.

-Dolores articulares en diferentes articulaciones del organismo, manos, pies, codos, rodillas..., pero nunca se aprecian datos claros ni inflamación. La articulación no está roja ni caliente.

-Cefala pulsatil, insistente.

-Sueño no reparador con despertares frecuentes y dificultad para conciliar el sueño.

-Un malestar postesfuerzo con una duración superior a 24 horas.

Como he mencionado, si el paciente cuando le historiamos y tras unas exploraciones exhaustivas completas encontramos que presenta un criterio mayor más cuatro criterios menores, ya se puede hablar de que presenta un síndrome de fatiga crónica. Claro está que siempre se debe descartar mediante otros métodos complementarios como son los datos de laboratorio, radiología, y otro tipo de exploraciones, enfermedades que puedan confundirse con síndrome de fatiga crónica.

Tratamiento

En el momento actual no se conoce la causa que origina el SFC, lo que imposibilita poder ofrecer a los pacientes un tratamiento curativo. Por todo ello, en ocasiones el paciente se inquieta y desespera y también puede llevar al facultativo a la desesperación por no poder acertar con un tratamiento más eficaz.

Sin embargo, se puede ofrecer opciones terapéuticas, sintomáticas o de soporte.

Los objetivos básicos del tratamiento, van dirigidos a reducir los grados de fatiga y dolor, así como a mejorar los niveles de actividad o de adaptación y calidad de vida de estos pacientes.

Tratamiento de efectividad contrastada: Las únicas intervenciones que han demostrado un efecto claramente beneficioso son:

Ejercicio físico progresivo controlado. Debe individualizarse según las características personales del paciente y las diversas fases evolutivas de la enfermedad. La actividad física ha de hacerse de manera regular y en periodos entre 35-45 minutos. No tiene que ser extenuantes, ya que podría empeorar la sintomatología.

Terapia cognitiva conductual. Ha demostrado claramente su utilidad en la mejoría sintomática, en el grado de adaptación de la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con SFC, siempre esta terapia se debe de realizar por personal cualificado y con experiencia en el tratamiento de pacientes con SFC, bien sean Psiquiatras, Psicólogos clínicos, enfermeras terapeutas o fisioterapeutas.

Tratamiento de efectividad relativa

Antidepresivos, no se deben administrar sistemáticamente, son útiles cuando hay cuadros depresivos reactivos asociados a SFC, en el insomnio y la mejora sintomática de sus mialgias.

Ansiolíticos: Tampoco hay que administrar de manera sistemática. Pueden utilizarse de forma transitoria como tratamiento sintomático de la ansiedad y del insomnio. Hay que ser cauteloso con el uso de una dosis alta de ansiolítico en estos pacientes, ya que pueden empeorar la debilidad muscular asociada al síndrome de fatiga crónica.

Analgésicos: Con el fin de aliviar la sintomatología se puede emplear el paracetamol, tramadol, o la asociación de paracetamol y tramadol. También se pueden emplear antiinflamatorios no esteroideos, cuyos fármacos mejoran considerablemente las mialgias, la cefalea, pero sabemos que no tienen la opción directa sobre la disminución de la fatiga. No se debe recomendar el uso sistemático.

Tratamientos no eficaces y no recomendados

Reposo, corticoides, antibióticos, antivíricos, inmunomoduladores, polivitamínicos, ácido grasos, carnitina...

Para concluir si que me gustaría remarcar que tanto el cuadro de fibromialgia como el de el síndrome de fatiga crónica produce un impacto importante, no sólo a nivel personal, alterando la calidad de vida, como a nivel familiar, laboral, llegando a producir discapacidad transitoria o permanente. Sólo quiero recordar que el 5% de toda la incapadidad permanente de los problemas reumatológicos es debido a fibromialgia y/o síndrome de fatiga crónica, con importante costo sociosanitario. ■

Diabetes Mellitus (Parte I)

Dra. Emma Anda Apiñániz
Adjunto de Endocrinología Hospital de Navarra
Dra. María José Goñi Iriarte
Adjunto de Endocrinología Hospital de Navarra

La diabetes mellitus, según la definición actual de la OMS, es un grupo de trastornos metabólicos de causas diversas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia crónica (es decir, niveles elevados de glucosa en sangre) y alteraciones en el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas. Estas alteraciones derivan de un defecto en la fabricación de la insulina, en la acción de la insulina, o en ambas.

A largo plazo la diabetes mellitus puede dar lugar a complicaciones específicas, como la retinopatía y la nefropatía, pero también aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular,...) por lo que en el punto de mira del tratamiento de la diabetes siempre estará intentar (controlando la hiperglucemia, y el resto de factores de riesgo vascular) evitar o retrasar la aparición de las mismas.

Qué síntomas produce

Aunque en muchos casos la diabetes se diagnostica por un simple análisis de sangre (como luego veremos), en otros el paciente presentará unos síntomas que nos hagan sospechar que tenga diabetes mellitus. Estos se derivan lógicamente del alto nivel de glucosa en sangre mantenido en el tiempo y de su eliminación por la orina. Son, principalmente la sed, la poliuria (aumento de la frecuencia para orinar) , la polifagia (aumento del apetito) , la pérdida injustificada de peso y la visión borrosa,.A veces se diagnostica en situaciones graves como una cetoacidosis o un coma hiperosmolar, que puede poner en riesgo la vida del paciente.

Cómo se diagnostica

La diabetes mellitus se diagnostica habitualmente por el nivel de glucosa plasmática y ofrece pocas dudas en la mayoría de los casos con un análisis rutinario.
En la actualidad se siguen los criterios que propuso la ADA (American Diabetes Association) en 1997 y adoptada internacionalmente después, según los cuales una persona puede ser diagnosticada de diabetes mellitus de tres maneras:
1.- Si el nivel de glucemia plasmática mayor o igual a 126 mg/dl en ayunas
2.- Se puede realizar una sobrecarga oral de glucosa. Esta consiste en tomar por boca 75 g de glucosa y medir la glucemia a las 2 horas. Si este nivel es mayor de 200 mg/dl podemos decir que esa persona es diabética.
3.- Si se tiene síntomas de diabetes con valores de glucosa plasmática en cualquier momento igual o superior a 200 mg/dl.
Siempre se debe confirmar cualquiera de estos resultados.

¿Cuál es el valor normal de glucemia?

Una glucemia en ayunas por debajo de 100 mg/dl y un nivel de 140 mg/dl a las 2 horas tras la sobrecarga oral de glucosa. No son valores arbitrarios, sino aquellos en los que se ha demostrado que no existen complicaciones características de la diabetes mellitus.
Lógicamente, existen situaciones intermedias. En ellas los niveles de glucemia no son normales pero no llegan a los niveles diagnósticos de diabetes mellitus. Se engloban dentro del nombre “prediabetes”, y se sabe que también en estas situaciones existe un riesgo aumentado de enfermedad vascular, por lo que es importante conocerlo.
Se trata de la glucemia basal alterada: son aquellas personas con una glucemia basal en ayunas entre 100 y 125 mg/dl y la intolerancia a la glucosa: aquéllas con una glucemia entre 140-200 mg/dl tras 2 horas de la sobrecarga oral.

