medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoIV julioagosto2010 nº24

Buenas gafas, hidratarse... y a disfrutar del verano

Sumario

3 Modalidades de trasplantes. Cifras y tendencias

4 Cuidados ante el sol del verano

6 Ventajas de los medicamentos genéricos

7 Balneario de Elgorriaga

8 La alimentación e hidratación de los niños en verano

10 La hidratación de las personas mayores en verano

12 La importancia de los líquidos en verano

14 Lipotimias: cómo afecta el calor a nuestro organismo

16 ¿Por qué las mujeres viven más que los hombres?

18 Alergia y anestesia

20 Halitosis, más llamado mal aliento

22 Déficit de hormona de crecimiento

24 Psoriasis de la cara

26 Clínica de la Diabetes Mellitus

28 Recomendaciones nutricionales en el paciente con cáncer

30 Nuestro pan de cada día

31 II Seminario de Humanización: "El cuidado como respuesta a la necesidad"

32 ¿Por qué bostezamos?

34 Comunicación positiva: Hablar y dialogar con nuestros hijos adolescentes

36 Centro de Día Psicogeriátrico de la Clínica Padre Menni de Pamplona

38 Inaugurado y Bendecido el Órgano de la Capilla del Complejo Hospitalario...

39 Salud y Espacio

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.

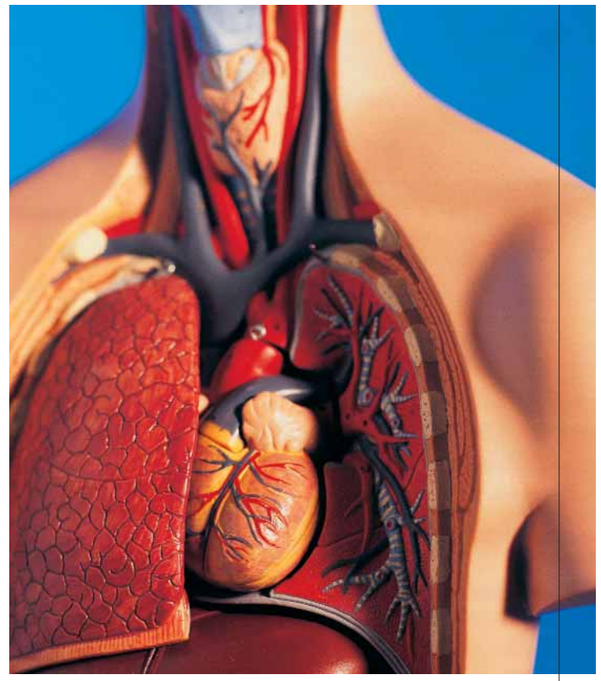
La información que usted necesita...

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...*



Modalidades de trasplantes. Cifras y tendencias

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!

Tras la donación de los órganos se pone en funcionamiento un complicado y costoso mecanismo que termina con el trasplante del órgano al paciente necesitado en las mejores condiciones posibles.. Partiendo de que la tasa española de donaciones es de 34,2 donantes por millón, seguida de Portugal y de Estados Unidos, Navarra fue y es una de las comunidades autónomas pioneras en aplicar con éxito estas donaciones. Por ejemplo, se realizan trasplantes renales desde 1969, de corazón desde los años 80 y de hígado desde el año 1990. Desde aquellos comienzos se han trasplantado en la Comunidad Foral cerca de 800 riñones, unos 370 hígados, y hasta 260 corazones, situando a esta Comunidad entre las primeras de España en realizar estas prácticas. Además, si estas cifras se comparan con los datos nacionales, Navarra se sitúa en excelente posición porque en España se trasplantan una media de más de 2.300 riñones al año, casi 1.100 hígados y cerca de 275 corazones y nuestra Comunidad es de las más pequeñas del Estado.

Así, España es el primer país del mundo en donación y trasplante de órganos desde 1989, año en el que nació la Organización Nacional de Transplantes (ONT) y lo es a gran distancia de otras naciones que comenzaron antes con trasplantes, aunque aprendimos de ellos. En 2008, por ejemplo en España se hicieron 2.211 trasplantes de riñón de los cuales 157 fueron de vivo; y 1.108 de hígado, de los que 28 fueron de vivo, además de 214 transplantes de corazón y 185 de pulmón. Para evaluar con ecuanimidad la magnitud de estas cifras hay que considerar la movilización y complejidad que conllevan la realización de estos trasplantes, lógicamente unos mucho más que otros.

Donación de vivos

Actualmente, en todo el Estado, se encuentran esperando un trasplante renal cerca de 4.300 españoles con sus correspondientes familias, y uno hepático otras 2.300 personas. En Navarra son 70 de riñón y más de 15 de hígado. Con el descenso de las donaciones de personas fallecidas, la ONT española desde hace tiempo destacó la necesidad de sensibilizar a la población acerca de la donación de vivos.

Cuando se coloca un órgano nuevo a una persona ésta tiende a rechazarlo porque disponemos de una serie de mecanismos de defensa que detectan cuerpos extraños, eso obliga a esta personas a tomar medicación antirrechazo de por vida. En los procesos normales es muy importante recordar que previo al trasplante de vivo se reúne el Comité Ético del Hospital que examina el cumplimiento de todos los protocolos indispensables para la licitud del trasplante, la compatibilidad de indicadores entre ambos, donante y receptor, y la exclusión de motivaciones no altruistas, como el dinero o cualquier otra compensación en especie, para lleva a buen puerto la doble intervención, es decir la extracción a uno y la colocación al otro con relativas garantías médicas, jurídicas y éticas.

Uno de los principales escollos que tienen estos procesos son las listas de espera, especialmente las de riñón y las de corazón, que son las que ocupan la mayor parte de las colas para encontrar un órgano compatible a nivel mundial, no sólo estatal. No obstante, para todo el proceso es muy importante la labor que desarrollan las asociaciones de pacientes, cuya misión es recordar a la sociedad que existen pacientes que esperan un trasplante y que no pueden esperar más. Además, ayudan a los pacientes y a sus familias, ofreciéndoles acompañamiento, alojamiento e información en esos procesos críticos.

Más información

Para poder informarse de este proceso y en su caso de posibles ayudas les remito al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (Calle Amaya, nº2, 2ºA, Pamplona con el teléfono 848423541), el correo electrónico 'Salud Responde' (salud.responde@navarra.es) o el portal <http://www.navarra.es> .

Además, en la Comunidad Foral hay varias organizaciones de apoyo como la Asociación de Donantes de Sangre de Navarra (ADONA), la Asociación de lucha contra las enfermedades renales (ALCER NAVARRA), la Asociación de enfermos transplantados y enfermos hepáticos de Navarra (ATEHNA), o la Asociación de Donantes de Médula Ósea (DOMENA), mantenidas con la dedicación desinteresada de muchas personas que donan su tiempo, su ayuda y su entusiasmo a cambio de una sonrisa a veces difícil. ■

Cuidados ante el sol del verano

Dr. Francisco Javier Bartolomé Resano
Médico SNU. Dirección Atención Primaria. Adscrito a C. S. Salazar

La Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC) ofrece recomendaciones para evitar lesiones con la llegada del calor y del verano. El efecto natural del sol tiene consecuencias beneficiosas para la salud pero también perjudiciales. La exposición al sol sin protección es un riesgo para la salud. En la piel producirá quemaduras, arrugas, manchas antiestéticas, cáncer y en los ojos cataratas.

Los cambios sociales han hecho que el bronceado pase a ser una práctica social identificado con un aspecto saludable, deportivo y de buena situación social. En la piel sana es una forma de defensa de nuestro cuerpo frente a los rayos del sol, fundamentalmente de las radiaciones ultravioletas. El deterioro de la capa de ozono hace que cada vez sea más peligrosa la radiación solar.

La posibilidad de desarrollar cáncer de piel es mayor en aquellas personas que en la infancia o adolescencia estuvieron expuestas al sol presentando al menos una quemadura. Tienen que tener más precaución los niños, las personas de piel blanca que se queman con facilidad, los que tienen muchos lunares, los que han tomado mucho el sol durante la infancia, los que han tenido un familiar con cáncer de piel y los ancianos.

La cantidad y calidad de la radiación solar que recibe nuestra piel va a depender de diversos factores: la hora del día, mayor entre 12 y 16-17 horas, (evitar exposiciones al sol en esas horas); la estación del año, (España mayor en julio); la altitud, con cada 300metros aumenta un 4% la radiación solar UV; las nubes disminuyen la sensación de calor pero dejan atravesar la radiación UV; la reverberación (radiación refleja) según los diferentes suelos, nieve entre 50-90%; arena, 15-25%; agua 10-20%, hierba o césped 0.5-4%. El agua deja pasar el 90% de las radiaciones UV.

Medidas principales de prevención

- Buscar la sombra: evitar la exposición solar entre las 12 del mediodía y las 5 de la tarde. En la montaña al estar a más altura cuidado porque las quemaduras pueden aparecer antes.
- Protección con sombreros que cubran nariz, párpados y orejas. Ropa ligera que cubra brazos y piernas. Gafas de sol que bloqueen radiaciones UV A y B.
- Los rayos solares se reflejan en el agua, en la arena, en la nieve por lo que debemos protegernos también dentro del agua, debajo de una sombrilla o en la nieve.
- Si se tiene alguna enfermedad en la piel o está tomando medicación nueva debe consultar al médico antes de ponerse bajo el sol.

Ante una quemadura solar:

- Aplicar paños húmedos y fríos varias veces al día durante 10-15 minutos. Alivia el calor y el dolor. Posteriormente, aplicar una loción hidratante o un gel de aloe vera.
- Si aparecen ampollas no romperlas.
- Si el dolor es importante usar algún analgésico (ibuprofeno o paracetamol). NO dar ASPIRINA a los niños.
- Proteger la piel quemada de nuevas exposiciones al sol hasta que esté totalmente curada varias semanas después.

Consultaremos al médico:

- Si la quemadura se presenta con ampollas grandes y dolorosas, si aparece fiebre, escalofríos, náuseas, debilidad, mareo, inestabilidad.
- Si se aprecia una lesión nueva en la piel, sobre todo si es diferente a otras que se tengan.

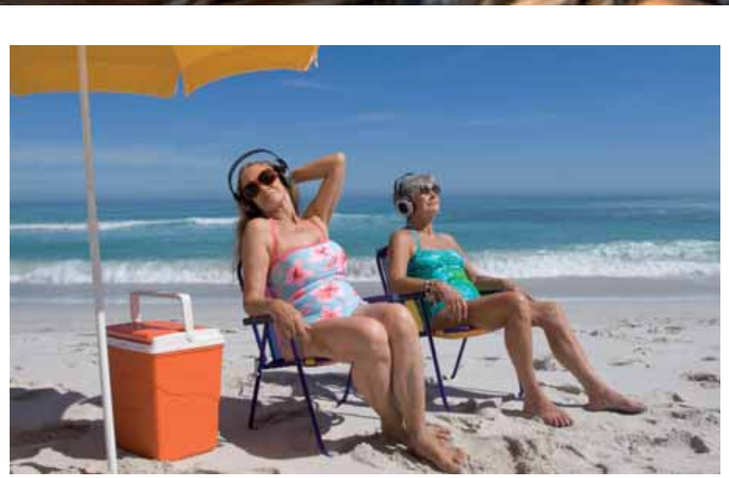
Ante cualquier cambio en un lunar:

- La Asociación Española contra el Cáncer recomienda prestar especial atención a los niños, si es menor de 3 años debe evitar la exposición directa al sol. En niños mayores y adolescentes seguir las recomendaciones anteriores. Deben ser enseñados para protegerse de las radiaciones solares tanto los días soleados como los nublados.

Las lámparas y camas bronceadoras no protegen de las radiaciones solares y perjudican igual a la piel y a los ojos. Están desaconsejadas en niños y adolescentes.

Beber abundante agua antes, durante y después de la exposición solar, sin esperar a tener sed.

Antes de salir de casa aplicar protectores solares sobre la piel limpia y seca y en cantidad suficiente, renovando la aplicación cada 2 horas y después de cada baño. No permite aumentar el número total de horas de exposición al sol pero permite una exposición solar razonable sin riesgo. Independientemente de llevar protector solar, no exponerse más de una o dos horas al día. Los niños y las personas de piel sensible deberán usar siempre un factor de protección solar alto (FPS), mayor de 30. Hay que empezar por un FPS alto, sobre todo la primera semana de exposición solar, e ir rebajándolo en los días posteriores.



La mejor forma de evitar problemas oculares es emplear unas buenas gafas de sol, homologadas y con filtros para protección solar. Es conveniente contar con el asesoramiento de un profesional y cuidado con los mercadillos.

Si las gafas se van a emplear para practicar deportes de montaña lo mejor es usar gafas ligeras, con cristales irrompibles, que no se rayen, y que dispongan de protecciones laterales.

Suele ocurrir que aunque nos demos cremas protectoras nos olvidemos de los párpados, por lo que es buena medida preventiva comprar productos en las farmacias específicos para su cuidado.

Mención aparte sobre el cuidado de las lentillas. Hay que prestar mucha atención al lugar donde se coloca el estuche con las lentillas porque el calor excesivo lo dañará y lo contaminará, siendo una fuente de infecciones para la córnea. Además, los portadores de lentillas suelen acusar la sequedad ambiental y notar que el ojo no está tan húmedo, por lo que se aconseja emplear lágrimas artificiales.

Más información:
http://www.farmaceuticonline.com/cast/inici_c.html
http://www.semfyc.es/es/enciclopedia/guia_practica_de_la+_salud/

Ventajas de los medicamentos genéricos

Dra. Alicia López de Ocáriz
Directora de I+D de Cinfa

Los medicamentos genéricos juegan un papel muy importante a la hora de contener el gasto farmacéutico, pero su implantación en nuestro país aún es baja. Un mayor impulso a estos fármacos por parte de ciudadanos, médicos y autoridades significaría un importante margen de ahorro que podría destinarse a otras áreas sanitarias como la reducción de listas de espera.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los genéricos son medicamentos homólogos a los fármacos de marca, que se desarrollan y comercializan a un precio menor una vez vencida la patente del laboratorio innovador a un precio menor. Así, cuando un médico te receta ibuprofeno, paracetamol u omeprazol no te está señalando una marca concretaun fármaco de un laboratorio concreto, sino el principio activo indicado para tratar una determinada enfermedad tal y como lo estudió en la Facultad de Medicina.. , que puede encontrarse en distintas presentaciones de medicamentos genéricos.
El medicamento genérico es aquel que tiene el mismo principio activo, la misma dosis y la misma forma farmacéutica que el correspondiente medicamento de marcamarquista. Lo que le diferencia de éste es que es más barato porque sus gastos en investigación y desarrollo aunque importantes, son menores y además también tiene que soportar menos gastos derivados dede la investigación, desarrollo y publicidad. asociados al medicamento de referencia. Además, la competencia entre distintos laboratorios incide en menores costes de fabricación y en precios más competitivos.

¿Tienen la misma eficacia que los de marca?

El medicamento genérico tiene las mismas características en cuanto a calidad, seguridad y eficacia que el medicamento de marcamarquista, ya que se somete exactamente a los mismos procedimientos y controles que el resto de fármacos, y debe ser aprobado y reconocido por el Ministerio de Sanidad y Consumo. y la Agencia Española del Medicamento.
Así, debe demostrar que realiza el mismo efecto terapéutico que el medicamento de referenciamarca, a través de estudios de bioequivalencia que deben ser aprobados por el Ministerio de Sanidadlas agencias reguladoras del Gobierno. Estos estudios aseguran que sus principios activos se absorben y están disponibles en el organismo en la misma forma y cantidad que lo hace el medicamento homólogo de marca, garantizando por tanto su eficacia y seguridad.

¿Cómo los puedo identificar?

Se identifican claramente en el envase, donde aparece el nombre del principio activo, seguido del fabricante y las siglas EFG (Equivalente Farmacéutico Genérico).

¿Qué ventajas supone su uso?

La ventaja principal de los medicamentos genéricos radica en el ahorro del precio final de venta al público, sensiblemente inferior al del medicamento original conde marca. La consecuencia directa es la reducción del coste de los medicamentos entre un 30 y un 50%. Así, los fármacos genéricos han permitido que el Sistema Nacional de Salud haya ahorrado en diez años 10.500 millones de euros. Esto equivale a la construcción de 60 nuevos hospitales de 600 camas.
Por lo tanto, los medicamentos genéricos te permiten pagar menos por el fármaco, al mismo tiempo que contribuyen a frenar el gasto público en medicamentos, sin que por ello disminuya su calidad y seguridad.

¿Tienen éxito en España?

La cuota de mercado de los fármacos genéricos frente al medicamento marquista ha ido creciendo en nuestro país, aunque todavía se sitúa lejos de la media europea. Por lo tanto, es necesario que la Administración promueva medidas que fomenten su uso.
En segundo lugar, es clave el papel de los profesionales sanitarios: que estén convencidos de que el fomento del medicamento genérico consigue un ahorro que, sin merma de la calidad asistencial, permite invertirse en mejorar otras áreas de la sanidad pública como, por ejemplo, la reducción de listas de espera, la construcción de nuevos hospitales, etc.
También el ciudadano juega un papel activo: al consumir medicamentos genéricos estás generando un ahorro que puede invertirse en mejorar otras áreas de la sanidad pública, siempre con la tranquilidad de que el fármaco genérico es de la misma calidad y es igual de eficaz y seguro.
Para más información: www.cinfa.com ■

El Balneario de Elgorriaga un proyecto de vida

Lorena V. Galarregui. *Marketing Balneario Elgorriaga*

El Balneario de Elgorriaga no es un proyecto de hoy, sino que antiguamente ya existía un antiguo Balneario. De la forma más atípica se encontraron sus aguas. No vino una escavadora e hizo un agujero y salió sal, no vino un zahorí con su varita y encontró agua, tampoco se encontró por medio de un geiser (tipo de fuente termal que erupta periódicamente, expulsando una columna de agua caliente y vapor en el aire). No señores, no, fue por medio de una especie animal, las vacuna.

En los establos a las vacas se les ponen bloques de sal puesto que la misma es uno de los minerales más importantes en la alimentación de esta especie, junto al fósforo y al calcio. El ganado que pastaba donde actualmente está ubicado el Balneario de Elgorriaga, cuando llegaban a sus establos no comían sal. Los ganaderos de antaño estaban intrigados por el hecho, así que se pusieron a indagar. Cual fue su sorpresa que la sal provenía de la propia tierra. De ahí descubrieron que había un manantial de agua y la sorpresa fue mayúscula cuando vieron que esa agua era salada. Aunque hasta 1919 no se declararon de utilidad pública, ya en 1846 comenzaron a obtenerse por evaporación las sales de este manantial. Con el tiempo descubrieron su importancia medicinal y comenzaron a prescribir estos baños con fines curativos. Descubrieron las aguas Minero Medicinales de Elgorriaga.

