medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoV septiembreoctubre2010 nº25

... y de nuevo... la normalidad

zonahospitalaria inicia su quinto año

Sumario

3 Nuevo Centro de Desarrollo Infantil y Juvenil en Pamplona

4 Alimentación equilibrada para escolares y adolescentes

6 El síndrome postvacacional

7 Turismo de salud en el Balneario de Elgorriaga

8 La enfermedad de Alzheimer afecta a más de 3,5 millones de personas en España

10 Tratamiento de la Diabetes Tipo 2

12 Rinitis crónica y asma

14 Los beneficios del pan en la dieta diaria

15 Ver para aprender

16 Dermatoconjuntivitis alérgica de contacto

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

20 Los padres: papel clave en la prevención de la boca

22 Las grasas o lípidos

24 El autismo

26 El lenguaje de los signos

28 Despertar intraoperatorio

30 Bienestar emocional para una salud integral.

32 Los beneficios de beber agua

33 ¿Qué tal duerme usted?

36 Terapia ocupacional en la Clínica Padre Menni de Pamplona

38 Los grandes experimentos científicos y sus aplicaciones a la medicina

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...*

solidaridad

Nuevo Centro de Desarrollo Infantil y Juvenil en Pamplona

Imelda Buldáin Zozaya
Responsable de Proyectos y sistemas de ANFAS

ANFAS es la Asociación Navarra en favor de las personas con discapacidad intelectual. Llevamos casi 50 años trabajando y nuestra misión es contribuir, desde el compromiso ético , a garantizar los apoyos y servicios necesarios, en un contexto de derecho e inclusión social, para que cada persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias desarrollen sus proyectos de vida personales y mejoren su calidad de vida como ciudadanos y ciudadanas en una Navarra justa y solidaria.

En este contexto nos esforzamos por atender a nuestras familias en todos los estadios de la vida de la persona con discapacidad, por ello sabemos de primera mano lo importante que es recibir el apoyo y los programas necesarios desde el primer momento. Es por eso que este curso ponemos en marcha un Nuevo centro de desarrollo infantil y juvenil en Pamplona.
El nuevo Centro de ANFAS, ubicado en la calle Pedro I, nº 9 de Pamplona, es el centro en el que se va a llevar a cabo la atención a los niños/as y jóvenes con retraso en el desarrollo y/o discapacidad intelectual y a sus familias, a través de diferentes programas.
La atención en este Centro se inicia con un estudio y valoración individual del desarrollo del niño/a a través de entrevistas, observación directa y pruebas y escalas de desarrollo.
Realizado este proceso de evaluación, se realiza una primera valoración diagnóstica informando a la familia de la necesidad o no de recibir una intervención en el Centro. En caso de que la intervención se considere necesaria, se elabora un Plan de intervención individual que recoge la orientación al programa/as más adecuados a sus características.
Asimismo, el Plan de intervención individual recogerá la coordinación con la familia del niño/a y con el entorno en el que se desenvuelve habitualmente: escuela infantil, centro educativo, pediatras, etc.
Los programas dirigidos a los niños/as desarrollados en el Centro son los siguientes:

Programa de Atención temprana

Está dirigido a los niños/as de 0 a 6 años que presentan un retraso en el desarrollo o riesgo de padecerlo. Es el conjunto de acciones coordinadas con carácter global e interdisciplinar dirigidas al niño/a, a su familia y al entorno que tiene como objetivo limitar y, en su caso eliminar, los efectos de una alteración o discapacidad.
Las actividades que se realizan dentro de este programa son:
Logopedia: estimulación de la comunicación en el niño/a a través del lenguaje oral y otros sistemas de comunicación alternativa.
Estimulación global: fomentar el desarrollo de las capacidades cognitivas, motrices, de autonomía personal y social y de comunicación.

Programa de Apoyo en habilidades adaptativas

Está dirigido a proporcionar a todos aquellos niños/as con retraso en el desarrollo y en edad escolar, aquellos apoyos que necesitan en las áreas de Lenguaje, habilidades académicas, habilidades sociales, etc.
Las actividades que se realizan son:
Habilidades académicas básicas: lectura, escritura, cálculo.
Lenguaje y comunicación: logopedia, enseñanza de sistemas alternativos o aumentativos de comunicación.
Habilidades sociales: actividades de la vida diaria, autonomía, resolución de conflictos, normas conductuales.