Tipos de diabetes mellitus

Como hemos visto anteriormente, la diabetes mellitus en realidad no es una única enfermedad, sino un conjunto de trastornos metabólicos con una característica común que es la hiperglucemia. Así, existen distintos tipos de diabetes mellitus y en la actualidad se sigue la clasificación de la ADA 2008 que distingue cuatro grupos fundamentales que pasamos a definir y explicar brevemente:
1.- Diabetes mellitus tipo 1: se debe a la destrucción de las células beta del páncreas (que son las que producen la insulina) por un mecanismo autoinmune. Así, la secreción de insulina termina siendo mínima o inexistente y necesitarán insulina exógena para poder vivir y evitar complicaciones.
Es un 5-10% del total de los casos de diabetes mellitus y aunque pueden presentarse en todas las edades lo hace preferentemente en la infancia y adolescencia. Puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes.
2.- Diabetes mellitus tipo 2: representa el 90 % de la diabetes mellitus. En este caso se trata de una resistencia a la acción de la insulina acompañado con un déficit variable en la producción de la misma lo que conlleva la hiperglucemia.
Se presenta generalmente en la edad adulta a partir de los 35-40 años y con una elevada predisposición genética, mayor que en la tipo 1.

Es importante señalar que en ocasiones el diagnóstico se retrasa al ser una enfermedad generalmente larvada y con poca sintomatología y, a veces, estos pacientes pueden presentar ya complicaciones por la diabetes mellitus desde el diagnóstico de la misma.
La prevalencia de esta enfermedad es muy alta en la sociedad occidental, de manera que ya se habla de una verdadera epidemia de diabetes mellitus tipo 2. Esto se explica porque el riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad (mayor longevidad de la población) como con la obesidad (estilo de vida sedentario...).
En numerosas ocasiones se asocia en el mismo paciente con otros factores de riesgo vascular con la obesidad abdominal, la hipertensión arterial y la dislipemia lo que conlleva una mayor probabilidad de enfermedad vascular, y por tanto, un mayor énfasis en el control de estos factores.
Generalmente estos pacientes no requieren tratamiento con insulina para sobrevivir ni desde el inicio de la enfermedad, pero en muchas ocasiones es necesaria para el control de la enfermedad a lo largo de la evolución.
3.- Otros tipos de diabetes mellitus: en este grupo, muy heterogéneo y muy minoritario en cuanto al total de pacientes con diabetes se incluyen enfermedades genéticas (que alteran la función de la célula beta , o defectos genéticos de la acción de la insulina, o síndromes genéticos que pueden asociar diabetes), endocrinopatías (feocromocitoma...), enfermedades pancreáticas (desde las pancreatitis crónicas, tumores pancreáticos a la fibrosis quística), diabetes secundaria a fármacos (pentamidina, interferon) o infecciones (rubéola congénita).
4.- Diabetes gestacional: se define como una intolerancia a los hidratos de carbono que empieza o se diagnostica en el embarazo.
Dado el riesgo que tiene esta alteración para el desarrollo del feto y las posibles complicaciones maternas, es fundamental hacer una evaluación en todas las embarazadas entre la semana 24 y 28. En esta situación el diagnóstico cambia respecto a lo explicado anteriormente.
Se realiza primero una sobrecarga oral de glucosa específica (50 g de glucosa y medición de la glucemia a la hora) y posteriormente si el resultado ha sido mayor de 140 mg/dl se realiza otra sobrecarga oral de glucosa de confirmación (con 100 g de glucosa y a los 180 minutos). Según el resultado se procederá a tratamiento con dieta o con insulina durante el embarazo.
En aquellas pacientes embarazadas con factores de riesgo para diabetes gestacional (obesidad, diabetes mellitus en embarazo previo, antecedentes familiares de diabetes, edad mayor de 30 años, antecedente de macrosomía fetal y mortalidad prenatal previa) se efectúa antes el estudio para poder iniciar antes, si procede, el tratamiento. ■

Si quieres estudiamos juntos cómo hacer comunicación
para que tu negocio salga beneficiado

PubliSic ESTUDIO DE COMUNICACIÓN
Benjamín de Tudela, 35 Bajo / 31008 Pamplona
T. 948 276 445 /F. 948 273 108
www.publisic.com

Toxiinfecciones alimentarias

Dr. Javier Agreda Peiro
Médico de Familia. Centro de Salud de San Jorge

El verano es una época en la que alteramos sensiblemente nuestro ritmo de vida; se realizan excursiones al campo, acudimos a piscinas o playas, realizamos más viajes, practicamos más deporte, nos exponemos al sol etc., modificamos nuestros horarios habituales y cambiamos incluso nuestro estilo de alimentación. Si bien todas estas actividades en sí mismas son muy saludables, no están exentas de algunos riesgos que debemos conocer, para adoptar las medidas necesarias y evitar que nos estropeen unos buenos momentos que preveíamos placenteros.

La alimentación es uno de los factores que no debemos descuidar porque puede ser causante de molestias muy importantes. Con frecuencia en verano hay mas tendencia a comer fuera de casa, utilizando comidas preparadas con antelación o precocinados, o adquiriendo comida en establecimientos que no disponen de garantías sanitarias.
El calor es un factor que favorece el desarrollo de microorganismos.
Temperatura y tiempo son dos factores esenciales que determinan el número de microorganismos que puede haber en un alimento. Cuando un microorganismo llega a un alimento, encuentra los nutrientes suficientes para reproducirse. A una temperatura favorable un solo microorganismo se multiplica cada veinte minutos y, a las siete horas, pueden haberse producido millones.

¿De qué se trata?

Definimos como toxiinfección alimentaria, una enfermedad producida por la ingestión de un alimento contaminado por microorganismos (bacterias, mohos, virus o parásitos) o por toxinas producidas por ellos.
Las manifestaciones clínicas más frecuentes son diarreas mas o menos abundantes, náuseas y vómitos, dolor de cabeza, malestar general y en ocasiones fiebre. Este proceso supone una pérdida de líquidos, que si es importante, puede provocar una deshidratación. Los ancianos y los niños son más susceptibles de padecerla y puede revestir en ellos mayor gravedad.
Los alimentos pueden contaminarse de diferentes formas:
A través de las manos (atención a las uñas mal cuidadas), las bacterias involucradas suelen proceder del intestino humano (salmonella) y se eliminan por las heces. Hábitos higiénicos inadecuados tras el uso de los aseos (fundamentalmente) favorecen el trasporte de bacterias a los alimentos a través de las manos.
Portadores asintomáticos (eliminan gérmenes pero no padecen la enfermedad) de gérmenes en la nariz, en la garganta (estafilococo) o en la piel. A través de gotitas de saliva emitidas al toser, estornudar o hablar o tocar, pueden contaminar el alimento.
Agua contaminada (pescados y mariscos contaminados) o limpieza de alimentos con agua no potable.
Insectos, mascotas y otros animales.
Utensilios mal lavados, ropa sucia contaminada.

¿Quién las provoca?