A lo largo de la historia han pasado desde particulares a celebridades, era un Balneario de prestigio puesto que sus aguas así lo son, muy especiales. Hasta los años 50 tubo abiertas sus puertas y sus grifos, pero llego el duro momento de cerrar. Sus puertas se cerraron, sus grifos se secaron, sus paredes se cayeron, pero su alma seguía viva, latente. Y pasaron los días, los meses, los años hasta que un señor se preguntó, ¿si era bueno antaño, porque no lo va a ser ahora? Era bueno para un pequeño Pueblo llamado Elgorriaga, para un valle y sus colindantes, Malda-Erreka, Baztán y Bortziri y para Navarra en general. Directamente daría puestos de trabajo, movería un poco la economía de la zona y luego, daría salud, pero no solo para la gente del Valle, sino para todo el mundo que quisiera acercarse a comprobar los grandes beneficios de sus aguas.

Un sueño difícil de alcanzar pero no imposible

No se lo pensó más y se puso manos a la obra. Removió Roma con Santiago, vino, fue, dio vuelta adelante y vuelta atrás, lucho y lucho pero nada le amedrentó. Ha sido un largo camino, un árbol con unas raíces muy largas en las cuales alberga sueños, ilusiones, alegrías, llantos, todo, ha sido todo. Un sueño difícil de alcanzar pero no imposible. Se encontró con muchas piedras en el camino, pedruscos, pero también con mucha gente que creyó en el y sobretodo en su sueño, en su ilusión. No fue fácil pero lo consiguió. Solo no podía hacerlo, económicamente era un proyecto muy fuerte, así que hizo una Sociedad para tener ese apoyo financiero y siguió luchando. Ven, vete, por aquí no, por aquí si, por aquí tampoco, y así día a día, mes a mes, año tras año. Pero lo consiguió. Este señor es José Miguel Galarregui. Y como de todos es sabido, detrás de un gran hombre, hay una gran mujer, que sin ella, el camino no hubiera sido igual, hubiera sido más duro; José Miguel y Rosa, Rosa y José Miguel.
Este es un pequeño gran ejemplo que nos dice que tenemos que luchar por lo que creemos, por nuestros sueños e ilusiones y que nada es imposible.
Y que mejor que luchar por un sueño que es salud, bienestar. Un proyecto en el cual se han mimado todos los detalles, con una bioconstrucción, orientación sur, canalizando el máximo tiempo posible al astro rey, que en la zona en la que está ubicado el Balneario, muchas veces brilla por su ausencia pero...así de bonito y verde está. Todos los cabeceros orientados al norte, un restaurante buffet donde la comida está realiza con el mayor mimo y donde sus empleados por su profesionalidad y calidad humana son el motor del establecimiento. No se crean que me olvido de hablar de sus aguas, sus maravillosas aguas, donde se puede flotar y relajarse. Gente mayor, gente joven, gente no tan mayor y gente no tan joven. Hay cabida para todos. Estrés, traumatismos, problemas de piel (psoriasis), respiratorios y circulatorio.
Este es un pequeño homenaje a la familia Galarregui-Fernández por su gran esfuerzo y tesón. ■

La alimentación e hidratación de los niños en verano.

Dra. Elena Aznal Sainz
Médico Adjunto Servicio Pediatría. Sección Gastroenterología Infantil. Complejo Hospitalario.

En verano, se produce un cambio en las costumbres y alimentación del niño. Los horarios se desordenan, los niños duermen hasta más tarde, salen a jugar y no quieren perder tiempo en comer, aumentan las chucherías, helados y refrescos, disminuyendo la ingesta de la comida principal, por esto en esta estación del año hay que tener especial cuidado con su alimentación.

En el verano, en el caso del niño, al calor ambiental hay que añadir el mayor número de horas que pasan al sol, jugando al aire libre en el parque, en la playa o en la piscina. Estas situaciones se acompañan de mayor ejercicio físico, un aspecto éste último que debemos fomentar.

Precisamente, durante la realización del ejercicio físico, aumenta la temperatura corporal. Para compensar este efecto hay un incremento de la circulación en la piel y una producción de sudor que pretende disipar este calor. La cantidad de sudor depende, además, de la humedad ambiental y del tipo de ropa que lleve el niño.

En verano, en concreto, debemos preocuparnos sobretodo del mantenimiento de una correcta hidratación, tanto mediante la ingesta de líquidos como a través del mantenimiento de una dieta adecuada.

Fiebre por deshidratación

Los lactantes (hasta el año de vida) y los niños menores de 3 años son los grupos de mayor riesgo ante la aparición de la deshidratación en verano. En este sentido, para prevenir los riesgos de la deshidratación, se debe evitar la exposición al sol en los niños hasta los 6-8 meses de edad. También es aconsejable siempre pasear o estar a la sombra protegido de los rayos ultravioleta y de los ambientes calurosos.

El niño debe beber una cantidad adecuada de agua y bebidas diariamente, que oscila entre 0,6 litros en el primer año de vida y los 1,8-2,6 litros en la adolescencia. Cuanto menor es el niño menor capacidad de expresar el deseo de la sed, por lo que le ofreceremos agua sin forzar, sobre todo, si la temperatura ambiental es elevada, como en el verano.

Estos niños, sobre todo los recién nacidos, deben consumir cantidades mucho mayores de agua, en relación a su peso, que el adulto. Si se administra una cantidad insuficiente, sobre todo en esta época, aparece la denominada "fiebre por deshidratación", habitual a esta edad, y que consiste en la aparición de fiebre, que puede llegar a ser elevada, debido a una insuficiente toma de líquidos.

Agua y leche

Los niños mayores también sufren los efectos del calor, pero ya son capaces de pedir agua o beber solos cuando tienen sed.

La principal fuente de agua es la ingesta de agua de bebida como tal, o la empleada durante la preparación culinaria de diferentes alimentos, que poseen a su vez una mayor o menor cantidad de agua. La leche, que es el único alimento natural que permite por sí solo subvenir las necesidades de los mamíferos durante largos periodos, es un producto muy rico en agua (88%).

En los últimos años asistimos a un aumento de consumo de zumos de frutas y de bebidas refrescantes en la población infantil.

En los niños, los zumos de frutas pueden producir diarrea por la alteración de la absorción de la fructosa y del sorbitol. Su consumo aumentado se asocia con la aparición de caries y obesidad.

Las bebidas de refresco carbonatadas también se han implicado en un mayor riesgo de caries dental, sobrepeso u obesidad y alteraciones del metabolismo de la glucosa por incremento de la insulina tras su ingesta.

Por todo ello, hay que recordar, que el agua y la leche deben seguir siendo las bebidas fundamentales del niño y el adolescente, sobretodo en los meses de verano.

En cuanto a la alimentación, en los lactantes y niños pequeños el cambio es mínimo en este sentido, debiendo mantener el ritmo y el tipo de lactancia habitual.

La alimentación es importante en toda época del año, teniendo en cuenta que en general los déficits de vitaminas, minerales, oligoelementos y macronutrientes, se evitan con una dieta adecuada.

Como norma general, fuera del período de la lactancia, la distribución de la dieta debe reglarse en el 25% con el desayuno, el 30 % con la comida, el 15 % con la merienda y el 30 % con la cena.

La distribución calórica debe ser del 50-60% en hidratos de carbono (con no más de un 10 % de refinados), el 30-35% en grasas y el 10-15% en proteínas de alta calidad.

Se debe incluir a diario alimentos de todos los grupos:

Leche y derivados

- Ingesta de 500-1.000 ml / día que cubrirán las necesidades cálcicas.
- Principal fuente de calcio como prevención de la osteoporosis en etapas adultas.

Carnes, pescados, huevos y legumbres

- Preferibles las carnes y pescados magros. Con el aporte adecuado de carne se cubren las necesidades de hierro, cinc y otros oligoelementos.
- Evitar la grasa visible, por su alto contenido graso.
- Se aconseja el consumo de pescado frente a la carne por su menor contenido energético y su mejor perfil graso.
- Limitar el consumo de embutidos (ricos en grasa saturada, colesterol y sal).
- Huevos no más de uno al día y de tres a la semana.
- Promover el consumo de legumbres.

Cereales

- Se incluyen en este grupo los cereales fortificados o integrales (más aconsejables), el gofio, el pan y las pastas.
- Altamente recomendables en la alimentación diaria de los niños.

Frutas, verduras y hortalizas

- Incluir cada día frutas maduras (2-3 piezas) y verduras frescas si es posible.

- Almacenar las verduras donde no les den la luz ni el aire (refrigerador o bodega).
- Se aconseja ser lavadas enteras sin dejarlas en remojo, para evitar la difusión de nutrientes al agua de lavado.
- Deben pelarse para evitar contaminantes.

Las frutas y verduras aportan el complemento vitamínico.

En conclusión, de cara al verano hay que procurar no alterar demasiado las costumbres alimenticias del niño, ni en cuestión del tipo de horario ni en cuestión del tipo de alimento, aunque lógicamente se pueda introducir alguna variación propia de la época de calor, como un aumento del consumo de líquidos, sobre todo en los niños pequeños, de comidas frías y por qué no, de algún helado. ■

La hidratación de las personas mayores en verano

Dra. Santos Induráin Orduna
Médica de Familia del Centro de Salud de San Juan
Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (SNaMFAP)

Es importante y fundamental estar bien hidratado para desarrollar procesos fisiológicos básicos: digestión, transporte de nutrientes, eliminación de desechos a través de heces y orina, regulación de la temperatura, etc. Además, previene el estreñimiento, favorece el funcionamiento de los riñones y preserva el buen estado de la piel.

El organismo humano no almacena el agua, por lo que el cuerpo requiere que se le aporte la cantidad que pierde cada día a través de distintas funciones: respiración, sudoración y evacuaciones, entre otras. Si no se reponen los líquidos que se pierden manteniendo el equilibrio hídrico, el cuerpo tiene que recurrir al que se encuentra en el interior de las células y puede producirse una deshidratación.

El agua que necesitamos a diario, se repone entre los líquidos y los alimentos que tomamos. Alrededor de un litro y medio nos lo proporcionan entre 6 y 8 vasos de líquidos.

Las frutas y verduras tienen un alto contenido de agua –cerca del 85% de su peso lo es–, así como la carne y el pescado, con valores que oscilan entre un 50 y un 70% de agua.

Las personas mayores presentan una deficiencia alta en los niveles de agua, ya que al envejecer va disminuyendo la proporción de agua del organismo. Normalmente tienen menor ingesta de líquidos, por una disminución de la percepción de sed, consumo de fármacos como diuréticos, problemas de movilidad, la pérdida de la capacidad comunicativa y el miedo a la incontinencia urinaria.

Por tanto, los ancianos son especialmente susceptibles frente a la deshidratación, y es importante sensibilizar a las personas que se encargan de su cuidado, con el fin de reducir los problemas relacionados con una ingesta deficiente de agua y estimularles para conseguir mantener la ingesta mínima diaria.

Y en verano más....

En verano, aumentan las necesidades de hidratación para todo el mundo ya que el calor, la humedad, la actividad, etc..., hace que se produzcan grandes pérdidas, especialmente a través del sudor.

Uno de los mayores riesgos que puede generar un deficiente estado de hidratación es el llamado "golpe de calor" Esta situación se produce por un fallo de los mecanismos de regulación de la temperatura corporal. La causa suele ser la exposición directa y prolongada al sol.

En ésta época se incrementa el número de fallecimientos que asocian estados de deshidratación, por el golpe de calor o agravamiento de enfermedades previas.

La deshidratación puede provocar estos síntomas de alarma: aumento de la temperatura corporal de causa desconocida, sequedad de mucosas y de piel, disminución de la cantidad de orina, cansancio injustificado, somnolencia, dificultad respiratoria, diarrea, etc...

Y cuanto mayor es la pérdida de líquido, más preocupantes son los síntomas.

La función cerebral de los ancianos también se ve afectada negativamente por la deshidratación.

Ancianos que viven solos

Estas situaciones son de especial riesgo en ancianos que viven solos sin contacto regular con otras personas, ya sean familiares, vecinos o amigos.

Desde los Centros de Salud, a través del programa de Atención al anciano que incluye la Atención Domiciliaria, trabajamos para detectar a éstos y ayudarles en sus necesidades básicas.

Es necesaria una buena hidratación y alimentación. La alimentación en verano debe ser variada, eligiendo nutrientes fáciles de digerir como fruta, verdura y ensaladas. Y es aconsejable consumir más pescado que carne.

Pero, sobre todo, cuando llega el calor adquiere importancia especial el consumo de agua. La deshidratación es uno de los problemas que aparece en el anciano en época estival, Se aconseja que un anciano beba entre uno y medio y dos litros de líquido al día en forma de agua, zumos e infusiones.

El umbral de sed es más alto, lo que supone tener más pérdidas de líquido para sentir la sensación de sed.

En personas dependientes y con trastornos cognitivos hay que estar especialmente atentos, ofreciéndoles líquidos de forma regular. Se aconseja forzar la ingesta de agua en estas personas sin esperar a que ellos la pidan. Si son reacios a beber, la utilización de productos que solidifiquen el agua, como las gelatinas, pueden ser medidas eficaces.

Aconsejamos

• Tomar líquidos sin esperar a tener sed ya que la disminución de la sensación de sed, como comentaba antes, es una de las principales causas de deshidratación. Es mejor ofrecer bebidas en pequeñas cantidades, frecuentemente, que insistir en la ingesta de grandes volúmenes de líquidos.

• Prestar atención muy especial a las situaciones que pueden favorecer la deshidratación, como el calor y sequedad ambiental anormalmente elevados, la fiebre, diarreas, vómitos etc... Desaconsejamos realizar actividad física en las horas centrales de días calurosos y exposiciones exageradas al sol.

• El agua y otras bebidas son CLAVE para asegurar una buena hidratación.

• Las bebidas alcohólicas no son adecuadas para evitar la deshidratación, e incluso pueden llegar a provocarla.

• Además de los líquidos, ciertos alimentos con alto porcentaje de agua pueden ayudar a mantener un buen nivel de hidratación: frutas y verduras (melón, sandía, fresa, naranja, tomate, zanahoria, calabaza, etc...).

• El agua no tiene calorías, por lo tanto no influye en la ganancia de masa grasa, aunque sí repercute en el peso, ya que en la deshidratación se pierde peso.

• Consultar con sus profesionales del Centro de Salud si utiliza de forma crónica ciertos medicamentos (diuréticos para la hipertensión o la insuficiencia cardiaca), que pueden afectar al estado de deshidratación y presenta los síntomas de alarma comentados.

Para recordar

• Podemos pasar semanas sin comer, pero únicamente unos pocos días sin beber.

• Por eso es tan importante que en días de tanto calor llevemos a cabo una adecuada hidratación, evitando así un trastorno que puede provocar dolor de cabeza, cansancio, falta de concentración e incluso un golpe de calor.

• El agua es un recurso de la naturaleza necesario para la vida. El agua contenida en los alimentos, junto con la que bebemos y el resto de líquidos que ingerimos, tienen que garantizar nuestra correcta hidratación.

• La sed es una señal de alerta, hay que beber líquidos antes de que se manifieste

Decálogo para este verano

• Beba abundante agua, aunque no sienta sed.
• Incremente el consumo de frutas y verduras.
• Beba variedad de bebidas: infusiones, refrescos, zumos, lácteos, etc...
• Los refrescos comunes no son las bebidas óptimas para una rápida hidratación, por su alto contenido en azúcares, que dificulta el rápido flujo de agua hacia el torrente circulatorio.
• Lleve siempre a mano una botella de bebida para recordar la necesidad de beber.
• Extreme las medidas higiénicas en la manipulación de los alimentos.
• Evite la realización de esfuerzos físicos en las horas de más calor.
• Protéjase de la exposición directa al sol.
• Permanezca el mayor tiempo posible en lugares frescos y a la sombra.
• Disfrute al aire libre de la compañía de amigos y familiares.
• En días de calor intenso, aumente el consumo de líquidos y manténgase en un ambiente fresco y ventilado.
• Visite o llame a los mayores que sepa que viven solos. ■

La importancia de los líquidos en verano

Cristina Heras Elizalde
Dietista-Nutricionista
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra

Por todos es sabido que nuestro cuerpo está compuesto principalmente por agua, y el porcentaje de ésta varía según la edad, el sexo y el estado de salud.Aproximadamente dos terceras partes del peso corporal, entre el 60 y el 70% de nuestro cuerpo es agua, cosa que hace la ingestión de líquidos esencial para todas las funciones vitales de nuestro organismo.

El agua y los líquidos que ingerimos desempeñan importantes funciones dentro de nuestro organismo, como por ejemplo: facilitar el transporte de los nutrientes, cumplir una función estructural dentro del cuerpo humano, hidratar la piel, regular la temperatura corporal, mejorar el funcionamiento de los riñones, etc. Además, la falta de una adecuada hidratación puede desencadenar dolores de cabeza, disminución del rendimiento físico y mental, calambres musculares e incluso hasta provocar la muerte en casos de deshidratación severa.
Durante el verano aumenta nuestra actividad física y la exposición al sol, además, se produce un aumento de las temperaturas y la humedad que nos hace sudar más y, por lo tanto, perder más agua corporal que durante el invierno. Por estos motivos es tan importante la ingesta de líquidos durante el verano, porque también hay un aumento en nuestras necesidades corporales de agua.
Debemos tener en cuenta que en situaciones normales, nuestro cuerpo pierde entre dos y tres litros de agua al día, por lo que, si la temperatura medioambiental aumenta, como en el caso del verano, o aumenta la actividad física realizada, esta pérdida de líquidos corporales será mayor.
La eliminación de los líquidos corporales se realiza por vía respiratoria, vía renal, vía digestiva y vía cutánea.