Programa de psicomotricidad y musicoterapia

Está dirigido a mejorar y estimular la capacidad cognitiva, la comunicación y la movilidad de los niños mayores de 3 años, a través de la música y el movimiento. Se realizan actividades de coordinación dinámica general, esquema corporal, grafomotricidad, ritmo, orientación espacial, etc.

Programa de informática

Está dirigido a la enseñanza y utilización de las nuevas tecnologías que les permitan alcanzar una mayor autonomía personal y una mayor inclusión social. Se realiza refuerzo de aprendizajes a través de diferentes programas educativos: habilidades sociales, lectura, matemáticas, enseñanza de tratamiento de textos, enseñanza y manejo de internet y correo electrónico.

Programas destinados a las familias

Asímismo, el nuevo Centro desarrolla el **Programa de información y asesoramiento a las familias,** en todos los aspectos que les preocupan relacionados con la discapacidad: salud, educación, ayudas económicas y sociales, centros de atención, el futuro de sus hijos, etc.) y les proporciona apoyo en aquello que van necesitando a lo largo de su ciclo vital.

Programa de Formación a familias
Proporciona a las familias, a través de diferentes acciones, el desarrollo de sus capacidades, el fortalecimiento de los vínculos del sistema familiar y una formación básica que les proporcione herramientas para la adecuada atención y desarrollo del niño con retraso o discapacidad.
Se realizan grupos de formación de padres, talleres infantiles para hermanos, cursos de formación monográficos, sesiones formativas, etc. sobre temas de interés para familiares.

Todas aquellas personas interesadas pueden contactar con el Centro de Desarrollo Infantil y Juvenil llamando al 948263787.

Alimentación equilibrada para escolares y adolescentes

Ainara Maya Almándoz
Técnico Especialista en Dietética

Ana Zugasti Murillo
Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición

Sección de Nutrición Clínica y Dietética.
Complejo Hospitalario de Navarra

La alimentación equilibrada en estas etapas de la vida ayudará sin duda a que crezcan sanos y aprendan unos hábitos de vida saludables, lo cual contribuirá en gran parte a prevenir ciertas enfermedades asociadas a una dieta inadecuada y a hábitos de vida tóxicos y sedentarios. Los principales problemas de salud relacionados con la nutrición y la actividad física a los que se enfrentan los adolescentes en los países desarrollados son: el exceso de peso y la obesidad, la anorexia y la bulimia nerviosa, la inadecuada mineralización ósea, el sedentarismo y el debut precoz de factores de riesgo cardiovascular.

Sin duda alguna una alimentación equilibrada constituye el pilar fundamental para el correcto desarrollo de cualquier individuo, pero es primordial que a los niños se les inculquen unos hábitos de vida saludables en los que incluiremos la práctica regular de una actividad física y excluiremos hábitos tóxicos como el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

La prevención de enfermedades es un objetivo a alcanzar, pero ciertos datos indican que los niños y adolescentes no siguen las recomendaciones de una correcta alimentación y actividad física. Un dato muy llamativo es que entre un 2 y un alarmante 35% de los niños y adolescentes (en función de la edad y del país analizado), no desayunan habitualmente.

Por lo que podemos ver, no nos faltan razones para intentar enseñar unos hábitos saludables, por lo que en primer lugar, incidiremos en los alimentos y en los nutrientes más relevantes con este único e importante objetivo.

Proteínas o Alimentos plásticos

Las necesidades en estas edades son mayores que en el adulto. Para cubrir dichas necesidades tendremos que asegurar que tomen una ración de carne (100-125 g., priorizando las piezas con menor contenido en grasa) o de pescado (125-150 g., alternando pescados azules y blancos) en la comida y en la cena. Se puede sustituir la carne o el pescado por dos huevos en la comida o en la cena. Este nutriente es básico para formar y mantener sanos los músculos, la piel, el pelo, etc.