Los gérmenes mas frecuentemente implicados son:
Salmonela: Leche no hervida, carnes de ave, vegetales crudos, huevos crudos o mayonesa casera (vigilar que la cáscara del huevo esté íntegra cuando lo compramos).
Escherichia Coli: Germen habitual del intestino humano o animal (limpieza adecuada de manos tras la defecación, no tomar aguas de riachuelos o fuentes sin garantía de potabilidad, evitar leche no pasteurizada).
Estafilococo: Germen habitual de la piel, de la garganta y de la nariz (se reproduce con facilidad en los pasteles y cremas no refrigeradas en repostería, en las ensaladas y en las carnes recalentadas de forma insuficiente, produce una toxina que es la que nos provoca la intoxicación).
Clostridium Perfringens: Contamina fundamentalmente las carnes y produce sobre ellas una toxina (cuidado con comer carnes rojas o de ave sin que estén hechas por dentro).
Los alimentos pueden contaminarse antes de llegar a nuestras manos (en origen, en el trasporte o en la conservación) o cuando los manipulamos y condimentamos. En esta situación si podemos actuar y prevenir la toxiinfección.
Los factores que contribuyen en el domicilio particular:

- Conservación de los alimentos a temperatura ambiente.
- Refrigeración insuficiente de los alimentos.
- Preparación de los alimentos con demasiada anticipación.
- Consumo de alimentos crudos contaminados.
- Cocción insuficiente de los alimentos
- Utilización de restos de comida
- Manipuladores portadores de infección
- Contaminación cruzada en la cocina
- Adicción accidental o voluntaria de productos químicos tóxicos.

Prevención

Antes de exponer las medidas preventivas es necesario aclarar conceptos claves:

- El frío detiene el crecimiento de los gérmenes pero no los mata.
- El calor adecuado si los mata.
- El calor intenso destruye las toxinas
- Nunca la carne cruda.

De lo comentado hasta el momento se pueden deducir una serie de medidas preventivas:

- No hay que dejar los alimentos a temperatura ambiente, porque las bacterias tienen muchas facilidades para reproducirse.

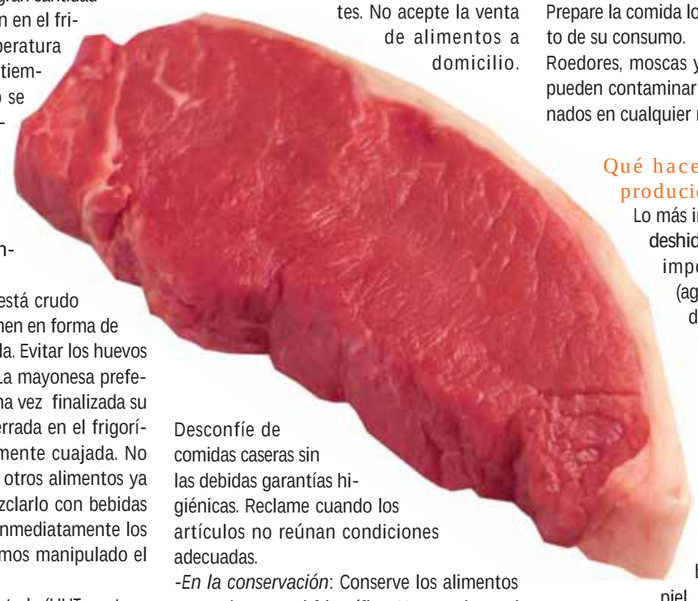
Una vez cocinados, los alimentos han de ser consumidos, o guardados en frigorífico hasta el momento de su consumo.
Las bajas temperaturas no matan las bacterias pero evitan su reproducción.
Esta es la principal causa de toxiinfección en medio familiar; se prepara gran cantidad de alimentos que no caben en el frigorífico, se dejan a temperatura ambiente durante mucho tiempo y si se recalientan no se hace a temperatura suficiente; o se recarga excesivamente la nevera con mas alimentos que los que puede refrigerar.

- Evitar consumir alimentos crudos.

-Huevos. Peligro cuando está crudo o mal cocinado. Se consumen en forma de salsa mayonesa o en tortilla. Evitar los huevos fisurados, rotos o sucios. La mayonesa preferentemente industrial y una vez finalizada su utilización, conservarla cerrada en el frigorífico. La tortilla perfectamente cuajada. No mezclar huevo crudo con otros alimentos ya cocinados y tampoco mezclarlo con bebidas frías o calientes. Limpiar inmediatamente los utensilios con los que hemos manipulado el huevo crudo.
-Leche. Consumir leche tratada (UHT, pasteurizada) Conservar siempre en frigorífico.
-Carne. Evitar comer carne poco hecha. Si no se obtiene una temperatura superior a 70º en el interior puede presentar riesgos. No recalentar varias veces. Nunca cruda.
-Moluscos (mejillones, almejas, ostras...) Asegurarse de que los envases lleven la marca sanitaria. Es aconsejable someterlos a cocción.
-Frutas y verduras. Lavado escrupuloso con agua potable tanto si se comen crudos o previo a la cocción.

- Otras recomendaciones:

-En la compra: Exija etiquetado y fecha de caducidad. No toque los alimentos, usted puede contaminarlos. Exija higiene a los dependientes. No acepte la venta de alimentos a domicilio.



Desconfíe de comidas caseras sin las debidas garantías higiénicas. Reclame cuando los artículos no reúnan condiciones adecuadas.
-En la conservación: Conserve los alimentos perecederos en el frigorífico. No mezcle en el frigorífico alimentos crudos de diferente origen, ni alimentos crudos con cocinados (los crudos abajo los cocinados arriba) evitaremos la contaminación cruzada. No vuelva a congelar alimentos descongelados. No mantener las sobras en el frigorífico, sobre todo si llevan ingredientes fácilmente alterables, es más conveniente desecharlas. No sobrecargue el frigorífico.
-En la preparación: Limpie escrupulosamente los utensilios. Extreme su higiene personal. Lávese las manos cuantas veces haga falta, no escatime esfuerzos en esta medida. No deje platos cocinados a temperatura ambiente; manténgalos al calor o enfríelos rápidamente. Prepare la comida lo más próximo al momento de su consumo.
Roedores, moscas y animales de compañía, pueden contaminar alimentos crudos o cocinados en cualquier momento.

Qué hacer cuando ya se ha producido la toxiinfección

Lo más importante es prevenir la deshidratación. Para ello es muy importante beber líquidos (agua, suero, infusiones, caldo de arroz), en pequeñas cantidades y con mucha frecuencia durante las primeras 12- 24 horas. Posteriormente y a medida que los efectos desaparezcan, realizaremos una dieta astringente a base de arroz, patata y zanahoria cocidos; pollo sin piel, carne magra de ternera o cerdo o pescado a la plancha; huevo duro, manzana membrillo o plátano. Al día siguiente se puede probar con yogurt que ayudará a regenerar la flora intestinal.
En caso de fiebre tomar paracetamol.
Si los síntomas son muy intensos (fiebre superior a 39º, vómitos incoercibles, dolor abdominal intenso), o duran mas de 72 horas, es aconsejable acudir a su médico de familia. ■

Prevenir la sordera

Dr. Sergio Sanhuesa
Responsable del Programa de Implantes Cocleares, Chile
Dr. Ricardo Mateo
Presidente Fundación para la Salud Auditiva

Millones de personas en Europa ya han perdido su audición funcional y con ello, las posibilidades de comunicarse con su entorno. La disfuncionalidad auditiva involucra no solo la imposibilidad de escuchar un sonido, sino además, la incapacidad de comprender su significado.