Necesidades hídricas y recomendaciones de consumo

Entre el 20 y el 25% del total de agua que ingerimos a diario la obtenemos de los alimentos sólidos, y el porcentaje restante, entre un 75 y un 80% se obtiene por medio del agua, los líquidos y los alimentos en estado líquido diversos que se consumen.
Las recomendaciones generales de consumo de líquidos se sitúan alrededor de dos litros diarios, que vienen a ser unos ocho vasos, teniendo en cuenta la edad, la situación concreta en la que se encuentre y las características específicas de cada persona. En ambientes calurosos, por ejemplo, estas recomendaciones aumentan.
No debemos olvidar que el agua no tiene calorías, por lo tanto no influye en el aumento de masa grasa. A pesar de esto, sí influye en el peso ya que el agua forma gran parte de la masa magra del cuerpo, perteneciendo al tejido muscular el 50% del agua de nuestro cuerpo, necesario para un correcto estado de salud.
La ingesta de líquidos se puede realizar mediante el consumo de agua u otro tipo de bebidas no alcohólicas como zumos de frutas, infusiones, bebidas refrescantes no azucaradas, bebidas para deportistas, etc. Estas últimas están aconsejadas para la práctica de ejercicio físico, ya que proveen al cuerpo del agua y los minerales que se pierden con el sudor en la práctica de una actividad más o menos intensa. Es conveniente hidratarse antes, durante y después de la práctica de ejercicio físico.
Las bebidas alcohólicas están desaconsejadas en el plano de la hidratación, ya que debido a su composición, pueden provocar la situación contraria, la deshidratación.

Trucos para la ingesta de líquidos

Hay personas a las que les resulta muy difícil ingerir agua, porque no les gusta o porque les cuesta tragarla, como solución a esto un buen truco sería llevar siempre encima una botella de agua de la que beban pequeños sorbos frecuentemente.
Al agua se le puede añadir unas gotitas de zumo de limón, naranja, gaseosa, etc. para darle otro sabor o se puede complementar con la ingestión de infusiones, zumos, etc.
Asimismo, en verano tenemos la suerte de disponer de cantidad de frutas con un alto contenido en agua que ayudan a cubrir nuestras necesidades de agua: melón, sandía, pomelo, etc.
Otro aspecto importante a tener en cuenta en relación a la hidratación es consumir frecuentemente los líquidos, sin esperar a que aparezca la sed. La sed es un mecanismo de alerta que nos avisa de la necesidad de obtener líquidos por un descenso en los niveles de agua del cuerpo. Hay que evitar que aparezca, ya que es uno de los primeros síntomas de deshidratación.
También se debe tener mucho cuidado con la ingesta de diuréticos, productos que favorecen la expulsión de orina, ya que su uso continuado puede llevar a un estado de deshidratación. Antes de usarlos no dude en consultarlo con un especialista.

Población más vulnerable a la deshidratación

Existen ciertos colectivos a los que se les debe prestar más atención por su especial vulnerabilidad en cuanto al riesgo de deshidratación. Estos son los niños, los enfermos y las personas mayores.
Los niños son un grupo de riesgo en este aspecto ya que no siempre que tienen sed piden agua, porque pueden estar distraídos jugando; y al estar en fase de crecimiento y tener un mayor desgaste físico, necesitan ingerir más líquidos. Conforme se avanza en edad, la sensación de sed se va deteriorando hasta llegar a no sentir sed, por lo que es muy importante la hidratación en ancianos, ya que sus niveles de agua corporales también disminuyen con el paso de los años.
Asimismo, los jóvenes también deben cuidar su hidratación debido a la realización continua de actividad física y deporte. Y, por supuesto, no podemos olvidarnos de las embarazadas y lactantes, en las que una buena hidratación ayuda a aliviar algunos de los síntomas más comunes derivados del embarazo como el estreñimiento, las piernas cansadas o las infecciones de orina. En esta etapa de la vida, la sensación de sed aumenta.
El incremento del agua diario también es necesario para la correcta formación del líquido amniótico y el crecimiento del feto.
En situaciones de fiebre, diarreas o vómitos, también es muy importante aumentar el consumo de líquidos para evitar la deshidratación.
En este caso, es aconsejable la ingesta de bebidas con sales minerales, que ayudan a una mejor rehidratación y una disminución en la pérdida de sales minerales y azúcares. Sin embargo, no conviene abusar de bebidas con gran cantidad de sales minerales ya que, por ósmosis, provocan el efecto contrario. Una sencilla limonada alcalina: 1 litro de agua, el zumo de un limón, una pizca de sal, una pizca de bicarbonato y una cucharadita de azúcar, puede reponer los líquidos y sales minerales de forma práctica, barata y eficaz. ■

Lipotimias: cómo afecta el calor a nuestro organismo

Dr. Carlos Amézqueta Goñi
Médico de Familia. Centro de Salud de Iturrama

¡Ya llegó el verano! Lo hemos esperado con ansiedad tras un invierno y primavera fríos y lluviosos. Con él, podremos disfrutar de días de calor, sol, piscina, fiesta…Pero no deberemos de olvidar que las altas temperaturas, también pueden ocasionar riesgos para nuestra salud. Son frecuentes, por ejemplo, las sensaciones de cansancio o agotamiento, los calambres, la sudoración más o menos intensa, erupciones en la piel,… Y no es raro que podamos padecer o tener que atender una "lipotimia". Todos estos síntomas son consecuencia de los efectos que el calor tiene sobre nuestro organismo, y que básicamente afectan a nuestra hidratación (deshidratándonos) o a nuestra temperatura corporal (insolación o "golpe de calor").

¿Qué es una lipotimia?

Desmayo, vahído, mareo, lipotimia, síncope, son algunas de las formas en las que habitualmente denominamos a un malestar repentino, con pérdida parcial o total del conocimiento de poca duración (desde unos segundos hasta un máximo de 1 ó 2 minutos…). Todos hemos presenciado en alguna ocasión a una persona en una situación de este tipo o incluso hemos podido padecerla nosotros mismos. ¿Por qué se produce? ¿Qué debemos de hacer? A estas y otras preguntas sencillas intentaremos dar respuesta en este artículo.

En primer lugar es importante saber que con el nombre de desmayo, síncope… podemos estar hablando de episodios muy diferentes en sus causas y en sus consecuencias.

La lipotimia o síncope vaso-vagal es la forma más común de "desmayo" y se produce por un mecanismo de tipo reflejo en el que intervienen factores neurológicos y cardiológicos, que producen de forma transitoria un descenso de la frecuencia de los latidos cardiacos, de la presión arterial y en general de la circulación en el cerebro, sin repercusión posterior, salvo el daño que se ha podido producir si se ha caído y golpeado al perder la conciencia.

¿Cuáles son sus causas?

Ya hemos comentado que el calor es un factor que se relaciona habitualmente con la predisposición a presentar una lipotimia, pero situaciones como: cambios bruscos de posición (levantarse rápido), cualquier dolor, cualquier esfuerzo (al orinar…), una ingesta alimentaria excesiva, extracciones de sangre o dentales, emociones intensas o permanecer excesivo tiempo de pie,…pueden ser muchas veces los factores desencadenantes.

¿Qué enfermedades debemos descartar en una persona que ha tenido un síncope?

La mayor parte de las perdidas de conciencia suceden en personas sanas, que no padecen ninguna enfermedad relevante.

Sin embargo, en ocasiones, sobre todo en personas de edad avanzada, podemos encontrar una serie de problemas de salud que pueden dar lugar a una pérdida de conciencia y que deben ser diagnosticados y tratados. Hacer un diagnóstico correcto de un "mareo" es, con frecuencia, uno de los desafíos más difíciles que un médico puede enfrentar. Es conveniente por, ejemplo, que valoremos la posibilidad de que existan causas cardiológicas (cambios de ritmo, "bloqueos",…), neurológicas (epilepsia,…), vestibulares (del oído interno), etc.

Es aconsejable, en cualquier caso, informar a su médico de familia del episodio, sobre todo si este se ha repetido, para que realice una valoración. En la mayoría de los casos, con esta valoración inicial será suficiente y el criterio responsable de su médico podrá evitar realizar pruebas complementarias complejas e innecesarias.

¿Qué debemos hacer con una persona que se "desmaya"?

En cualquier situación siempre es fundamental mantener la calma y aunque no se tengan conocimientos médicos actuar con sentido común. Si observamos en una persona cualquier signo de malestar o mareo intentaremos acostarla, evitando que se dañe con una posible caída. Si es posible, lo haremos en un lugar fresco y ventilado y elevaremos las piernas. Nos aseguraremos de que mantiene la respiración y tiene pulso, sino es así llamaremos al 112 e iniciaremos, si tenemos conocimientos mínimos la reanimación básica.

Mientras está inconsciente nunca debemos administrar líquidos o alimentos. Al despertar, animar a que respire despacio y profundo. Si vomitara, colocarlo de lado y si tuviera movimientos (convulsiones…) en brazos y piernas, evitar que se pueda hacer daño…y siempre mantener la calma…

¿Qué otros efectos para nuestra salud puede tener el calor?

Como hemos comentado, la lipotimia solo es uno de los posibles efectos del calor en nuestro organismo. Existen otros síntomas o signos que pueden avisarnos del inicio de una deshidratación o de una insolación (golpe de calor): sudoración excesiva, calambres musculares, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, fatiga, sed más o menos intensa…Es muy importante adoptar medidas de prevención sobre todo en personas especialmente susceptibles antes de que pueda convertirse en un problema serio para su salud.

¿Quiénes tienen más riesgo para su salud por el calor?

De forma general los efectos del calor pueden suponer un mayor riesgo en mayores de 65 años, especialmente si viven solos, y en niños menores de 5 años. Son especialmente susceptibles las personas obesas o con antecedentes de enfermedad crónica: diabetes, enfermedades del corazón, demencia, hipertensión, enfermedades pulmonares o aquellas que toman determinados medicamentos: hipotensores, diuréticos, relajantes…Las personas que realizan una actividad laboral o deportiva que requiere un esfuerzo importante.

¿Cómo podemos prevenir los efectos perjudiciales del calor en nuestro organismo?

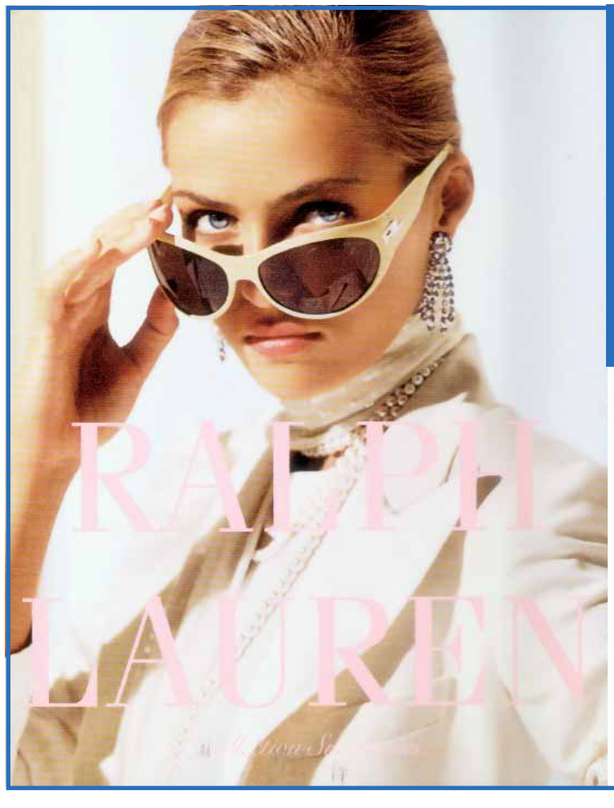
Los consejos generales más útiles para afrontar los días de calor y prevenir los efectos de las altas temperaturas son los siguientes:

- Beber más líquidos. No esperar a tener sed para beber. Con la edad perdemos la sensación de sed, por ello debemos beber agua frecuentemente (no grandes cantidades de una vez). Evitar líquidos con alcohol o excesivo azúcar. Evitar también que sean muy fríos.
- Procurar en casa mantener el ambiente más fresco posible: aire acondicionado, ventilador, ventilar por la noche y cerrar ventanas durante el día.
- Darnos una ducha de agua fresquita puede ayudarnos también a controlar la temperatura corporal.
- Evitar la exposición al sol en horario de mediodía. Realizar las actividades que requieran esfuerzo (deporte, paseo,…) a primeras horas de la mañana o últimas de la tarde y siempre de forma mas moderada en intensidad de lo habitual.
- Vestir con colores claros y ropa cómoda (holgada). Protegerse con sombreros, gafas de sol, cremas de protección mayor del 15…
- Estar pendientes de las personas ancianas, sobre todo si viven solas…para ayudar a protegerlas de las altas temperaturas o detectar posibles problemas de salud.

¿Cuándo se determina que existe una situación especial de alerta por ola de calor?

Las cifras que definen la situación de alerta es la elevación por encima de 35,8º de máxima y 22,5º de mínima durante 1 o más días consecutivos. No obstante, con temperaturas inferiores en personas de riesgo también debemos ser especialmente prudentes y prevenir.

A pesar de lo comentado… y con el mes de junio que estamos "padeciendo" (en el momento de escribir el articulo sigue lloviendo…) bienvenido sea el verano y ¡un poco de calorcito por favorrrrr!!!! ■



PROTEGE TUS OJOS
*PROMOCIÓN SOL
Hasta un 50% dto.
en gafas de sol
*Oferta válida con la presentación de este anuncio
HASTA EL 1 DE OCTUBRE DE 2010
óptica unyvisión
Avda. Navarra (Frente a Clínica Universitaria)
31008 Pamplona • T. 948 178 188
AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSITARIA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN

¿Por qué las mujeres viven más que los hombres?

Dra. Cristina Rubio Navarro y Dr. Satur Napal Lecumberri
www.evidenciamedica.com

Por término medio, y en el mundo occidental, las mujeres viven entre cinco y diez años más que los hombres. Las razones serían tanto biológicas como culturales. Epidemiólogos y expertos en el tema indican que no existe un solo motivo al que atribuir esta diferencia en la supervivencia femenina respecto a los varones. Las causas serían "multifactoriales".

Varones y mujeres son diferentes

- Ellos poseen cromosomas masculinos (XY) y ellas femeninos (XX).
- La testosterona es la hormona que desempeña el papel más importante en la diferenciación sexual. Está presente en los dos sexos, aunque en el varón en mayor cantidad.
- La diferencia de sus órganos sexuales externos: pene y escroto en los varones, labios mayores y menores, clítoris y senos en la mujer.
- En función de los órganos internos masculinos (próstata, vesículas seminales) o femeninos (útero y ovarios).
- Por su psicología masculina y femenina, como se siente uno varón o mujer. Así como en los roles masculinos y femeninos que interpreten en su vida y cara a la sociedad.

Nacen más varones que hembras

A pesar de nacer más varones que hembras, en la infancia ya se iguala la proporción de ambos sexos, superando posteriormente el número de mujeres al de varones. En el período de la niñez y pubertad los accidentes son más frecuentes entre los niños que entre las niñas y esto se acentúa todavía más en la juventud. Las enfermedades tumorales también les afectan más a los varones y cuando les afectan a ellas, la mortalidad femenina es menor. Posiblemente, por la detección precoz en estas, e incluso la mejor respuesta a los tratamientos utilizados, aparte que la mujer sigue mejor las indicaciones médicas y acude a las consultas médicas ante los primeros síntomas de la enfermedad.

Los cromosomas de ellos y los de ellas

Un factor a favor de las mujeres es que éstas portan dos juegos de cromosomas X, frente al X e Y masculinos, lo que constituye una ventaja ya que si un cromosoma X posee un gen defectuoso, éste puede ser reemplazado por el idéntico que hay en el otro X. Para apoyar esto, está el hecho de la mayor frecuencia de abortos masculinos por alteraciones en sus cromosomas, así como que un 25% más de varones que de mujeres sufran de enfermedades genéticas.

Un mejor sistema inmunológico

Los varones tienen más enfermedades graves e infecciosas. La mujer produce más anticuerpos, por lo que le afectan menos virus y bacterias. Ellas tienen más desarrollado el sistema inmunológico ya que éste reside en el cromosoma X, del que las mujeres como ya hemos dicho poseen dos.

Las mujeres enferman, los varones mueren

Aparte de tener mayor esperanza de vida, las mujeres llegan a la senectud en mejores condiciones que los varones. La acumulación de infartos antiguos, accidentes cerebro-vasculares y secuelas de hábitos tóxicos, como el tabaco y el alcohol, disminuyen mucho la calidad de vida de los varones. Pero es paradójico que la mujer a pesar de tener menos proporción de enfermedades graves y una mayor esperanza de vida, sufra con una frecuencia superior a los varones dolores generalizados, enfermedades crónicas, cefaleas e insomnio. Los varones permanecen enfermos en cama una media de cuarenta días menos que las mujeres. El refrán castellano "mujer enferma mujer eterna" explicaría bien esta paradoja de salud entre los varones y las mujeres y de la menor esperanza de vida de ellos.

Las hormonas de los varones y las de las mujeres

Varones y mujeres son distintos incluso en el desarrollo social y emocional. Los varones ya desde la infancia son más agresivos que las mujeres y tienden a la competición mientras que ellas tienden más a la colaboración.
La testosterona es la responsable de la mayor predisposición de los hombres a la agresividad hacia los demás y hacia si mismo y ya desde niños ellos tienen mayor cantidad de testosterona que las niñas. Todo en el varón está programado hormonalmente para la agresividad y la competición. La mayor producción de testosterona en los hombres los convierte en más competitivos, violentos y con mayor tendencia a los accidentes mortales de todo tipo y al suicidio. La tendencia de los varones a tener un "colesterol malo" en sangre mayor que las mujeres, en parte mediado este aumento por la ya citada testosterona, hace que su riesgo cardiovascular este muy aumentando respecto a ellas. Los estrógenos femeninos, por el contrario, tienen un efecto protector sobre el corazón, pues son un aliado del "colesterol bueno", aunque esta ventaja se diluye en parte en la menopausia.
Ellos también padecen más enfermedades mentales, alcoholismo y drogadicciones. Las mujeres tienen más intentos de suicidios, pero los varones son más efectivos y lo logran en mayor proporción.

Las mujeres cuidan más su salud que los varones

Al contrario que las mujeres los varones no suelen cuidar su salud. Son contados los que acuden a una revisión anual en su médico de cabecera y aún menos los que se hacen una revisión periódica urológica. Todo esto en contraposición a las mujeres del mundo occidental en las que los controles periódicos ginecológicos son inexcusables. Quizás por esto, aparte de factores hormonales, la salud de los varones sea más quebradiza que la de las mujeres y su esperanza de vida menor.

Factores Psicológicos

Las mujeres tienen otras muchas ventajas respecto a los varones. Parece que las mujeres tienen más motivaciones para vivir y una menor conciencia de que envejecen. Las mujeres son más propensas a expresar sus sentimientos, lo que es un método de descargar tensiones que afectan negativamente a la salud.