Lácteos

Los consideramos imprescindibles para aportar a la dieta el calcio necesario para conseguir una correcta masa ósea y dentaria. La cantidad diaria recomendada de lácteos es 2-3 vasos de leche o un vaso de leche y 2 yogures u otro tipo de lácteo (queso, postres lácteos tipo natilla, etc.). Es aconsejable evitar la grasa saturada que contienen estos alimentos consumiendo los semidescremados.

Glúcidos o alimentos energéticos

Nos referimos al pan, a las patatas, a la pasta, al arroz o demás cereales (quinoa, espelta, etc.). Vigilaremos especialmente que los platos no sean demasiado voluminosos; que sirvan de acompañamiento con la ración o del primer plato, a poder ser con vegetales y no como plato único. Son alimentos bien aceptados por los niños. Es aconsejable que este tipo de alimentos aparezca en todas las tomas. Puede ser como pan o cereales en el desayuno, un bocadillo a media mañana, verdura con patata, pasta o arroz al mediodía, unas galletas o cereales con leche en la merienda y un trozo de pan y ensalada con patata cocida en la cena.

Alimentos grasos

La ingesta adecuada de grasas siempre ha sido un dilema, aunque hay consenso en que tiene que suponer un 30-35% de la ingesta calórica diaria y que es recomendable consumir aceite de oliva virgen extra.

Otro aspecto importante es limitar el consumo de grasas trans y grasas saturadas que a menudo se encuentran camufladas en los alimentos precocinados, bollería industrial y productos de origen animal. Reducir el consumo de estos alimentos es una buena elección y tomar productos semidescremados reducirá sustancialmente la grasa saturada ingerida.

Vitaminas y minerales o Alimentos reguladores

Una buena manera de asegurar una ingesta adecuada de vitaminas y minerales es tomar 5 piezas de frutas y verduras al día, repartidas en la comida y en la cena, siendo una de las raciones en crudo para preservar al máximo el aporte de vitaminas. Buscar la variedad e invitarles a que prueben distintas formas de preparación tanto de la fruta como de la verdura hará que sean mejor aceptadas por los niños.

Se ha observado la importancia de ciertas vitaminas y minerales en la dieta de niños y adolescentes como la vitamina D, el calcio, el folato, el hierro, el cinc, el fósforo y el magnesio. Sin duda alguna, el sol les ayudará a formar vitamina D para la mejor asimilación del calcio de los lácteos ingeridos; resulta recomendable la exposición habitual al sol, con la debida protección solar.

Agua y bebidas

Hay que procurar una correcta hidratación, especialmente en días calurosos, cuando se exponen durante un tiempo prolongado al sol, cuando realizan actividad física, etc. El agua les ayudará a mantener un correcto equilibrio de sales minerales. Se deben evitar las bebidas y los refrescos azucarados. Si no es posible evitarlos, elegir los de tipo "zero" o light que no contienen azúcar. Del mismo modo, es mejor la pieza de fruta entera y no en zumo (aunque sea hecho en casa).

Alimentos superfluos

Denominaremos así a los que aporten calorías innecesarias. En este grupo incluiremos al azúcar, a la miel y todos los productos derivados o fabricados con este tipo de ingredientes y ricos en azúcares refinados. Deberíamos evitarlas en lo posible o limitar su consumo.

Alimentación en los Centros Educativos

Se ha aprobado recientemente un documento de consenso sobre el tema en el que se establecen las condiciones nutricionales para la programación de los menús escolares. Estos menús deben suministrar aportes alimentarios en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales. La comida del mediodía debe cubrir una tercera parte de las necesidades energéticas diarias (en función de la edad 575-829 kcal. en el caso de las niñas, 610-1103 kcal. en el caso de los niños). Los menús deberán respetar la frecuencia de consumo recomendada de cada grupo de alimentos.

El resto de comidas y bebidas distribuidas en los centros educativos deberán cumplir los siguientes criterios nutricionales por porción envasada o comercializada:

- valor energético máximo de 200 kilocalorías
- el 35%, como máximo, de las kilocalorías procederá de la grasa
- el 10%, como máximo, de las kilocalorías procederá de las grasas saturadas
- ausencia de ácidos grasos trans, excepto los presentes de forma natural en productos lácteos y cárnicos
- el 30%, como máximo, de las kilocalorías procederá de los azúcares totales
- máximo de 0.5 g de sal
- no contendrán edulcorantes artificiales
- no contendrán cafeína u otras sustancias estimulantes, excepto las presentes en la forma natural del cacao

Estos criterios persiguen promover el consumo de alimentos y bebidas considerados saludables y limitar el consumo abusivo de determinados alimentos nocivos para la salud.