Aproximadamente una de cada tres personas mayores de 60 años se encuentra en esta condición, pero la prevalencia de esta discapacidad invisible para la sociedad, probablemente se incrementará de manera significativa en el corto plazo, al intervenir sobre su causa biológica esencial, el envejecimiento natural, una variable de la vida moderna: el ruido ambiental.

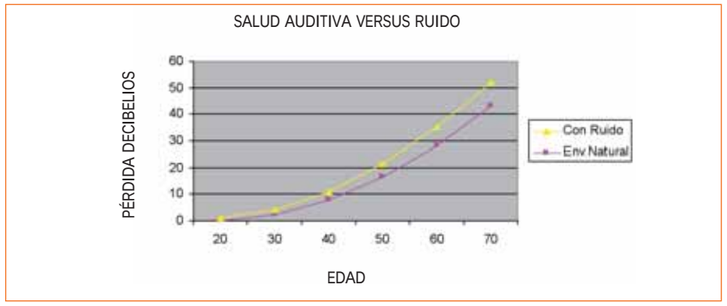
Este hecho debe considerarse cada día con mayor preocupación, ya que representa una amenaza adicional de nuestro entorno. Hoy día enfrentamos en las calles, bares, fábricas y colegios de nuestras ciudades, ambientes sonoros que fácilmente sobrepasan los 70 decibelios como un hecho constante. Esto es particularmente grave, si consideramos que los umbrales de ruido en los cuales potencialmente se produce daño auditivo se encuentran ya alrededor de los 80 – 85 decibeles. A modo de ejemplo, el nivel de ruido en lugares de concurrencia habitual fácilmente alcanzan o sobrepasan estos umbrales :

- Tiendas de ropa joven 80 dB.
- Bares > 85 – 100 dB.
- Conciertos de rock > 100 dB

En este contexto, resulta fundamental educar sobre las consecuencias de la exposición a altos niveles de ruido, así como desarrollar legislaciones y mecanismos de protección auditiva que posibiliten regular este hecho, asumiendo una conducta similar a la aplicada con el tabaco, esta vez con el objeto de proteger nuestro vital órgano sensorial auditivo.

La norma de calidad ISO 1999:1990 determina cuáles son las pérdidas auditivas que son debidas a la exposición a ruidos y cuáles debidas a la edad. De esta forma, podemos conocer el impacto que la edad y el ruido producen de forma conjunta.

Gráfico Nº 1: Pérdida de Salud Auditiva: Ruido más Envejecimiento Natural



Esto queda claramente de manifiesto en el gráfico Nº 1, donde podemos observar como el ruido añade una mayor pérdida auditiva al proceso natural de envejecimiento. Al igual que lo que ocurre en otras enfermedades, los daños en el oído se producen de forma paulatina y silenciosa, de manera que la persona desconoce el perjuicio, del todo evitable, que se ocasiona a si mismo.

En consecuencia, resulta fundamental prevenir la exposición al ruido y así evitar una prematura pérdida de la capacidad funcional auditiva, con las implicancias sociales, educativas, laborales y económicas que esta condición conlleva, tanto para el individuo en particular como para la sociedad en su conjunto.

Hipoacusia inducida por el Ruido

Este artículo busca entregar una explicación breve y simple del por qué el ruido genera daño auditivo, así como de sus potenciales consecuencias.

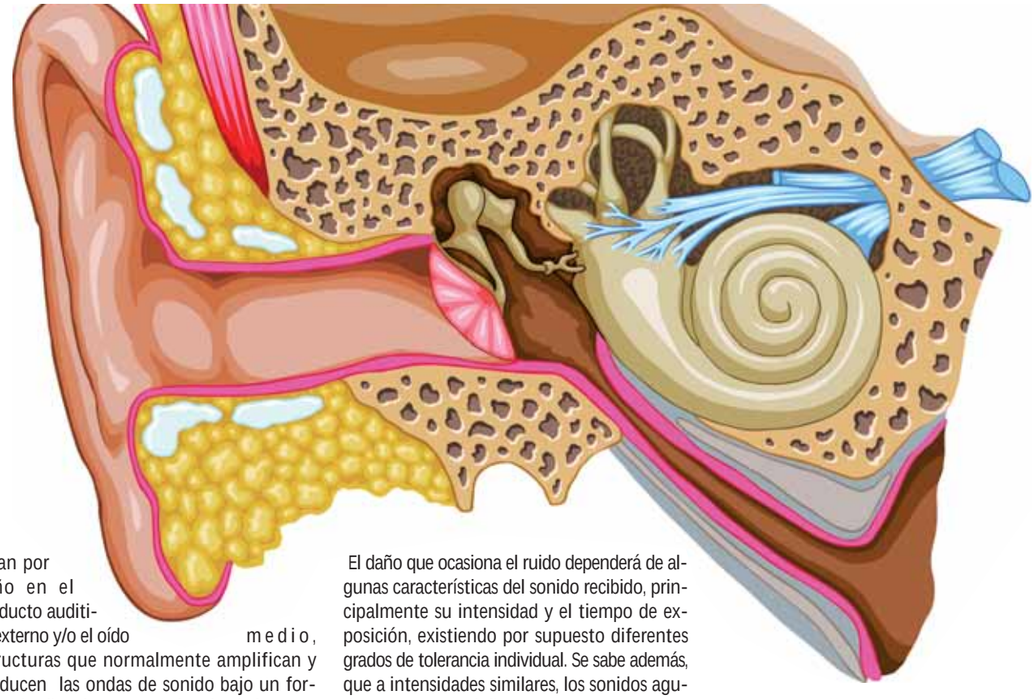
Para esto, es útil concebir a la audición como un proceso funcional que percibe las vibraciones generadas por los diferentes sonidos que emanan del medio ambiente y las analiza dentro de un determinado rango. Estas vibraciones, percibidas por el órgano auditivo desde el entorno ambiental, tienen dos características esenciales: una intensidad variable, que se mide en " decibelios " y un rango igualmente variable de frecuencias, pudiendo estas ser agudas, medias o graves, las que se miden en unidades denominadas "hercios".

El sistema auditivo descompone las múltiples frecuencias generadas por los diferentes sonidos externos en sus frecuencias específicas, y posteriormente modifica energías mecánicas y eléctricas para obtener comprensión del significado del sonido por la corteza cerebral auditiva.

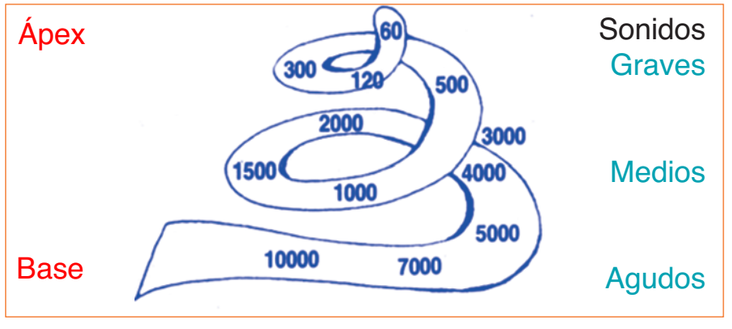
El oído humano es capaz de analizar frecuencias entre 20 y 20000 hercios, pero las frecuencias críticas se encuentran muy en particular, entre las frecuencias 500 y 2000, por ser estas las que participan de manera más trascendente en la comunicación y desarrollo del lenguaje, uno de los pilares de la evolución del ser humano.