Otras ventajas femeninas. La mejor interacción social femenina

Los hombres afrontan peor los conflictos familiares e interpersonales. La mujer tiende al consenso y el hombre a la confrontación. Las mujeres tanto corporal como psíquicamente tienen mayor resistencia. Los hombres son fuertes y las mujeres duras. Incluso en los hábitos alimenticios, hombres y mujeres son diferentes. Según un estudio realizado en EEUU, los hombres comen más y peor que las mujeres. Estas están más preocupadas por las características y el valor nutritivo de los alimentos. Las mujeres comen más frutas y verduras y los varones más carnes y grasas. Es decir, que incluso en la alimentación la mujer tiene hábitos más sanos que el varón.

Reglas de vida sanas para vivir más y mejor (para ellas y para ellos)

Lo fundamental y lo importante sería mantener la "alegría por vivir" y una animada interacción social recibiendo visitas, conversando con amigos y familiares, estar activos y sentirse queridos y querer. Y en todo esto las mujeres aventajan claramente a los varones.
Pero habría que animar tanto a ellos como a ellas a seguir y mantener una serie de reglas y maneras de vivir. Y estas serían válidas tanto para los varones como para las mujeres:

- Alimentación moderada e hipocalórica.
- Dieta mediterránea.
- Ingesta adecuada de agua.
- Eliminar sustancias tóxicas, como el tabaco.
- Ejercicio físico diario, sin excesos.
- Dormir alrededor de ocho horas, ni más ni menos.
- Actividad social alegre y constructiva.
- Sentido del humor, cordialidad y optimismo.
- Actividad intelectual continuada.
- Disponer de una actividad sanitaria eficaz y eficiente. ■

Alergia y anestesia

Dr. Mikel Batllori Gastón
Dr. Miguel Castañeda Pascual
Servicio de Anestesia y Reanimación. Complejo Hospitalario

Una reacción alérgica es una respuesta anormal y exagerada del organismo ante una determinada sustancia con la que ha entrado en contacto. Las sustancias capaces de producir una reacción alérgica se conocen como "alérgenos". El sistema inmunológico reconoce a los alérgenos como elementos extraños e intenta defenderse ante ellos produciendo anticuerpos y otros mediadores químicos, que son los que desencadenan los síntomas propios de la reacción alérgica.

¿Cuáles son los síntomas de una reacción alérgica?

La sintomatología es variable, dependiendo del tipo de reacción alérgica. Estos síntomas pueden ser leves ante la primera exposición del organismo al alérgeno, agravándose con exposiciones sucesivas.

Podemos distinguir los siguientes síntomas, expuestos aquí de menor a mayor gravedad:

- Piel y mucosas: enrojecimiento de la piel, que puede estar localizado en una parte del cuerpo o ser generalizado; urticaria y picor, con aparición de habones; edema (hinchazón) de cara y mucosa oral con sensación de dificultad para tragar.
- Gastrointestinales: nauseas, vómitos, diarreas.
- Respiratorios: tos, dificultad respiratoria, crisis asmática, parada respiratoria.
- Cardiovasculares: taquicardia, hipotensión (disminución de la presión arterial), shock, paro cardiaco.

¿Qué sustancias pueden actuar como alérgenos y producir una reacción alérgica?

Podemos distinguir diversos grupos de alérgenos:

- Alimentos.
- Alérgenos ambientales (polen, ácaros, pelo de animales).
- Picaduras de insectos.
- Medicamentos.
- Látex.
- Alérgenos por contacto (metales).

¿Son graves las reacciones alérgicas?

La mayoría de las reacciones alérgicas son banales y carecen de riesgo vital. Las reacciones anafilácticas son un tipo de reacciones alérgicas especialmente graves, con gran repercusión sobre el organismo (respiratoria y cardiovascular) que pueden poner en peligro la vida.

Voy a ser sometido a anestesia para una intervención quirúrgica o procedimiento diagnóstico. ¿Cuál es el riesgo de experimentar una reacción alérgica durante la anestesia?

El riesgo es bajo, pero está siempre presente porque todo acto anestésico conlleva exponer al organismo a una serie de sustancias con potencial alergénico.

La mayoría de reacciones alérgicas que aparecen durante la anestesia son de escasa importancia y generalmente la clínica es exclusivamente cutánea, sin que suponga ningún riesgo para el paciente.

La incidencia de reacciones anafilácticas (graves) se cifra en torno a 1 por cada 10.000 o 20.000 anestesias.

¿Cómo puede minimizarse el riesgo de presentar una reacción alérgica durante la anestesia?

El anestesiólogo es el médico encargado de velar por la seguridad del paciente durante el acto anestésico. Además coordina, supervisa y lleva a cabo la administración de medicamentos tanto puramente anestésicos (sedantes, analgésicos) como de otra índole (antibióticos, antiinflamatorios, etc.).

Es vital que si se ha presentado una reacción alérgica en el pasado se ponga en conocimiento de este especialista. En la consulta preanestésica el anestesiólogo obtiene toda la información médica pertinente del paciente que va a ser sometido a anestesia, incluyendo la relativa a las alergias. De esta manera podrá elegir los fármacos más seguros para cada paciente, así como evitar la exposición a fármacos y otros alérgenos presentes en quirófano que pudieran ponerle en riesgo de presentar una reacción alérgica.

¿Y si, pese a todo, presento una reacción alérgica durante la anestesia?

Lamentablemente no todas las reacciones son prevenibles. Pese a evitar todos los fármacos y sustancias que se crea puedan poner en riesgo a un paciente determinado, siempre existe la posibilidad (aunque pequeña) de que aparezca una respuesta alérgica ante un fármaco o sustancia con el que previamente no había estado en contacto.

No obstante, la vigilancia constante del anestesiólogo durante la anestesia garantiza que cualquier reacción alérgica sea reconocida de manera precoz. Esto permite detener la administración del fármaco "sospechoso" e iniciar el tratamiento adecuado para minimizar la repercusión de la reacción. Gracias a ello la mortalidad de las reacciones anafilácticas (las más graves) ha disminuido en quirófano de más del 50% a mediados del siglo pasado a un 3% en nuestros días.

Preguntas frecuentes sobre alergia y anestesia

- Soy alérgico al látex ¿Qué debo hacer? Si cree que puede ser alérgico al látex, debe informar a su anestesiólogo. En la actualidad el látex está siendo eliminado del material médico, pero puede que haya que tomar precauciones especiales en cada caso por lo que es muy importante que informe sobre ello.
- Soy alérgico al polen, ácaros y/o pelo de animales ¿Tengo mayor riesgo de alergia ante la anestesia? Las manifestaciones de este tipo de alergias (atopia) generalmente se reducen a síntomas de tipo catarral, como rinoconjuntivitis, acompañadas o no de urticaria. En estos casos el riesgo es el mismo que el de la población general, y no está aumentado. Algunos pacientes con este tipo de alergias asocian asma bronquial. El asma por si sólo no es un factor de riesgo para presentar reacciones alérgicas, pero si aparecen éstas pueden ser más graves.
- Durante la administración de anestesia local en la consulta del dentista, noté sensación de "palpitaciones" y agobio. El dentista me informó de que se trataba de "alergia a la anestesia local". ¿Es cierto? En la mayoría de los casos no se trata de una reacción alérgica. Los anestésicos locales son fármacos seguros desde el punto de vista alergológico. Las soluciones utilizadas por el dentista contienen adrenalina, que puede pasar al torrente circulatorio y ser la causa de la taquicardia.
- Soy alérgico a algunos alimentos ¿Debo informar de esto a mi anestesiólogo? El hecho de presentar intolerancia a algunos alimentos (por ejemplo a los lácteos) no está mediado por ningún mecanismo inmunológico y no comporta riesgo de alergias. La aparición de clínica alérgica (ver más arriba) ante la ingestión de determinados alimentos se conoce como alergia alimentaria. Debe informar a su anestesiólogo sobre cualquier alergia alimentaria, especialmente si están involucrados alguno o varios de los siguientes: huevo, soja, frutos secos (cacahuetes, nueces, avellanas, etc.), castañas y frutas (especialmente aguacate, kiwi y plátano).
- Al contacto con algunos tejidos y metales suelo presentar reacciones localizadas en la piel ¿Supone esto un mayor riesgo anestésico? Este tipo de reacciones alérgicas se conocen como eccema. Suelen consistir en reacciones cutáneas con mayor o menor grado de picor, circunscritas al área de contacto con una determinada sustancia. La causa es una respuesta a determinados metales (Níquel, Cromo) o compuestos químicos con los que se tratan los textiles o calzados. Carecen de importancia desde el punto de vista anestésico, ya que estas sustancias no se encuentran en quirófano. ■

Halitosis, más llamado mal aliento

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

La halitosis es un síntoma o un signo caracterizado por mal aliento u olor desagradable de la boca, no es en si misma ninguna enfermedad, sin embargo si que puede advertir de la existencia de algún trastorno. Es bastante frecuente entre la población, casi todo el mundo lo padece alguna vez en su vida, siendo generalmente transitorio, se da con mayor probabilidad en las personas de más de 50 años de edad.

En cualquier caso ese mal olor suele tener unas consecuencias poco deseables en la vida social. En muchos casos las personas que lo padecen no se dan cuenta, es un familiar o amigo el que les advierte del problema. Resulta muy incómodo cuando hablamos con una persona y su aliento es muy desagradable, es una incomodidad tanto para quien lo tiene o para quien lo apercibe.

Causas de la Halitosis

La halitosis tiene muchas razones aunque la mayoría (90% de la halitosis) proviene de la boca donde las bacterias encuentran un caldo de cultivo ideal para su proliferación. El mal olor se produce por la metabolización bacteriana entre los dientes, encías, dorso de la lengua, etc. que producen unas sustancias volátiles sulfuradas que lo provocan.

Cuando no existe ninguna patología donde se retienen estos microorganismos (caries, infecciones, problemas de encías, sequedad de boca...) suele ser por escasa higiene bucal. En los portadores de prótesis removibles, si no se realiza una higiene adecuada de las mismas, se favorece la proliferación bacteriana en ellas debida a cierta porosidad que presenta las resinas acrílicas que se utilizan para su confección.

El stress y las situaciones de tensión emocional provocan malas digestiones y disminución del flujo salival lo que puede provocar los mismos resultados.

Aunque también el tabaco, café, ajo, alcohol, etc. que diariamente consumimos pueden ser razones suficientes para provocar el mal aliento. Una noche de juerga donde se come, bebe y fuma en grandes cantidades deja un aliento típico a la mañana siguiente que suele ser pasajero.

También el mal olor puede ser indicio de un problema de salud. Sinusitis, problemas intestinales o estomacales, infecciones pulmonares crónicas, enfermedades del hígado o del riñón y la diabetes son algunas condiciones que pueden causarlo.

La función de la lengua

Las bacterias anaeróbicas gram-negativas implicadas en la halitosis también las encontramos generalmente en la parte posterior de la lengua, La lengua es un refugio excelente para estos microorganismos debido a su extensa y continua superficie que presenta papilas gustativas y anatomía con grietas que favorecen su retención.

El habla y la deglución ponen a los dos tercios anteriores de la lengua en contacto con las rugosidades del paladar, lo que sirve para limpiar esta parte de la lengua, pero no la zona más posterior. Si hacemos la prueba de sacar la lengua hacia afuera de la boca veremos en esta área más posterior una sustancia blanca, que no es más que una proliferación de microbios. La higiene diaria de la boca pasa frecuentemente por alto esta zona porque puede provocar náusea.

El cepillado o limpieza de la lengua puede proporcionar un gran alivio para esos pacientes con problema de aliento, y si existe este reflejo de náusea este va a ir disminuyendo poco a poco con el tiempo.

La función de la saliva

Un flujo salival normal es el mejor medio de de defensa y de higiene para la boca, ya que actúa sobre las bacterias que proliferan en la boca, accediendo a zonas de difícil acceso como son el tercio dorsal de la lengua, los espacios interdentales y los espacios entre encía y dientes, por ello cualquier alteración que provoque la disminución o falta de saliva (síndrome de boca seca) suele ser responsable del mal olor.

Esto explica porque siendo la cavidad oral un ecosistema tan apropiado para el crecimiento de bacterias, la halitosis crónica no este más difundida entre la población.

(Más información sobre la saliva consultar nº anterior de la revista www.zonahospitalaria.com).

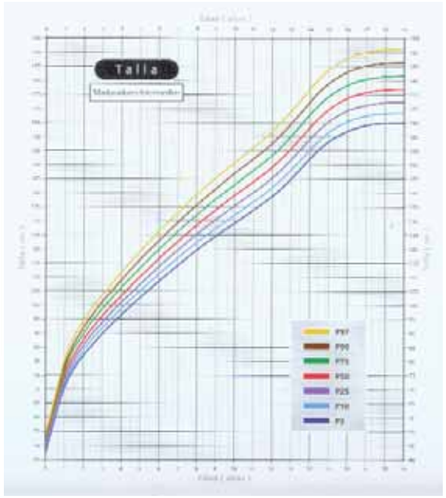
¿Cómo prevenir el mal aliento?

El problema de mal aliento crónico que no desaparece se soluciona adoptando las medidas oportunas, muchas veces requiere de un profesional de la salud que averigüe cuales son las causas reales de esta anomalía. Algunas medidas generales que pueden ayudar son las siguientes:

- Acudir a su dentista al menos una vez al año para la cita de mantenimiento donde se revisa la cavidad oral, los dientes y las encías para confirmar que no existe ninguna enfermedad que lo este provocando. Una caries, un problema de encías, cualquier infección suelen ser las causas más frecuentes de halitosis.

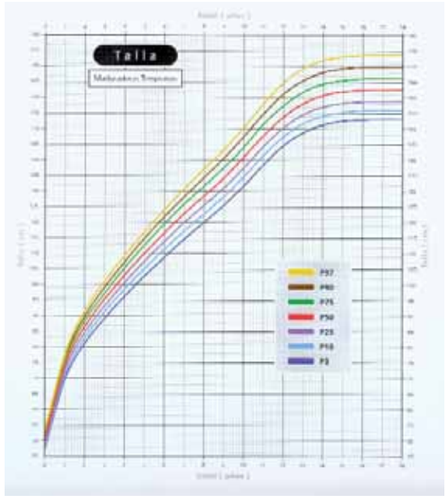
- Mantener una higiene bucal adecuada. Uso de seda dental después de las comidas y antes del cepillado dental. Cepillado dental, como mínimo tres veces al día o después de cada comida principal y sobre todo nunca olvidar antes de ir a dormir por la noche, esta limpieza diaria debe incluir el dorso de la lengua con un rascador lingual (Dispositivo más adecuado para su higiene, especialmente en personas que tengan nauseas).
- Colutorios bucales tras el cepillado o entre cepillados. Existen químicos más específicos para este problema, aunque no deben sustituir nunca al cepillado y la seda dental y siempre bajo la recomendación de u profesional de la salud.
- Ingesta abundante de agua: se recomienda beber entre uno y dos litros de agua al día para favorecer la producción de saliva. Masticar chicle sin azúcar: es otro remedio contra la halitosis entre las comidas o entre cepillados de dientes, debido a que se aumenta la producción de saliva.
- Si usa dentadura postiza quítesela de noche. Cepíllela bien y sumérjala de noche en una solución desinfectante.
- Evitar el tabaco, alcohol, café y alimentos de intenso sabor u olor como el ajo, que potencian la halitosis.

Nota: un correcto mantenimiento de la salud de la boca previene frente al mal aliento. ■

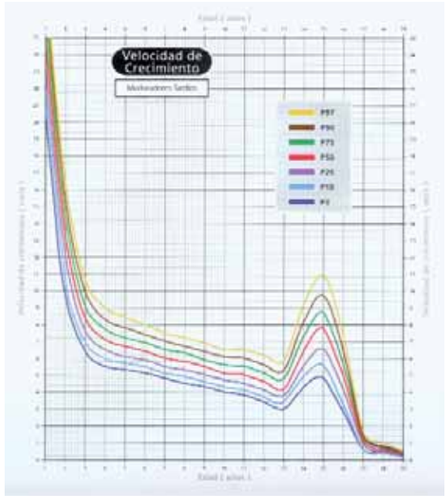


VARONES. Figura 1

Representación gráfica percentilada de la talla (cm)

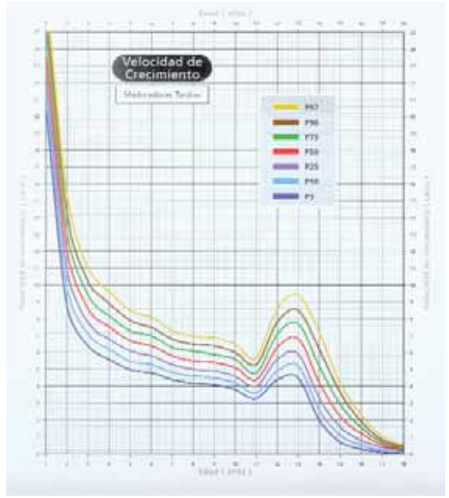


MUJERES. Figura 2



VARONES. Figura 3

Representación gráfica percentilada de la velocidad de crecimiento (cm/a)



MUJERES. Figura 4

Déficit de hormona de crecimiento

Dra. M.J. Chueca Guindulain
Médico Adjunto del Servicio de Pediatría.

Dra. M. Oyarzábal Irigoyen
Jefe de Sección del Servicio de Pediatría.

Unidad de Endocrinología Pediátrica. Hospital Virgen del Camino.

La baja talla (BT) constituye el primer motivo de consulta en endocrinología pediátrica. En un alto porcentaje su etiología es clara y obedece fundamentalmente a variantes de normalidad; sin embargo, en aproximadamente un 20% esta baja talla es patológica y obliga a estudios exhaustivos. La importancia de éstos diagnósticos radica en la posibilidad de hacer un tratamiento precoz y eficaz en algunos de ellos con hormona de crecimiento.

Los fenómenos de crecimiento (cuantitativo) y maduración (cualitativo) son los procesos fisiológicos que más caracterizan a la infancia, y se traducen en la modificación progresiva, desde el nacimiento hasta la edad adulta, de las medidas y morfología corporales.

El crecimiento se considera un buen indicador del estado de salud del individuo (y de la población en general), y se evalúa principalmente mediante tres parámetros: peso, talla y velocidad de crecimiento. En el van a influir factores que van desde la gestación (con los problemas que presentan los niños nacidos con Crecimiento intrauterino retardado, CIR) el componente genético (la BT familiar), nutricional, psicoafectivo y todo el complejo sistema hormonal. Si todo esto funciona correctamente el crecimiento del niño será el adecuado para su potencial genético.

Clásicamente se distinguen 4 períodos de crecimiento bien definidos:

- Crecimiento prenatal, en el que influyen factores fetales, maternos y placentarios.
- Neonatal, caracterizado por un crecimiento rápido exponencial hasta los 2-3 años de edad, e influenciado principalmente por factores nutricionales y hormonas tiroideas, estimándose una ganancia estatural media entre los 0-3 años de 45 cms.
- Infantil, desde la segunda infancia hasta la adolescencia, con un progresivo enlentecimiento de la velocidad de crecimiento prepuberal, dependiente sobre todo del componente genético, de la hormona de crecimiento y de los factores de crecimiento, entre otros.
- Puberal, con un aumento de la velocidad de crecimiento y maduración sexual (estirón puberal), a expensas de las hormonas sexuales (andrógenos y estrógenos) y del incremento de la secreción de hormona y factores de crecimiento.

Hoy en día, especialmente en los países desarrollados, en los que predomina lo que en la sociedad occidental se denomina como "cultura del altismo", el número de consultas pediátricas por baja talla ha sufrido un claro incremento. Sin embargo como contrapartida el hecho de controlar en dichas consulta a muchos niños con baja talla, nos posibilita el diagnóstico temprano de patologías como por ejemplo CIR, Síndrome de Turner, déficit hormonales, y su adecuado tratamiento.

Definición de Talla Baja

Se habla de talla baja cuando ésta se sitúa por debajo del percentil 3 para la media de edad y sexo (líneas azules oscuras en el grafico). Se han de utilizar tablas estandarizadas de referencia propias de cada país, por edad, sexo y pubertad. Actualmente disponemos del estudio transversal Español de crecimiento 2008, como referencia (Dres A. Carrascosa y cols. Figuras 1 y 2).

Es importante, además de la talla, evaluar también la velocidad de crecimiento (Figuras 3 y 4): en general, si es inferior a percentil 25 de la media se considera patológico.

Etiología

Teniendo en cuenta, que el crecimiento es un fenómeno biológico muy complejo, determinado genéticamente y modulado por múltiples factores (tanto propios del individuo como ambientales), existe una gran variedad etiológica de trastornos de crecimiento y por consiguiente de talla baja.

Es por ello, que llegar a un diagnóstico certero de la talla baja a veces es extremadamente difícil, pero de gran trascendencia de cara a su pronóstico y sobre todo por la posibilidad de tratamiento adecuado.

En general, el 80% de los niños con talla entre -2DE y – 3DE corresponden a una variante normal, influyendo fundamentalmente su componente genético y por el contrario, la mayoría de los que están por debajo de -3 DE tendrán una baja talla patológica, y exigen estudios más complejos.

El estudio inicial del niño con baja talla debe incluir una historia clínica exhaustiva, examen físico completo, de medidas corporales y de la maduración ósea. Con ello se consigue establecer un adecuado enfoque diagnóstico en la mayoría de los casos y permite orientar las exploraciones complementarias a realizar.

El diagnóstico de deficiencia de hormona de crecimiento, debido a su liberación en forma de pulsos, es complejo y difícil de establecer, y se ha de basar, además de en la determinación de la misma y de los factores de crecimiento tras distintos estímulos farmacológicos, principalmente en los datos clínicos y auxológicos.

Estas pruebas funcionales han de realizarse en Unidades Especializadas de Endocrinología Pediátrica con personal entrenado en estas técnicas.

La deficiencia de Hormona de crecimiento puede ser debida a múltiples causas: idiopática (no conocer su causa) u orgánica, congénita o adquirida, aislada o deficiencia combinada de otras hormonas hipofisarias, familiar o esporádica.

Aunque las causas genéticas de deficiencia de hormona de crecimiento son raras, se ha objetivado que entre un 5-30 % de las formas idiopáticas son de origen familiar, lo que sugiere que la etiología genética pueda ser mayor de lo reportado hasta el momento.

La hormona de crecimiento se empezó a utilizar en los años 60-70 como hormona de crecimiento pituitaria extraída de cadáveres humanos. Actualmente se utiliza la hormona de crecimiento biosintética obtenida por ingeniería genética. Se administra por vía parenteral, bien subcutánea o intramuscular. Se trata de una hormona idéntica a la humana, compuesta por 191 Aminoácidos.

Las indicaciones actuales del tratamiento con Hormona de crecimiento son las siguientes: Déficit de hormona de crecimiento idiopático (total o parcial), Déficit hormona de crecimiento orgánico (1ª o 2ª), S de Turner, S Prader-Willi, Insuficiencia Renal Crónica, antecedente de CIR que no ha realizado crecimiento recuperador.

El tratamiento con HGH persigue los siguientes objetivos:

1. Restaurar el ritmo de crecimiento.
2. Minimizar los posibles efectos adversos.
3. Optimizar los costes del tratamiento.

Es muy importante en la valoración de la eficacia de la hormona de crecimiento conocer si el cumplimiento del tratamiento ha sido correcto.

Los efectos secundarios del tratamiento son escasos. Existen bases de datos mundiales (KIGS y Genesis, entre otras) sobre la vigilancia de efectos del tratamiento. Se han informado de algunos casos de hipertensión endocraneal benigna que desaparece cuando se suspende el tratamiento. Hay que controlar el metabolismo hidrocarbonado y la función tiroidea. El riesgo de tumores no puede descartarse al 100%.

Dadas las características de la hormona de crecimiento en un futuro próximo las indicaciones para su utilización crecerán y serán la baja talla idiopática, Artritis Crónica Juvenil, los problemas musculares, osteogénesis imperfecta, osteocondrodisplasias o situaciones catabólicas (grandes quemados, sepsis, cirugía, nutrición parenteral..) posibles campos de aplicación de dicho tratamiento.

En conclusión, aunque la baja talla en una gran mayoría de casos es una variante de normalidad, el mejor conocimiento actual de factores implicados (alteraciones genéticas demostradas por estudios de genética molecular y otros), así como la evidente eficacia del tratamiento hormonal sobre el crecimiento y sobre todo en la salud de algunos niños, obligan a estudios exhaustivos en Unidades Especializadas de Endocrinología Pediátrica, en los casos severos o con patología como la referida en este trabajo. ■

Psoriasis de la cara

Dr. Marcos Hervella Garcés
Médico Adjunto. Servicio de Dermatología
Complejo Hospitalario

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria de causa desconocida, posiblemente multifactorial, en la que la herencia juega un papel indudable. Afecta al 1,4% de españoles y tiene una gran variabilidad clínico evolutiva. Aparece en forma de placas eritematosas (rojizas) con un aspecto llamativo, que tienden a formar en su superficie escamas blanquecinas cuadrangulares bastante características, y se localiza con más frecuencia en la cara, el cuero cabelludo, las zonas prominentes de las articulaciones y a veces en palmas y plantas o en sitios de roce. Le caracterizan la localización típica de sus lesiones y su tendencia obstinada a la cronicidad, aunque hay algunos casos de corta duración. A pesar de que la mayoría de las veces no es una enfermedad grave, la vistosidad de sus lesiones hace que se vea enormemente dañada la calidad de vida de los pacientes, que sufren con frecuencia inhibición social y sensación de rechazo al sentirse "marcados" por esta dermatosis.

Su curso es impredecible, con remisiones y exacerbaciones, aunque el 80% de los pacientes adultos con psoriasis sufren lesiones de forma continua o intermitente durante toda la vida. Además la caprichosa evolución y respuesta a los tratamientos de sus diferentes formas clínicas hacen que se trate de un proceso de manejo difícil, que tiende a desesperar al que la padece.

En la cara la psoriasis se manifiesta con placas eritematoescamosas que tienden a afectar a la línea de implantación del pelo (frente alta, alrededor de las orejas, nuca), el entrecejo y los surcos alrededor de la nariz o los párpados. Su intensidad puede ser muy variable, y a menudo se denomina con el término "dermatitis seborreica" a las formas leves de eritema y descamación en estas zonas. La "caspa" es a menudo la manifestación más incipiente o leve de una dermatitis seborreica o una psoriasis. Lo más frecuente es que curse con brotes episódicos de lesiones, que tienden a ser peores en épocas de frío, cansancio o estrés. También empeora con la falta de higiene, y en la zona de la barba en varones cuando pasan días sin afeitarse. En general suele mejorar en verano, con la exposición solar.

Piel delicada

El papel del estrés, las infecciones y otros desencadenantes no ha sido del todo aclarado, pero es evidente que estos factores se asocian con la gravedad de la psoriasis. Los pacientes con psoriasis suelen presentar además una piel facial delicada, que tolera mal algunas cremas y cosméticos. El uso frecuente de corticoides tópicos se asocia a complicaciones importantes en la cara (foliculitis, rosácea esteroidea...), por lo que su uso en esta enfermedad debe ser muy cuidadoso.

El diagnóstico de la psoriasis es clínico. Cuando su presentación es leve o de aspecto dudoso podría confundirse con infecciones por hongos o con diversas formas de eccema o dermatitis. En estos casos la presencia de signos clínicos sutiles como un piqueteado fino en las uñas o lesiones típicas en los conductos auditivos o la zona posterior de las orejas, puede ser muy útil para el diagnóstico. Hay otros signos clínicos, pero la tozudez de las lesiones incluso a pesar del tratamiento es a veces la clave que ayuda al médico a confirmar el diagnóstico.

Aunque en adultos no existe cura, la psoriasis tiene actualmente tratamientos eficaces que permiten controlar y reducir los brotes.

Es esencial evitar los factores agravantes conocidos de la psoriasis: infecciones, fatiga, estrés, algunos fármacos. Evitar hábitos tóxicos como el alcohol o el tabaco y adoptar unos hábitos de vida sanos, como realizar ejercicio físico moderado, llevar una dieta mediterránea y descansar bien por las noches favorecen la mejoría clínica de la enfermedad.

Lavado frecuente

Un pilar del tratamiento es el lavado frecuente (al menos una vez al día) con jabones y champúes específicos, que se dejan actuar unos minutos antes de aclarar. Al lavado le acompaña luego el uso de una crema hidratante específica, preferiblemente no grasa y exenta de perfumes o alcohol (para piel sensible-intolerante). Esto es lo que a menudo se aconseja como tratamiento de mantenimiento.

Los corticoides tópicos de baja potencia son probablemente el tratamiento más eficaz, pero deben ser empleados de forma muy prudente, procurando aplicarlos sólo de forma esporádica, en tandas de unos pocos días. Los cuadros leves se tratan cada vez más con los llamados inhibidores de calcineurina (tacrolimus, pimecrolimus), nuevos fármacos muy seguros, que se usan como sustitutos de los corticoides.

Otros medicamentos como los derivados de la vitamina D son también muy útiles, pero se usan en situaciones concretas, que debe valorar el médico. Las nuevas formulaciones de tópicos permiten disponer de combinaciones eficaces que sólo se aplican una vez al día, lo

que facilita mucho al paciente el cumplimiento de la pauta de tratamiento. Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones los tratamientos se indican a medio o largo plazo, con la indicación de usar la mínima pauta que sea eficaz para ese paciente, siempre limitando el uso de corticoides. De esta forma se previenen y controlan de forma más eficaz y segura las exacerbaciones.

Cuando los tópicos fallan, lo que ocurre a veces, se pueden plantear otros tratamientos como la exposición a luz ultravioleta en cabinas especiales, o medicamentos por vía oral o inyectable (acitretino, ciclosporina, metotrexate o los nuevos fármacos llamados "biológicos", que están cambiando la vida de los pacientes con psoriasis más graves). En todo caso los tratamientos deben ser individualizados, ya que todos los medicamentos tienen una eficacia variable, poco predecible, y una toxicidad que se debe tener en cuenta en cada caso.

Debido a su curso recurrente, el paciente a menudo duda del diagnóstico y del médico. Es importante que el paciente reconozca que el diagnóstico de la psoriasis es clínico y no requiere pruebas complementarias, y también que sepa que no es una enfermedad contagiosa. Hay que aprender poco a poco a vivir con ella, adoptar unos cuidados básicos para la piel, que deberá mantener mientras tenga la enfermedad, e ir conociendo qué tratamiento debe usar cuando se le presente un nuevo brote de lesiones. ■

Clínica de la Diabetes Mellitus

Dra. María José Goñi Iriarte
Adjunto de Endocrinología. Complejo Hospitalario

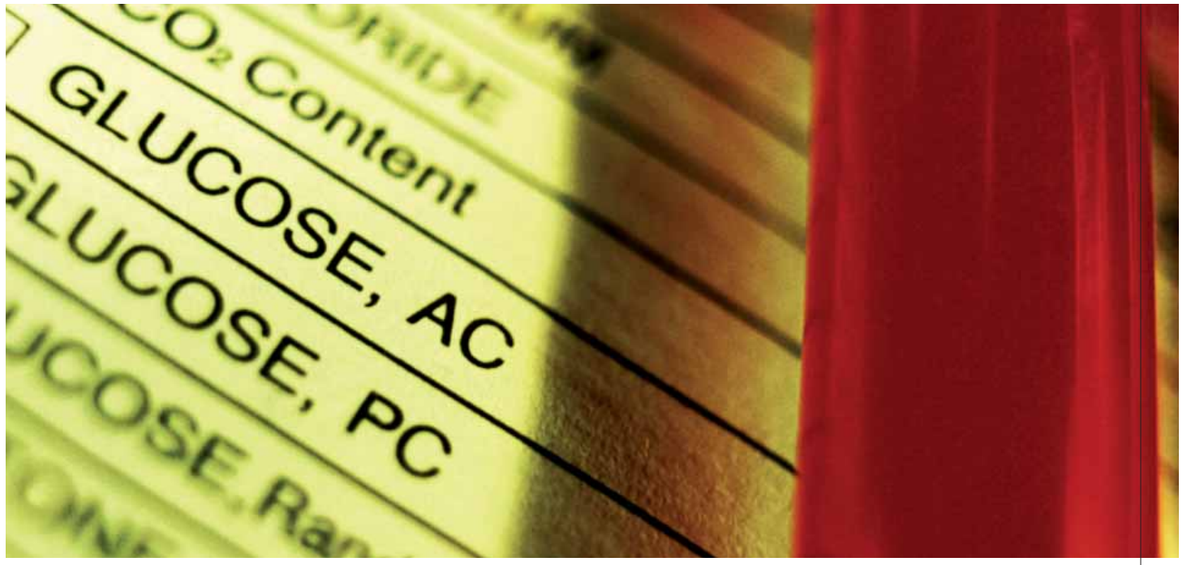
DIABETES TIPO 1

La aparición clínica de la diabetes tipo 1 ocurre meses o años después del inicio del proceso, caracterizado por la reacción inmunitaria contra las células beta pancreáticas, productoras de insulina. Este proceso es asintomático, únicamente detectable por la determinación analítica de parámetros de autoinmunidad dirigidos frente a varios antígenos pancreáticos. El comienzo clínico, aunque variable en intensidad, suele ser agudo, y motiva que el paciente acuda al médico. En los casos de mayor gravedad, puede presentarse como un cuadro de cetoacidosis (situación metabólica caracterizada por acidosis metabólica y cetonemia positiva que requiere hidratación y corrección hidroelectrolítica y glucémica mediante tratamiento intravenoso).

Los síntomas típicos de sospecha de la enfermedad, y que pueden presentarse no únicamente en el momento del diagnóstico sino siempre que el paciente presente una descompensación hiperglucémica, son poliuria, polidipsia y pérdida de peso. La poliuria se debe a que la glucemia sobrepasa la capacidad renal para su reabsorción eficaz y aparece glucosa en orina (glucosuria). El umbral renal para la glucosa (175-200 mg/dl) es variable en cada individuo. Esta glucosuria causa diuresis osmótica con aumento del volumen urinario. La poliuria es el síntoma más constante y temprano de la diabetes. Para compensar la pérdida de líquidos, inmediatamente se instaura una polidipsia (aumento de la ingesta hídrica). Además la glucosuria condiciona una pérdida mantenida de calorías que justifica en parte la pérdida de peso y la polifagia. La disminución de peso es también debida al hecho de que al ser la insulina una hormona anabólica, su carencia lleva al paciente a una situación catabólica general, con astenia y pérdida de peso. En algunos pacientes no se objetiva polifagia sino falta de apetito por la producción aumentada de cuerpos cetónicos y por la situación de descompensación metabólica e hidroelectrolítica que presentan.

Otros síntomas menos característicos de la hiperglucemia son el prurito, preferentemente en genitales externos, que pueden causar vulvovaginitis en la mujer y balanitis en el varón. Así mismo es frecuente la colonización micótica por Candida albicans. Más raramente el prurito puede ser generalizado por elevación de los niveles de glucemia a nivel dérmico.

Es frecuente que el paciente recién diagnósticado refiera alteraciones de la agudeza visual provocadas por variaciones de la osmolaridad e hidratación del cristalino debidas a los cambios glucémicos que tienen lugar. Mejoran cuando mejora el control glucémico por la instauración del adecuado tratamiento insulínico. Por ello, se debe posponer la corrección de la agudeza visual con lentes hasta estabilizar suficientemente el cuadro metabólico.



En los casos de diagnóstico en la edad infantil, la velocidad de crecimiento del niño puede disminuir en tanto se mantenga una descompensación el tiempo suficiente (debido a la falta del efecto anabólico de la insulina y la utilización proteica para la gluconeogénesis). No obstante, el mal control no suele ser prolongado y la velocidad de crecimiento se recupera.

En las fases iniciales tras el diagnóstico de la diabetes tipo 1, puede darse una remisión transitoria y espontánea (aproximadamente en la mitad de los pacientes) debido a una recuperación de cierta capacidad del páncreas para segregar insulina. Esta fase es la denominada "luna de miel". Este fenómeno se sospecha cuando en las primeras semanas de tratamiento el paciente presenta una disminución importante de las necesidades de insulina. Este periodo puede llegar a durar varios meses, siendo necesario advertir al paciente que una vez finalizado aumentarán las necesidades insulínicas, evitando así que se creen falsas expectativas de "curación de la enfermedad".

La diabetes tipo 1 puede asociarse con otras enfermedades autoinmunes caracterizadas por alteración de la secreción hormonal de la glándula afectada. Las más frecuentes son las enfermedad tiroidea autoinmune, tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo, y la enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal primaria). Otro tipo de enfermedades autoinmunes que también se asocian son la celiaquía, la anemia perniciosa, la menopausia precoz autoinmune y el vitíligo. No es infrecuente que alguno de estos trastornos se presente de forma asintomática, por lo que es necesario descartarlo mediante la realización del oportuno estudio analítico. La posibilidad de presentación de estas alteraciones a lo largo de la vida de un diabético obliga a un seguimiento de por vida en este sentido.