Concebida así la funcionalidad auditiva, todo deterioro representa un déficit o hipoacusia, de magnitud habitualmente correlacionado con la cuantía del daño.

Una forma clásica de caracterizar la hipoacusia es vincularla con la anatomía del oído; en este contexto, aquellas hipoacusias que se generan por daño en el conducto auditivo externo y/o el oído medio, estructuras que normalmente amplifican y conducen las ondas de sonido bajo un formato de vibraciones mecánicas hacia las neuronas del oído interno, se denominan en su conjunto "conductivas ". De igual forma, aquellas generadas por daño en estas estructuras neurales se engloban con el término de " sensorioneural", siendo como concepto general, irreversibles.



Las estructuras auditivas neurales del oído interno se encuentran en la cóclea o caracol, así como las estructuras del equilibrio se ubican en las estructuras vestibulares.



La cóclea puede ser considerada como una tubería que gira como una espiral dos veces y media sobre su eje oblicuo, el modiolo. Esta tubería es más ancha en su base y disminuye su grosor hacia su ápex. Esta diferencia estructural permite que en la zona basal sean analizadas las frecuencias agudas y en el ápex las frecuencias graves. En el interior de la cóclea se encuentra el receptor auditivo sensorial, el Órgano de Corti, en cual posee, para cumplir este rol, con dos principales estructuras celulares : las células ciliadas, que traducen la onda de vibración mecánica generada en el oído medio en un código bioeléctrico comprensible por la corteza cerebral, y un segundo grupo formado por células que otorgan el soporte a las anteriores, denominadas células de sostén.

El daño que ocasiona el ruido dependerá de algunas características del sonido recibido, principalmente su intensidad y el tiempo de exposición, existiendo por supuesto diferentes grados de tolerancia individual. Se sabe además, que a intensidades similares, los sonidos agudos causan más daño.

Este ocurre cuando un ruido de intensidad igual o superior a los 80 decibelios es percibido por las células ciliadas. En ese momento se liberan, a modo de protección, sustancias químicas de alta efectividad que aumentan la tolerancia al sonido por parte de estas células. Sin embargo, cuando este ruido se mantiene en el tiempo, se produce la fatiga auditiva de la célula ciliada, condición inicialmente reversible que, de no modificarse la exposición a ruido, genera daño definitivo de estas, principalmente en frecuencias agudas, en particular en las frecuencias de 4000 hercios, lo que se manifiesta por la aparición de acúfenos o tinitus y de hipoacusia sensorioneural en estas frecuencias.

La razón de la irreversibilidad de las hipoacusias sensorioneurales se basa en que, al ser destruidas o dañadas las células ciliadas, dejan de existir las únicas estructuras biológicas con capacidad de efectuar la transformación del sonido desde su formato inicial, como energía mecánica, a un formato de energía bioeléctrica comprensible para la corteza cerebral auditiva. El ruido es uno de los agentes con mayor poder de daño sobre estas células.

Uso de audífonos

Una vez establecido el daño, si éste es de una magnitud significativa, existirá real dificultad para comprender el significado del sonido, en particular en ambientes externos, cuando existe ruido de fondo o el origen de la fuente sonora cambia de posición o no es visible. En estas condiciones deberemos recurrir a ayudas externas, como el uso de audífonos. Sin embargo, la capacidad de amplificación del sonido por parte de los audífonos estará siempre condicionada a la calidad de las células ciliadas remanentes, ya que si estas son insuficientes o se encuentran particularmente dañadas, amplificarán el sonido con estas mismas características, por lo que resulta imprescindible evitar exponer este órgano a ruidos intensos, en especial por períodos prolongados.

La importancia de la Salud Auditiva para la población es particularmente crítica, dado que ésta es la base de la comunicación y del aprendizaje. Una hipoacusia puede modificar sustancialmente la calidad de vida. Los sonidos que alertan del peligro ya no existen. La risa que comunicaba a amigos es un recuerdo. Actividades como hablar por teléfono, un trabajo productivo, viajar, conversar, entender una clase, disfrutar un concierto o ir de compras, se pueden convertir en verdaderos retos. Muchos se darán cuenta de esta condición antes que el afectado, quien usualmente argumentará que es el resto del mundo el que debe modular mejor o hablar más alto, restándole inicialmente importancia. En este momento, ya la suerte está echada; la prevención ha fracasado y se deberá enfrentar la realidad: ha sido agredido por el ruido y ahora debe buscar con urgencia ayudas auditivas para mejorar su calidad de vida. Finalmente comprenderá que su negación no hará que el problema desaparezca. Mientras más se tarde, más difícil será corregir ese déficit y más demorará en recobrar su antigua vida. ■

Pérdida de memoria en el Anciano: Las Demencias

Dr. Manuel Martín Carrasco
Psiquiatra. Clínica Padre Menni. Pamplona (Hermanas Hospitalarias)

HERMANAS HOSPITALARIAS
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PADRE MENNI

El síndrome de pérdida de memoria en el anciano se debe en la mayoría de los casos a un síndrome de demencia, y especialmente a una enfermedad neurodegenerativa, la enfermedad de Alzheimer.

La demencia es un síndrome psiquiátrico orgánico caracterizado por un deterioro adquirido y persistente del funcionamiento intelectual con una afectación de al menos tres de las siguientes áreas de actividad intelectual: lenguaje, memoria, habilidades visoespaciales, personalidad o afectividad, y cognición, que incluye abstracción, cálculo, juicio, y funciones ejecutivas..

La prevalencia de síndrome demencial por encima de los 65 años de edad se cifra en el 5%, con un aumento gradual conforme la edad aumenta, de forma que supera el 20% entre los mayores de 85 años. Hay de 60 enfermedades asociadas con síndrome demencial, de las que las más frecuentes son, por este orden, la enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia vascular (DV), la demencia con cuerpos de Lewy (DCL) y la enfermedad de Parkinson (EP). Para determinar la causa de la demencia, es necesaria una evaluación clínica: examen somático, neurológico y psiquiátrico, una entrevista con un familiar cercano, bioquímica sanguínea, radiografía torácica, TAC o RMC, y análisis del LCR en contados casos. Dado que la enfermedad de Alzheimer tiene típicamente un inicio insidioso, es de gran utilidad investigar y registrar la forma de comienzo de los síntomas.

La información de los familiares sobre el inicio de la enfermedad y su progreso con el tiempo son parte importante de la información necesaria para formular un diagnóstico. La EA comienza típicamente con pérdida de memoria, seguida de cambios en el carácter o en la afectividad. La desorientación, como consecuencia de la amnesia, también aparece relativamente pronto, seguido de afectación del lenguaje -afasia nominal-, mientras que las dispraxias y el deterioro del pensamiento y la capacidad de juicio aparecen más tardíamente. La DV, secundaria a múltiples infartos cerebrales, tiene típicamente un comienzo más brusco, con síntomas y signos de tipo neurológico, así como con afectación de tipo emocional precoz, seguido de un deterioro escalonado típico, que se contrapone al deterioro progresivo e inexorable de la EA. En ambos tipos de demencia tienen una gran importancia los síntomas de tipo psiquiátrico, como apatía, agresividad, deambulación incontrolada, insomnio, agitación, depresión o delirios.