Un aspecto importante y al que no siempre se le presta la debida atención es el impacto personal y familiar que supone el diagnostico de la diabetes tipo 1, y que, por otra parte, constituye un factor trascendental para un buen seguimiento y una adecuada adherencia al tratamiento.

Las consecuencias psicológicas se relacionan con la edad, la gravedad de aparición de la enfermedad, y con el sustrato psicológico personal, el ambiente familiar, social y/o escolar. Es necesario que el paciente pase por una serie de fases descritas en el diagnóstico de toda enfermedad crónica (negación, rechazo...) hasta llegar a la fase final de aceptación de la enfermedad. Si el proceso no se desarrolla adecuadamente, pueden darse actitudes negativas que dificultarán una adecuada evolución, como son el perfeccionismo, que lleva a fustraciones ante resultados no previstos, respuestas sobreprotectoras de la familia, o excesiva despreocupación por el control. Una edad especialmente delicada es la adolescencia, en la que a los problemas propios de todo adolescente, se suma la dificultad de adaptación a la enfermedad (dieta, autocontrol frecuente, pinchazos múltiples diarios de insulina, hipoglucemias...) que en ocasiones lleva al paciente a una alteración de la relación familiar y social.

DIABETES TIPO 2

La forma de presentación de la diabetes tipo 2 es totalmente distinta a la de la diabetes tipo 1. La disminución de la secreción de insulina es progresiva y por lo tanto también el desarrollo de la hiperglucemia, generalmente más leve que en la diabetes tipo 1. Por ello, es poco frecuente que refieran la sintomalogía previamente descrita. El diagnóstico con frecuencia tiene lugar a partir de una hiperglucemia dectectada en una analítica practicada por otro motivo o durante el seguimiento de pacientes predispuestos (por ejemplo personas con obesidad o sobrepeso, dislipémicos, mujeres con antecedentes de diabetes gestacional o individuos con gran carga genética de diabetes tipo 2). En otros individuos la diabetes puede desencadenarse por un proceso intercurrente (infección grave...) o por el uso de fármacos que actúan incrementando la insulinoresistencia (corticoides..).

La obesidad que generalmente presentan estos pacientes es preferentemente centrípeta, con mayor acúmulo a nivel abdominal (perímetro abdominal mayor de 102 cm en el varón o de 88 cm en la mujer) lo que condiciona una mayor resistencia insulínica. Esta obesidad está favorecida por el sedentarismo, la edad y la tendencia genética. Mucho menos frecuentemente el paciente diabético tipo 2 no es obeso, y también se objetiva algún grado de resistencia insulínica.

El prurito, las infecciones recidivantes, los cambios en la agudeza visual y las cataratas se observan incluso con mayor frecuencia que en la diabetes tipo 1. Algunos diabéticos de más edad y con obesidad importante presentan somnolencia posprandial (favorecida por la hiperglucemia posprandial) consecuencia del síndrome de apnea del sueño relacionado también con la resistencia insulínica.

Es frecuente la coexistencia de diabetes con otros factores de riesgo cardiovascular, fundamentalmente hipertensión arterial y dislipemia., pudiéndose añadir el tabaquismo. Es muy importante el control estricto de estos factores de riesgo, debiéndose alcanzar niveles inferiores a los recomendados para la población general. Se ha demostrado que son éstos los que condicionan el altísimo riesgo cardiovascular que presenta el paciente con diabetes tipo 2.

Por último, los problemas psicopatológicos son de menor trascendencia, asumiéndose con mayor naturalidad la enfermedad. No obstante, se describe una mayor incidencia de cuadros depresivos en pacientes con diabetes tipo 2. ■

Recomendaciones nutricionales en el paciente con cáncer

Ainara Maya Almándoz y Esperanza Roldán Alonso
Técnicos Especialistas en Dietética. Sección de Nutrición Clínica y Dietética. Complejo Hospitalario

Es sabido que la incidencia de enfermedades oncológicas es distinta en diferentes países. Sin duda, factores hereditarios, ambientales, estilos de vida, de alimentación, etc. tienen mucho que ver con dicha incidencia. En esta ocasión, nos referiremos a las modificaciones dietéticas indicadas para evitar o limitar los problemas nutricionales asociados a la enfermedad o al tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia.

Son diversos los trastornos que pueden aparecer como efecto secundario a estos tratamientos, pero el objetivo es conseguir un aporte de nutrientes y de energía adecuado para mantener un estado nutricional óptimo en cada momento del proceso, lo cual también influirá en la eficacia del tratamiento.
Citaremos los trastornos que aparecen con más frecuencia y las modificaciones dietéticas indicadas para evitar pérdidas de peso importantes y estados carenciales.

Recomendaciones para mantener un correcto estado nutricional

Empezaremos citando las recomendaciones generales, ya que la dieta deberá ser lo más equilibrada posible. En este sentido, hay que buscar la mayor variedad, evitando los alimentos que produzcan aversión y sustituyéndolos por alimentos de similar composición (el pescado por carne o huevos, la leche por yogur o cuajada, etc.).
Repartir la dieta en 5-6 tomas al día para facilitar la ingesta y evitar largos períodos de ayuno.
De especial importancia son los alimentos proteicos, ya que ayudarán a que el organismo renueve sus tejidos y a mantener la fuerza y el estado de la masa muscular. Incluiremos por lo tanto, 1 ración de carne, pescado o huevos tanto en la comida como en la cena. Así como 2-3 raciones de lácteos al día (1 vaso de leche, 1 cuajada y 1 loncha de queso por ejemplo).
Debe acompañar los alimentos proteicos con alimentos ricos en hidratos de carbono en la misma comida, como por ejemplo patata, pasta o arroz. De esta forma ayudará al organismo a aprovechar mejor la proteína ingerida.
Intentará tomar un trozo de pan en cada comida.
Incluir 2-3 piezas de fruta y 2 raciones o platos de verdura al día y alguna en crudo. Si la fruta no se pudiera tomar entera, tomarla en zumo o cocinada (en compota o asada), y en el caso de la verdura, habría que prepararla en puré si tiene problemas para masticarla o tragarla.
Incluir legumbre y frutos secos, ya que son alimentos que contienen mucha proteína, glúcidos y fibra.
Utilizar aceite de oliva virgen extra preferentemente para cocinar y aliñar alimentos, preferiblemente en crudo.
Mantener un buen estado de hidratación tomando 6-8 vasos de líquido al día, evitando refrescos azucarados y bebidas alcohólicas.
Vigile periódicamente su peso y contacte con su médico en caso de una pérdida involuntaria del mismo.

ANOREXIA

Se denomina así a la pérdida o disminución del apetito. Más del 50% de los pacientes con cáncer refieren pérdida de apetito.

Recomendaciones dietéticas en caso de Anorexia

Elaborar platos de apariencia y sabor agradables.
Evitar consumir alimentos que le gusten antes de las sesiones de quimioterapia o radioterapia, para que no los relacione con este momento y le dejen de gustar tanto. Tome sus alimentos preferidos entre horas, para asegurar un aporte nutricional suficiente.
Aproveche los momentos que pueda tener más apetito para realizar comidas lo más completas posibles.
No tiene ningún alimento prohibido, en este momento, tendrá especial importancia asegurar un suficiente aporte de calorías y de nutrientes.
Elegir un sitio agradable para las comidas, un sitio que le inspire tranquilidad.

MUCOSITIS

Se define así la inflamación y ulceración dolorosa de las membranas mucosas del revestimiento gastrointestinal. La mucositis oral es una complicación frecuente que causa dolor al masticar o al tragar los alimentos.

Recomendaciones dietéticas en caso de Mucositis

Para evitar el dolor mantenga en la boca agua muy fría o chupe un cubito de hielo.

Evite los alimentos calientes, con piel, espinas, secos o ásperos (tipo biscotes), de consistencia muy espesa, irritantes (ácidos, picantes), café, tabaco y alcohol.
Para adaptar la consistencia de los platos intente comer de la manera más normalizada pero ante cualquier molestia a los alimentos sólidos, prepare una dieta triturada lo más completa posible.
Tome la fruta cocinada incluso triturada. Tome la verdura en puré (con patata, legumbre) y añádale a ese puré la carne, el pescado o el huevo previamente cocinados, para triturarlo todo junto.
Los postres pueden ser preferentemente lácteos tipo natilla, yogur, etc.
Para asegurar un buen aporte de nutrientes y calorías puede enriquecer la dieta con queso rallado, nata, aceite, queso en porciones, maicena, tapioca, frutos secos molidos, etc.
Para un buen reparto de nutrientes a lo largo del día realice 5-6 comidas al día de poco volumen y evitando los ayunos prolongados.

DISGEUSIA

Llamaremos así a la alteración del sabor de los alimentos y bebidas por disminución, pérdida o distorsión del sentido del gusto. En algunos casos el cambio de sabor es muy radical y apreciablemente repulsivo, causando en el paciente el rechazo hacia ciertos alimentos.

Recomendaciones dietéticas en caso de Disgeusia

Para evitar la alteración del sabor evite los alimentos calientes, consúmalos a temperatura ambiente o fríos.
Masticar chicles o tomar caramelos le ayudará a mitigar ese sabor desagradable.
Consuma los alimentos cocidos o frescos, evite los fritos, las salsas y especias aromáticas.
Evite estar en la cocina cuando se estén cocinando los platos. Evite los olores fuertes.
Acompañe las comidas con zumos o bebidas isotónicas.
Mantenga una correcta higiene bucal.
Consuma alimentos de sabor suave: lácteos, carnes y pescados blancos, huevos, pan, pasta, legumbre y arroz evitando los alimentos muy grasos (tocino, carne y pescado graso, exceso de aceite) ya que potencian el olor y el sabor.
Evite alimentos amargos tipo chocolate o café y los de sabor metálico tipo edulcorantes artificiales.
Para evitar el sabor metálico elija sabores fuertes como el queso curado o el jamón. Utilice salsas en la elaboración de sus platos tipo bechamel, mayonesa, etc.
Utilice cubiertos de plástico para comer y de madera para cocinar. A la hora de cocinar en cacerolas de acero inoxidable, evite los ácidos (vinagre, limón, tomate) ya que facilitan la disolución del níquel que contienen.
Evite los edulcorantes artificiales ya que algunos tienen sabor metálico.
Para realzar el sabor en caso de pérdida o disminución del sabor tome los alimentos calientes, utilizando especias aromáticas. Puede decantarse por alimentos grasos, así como utilizar azúcar, miel o saborizantes artificiales.

XEROSTOMIA

Se denomina así a la disminución de secreción salival o a la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivares.

Recomendaciones dietéticas en caso de Xerostomía

En este caso, el objetivo será facilitar la masticación y la deglución así como evitar tanto el dolor que pueda aparecer como lesionar la mucosa oral seca.
Beba líquidos frecuentemente, consuma helados de hielo o zumos de fruta helados.
Mastique chicles antes de la comida o cítricos para estimular la producción de saliva. Realice enjuagues con agua, alguna infusión o colutorios sin alcohol rebajados con agua (para evitar irritar la zona).
Consuma alimentos de textura blanda, con salsas suaves o con caldo.
Evite temperaturas extremas (muy calientes o muy frías).
Evite alimentos ácidos, con muchas especias o muy saladas.
Mantenga una buena higiene bucal y evite azúcares refinados con el fin de evitar problemas dentales. Evite café, alcohol y tabaco.

Otras afecciones frecuentes en pacientes en tratamiento con quimioterapia o radioterapia: NÁUSEAS

Si tiene náuseas evite los líquidos junto con las comidas. Tome alimentos “secos”, sin salsas.
De la misma manera, tome la comida templada o fría, preparada de forma sencilla y desechando los alimentos cuyo olor le desagrade. Evite los alimentos muy grasos o excesivamente dulces, así como picantes, especias o alimentos indigestos o flatulentos.

ESTREÑIMIENTO

Para evitar el estreñimiento intentaremos aumentar la cantidad de fibra ingerida a base de frutas, verduras, cereales y pan integrales, legumbres y frutos secos. Mantendremos también una adecuada hidratación, intentando beber abundante agua. Se podría aumentar el consumo de aceite de oliva virgen extra en crudo y se evitará utilizar laxantes sin indicación de su médico.
En muchos casos, para los pacientes oncológicos la hora de las comidas supone un gran sacrificio, por lo tanto, los cuidadores y familiares que se encarguen de cuidarlos, tienen que comprender esta situación y consultar con el médico ante cualquier situación que pueda influir en el apetito y en su estado de salud, como puede ser la fiebre, el dolor excesivo o la incapacidad o dificultad para tragar los alimentos. Estos estados, si se prolongan en el tiempo, pueden suponer la pérdida de peso, con lo cual, una rápida actuación es fundamental. ■

Nuestro pan de cada día

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

Esta frase resume perfectamente la necesidad de tomar pan como parte fundamental de la dieta diaria, en consonancia con la interpretación de la pirámide de la alimentación saludable que dice que es un alimento de consumo habitual todos los días.

¿Cómo conseguir este propósito?

Las recomendaciones hablan de tomar entre 4 y 6 raciones del grupo de cereales. Cada ración equivale a unos 40-60 g. de pan, una rebanada de entre 4 o 6 dedos de barra tradicional.

Con estos datos resulta fácil poder describir diferentes y múltiples variantes de combinaciones de pan a lo largo de la jornada. Se puede tomar pan en comida y cena, de forma moderada, a modo de acompañamiento. Pero no son estos los únicos momentos en los que se puede consumir tan básico manjar.

Pan en el desayuno

La primera toma del día debería suponer alrededor de la cuarta parte de la ingesta calórica de las 24 horas restantes. Por este motivo, debe ser una comida completa, consistente, al menos, en un alimento del grupo de lácteos (leche, yogur, cuajada, queso magro, etc.), otro del grupo de frutas, mejor entera y con piel y otro del grupo de cereales (galletas maría, cereales de desayuno, pan, biscotes, tostadas, etc.)

Este último grupo es el que hace que el día comience tomando pan: refinado o integral, tradicional o con cereales, fresco o tostado, el pan combina perfectamente con aceite de oliva, tomate, queso fresco, mantequilla, margarina, mermelada, membrillo, jamón cocido o serrano, fiambre de pavo, etc.

Pan en almuerzo y merienda

Comer unas cinco veces al día conlleva muchos beneficios. De esta forma, serán tomas más frecuentes pero menos copiosas. Así se incluye en la dieta la media mañana y la merienda, muy importantes no sólo para niños o ancianos, sino para todas las edades.

Al introducir estas comidas frugales, entra en juego de nuevo el pan. La estructura en ambas puede ser similar pero alternando para no repetir ni cansar. Bien un lácteo con una pieza de fruta o unas galletas, bien la fruta acompañada de un pequeño bocadillo, bien un lácteo con una tostada, bien una infusión o zumo con un pincho, etc.

Bocadillos, tapas, pinchos, etc.

No siempre han de estar compuestos por ingredientes grasos y calóricos. Se puede hacer un bocadillo tan saludable como exquisito, si se mezcla, por ejemplo, queso fresco y salmón o berenjena plancha o jamón serrano con tomate o lomo con pimientos o un vegetal, o crema de aceitunas con un toque de mermelada, etc. La oferta es enorme y sólo pone límite la falta de imaginación. Además, si se tiene en cuenta que la variedad de tipos de pan es elevada, todavía se pueden obtener más combinaciones deliciosas.

No es una casualidad que el pan combine tan bien con todo tipo de productos e ingredientes y esté delicioso en cualquier situación, ya que se trata de un alimento básico en nuestra alimentación. Su sabor, no demasiado penetrante, deja paso a los ingredientes que acompaña sin enmascararlos, su textura, crujiente en el exterior y blanda en el interior, hace que untar resulte fácil, su aroma cuando se está cociendo, evoca buenos tiempos de comida casera y despierta el apetito. El resultado final es una simbiosis perfecta que realza el sabor y aroma de todos los componentes, de forma que el pan sigue siendo nuestro pan de cada día. ■

De izquierda a derecha, D. José Ignacio Martín (Delegado Episcopal P. Salud – Ancianos y D.U.E.) y el Dr. Juan Pedro Arbizu (Psicólogo clínico y Psicooncólogo. Servicio de Oncología. Hospital de Navarra).

II Seminario de Humanización:

"El cuidado como respuesta a la necesidad"

Con motivo de la celebración del segundo Seminario de Humanización y Pastoral de la Salud: "El cuidado como respuesta a la necesidad", vamos a publicar en varios números de ZONA HOSPITALARIA, tres entrevistas realizadas por D. José Ignacio Martín (Responsable del Servicio Religioso de los Hospitales y Delegado Pastoral de la Salud) a los doctores Juan Pedro Arbizu (Psicólogo clínico y Psicooncólogo del Hospital de Navarra), Dra. Juana Mª Caballín (Médico Gerontólogo del Hospital San Juan de Dios) y el Dr. Jesús Mª Viguria (Médico y Jefe Clínico de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios).

Comenzamos con la entrevista realizada al Dr. Juan Pedro Arbizu que lleva muchos años trabajando en el campo de de los Cuidados Paliativos y con enfermos Oncológicos.

¿Nos podrías definir en pocas palabras qué son los Cuidados en este tipo de pacientes y en qué consiste la atención psicológica a los mismos?

La atención psicológica se centra en facilitar la mejor adaptación del enfermo a cada fase de su enfermedad. Hay pacientes que tienen más dificultades en el momento del diagnóstico, otros durante el tratamiento. Los enfermos son distintos y tienen estilos de afrontamiento diferentes. La mayor parte se manejan bien, pero hay muchas ocasiones en las que hay que enseñar o facilitar estrategias concretas para conseguir una mayor adaptación. Hay otro trabajo de contención emocional que también tienen que realizar el resto de profesionales sanitarios.

En tu trabajo diario como psicólogo con estos pacientes, pienso que es importante destacar dos características: Que el sujeto de los cuidados no sólo es el paciente sino también su familia o personas afectivas, y que la atención que se lleva a cabo, dado que deben considerarse aspectos diferentes, es esencialmente interdisciplinar. **¿Hasta que punto la importancia de la interdisciplinaridad forma parte de nuestra realidad sanitaria?**

Es fundamental. Paulatinamente se está consiguiendo que este modelo cale en los servicios sanitarios y que redunde en una mejor atención a los enfermos. Los profesionales están cada vez más capacitados y dispuestos para atender al enfermo de manera integral. Esa es también nuestra labor, la de asesorar y orientar en aspectos emocionales y de autocuidado a los profesionales que están en contacto con los enfermos. La atención también debe realizarse a los familiares en una doble vía. En su atención emocional y en dar pautas de comunicación y relación con el enfermo.

La amenaza que representa para alguien la posibilidad de padecer dolores o enfermedades, puede ser tan profunda que llegue a igualar los efectos reales que éstos tendrían en su cuerpo. Sufrimiento, miedo, angustia, ansiedad y amenaza, son términos psicológicos que aparecen con profusión en el nuevo modelo médico. Es obvio, por tanto, que los psicólogos tenéis mucho que aportar a los equipos interdisciplinares, en la tarea común de mejorar no sólo la sintomatología del enfermo sino también su calidad de vida emocional y existencial. De acuerdo con esto, **¿Crees que en el ámbito sanitario habría que sustituir el denominado "modelo médico" por un nuevo modelo?**

Como comentaba anteriormente, se está en ello. Toda enfermedad lleva consigo sufrimiento. Es labor de todos evitar el sufrimiento evitable. Pero también debemos trabajar por normalizar, integrar y acompañar el sufrimiento natural que conlleva el proceso de enfermedad. El miedo se puede disminuir. Aumentando el control sobre las situaciones y lo recursos del enfermo, reducimos la percepción de amenaza. Pero también hay un tipo de miedo inevitable, que más que ir contra él, es mejor integrarlo. Paradójicamente, probablemente también se reduzca.

Brevemente ¿Podrías concretarnos la influencia de los aspectos psicológicos en el proceso de morir?

El proceso de morir es una fase fundamental de nuestra existencia que conlleva muchos aspectos: espirituales, emocionales, familiares, físicos, sociales, económicos...Conseguir la mayor estabilidad y bienestar en todos los aspectos es fundamental. No dejar temas pendientes, la posibilidad de despedirse explicita o simbólicamente, la afectividad, la comunicación directa y sincera, son puntos en los que hay que estar especialmente atento.

Hay un nivel, que es el de la valoración de los síntomas psicológicos refractarios, la prevención precoz de la angustia, la detección temprana de duelos complicados, la evaluación de los estados de ánimo ansiosos o depresivos, ayudar a las personas a que mueran en paz y reconciliadas. Según esto, **¿Por qué a veces, hay tanta resistencia a reconocer en la estructura sanitaria, el papel del psicólogo en este tipo de asistencia o cuidados?**

En las Unidades de Cuidados Paliativos está integrada la figura del psicólogo desde sus inicios. Son unidades integrales. En el resto de servicios sanitarios cada vez se contempla más la atención psicológica. Yo llevo 16 años prestando atención psicológica en el Servicio de Oncología del Hospital de Navarra. Es un servicio pionero, pero ya en los últimos años está aumentando considerablemente el número de Servicios con está atención. En todos los planes de Oncología se contemplan programas de atención psicológica. También quiero insistir en que hay una parte de atención emocional que la pueden y la deben dar el resto de profesionales sanitarios. Y así lo hacen. ■

¿Por qué bostezamos?

Dr. Jaime Gállego Culleré
Servicio de Neurología. Hospital de Navarra

El bostezo es sin duda un fenómeno frecuente y cotidiano del que, paradójicamente, conocemos muy poco. Todos estaremos de acuerdo en que bostezamos con relativa frecuencia e incluso observamos muy a menudo bostezar a alguien todos los días, en cualquier lugar y a cualquier hora, a primera hora de la mañana, y no únicamente en situaciones de sopor o aburrimiento. Todavía es más sorprendente, pero creo que todos coincidirán conmigo, que cuando vemos como alguien bosteza, con relativa frecuencia nos invade la irresistible necesidad de bostezar también y llegamos a imitarla (va el bostezo de boca en boca como el pajarillo de hoja en hoja). Quizá ahora mismo, alguna de las personas que se encuentre leyendo este artículo bostezará o ya habrá bostezado y, quitando el hecho de que a alguien le pueda parecer aburrido, se deberá al simple hecho de mencionarlo. Bostezar es increíblemente contagioso. He conseguido que algunos de ustedes bostezaran simplemente al pensar en la palabra «bostezar».

Lo que se sabe es que el ser humano bostezará unas 250.000 veces a lo largo de su vida y que los bebés en el útero lo hacen ya en la semana 12 a 14 de gestación, lo que sugiere que juega un importante papel neurofisiológico.
Existen una serie de preguntas que nos podemos plantear y con pocas o escasa respuestas: ¿qué es el bostezo? ¿por qué bostezamos? ¿Qué significado y qué utilidad puede tener este fenómeno tan normal y a la vez tan desconocido para nosotros? ¿Por qué es contagioso?

¿Qué es el bostezo?

El bostezo se define como es la acción incontrolada de abrir la boca, separando ampliamente las mandíbulas, para realizar una inspiración lenta y profunda a la que la sigue una espiración, también prolongada un poco más corta pero generalmente ruidosa. La duración promedio de un bostezo es de alrededor de 6 segundos. Produce por tanto una inspiración profunda en la cual la boca se abre ampliamente, tanto, que la mandíbula baja mucho más de lo normal, la lengua se extiende hacia abajo y la faringe se dilata. Además, se estiran los músculos faciales, se inclina la cabeza hacia atrás, se cierran o entornan los ojos, se lagrimea, se saliva, se abren las trompas de Eustaquio del oído medio y se realizan muchas otras, aunque imprecisas, acciones cardiovasculares, neuromusculares y respiratorias. Gracias a esa inspiración profunda se produce el paso de un gran volumen de aire hacia los pulmones, hasta llenarlos prácticamente al completo de aire. A los pocos segundos, se produce una espiración rápida para expulsar el aire.
Se trata de una acción común entre los animales vertebrados. Los mamiferos y la mayoría del resto de animales dotados de columna vertebral bostezan, incluyendo peces, tortugas, cocodrilos y aves. La mayoría de bostezos ocurren al despertar o al acostarse. Suelen comenzar con un pequeño estímulo; ya sea por el aburrimiento, el cansancio, hambre, durante el despertar o al ver a alguien bostezar.

¿Por qué bostezamos ?

Las causas exactas y la función del bostezo siguen siendo un misterio, y, hasta hace poco, había sido escasamente documentado en el mundo científico. Hoy conocemos que tras este estímulo comienza un proceso que tiene componentes voluntarios e involuntarios. Este estímulo produce una respuesta en una región de nuestro cerebro (formación reticular) que lleva a cabo actividades inconscientes pero que a su vez se halla conectado con otras regiones del cerebro "consciente". Es como si el bostezo actuara como un regulador de la sensibilidad y de la contracción muscular voluntaria e involuntaria, de los ciclos de vigilia y sueño, del sistema endocrino... etc. Las estructuras neurales necesarias para el bostezo se localizan en la bulbo raquídeo, cerca de los centros respiratorio y vasomotor. Las neuronas que producen el bostezo se activan por la acción de la dopamina, aminoacidos excitadores y oxitocina. A grandes rasgos, la formación reticular sería nuestro cerebrito inconsciente que regula gran cantidad de procesos sin darnos cuenta pero que a su vez va de la mano del cerebro consciente interrelacionándose entre ellos. Y una de las tareas de las que se encarga la formación reticular es el bostezo. La formación reticular, junto con otras estructuras neurológicas, responden ante determinados estímulos con un reflejo semi-involuntario.

Hoy sabemos que en el bostezo intervienen además otras áreas como la corteza cerebral y áreas del cerebelo. Finalmente y después de estos cambios los pulmones quedan preparados para recibir tal cantidad de aire. Por eso, el diafragma y los músculos abdominales (implicados en la respiración) están relajados mientras ello ocurre.
Los conocimientos actuales, las investigaciones llevadas a cabo y las posibles teorías para su comprensión son poco esclarecedoras y no terminan de dar una explicación coherente de este singular comportamiento. Mientras el bostezo no se convierta en un problema, seguirá siendo investigado como una mera curiosidad. Las curiosidades, en ciencia y más aún en medicina, suponen más gastos que beneficios económicos.
Es importante destacar que no es sólo en la especie humana en la que observamos esta conducta tan peculiar, en muchos animales también lo vemos (ya sean reptiles, aves o mamíferos). Pero lo que no todo el mundo conoce es que la hipoxia (la falta de oxígeno en los tejidos del cuerpo) puede desencadenar también un bostezo. Además, se sabe que los fetos de alrededor de 20 semanas de gestación ya bostezan.

Bostezo fetal

Dentro de este desconocimiento se han planteado varias explicaciones o teorías para tratar de contestar a esta pregunta. Sin embargo, ninguna por sí misma aporta una respuesta completa y rotunda. Pasarán años hasta que sepamos con seguridad a qué se debe exactamente. Una explicación es que cuando nos encontramos cansados, aburridos, aletargados, respiramos menos profundamente que de forma normal. En estas situaciones se puede producir una menor utilización de la capacidad de nuestros pulmones con intercambio menor de oxígeno y dióxido de carbono (C02) entre la sangre y los alveolos pulmonares y niveles bajos de oxígeno. Ante esta situación, nuestro organismo responde con un bostezo. Así se expanden los alveolos, en cuestión de segundos, con una gran bocanada de aire y los niveles de estas moléculas en sangre se vuelven a estabilizar. Sin embargo, esta teoría tiene una pega. Se detectaron fetos de doce semanas que bostezaban (movimiento de bostezo fetal) y ellos no utilizan los pulmones hasta que nacen. La forma en la que ellos obtienen el oxígeno y expulsan el dióxido de carbono es a través del cordón umbilical. Este movimiento de bostezo fetal, en el cual la boca se encontraba ampliamente abierta, es bastante diferente de otros que podrían confundirse, como un movimiento rápido de tragar u otro más prolongado, como mantener la boca abierta durante alrededor de dos minutos. Los que defienden esta teoría dicen que hay demasiadas variaciones en las observaciones cómo para considerarlas auténticos bostezos y que, además, los fetos retraen la lengua en lugar de extenderla, como hacen los adultos.
Otra teoría explicaría el supuesto bostezo fetal ya que le ayudaría a mantener un equilibrio con el líquido amniótico. En los adultos, el bostezo se produciría en el período de transición de un estado de alerta a uno de sueño y viceversa. No es raro observarlo en deportistas antes de competiciones importantes o incluso de políticos justo antes de dar conferencias o entrevistas, bostezan. Y ni qué decir tiene lo que ocurre cuando nos vamos quedando aletargados por cualquier actividad carente de interés, el bostezo no tarda en hacer acto de presencia. La razón de este comportamiento tendría unos orígenes evolutivos. El bostezo sería el resultado de la sincronización de nuestro comportamiento con estos cambios de alerta. Por ejemplo, tras un bostezo podemos incrementar nuestra tensión arterial y nuestra frecuencia cardiaca un 30%. De esta forma, no sólo nosotros conseguiríamos ser más conscientes de nuestro estado de alerta, sino que a su vez podríamos comunicarlo al resto del grupo con un simple gesto. Y, eso, a su vez está relacionado con el carácter contagioso de éste.

Bostezo contagioso

Según otra teoría, en la evolución animal, el bostezo se convertiría en un acto intimidatorio al mostrar los dientes a los individuos que le rodeaban. El efecto contagioso de este fenómeno vendría a ser una respuesta refleja y vestigial a la intimidación provocada. Es difícil der sostener que cada vez que bostezamos estemos implícitamente intimidando o retando.
Esta teoría explicaría por qué determinados animales bostezan, pero en el ser humano sería un mero reflejo vestigial (actualmente nuestros dientes distan mucho de ser intimidantes) o simplemente no tener nada que ver en ese sentido.
Otra teoría, establece que se produce una mayor frecuencia de bostezos en personas más conscientes de sí mismas y que desarrollan una mayor empatía hacia los demás. Explicaría por qué sólo los humanos y los chimpancés desarrollan el bostezo contagioso.
Finalmente se sabe que en las personas migrañosas días u horas antes de la crisis puede haber cambios leves en el humor (a veces una oleada de energía o un sentimiento de bienestar), sensación de hambre, somnolencia y bostezos frecuentes. En el ser humano durante el sueño se pueden observar y registrar bostezos. De hecho estados anormales de diferente origen o causa en los que se altera el nivel de conciencia pueden acompañarse de bostezos. Con todo lo comentado debemos admitir que la verdadera función del bostezo aún no ha sido totalmente identificada. ■

Comunicación positiva: Hablar y dialogar con nuestros hijos adolescentes

Isabel Ibarrola e Isabel Valdelomar
Orientadoras Educativas.
Departamento de Educación del Gobierno de Navarra

El desarrollo de nuestros hijos se favorece mediante el cuidado de sus cambiantes necesidades de seguridad y autonomía, admitiendo que crezcan sintiéndose apoyados y fundamentando la relación en una "cálida afectividad". Ello implica estar al tanto, sin excesiva protección.

La disciplina ha de ser consistente, esto es, que mantenga las pautas de actuación previstas, sin discriminaciones ni cambios según el humor: "saber a qué atenerse", respetando los límites establecidos para que lleguen a controlar su conducta. Decir "no" sin miedo. Evitar ceder a presiones ni chantajes. Dejar claros los puntos a negociar y los términos innegociables.

Para favorecer su desarrollo podemos proporcionarles experiencias enriquecedoras y razonar sobre la disciplina superando el autoritarismo y la negligencia: madurez, sensibilidad y flexibilidad para adecuarse a los cambios.

Dificultades en la adolescencia

Es una etapa en la que crece la necesidad de autonomía que conlleva un rechazo a la protección entendida por ellos como sobreprotección. Puede haber enfrentamiento a situaciones de riesgo, curiosidad por lo peligroso, lo prohibido. Tendencia a la dramatización en algunos casos debido a un marcado egocentrismo conjugado con la idea del "auditorio imaginado": Todo gira en torno a mi, están pendientes de lo que hago, digo, me pongo... . Estas dificultades se manifiestan en la principal tarea adolescente: la construcción de su identidad.

Ante ello, no debemos responder con una retirada brusca, y en la medida de lo posible es preciso compartir la tarea que supone favorecer la transición por esta etapa, que puede ver incrementado el número e intensidad de las disputas en la familia.

Prevenir la escalada de conflictos

Cuando pensamos en el significado del conflicto solemos asociarlo a situaciones negativas que es preciso evitar o suponen un desgaste. Son situaciones de desacuerdo, en el que las partes entienden sus posiciones, intereses, necesidades, deseos o valores como incompatibles. En ellos juegan un papel muy importante las emociones y sentimientos. La relación, en su proceso y resolución puede fortalecerse o deteriorarse. Por ello para prevenir su escalada es interesante incrementar las oportunidades de realizar juntos actividades gratificantes, establecer costumbres diarias en las que comunicarse incidencias cotidianas y cuando se produce el "estallido", detener la situación, fijando otro momento para poder hablar. Cuando estamos ansiosos e incapacitados para hablar, lo mejor es salir de escena: poner tierra de por medio.

Decálogo para mejorar la comunicación familiar (Adaptación de las propuestas de M.José Díaz- Aguado)

1. Serenidad: escoger el momento y lugar idóneos para poder hablar sin interrupciones ni agobios.
2. La tensión dificulta la comunicación. Detener la violencia que impide escuchar y respetarnos. Si en ese instante estamos acalorados, posponer el encuentro para más tarde. Evitar comunicar cuestiones delicadas en situaciones estresantes.
3. Evitar expresiones atacantes, de las que luego nos arrepentiremos: gritos, interrupciones, amenazas, insultos.
4. Definir las cuestiones expresando lo que se siente y preocupa.
5. Evitar monólogos, discursos, lecciones que a los cinco minutos hacen que "desconecte".
6. Escuchar con la intención de comprender, atentamente, intentando empatizar para dar valor a su punto de vista.
7. Procurar que la comprensión sea recíproca, preguntándole cómo entiende lo que expresamos, y resumiendo su enfoque.
8. Establecer las semejanzas y diferencias entre las opiniones. Resaltar los acuerdos y las distancias que nos separan.
9. Establecer costumbres y rutinas de encuentro para compartir las ocupaciones del día a día.
10. Ante un conflicto complejo, seguir una secuencia:
   - Recabar información sobre la cuestión a resolver. En ocasiones disponemos de informaciones parciales, u opiniones no contrastadas. Es preciso, antes de entrar a analizar la situación conocer todas las aristas.
   - Exponer alternativas.
   - Generar más de una solución.
   - Anticipar las consecuencias en cada posibilidad.
   - Elegir la mejor solución.
   - Ponerla en práctica.
   - Valorarla y en caso necesario retomar el análisis de las alternativas posibles.

Escuchar activamente

No es fácil. Significa no realizar juicios previos, asumiendo una postura activa: realizar gestos que indiquen que se escucha (mirando a los ojos, asintiendo, centrándonos en la otra persona con nuestra postura...). Es necesario observar qué dice y cómo lo dice, evitando distracciones, sin interrumpirle, aceptando sus sentimientos y guardando nuestras soluciones inmediatas. Para ello debemos ponernos en su lugar. Todos tenemos motivos para actuar como lo hacemos. Esto no significa ser simpático, ni tener que estar de acuerdo. Es reflejar que entendemos lo que sienten. Cambiar el "tú siempre, o tú nunca..." que acusa y generaliza, por una expresión concreta, que muestre sentimientos, explicando el motivo, concretando el cambio que queremos:

- "Has llegado media hora más tarde de lo acordado y estaba preocupada. Por favor, otra vez llama", en vez de "siempre haces lo que quieres (llega tarde)".
- "Pronto serán los exámenes y temo que suspendas, sé que estudiar te cuesta, así que te propongo que hagamos un calendario y un horario", en vez de "eres un vago (no estudia)".
- "Cuando estás triste y de mal humor no sé la causa, y me siento impotente, me gustaría que me contases lo que ocurre", en vez de "ya estás como siempre, de mal humor".

Recompensar – alabar para buscar comportamientos positivos. Enseñar a pensar

Precisando qué nos gusta, con gestos físicos y/o reconocimiento, sin atender -que significaría recompensar- lo que queremos que desaparezca. Elogiar delante de otros, si sabemos que eso le gusta, y criticar o pedir explicaciones a solas.

- En vez de "lo has hecho muy bien", indicar qué ha hecho bien.

Reflexionar. No repetir las mismas cosas para los mismos errores. Sorprender, puesto que si buscamos resultados distintos, no podemos seguir haciendo lo mismo.

- Tu hija te grita. Espera que le grites o le castigues. Te callas, te relajas, dices "me siento ofendida, pero a pesar de este dolor te quiero y te respeto mucho". Sales y dejas que piense.
- En vez de "estás equivocado", "¿qué te parece tu comportamiento?".
- En vez de "has vuelto a fallar", "piensa antes de reaccionar".