Deterioro de la calidad de vida

La importancia se debe a que estos síntomas son causa importante de sufrimiento para el paciente, dan lugar a un deterioro importante de la calidad de vida tanto del paciente como de los cuidadores, y condicionan en gran medida la institucionalización o ingreso en Residencias de los pacientes con demencia. Por otra parte, y aunque existen ya modalidades terapéuticas eficaces en la enfermedad de Alzheimer, el pronóstico del deterioro cognitivo permanece sombrío, en tanto que podemos intervenir de manera mucho más eficaz sobre los trastornos psiquiátricos de las demencias.

Al igual que la mayoría de las enfermedades mentales del anciano, el diagnóstico del síndrome demencial en el anciano se ve complicado por la intercurrencia de numerosas enfermedades, tanto psiquiátrica como somáticas. De acuerdo con los criterios NINCDS/ADRDA, la única forma de alcanzar un diagnóstico definitivo de EA es a través de una biopsia cerebral que muestre los síntomas clásicos de la enfermedad: placas seniles neuríticas, ovillos neurofibrilares y atrofia cerebral por muerte neuronal. El diagnóstico de EA se califica de probable si el paciente tiene déficits en dos o más áreas del funcionamiento cognitivo sin alteración del nivel de conciencia, comienzo gradual y curso progresivo. El término de EA "posible" se reserva que cumplen los criterios de EA probable, pero con un curso diferente, o tienen una enfermedad sistémica que podría ser la causa del síndrome demencial, aunque no parezca probable. Este sistema consigue una exactitud en el diagnóstico con confirmación biópsica del 80-90%; este porcentaje es menor cuando se trata de síndromes demenciales de inicio presenil.

La etiología de la enfermedad de Alzheimer permanece desconocida. El descubrimiento de una serie de genes relacionados con formas familiares de la enfermedad, localizados en los cromosomas 1, 14, 19 y 21, y de la importancia de la APoE como factor de riesgo de la enfermedad ha dado fuerza a las teorías de tipo genético. Sin embargo, aparecen más prometedoras como fuente de posibles tratamientos otras hipótesis, como las que tratan de explicar la importancia de la respuesta inflamatoria en el origen de la enfermedad. También ha obtenido más crédito por parte de los investigadores la teoría de la "Cascada Amiloide", que sostiene la importancia de la producción y depósito anómalo de sustancia amiloide en las placas seniles como factor esencial para la producción de la enfermedad, por contraposición a los defensores de la importancia de la proteína tau y los ovillos neurofibrilares.

En cuanto al tratamiento de los síndromes demenciales, cabe distinguir cinco modalidades fundamentales. En primer lugar la prevención de factores de riesgo, más notable en el caso de la demencia vascular, a través del control de la HTA, la diabetes, o la hipercolesterolemia y de otras medidas tendentes a evitar el daño vascular cerebral, como el empleo de antiagregantes o de bloqueadores de los canales de calcio. En segundo lugar, nos encontramos con las terapias que desde un punto de vista rehabilitador tratan de enlentecer la progresión de la enfermedad, mediante la estimulación y el aprendizaje de técnicas que permitan aumentar la "reserva cerebral".

El tercer lugar, estaría ocupado por las sustancias que mejoran el funcionamiento cognitivo. En las últimas décadas se han realizado descubrimientos basados en la teoría colinérgica de la memoria, demostrándose la importancia de este sistema de neurotransmisión en la producción del déficit de memoria. Finalmente, hace una década se ha llegó a la comercialización de los primeros fármacos con una eficacia clínica limitada pero significativa en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, los inhibidores de la acetilcolinesterasa, enzima implicada en el sistema que metaboliza el neurotransmisor. Las sustancias disponibles son el donepezilo, la rivastigmina, y la galantamina. Asimismo, desde hace varios años se dispone de una sustancia de mecanismo de acción diferente de tipo glutamatérgico, la memantina, que puede asociarse con los fármacos colinérgicos citados.

En cuarto lugar, tienen un papel muy destacado para el tratamiento de la demencia los fármacos psicotropos, como antidepresivos, neurolépticos e hipnóticos. Este hecho se debe a la presentación frecuente de síntomas psiquiátricos en el curso de los síndromes demenciales del anciano, especialmente síntomas depresivos, insomnio, síntomas psicóticos como alucinaciones o ideación delirante, y trastornos del comportamiento, como agresividad, fugas o deambulación incontrolada. De hecho, con frecuencia estos síntomas afectan más a la calidad de vida del paciente y de sus familiares que el propio deterioro cognitivo, y condicionan con frecuencia la institucionalización del paciente.

A la hora de emplear antidepresivos conviene recordar que los fármacos de la 2ª y 3ª generación de antidepresivos están indicados en pacientes con demencia, por su buena tolerabilidad. Los neurolépticos se emplean para combatir los síntomas psicóticos, el insomnio extremo y la agresividad. El empleo de estos fármacos debe hacerse siguiendo el principio de la mínima dosis eficaz, y empleando en primer lugar fármacos menos potentes y mejor tolerados, como el tiapride, para seguir luego con agentes más potentes, como la risperidona o la quetiapina. Debemos tener en cuenta la producción de efectos secundarios, como parkinsonismo y discinesia tardía, así como la sedación excesiva.

Otros fármacos empleados para el control de los trastornos del comportamiento son los beta-bloqueantes, como el propanolol y el pindolol, la carbamazepina, el litio y agentes serotonérgicos como el trazodone, por lo demás un buen hipnótico.

Familiares y cuidadores

Por último, el tratamiento de los síndromes demenciales en el anciano no puede olvidarse de los familiares y cuidadores de los pacientes. A lo largo de los últimos quince años se ha producido un gran aumento de los estudios científicos acerca de las consecuencias del cuidado de pacientes ancianos aquejados de síndromes demenciales sobre las personas que lo ejercen. Como resultado de esta labor, contamos con evidencias bien documentadas acerca de las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener sobre la salud física y psíquica, las actividades sociales, y los recursos económicos del cuidador.

En primer lugar, cuidar de un anciano con un síndrome demencial puede producir esfuerzos de tipo físico. El paciente puede precisar ayuda para levantarse, asearse, comer, o bien supervisión constante. Estas tareas con frecuencia llevan al cuidador a descuidar sus propias necesidades de sueño, descanso y cuidados de salud en general, dando lugar a situaciones de fatiga y agotamiento. Otras fuentes potenciales de estrés son la falta de recursos económicos para afrontar los cuidados y las repercusiones sobre otras relaciones interpersonales significativas. Son frecuentes los síntomas relacionados con la culpa o el mal manejo de la agresividad entre los cuidadores. Finalmente, la labor del cuidador requiere asistir al declinar de una persona querida y, frecuentemente, acompañarle en su muerte.

Las intervenciones sobre los familiares pueden ser múltiples, algunas realizadas por el médico, como el aconsejamiento, la explicación de la naturaleza de la enfermedad, o la detección de enfermedad psíquica en los cuidadores. Pero con frecuencia son necesarias las intervenciones de tipo social, como la aplicación de cuidados domiciliarios, la asistencia a Centros de Día o, finalmente y siempre como opción menos deseable, el ingreso del paciente en centros residenciales.