Humanizarnos

Hablar de nosotros mismos, contar experiencias, miedos, nuestros momentos más tristes y más alegres. Decir "me he equivocado", "perdóname".

Necesitamos paciencia y aprendizaje. Estamos en un camino que supone cambios, no desistamos.

Cuando nos comunicamos, a veces, lo que queremos transmitir está bien, es bueno, pero lo estropeamos al decirlo o, incluso, al no decirlo y, sobre todo, al no escuchar al otro... Es importante saber escuchar y decir: dialogar.

Si lo hacemos desde el enfado, no dialogamos, sino que discutimos. Y cuando eso ocurre, ya no pensamos lo que decimos. El enfado, "la bronca" tapa el respeto y el cariño. Así todo se estropea: se rompe la comunicación. Puede que el que grita se desahogue pero no logra lo que en principio quería conseguir sino, muchas veces, lo contrario: más incomunicación, menos autoridad, menos respuestas satisfactorias. Por eso debemos construir un diálogo positivo, tratándonos bien, para mejorar la manera en que nos comunicamos, construyendo un clima de respeto, acercamiento afectivo y confianza mutua.

Comunicación con el centro educativo

Pensemos que estamos en el mismo camino y en la misma dirección que el centro. Este tiene como misión prestar un servicio educativo que satisfaga las necesidades del alumnado y sus familias, mediante una enseñanza de calidad, entendiendo la educación como un medio para el crecimiento y desarrollo autónomo de las personas en el entorno social. Por ello es preciso colaborar responsablemente, puesto que somos complementarios en la educación. Acordar con el centro, en la misma dirección, mejora los resultados. La responsabilidad y el respeto se aprenden, por tanto, se pueden enseñar. La colaboración y el trabajo conjunto de familias y centro escolar potencia la influencia educativa positiva y puede contrarrestar otras influencias no tan positivas.

Es correcto, dependiendo del tema a tratar, hacerlo con quién sea más indicado. Presentarse de forma tranquila, previa cita, con la información ordenada. Contrastar lo que sabemos y solicitar colaboración para solucionar los temas que nos preocupan, acordando cambios y actuaciones concretas, dejando un tiempo para verificar las actuaciones o variaciones producidas y reconocer las mejoras.

Para una educación de calidad, construyamos una convivencia agradable, unas relaciones de "calidez". Los ambientes hostiles educan en hostilidad, los cálidos, en calidad.

La comunicación mejora la convivencia

(Consultar la Bibliografía en: www.zonahospitalaria.com).

Centro de Día Psicogeriátrico de la Clínica Padre Menni de Pamplona

HERMANAS HOSPITALARIAS

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PADRE MENNI

En estas últimas décadas estamos asistiendo a un fenómeno ya conocido por todos, el envejecimiento de la población y, en consecuencia, a la aparición de nuevas situaciones y retos en el campo socioasistencial.

Con el fin de dar respuesta a las necesidades de aquellas personas mayores que carecen de buena calidad de vida por su situación de discapacidad, leve o moderada, derivada de su enfermedad física y/o mental (enfermedad depresiva, demencias y otras), la Clínica Psiquiátrica Padre Menni, de las Hermanas Hospitalarias, creó en 1989 el Centro de Día Psicogeriátrico, siendo pionera en la implantación de este recurso en Navarra. Inicialmente se encontraba situado en el mismo edificio de la Clínica y actualmente, desde 2006, se encuentra en unos locales independientes en el barrio de la Rochapea de Pamplona.

El Centro de Día es un recurso asistencial de hospitalización diurna cuya finalidad es rehabilitar, estimular y optimizar las capacidades residuales de la persona, intentando enlentecer el deterioro durante el mayor tiempo posible y conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que frenan la independencia de los usuarios. Este recurso supone también un apoyo muy importante para aliviar la sobrecarga que el cuidado de estas personas puede suponer para las familias y cuidadores y favorece el mantenimiento de la persona en su entorno familiar, con quien conviven los fines de semana y en el horario en el que no están en el Centro, retrasando el ingreso permanente del paciente en una residencia. También es un apoyo para algunos usuarios que incluso carecen de redes sociales y familiares adecuadas y tienen dificultades económicas.

El Centro tiene una capacidad de 40 plazas y permanece abierto todos los días de lunes a viernes (excepto festivos oficiales), en horario de 9'00 a 17'00. Los usuarios pueden desayunar, comer y merendar en el Centro. Los menús están supervisados por personal sanitario y garantizan el aporte calórico y dietético adecuado.

Contamos con un equipo terapéutico profesional que desarrolla una serie de programas complementarios al tratamiento farmacológico y asistencial:

Programa de Funcionamiento Cognitivo

Actividades orientadas a estimular las funciones cognitivas.

- Taller de memoria: se enseñan métodos de entrenamiento de la memoria, técnicas para no olvidar y utiliza los recuerdos como método de estimulación.
- Lectura de periódico: favorece la orientación en espacio y tiempo y permite a los asistentes mantener un contacto con la actualidad.
- Reminiscencia: se centra en la memoria autobiográfica de las personas y se pretende generar bienestar a través de los recuerdos y reflexionar sobre el pasado.
- Cuento: a través del cuento se potencia la creatividad y se estimulan la expresión y comprensión del lenguaje oral y escrito y también las funciones ejecutivas.

Programa de Funcionamiento Psicomotor

- Gerontogimnasia: orientada a la rehabilitación física de los mayores, consiguiendo con ello un incremento de la autonomía y de la calidad de vida durante un período más largo de tiempo. Ejercicios sencillos que favorecen la movilidad de los miembros superiores e inferiores.

Programa de reactivación, ocio y tiempo libre

- Talleres de pintura, cartas, lectura: los usuarios realizarán las actividades de ocio y tiempo libre que elijan.
- Juegos de mesa: actividad grupal lúdica en la que además de desarrollar funciones cognitivas superiores (atención, concentración, cálculo, lenguaje, razonamiento, etc.) se favorecen las relaciones sociales, la iniciativa, capacidad de elegir y la interiorización de normas.
- Bingo: favorece el ejercicio de funciones cognitivas superiores (cálculo, la atención, el seguimiento de órdenes, etc.) de una manera lúdica.
- Musicoterapia: a través de recursos expresivos como la música, el silencio, la voz, el sonido, el ruido, los gestos y los movimientos corporales, se configura una estructura integrada de expresión, promoviendo la salud física, emocional y social.

Programa de Clínica y Salud

- Grupo de Educación para la Salud: se enseñan hábitos de higiene diaria, fomento del cuidado personal y hábitos alimenticios.
- Relajación: técnicas de relajación que actúan de forma específica para mejorar el bienestar y reducir la tensión de las personas.

Además de los programas destinados a los usuarios, también se realiza un Programa de Intervención Psicoeducativa para el Manejo del Estrés en el cuidador del paciente con demencia. Se están realizando una serie de sesiones formativas dirigidas a las familias, de aplicación grupal, cuyo objetivo es la prevención y reducción de la sobrecarga del cuidador. Se enseña a los familiares y cuidadores diferentes estrategias que les ayuden a manejar los problemas de comportamiento del paciente, para reducir en lo posible el estrés que el manejo de estos pacientes puede suponer . También se les enseñan técnicas y estrategias orientadas directamente a la mejora de la situación personal del cuidador, no sólo del paciente: cómo relajarse, mejorar su bienestar y aumentar las actividades agradables en su vida diaria.

El modelo asistencial está basado en una atención integral, englobando las áreas física, psicológica y sociocultural del individuo. Además se intenta que los usuarios se sientan adaptados, satisfechos y motivados en su vida en el Centro.

Tenemos el compromiso de mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios, favorecer su integración en el Centro, que se sientan acogidos en un entorno de respeto y profesionalidad, donde se les da un trato de dignidad. El paciente es el centro de nuestras preocupaciones y quehaceres diarios, siendo la Hospitalidad nuestro valor de identidad. En este marco atendemos también las necesidades espirituales de nuestros usuarios, siempre respetando el ejercicio de su libertad individual, a través del Servicio de Pastoral.

Los usuarios y las familias confían en nuestros cuidados. ■

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

Inaugurado y Bendecido el Órgano de la Capilla del Complejo Hospitalario

El pasado 24 de junio, a las 19,30 horas, coincidiendo con la fusión del Complejo Hospitalario de Navarra y con los acordes solemnes del Himno de Navarra, tuvo lugar la Inauguración y Bendición del Órgano de la Capilla por nuestro Arzobispo, D. Francisco Pérez. Al acto, también asistieron, la Consejera de Salud Dñª María Kutz, el director gerente D. Fernando Boneta, los nuevos directivos de los hospitales, y los presidentes del Colegio de Médicos y de Enfermería, acompañados por un centenar de personas.

Después de la Bendición tuvo lugar un breve Concierto amenizado por D. Julián Ayesa, Organista de la Catedral de Pamplona y el Coro del Muy Ilustre Colegio de Médicos de Navarra dirigido bajo la tutela de D. José Luís Lizarraga. Fue el primer concierto de este grupo sanitario que tuvo la delicadeza de debutar en la Capilla de este reciente estrenado Complejo Hospitalario de Navarra.

El Programa del Concierto estuvo compuesto por piezas alusivas al Rey de Navarra, Teobaldos I, el Regina Coeli de Hilarión Eslava y, por último, el himno universitario, Gaudeamus Igitur, intercalando armónicamente voces y órgano.

Gracias a los donativos de personas anónimas, de la generosidad de los laboratorios CINFA y de la labor efectuada por la Dirección del Hospital y el Servicio Religioso, la cultura musical más avanzada ha llegado a la Capilla del Complejo Hospitlario de Navarra. Este instrumento servirá para dignificar el culto y para ofrecer conciertos sacros.

El Órgano Johannus Rembrandt 495 es uno de los órganos litúrgicos que más avances tecnológicos incorpora del mercado, pasando a ser el más grande y completo de estas características de toda Navarra. Ofrece todas las prestaciones interpretativas de un órgano de tubos, con todas las ventajas y avances tecnológicos y la última tecnología electrónica. Respecto al sonido, resaltar que es uno de los instrumentos con mayor variedad de sonidos y de calidad tímbrica y armónica que se puede encontrar en el mercado litúrgico mundial. ■

La Organización Nacional de Trasplantes recibe el Premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y la Transplantation Society (TTS) de Canadá han recibido el Premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional 2010. El jurado, presidido por el abogado Antonio Garrigues, ha valorado por unanimidad, además de la contribución de estas instituciones en la actividad de trasplantes, «la lucha de ambas por combatir en todo el mundo el comercio ilegal de órganos, un drama que afecta a un número creciente e inquietante de seres humanos, con especial incidencia en la infancia en los países más desfavorecidos». Según la Fundación Príncipe de Asturias, este premio se concede «a la persona, institución, grupo de personas o de instituciones cuya labor haya contribuido de forma ejemplar y relevante al mutuo conocimiento, al progreso o a la fraternidad entre los pueblos».

Modelo español

El doctor Rafael Matesanz <http://www.esferalibros.com/autores/autordetalle.html?autorID=311> es uno de los artífices del llamado «Modelo Español» de donación y trasplantes, que ha colocado a España en un indiscutible primer puesto mundial. Director de la ONT desde sus orígenes en 1989, el doctor Matesanz contó con detalle y emoción en el libro El milagro de los trasplantes <http://www.esferalibros.com/libros/librodetalle.html?libroISBN=8497344820> cómo se pone en marcha una donación cuyo fin es salvar una vida; cuál es el papel que juegan los coordinadores; qué tipos de trasplantes son los más frecuentes y cuáles los más arriesgados; qué hay de mito y qué de realidad en la gran esperanza de las células madre; cómo se produce la compraventa de órganos y qué impacto tiene este tráfico en la población...

Cuando uno lee las páginas del libro comprueba que, efectivamente, en ellas se hace honor al título del mismo: los trasplantes constituyen un verdadero «milagro». Tantos son los factores que han de coincidir para que puedan realizarse, tantos los escollos que salvar, que resulta difícil imaginar algo distinto a un proceso milagroso. Sin embargo, la realidad nos dice que desde hace varias décadas se trabaja en nuestro país intensamente en este campo, lo que ha permitido crear. Esto es precisamente lo que han premiado estos galardones.

Más información: La Esfera de los Libros (T. 91 296 02 00). ■

LIBRO

Escritura de venta de la Ganadería Carriquiri

Editorial Evidencia Médica ha realizado una edición facsímil (transcrita a su vez a letra normalizada para su fácil compresión) del acta notarial de la venta de la ganadería de Carriquiri (entonces en manos de las herederas del Conde de Espoz y Mina) a Don Bernabé Cobaleda y Berrocal de Salamanca. Con prólogo de Rafael Cabrera Bonet Presidente de la Unión de Bibliófilos Taurinos y de la que sacamos estas líneas que definen exactamente las características del libro: "el documento que ahora se reproduce es de vital importancia para el conocimiento histórico de la ganadería brava, no sólo Navarra, sino española en su conjunto...Datos que confirman no solo la venta de las herederas de Espoz y Mina a Cobaleda, sino que nos detallan el precio de la adquisición, las condiciones de pago, el número y la calidad de las cabezas que formaban la vacada, la reserva de cierto número de reses para los compromisos adquiridos, -entre ellos una corrida en Pamplona-, o la existencia y localización de fincas donde se nutría el ganado".

Características del libro: 17,5 x 22 cm.

Camisa y tapa dura con solapa con el Hierro de Carriquiri al golpe en la misma.

55 páginas. PVP: 30€

Pedidos directos: 20 € más gastos de envío que suele ser unos 3-4€

Se puede pedir el libro a través del teléfono 629687577 o el correo de la editorial: editorial@evidenciamedica.zzn.com

www.evidenciamedica.com ■

Premiado en el XXII Congreso Nacional de Enfermería Vascular el póster "Aplicación del listado de verificación quirúrgica en cirugía vascular. Por una cirugía segura", obra de Rosario Laguardia Fernández, María Pilar Cerdán López, Asunción Merino Peralta, Asunción Asenjo Gorricho y Cristina Gurucelain Lezano, enfermeras de la Unidad de Cirugía Vascular y Angiología del Complejo Hospitalario de Navarra. ■

investigación

Salud y Espacio

Patricia E. Ferrer

Los astronautas en el espacio tienden a comer con más sal de lo habitual cuando se encuentran en órbita. Su lengua se ve alterada por la falta de gravedad y para que los alimentos tengan mayor sabor tienden a aderezar más sus platos. De igual forma que en la Tierra, abusar de este condimento pasa factura, en el espacio lo hace antes y de forma diferente. Los astronautas la almacenan de forma desconocida y los huesos comienzan a degradarse. Un problema que por el momento desconcierta a la comunidad científica.

De hecho, en el espacio los astronautas pueden llegar a padecer osteoporosis, problemas cardiovasculares, o el conocido 'mal del espacio', entre otros. Por ello, estudiar medicina en el espacio y en general investigar en ciencia es fundamental para la vida en la Tierra, ya que el ser humano no está hecho para vivir bajo la ley de la gravedad, en el vacío del espacio.

Así lo cuenta la ESA en uno de los últimos vídeos que ha difundido, que explica además que estar en el espacio puede provocar problemas vestibulares en los astronautas, un fenómeno que puede hacer sentir enfermo al astronauta y dura cerca de dos ó tres días, bastante frecuente, aunque finalmente se pasa. "Sus síntomas vienen del interior del oído y pueden causar desequilibrio y náuseas", explica el jefe del Centro Europeo de Astronautas de la Agencia Espacial Europea (ESA, en sus siglas en inglés), Miguel Tognini.

Por ejemplo, en el momento de despegar, los astronautas padecen el llamado 'mal del espacio' y luego, en el momento de regresar a la Tierra se presenta al revés, se llama el 'mal de la Tierra', les cuesta caminar y sienten la cabeza pesada al haberse relajado los músculos del cuello y pueden llegar a titubear.

La Estación Espacial Internacional (ISS, por sus siglas en inglés), una plataforma que orbita alrededor de la Tierra y en la que habitan los astronautas periódicamente, es el principal laboratorio para el estudio de estos experimentos.

El último comandante europeo de la ESA que ha vivido durante seis meses en la instalación espacial, el astronauta Frank de Winne, ha estado "controlado" por un médico personal constantemente, de igual forma que el resto de sus compañeros cuando se encuentran en el espacio.

De Winne cuenta que los músculos en la ingravidez pueden atrofiarse porque no se utilizan y el corazón se vuelve "perezoso" por la ausencia de gravedad, por ello es preciso el ejercicio físico con aparatos adaptados al espacio. Para evitar estos posibles problemas, los astronautas que viven en la ISS tienen programados todos los minutos durante su estancia en la órbita, y entre otras "tareas" practican, al menos, dos horas de ejercicio diarias. Asimismo, señala que suelen padecer problemas cardiovasculares y falta de masa muscular, para lo que tienen que estar durante este tiempo haciendo ejercicio para no perder facultades.

En el caso de los huesos, que se renuevan constantemente, se desmineralizan al no ejercitarse tanto por no poder caminar y se puede llegar a padecer osteoporosis, una preocupación para los médicos y un "regalo" para los científicos terrestres, que buscan un remedio a la enfermedad gracias a esta investigación en el espacio.

Igualmente, Tognini apunta que otro de los problemas es la radiación que reciben al encontrarse fuera de la Tierra. La Estación Espacial está protegida por una carcasa que les protege de las erupciones solares, que son las encargadas de generar esta radiación. Para poder estudiarlo, desde hace un tiempo convive con los astronautas un maniquí fabricado a partir de "huesos" similares a los humanos, llamado 'Matroshka', que desde hace años está expuesto a estas constantes radiaciones.

En concreto, uno de los últimos experimentos llevados al espacio tiene "sello español", se llama MARES y pretende estudiar con detenimiento la atrofia muscular que aparece en el espacio para encontrar algún remedio a la enfermedad en la Tierra.

Investigar en el espacio es muy importante para la vida en la Tierra. En el espacio se recrean situaciones que en la gravedad probablemente serían imposibles y podrían suponer un paso más para el avance científico: encontrar el remedio a una enfermedad o instalar aplicaciones que mejoren la calidad de las personas. ■

Comercial
Médica y de Laboratorio

60 aniversario
1949-2009

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

Nuestro servicio hacia el cliente nos hace diferentes

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

Diseño **WEB**

webs corporativas optimizadas para buscadores, diseño de mailing, implantación de gestor de contenidos, tienda on-line...

PubliSic ESTUDIO DE COMUNICACIÓN

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