El papel de la enfermería en la atención a los enfermos con demencia es fundamental. La importancia de los cuidados de enfermería crece conforme avanza el síndrome demencial, dada la menor capacidad del paciente para atender a sus necesidades de autovalimiento. La prestación de cuidados debe seguir siempre el principio de respetar la máxima autonomía de paciente: si los cuidados son mayores que nivel de necesidades del paciente, favoreceremos su regresión y el declive funcional y cognitivo, mientras que si son menores, estaremos dejándole desasistido.

Por último, destacar que cuando hablamos de intervenciones de "tipo social" no hay que olvidar la importante parcela sanitaria que sigue cubriéndose dentro de estos servicios, ya sean las residencias, los centros de día o la atención a domicilio. Esta parcela está cubierta en su mayor parte por profesionales de enfermería, que tienen por lo tanto una gran responsabilidad para mantener la calidad de vida relacionada con la salud en este tipo de servicios. ■

HERMANAS HOSPITALARIAS
"Curar y Cuidar"

SERVICIOS PAMPLONA
Unidad de Hospitalización | Residencia Asistida
Unidad de Psicogeriatría | Centro de Día
Servicio de consultas externas e interconsultas | Pisos tutelados

SERVICIOS ELIZONDO
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría
Centros de Rehabilitación Psicosocial
Servicio de consultas externas

www.hospitalariasnavarra.org

CLÍNICA PADRE MENNI-PAMPLONA
C. JOAQUÍN BEUNZA 45 | 31014 PAMPLONA. NAVARRA
T CONSULTAS EXTERNAS 948 13 67 37
T 948 14 06 11 F 948 12 02 38

CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI-ELIZONDO
C. MENDINUETA S/N | 31700 ELIZONDO. NAVARRA
T 948 45 21 62 F 948 45 24 78

Los hospitales navarros se vistieron de fiesta el día de la Pascua del Enfermo

El 9 de mayo, con el slogan "Dando vida y sembrando esperanza", y con motivo de la Pascua del enfermo convocada por la Conferencia Episcopal Española, los hospitales navarros se vistieron de fiesta.

El acto central del homenaje a todos los enfermos, acompañantes y agentes sanitarios, fue la celebración de la Eucaristía en la Capilla del Hospital de Navarra, presidida por nuestro Arzobispo, don Francisco Pérez. Concelebraron un nutrido grupo de sacerdotes, todos ellos capellanes de distintos centros hospitalarios. Asistieron la consejera de Sanidad del Gobierno Foral, María Kutz, así como los directores del Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino, y representantes de la Clínica Ubarmin y de la Clínica Padre Menni. También estuvieron presentes los presidentes del Colegio Navarro de Médicos y del Colegio de Enfermería. La Eucaristía de la tarde estuvo presidida por el Vicario episcopal para la Cuenca de Pamplona, don Juan Carlos Elizalde.

Después de una sentida homilía de don Francisco, salpicada de emotivas vivencias personales, tuvo lugar el acto más singular de la ceremonia: la administración del sacramento de la Unción de Enfermos. Treinta personas de avanzada edad, algunos de ellos pacientes del Hospital de Navarra, recibieron con alegría y devoción, de manos del arzobispo, la gracia de este sacramento, conscientes de que "Cristo no es médico al estilo del mundo. Para curarnos, Él no permanece fuera del sufrimiento padecido; lo alivia viniendo a habitar en quien está afectado por la enfermedad, para llevarla consigo y vivirla junto con el enfermo", palabras de Benedicto XVI pronunciadas en Lourdes 2008 y que el vicario episcopal evocó en su homilía. Al final de la ceremonia, doña María Kutz, en nombre de los Hospitales, entregó un significativo obsequio a quienes recibieron el sacramento de la Unción.

Dos corales amenizaron los cantos de la Misa. Por la mañana la de Orkoien y por la tarde la de la parroquia de San Francisco Javier. Unos y otros brindaron al final de cada Eucaristía unos brillantes conciertos.

Los enfermos ingresados también pudieron participar de esta fiesta religiosa. Además de la oración, todos pudieron disfrutar de un menú especial y una felicitación, preparados con sincero afecto por la Dirección del Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino y Clínica Ubarmin. El grupo de Voluntarios del Hospital de Navarra también colaboró en los actos, visitando la víspera a todos los enfermos de dicho hospital y obsequiándoles con una flor de primavera.

Dermofarmacia: la ciencia del cuidado de la piel

Dra. Aurora Garre
Departamento Médico
Lalaboratorios Cinfa
www.cinfa.com

Los productos dermocosméticos, basados en las últimas investigaciones, se adaptan a cada tipo de piel y sus necesidades. Su elaboración, eficacia y seguridad cosmética se rigen por las más estrictas normas internacionales.

Los dermocosméticos se comercializan en forma de cremas y lociones en las farmacias, proporcionan a las células de la piel la energía que les permite cumplir de manera óptima sus funciones, como la fabricación de colágeno, recuperar su luminosidad, suavidad, elasticidad e hidratación.

Diariamente, factores ambientales, como el viento y las radiaciones solares, agresiones externas como el maquillaje y el afeitado, así como la alimentación y el estado de salud entre otros, provocan que nuestra piel pierda poco a poco su energía y su capacidad de renovación perdiendo luminosidad e hidratación, dando lugar a una piel cansada, en la que pueden comenzar a aparecer las arrugas y los signos de la edad.

Así mismo, hay ciertas pieles más frágiles y sensibles a factores ambientales y tratamientos cosméticos. Son las llamadas 'pieles intolerantes', que se caracterizan por presentar tendencia a la sequedad e irritación, al enrojecimiento y al picor.

Las 'pieles con tendencia acneica', cuyas células no regulan bien la grasa, también requieren un cuidado especial, con una higiene diaria que impida la proliferación de gérmenes y la obstrucción de los poros.

Ante estos casos, cada vez son más las personas que buscan un tratamiento cosmético adecuado para el cuidado de su piel. De hecho, al año se realizan en la farmacia 10 millones de consultas al respecto, según datos del Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

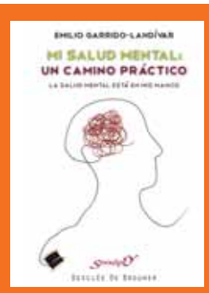
El Método Halliwick y Esclerosis Múltiple

Nora Goñi. Fisioterapeuta de ADEMNA

El Método Halliwick se basa en un entrenamiento acuático de fisioterapia en el que se realizan diferentes ejercicios pautados. En la Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra (ADEMNA) la llevamos realizando desde el año 2008 y cada vez está teniendo más adeptos.

Antes de comenzar con el tratamiento, se hace una valoración funcional inicial cuando la persona acude para ser tratada en el agua o cuando comienza su tratamiento en tierra, lo que nos alerta de unos síntomas que pueden verse complementados en el agua. Pongamos un ejemplo: La mejora de la estabilidad y equilibrio. El agua por sus características ofrece un entorno seguro y tridimensional que podemos usar como asistencia y/o resistencia. Usaremos todas esas posibilidades para desafiar a la persona. La velocidad del gesto también está enlentecida, lo que permite más tiempo de respuesta para poder controlar la pérdida de estabilidad. La temperatura genera cambios en la fatiga y el tono. El calor aumenta la fatiga y el frío reduce la espasticidad de modo que se trabaja a 29ºC con pocas repeticiones y a bajas resistencias con el objetivo de minimizar la hipertermia. La presión hidrostática genera una vasodilatación que mejora el trofismo de los tejidos. También produce una presión sobre todas las estructuras sumergidas, favoreciendo el trabajo diafragmático y en consecuencia mejorando los volúmenes respiratorios. Por último, el reclutamiento muscular se ve favorecido por la constante resistencia que ofrece el agua.

A modo de conclusión se recomienda incluir este método de trabajo dentro del tratamiento rehabilitador de la persona, porque el medio acuático permite abordar los déficits que se puedan presentar. Tras un tiempo de aprendizaje, se podrá aprovechar esta actividad para integrarlo en la vida diaria de la persona afectada.



Mi salud mental: Un camino práctico. La Salud mental está en mis manos.

Emilio Garrido-Landívar
Desclée de Brouwer. Colección Serendipity

Este libro sencillo de leer y con un lenguaje coloquial, quiere hacer llegar al lector por lo menos dos objetivos espontáneos y complejos: Que la salud mental y cualquier salud está en gran medida en nuestras manos, que si queremos y sabemos podemos hacer mucho por nosotros mismos, ayudando a que la medicación con nuestra acción positiva y práctica, produzca mayor beneficio que si no hacemos nada y tomamos una actitud pasiva e incluso desafiante. Y como segundo objetivo, que el psicólogo clínico, el psiquiatra, el médico en general, no pueden hacerlo todo; tiene que tomar usted un camino práctico con todas las pautas y orientaciones que hemos sintetizado para hacerle el camino más útil y más llevadero. ¡No le penará!

Semblanza del autor

El Dr. Garrido-Landívar, E., lleva treinta años trabajando en salud mental, ayudando a la población infantil primero, y adulta en una segunda fase, en todos los grandes temas del comportamiento y del desarrollo humano, tanto a nivel preventivo como rehabilitador. Compagina esta labor clínica con la investigación y enseñanza universitaria de la que es catedrático por oposición. Sin estos dos grandes puntales, el autor no tendría consistencia ni energía mental, alimentándose continuamente de una y de otra, ahí radica su fuerza.

Logopedia preventiva

Inés Rubio Vega
Psicóloga Especialista en Lenguaje
Maestra Audición y Lenguaje
Centro Diagnóstico y Atención Temprana

Actualmente ya estamos acostumbrados a oír a alguien de nuestro alrededor decir que lleva a su hijo al logopeda. Lo más habitual es asociar la labor del logopeda al ámbito de desarrollo del niño, al entorno escolar y a dificultades en la adquisición del lenguaje. Sin embargo las competencias de este profesional abarcan todas las alteraciones y los trastornos que están relacionados con la comunicación, el lenguaje (oral y escrito), el habla, la audición y la voz tanto en población infantil como adulta.

La logopedia está reconocida como una profesión sanitaria, multidisciplinar, con posibilidades de actuación variadas : intervención clínica, educativa y social. La logopedia preventiva supone todas aquellas actuaciones que conlleven protocolos de detección temprana en cualquiera de los ámbitos de esta disciplina.

Hoy en día gracias a los avances médicos, con las mejoras en formación de los distintos profesionales y con mayor accesibilidad a medios de información cada vez son más los casos detectados con necesidades de intervención en el área de la comunicación y el lenguaje. De hecho, la alteración de lenguaje es uno de los síntomas más llamativos para aquellos que rodean al niño, tanto en ambiente familiar como escolar. Esto lo podemos observar en los siguientes casos: niños en edades tempranas con dificultades en el desarrollo (como por ejemplo los trastornos generalizados del desarrollo -TGD- o los trastorno del espectro autista –TEA-), niños con retrasos madurativos, aquellos que están diagnosticados con "enfermedades raras" ,niños en situación de adopción procedentes de otros países -con desfase lingüístico-, población inmigrante que se incorpora tardíamente al sistema escolar, etc. En estos casos las dificultades de comunicación son los primeros signos de alarma que nos hacen pensar en actuaciones preventivas de cara a un posible diagnóstico.

Sin embargo es curioso observar el gran desajuste entre necesidades valoradas y recursos reales para realizar dichos tratamientos.

Pero esto no solo ocurre en la intervención a nivel infantil sino en otros ámbitos de la actuación de la logopedia. Por poner algún ejemplo, podemos ver la evolución progresiva –aunque lenta- de la intervención coordinada entre profesionales del lenguaje y ortodoncistas. Las funciones innatas de succión, deglución y respiración se adquieren a edades tempranas. Un mal funcionamiento en estas destrezas provoca y repercute, en un gran número de casos, en una mala posición dentaria. Un trabajo preventivo sobre la deglución atípica en los niños a partir de 4 años facilita el trabajo del ortodoncista en edad adulta. Actualmente la labor del logopeda se está haciendo cada vez más presente, en coordinación con los ortodoncistas, en la reconstrucción dentaria del paciente adulto, pero insistimos en que un buen trabajo preventivo realizado a tiempo evitaría muchos problemas posteriores.

Otro ejemplo claro lo encontramos en pacientes con daño cerebral, debido a traumatismos craneales, ictus... En el caso de las lesiones cerebrales cuanto antes se lleve a cabo la valoración de la afectación del lenguaje (Afasia) y cuanto antes se planifique un programa de intervención, más posibilidades de recuperación tendremos.

Igualmente ocurre con las afectaciones de la voz (Disfonías) que tanto afectan a distintos profesionales (maestros...) . Un buen programa preventivo, incluso de carácter colectivo, podría proporcionar estrategias básicas del uso de la voz para evitar el desgaste de la misma y no favorecer así patologías más negativas en un futuro como pueden ser los nódulos.

CLINICA BAVIERA
INSTITUTO OFTALMOLOGICO EUROPEO

Ahora es el momento

PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA

PROMOCION CORRECCION VISUAL POR LASER

Ahora sólo por ser **PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA**, te podrás beneficiar de excepcionales tarifas en los tratamientos de corrección visual por láser. No dejes pasar la oportunidad.

	TARIFA PRIVADA
CORRECCIÓN POR LÁSER*	1.075-1.175€/ojo
CONSULTA Y PRUEBAS PREVIAS	75€

PROMOCIÓN
PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA
de junio a agosto
945€/ojo
35€

Hipermetropía • Miopía • Astigmatismo

*Excepto Lasik Customizado

20% de descuento en el resto de consultas y tratamientos (excepto prótesis).

Imprescindible acreditación en la primera visita a la clínica.

CB Pamplona. C/Monasterio de Vadoluengo, 4 (Esq. Avda. Sancho el fuerte). Tel. 948 19 96 15

Tarifas válidas hasta 31-08-10. Promoción no acumulable a otras ofertas.

A CORUÑA • ALAVA • ALBACETE • ARAGON • ASTURIAS • BALEARES • BARCELONA • BURGOS
CASTELLON • CIUDAD REAL • GUIPUZCOA • LA RIOJA • MADRID • MALAGA • MURCIA • NAVARRA
PALENCIA • PONTEVEDRA • SEVILLA • TARRAGONA • VALENCIA • VALLADOLID • VIZCAYA

902 130 100
www.clinicabaviera.com