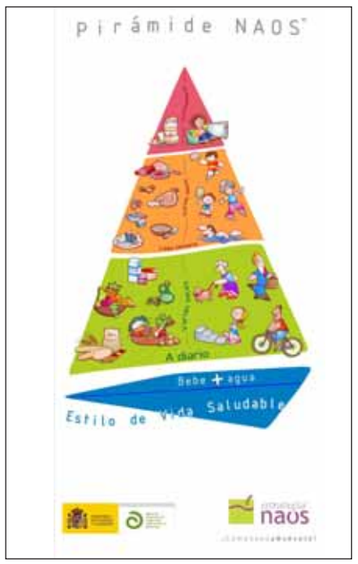
GRUPOS DE ALIMENTOS	
Primeros Platos	Frecuencia semanal
Arroz	1
Pasta*	1
Legumbres	1-2
Hortalizas y verduras (incluyendo las patatas)	1-2
Segundos Platos	
Carnes	1-3
Pescados	1-3
Huevos	1-2
Guarniciones	
Ensaladas variadas	3-4
Otras guarniciones (patatas, hortalizas, legumbres...)	1-2
Postres	
Frutas frescas y de temporada	4-5
Otros postres (preferentemente yogur, queso fresco, cuajada, frutos secos, zumos naturales...)	0-1

Frecuencias de consumo recomendadas en los menús de los centros educativos

Debemos considerar también que en la alimentación influyen ciertos factores ambientales, que también tendremos en cuenta:

- Comencemos por respetar los horarios de sueño, estudio y como no, los de las comidas. Es recomendable realizar 5 ingestas al día, manteniendo un horario regular y evitando largos períodos de ayuno.
- Sigamos por crear un ambiente de comidas relajado y distendido, a poder ser sin distracciones (televisión, ordenador, radio, etc.).
- Debemos buscar la variedad en la alimentación, que conozcan nuevos alimentos y diferentes formas de preparación para que la dieta no sea monótona y disfruten de nuevos platos. Pueden colaborar tanto en la compra como en la elaboración de los platos.
- Evitar que pasen la tarde viendo la tele o delante del ordenador con gominolas, bollería, helados, etc. como merienda habitual. Fomentar la actividad física regular.

Conseguir una sociedad con personas que sean conscientes de cuáles son unos hábitos de vida saludables, capaces de evitar los hábitos tóxicos y que practiquen habitualmente deporte nos corresponde a todos, tanto al personal sanitario como al personal docente, así como aplicar políticas sanitarias activas y enfocadas a la prevención.



Pirámide del estilo de vida saludable para niños y adolescentes

El síndrome postvacacional

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

Este cuadro, realmente a nivel clínico no existe como tal; no quiere decir que no haya personas que no se quejen de trastornos adaptativos a la hora de volver al trabajo después de un mes sin dar golpe, sin un control de horarios y comiendo y bebiendo más de la cuenta.

Es bueno romper la rutina, y descansar. Quien inventó las vacaciones debería tener el premio Nobel. Lo que ocurre es que las vacaciones largas, deberían tener un mínimo control o ser tomadas con la precaución debida para que no nos produjera esos efectos secundarios nocivos que a veces nos producen. Quiere esto decir que deberíamos tomarlas poco a poco y volver al trabajo también poco a poco. De tal manera que nuestra adaptación "a no hacer nada-vacaciones", fuera con prudencia y poco a poco; asímismo la vuelta debería escalonarse con criterio y razón.
Es una realidad que todo esto no lo hacemos, luego a muchos –pero a menos de los que nos parece-, les cuesta volver al trabajo y a este proceso de acomodo le denominamos: Trastorno Adaptativo (309.24) o los periodistas lo han llamado síndrome postvacacional. Es un cuadro simple, no reviste mayor dificultad en la mayoría de los sujetos y con tres o cuatro días se acomoda uno fácilmente al puesto de trabajo y transcurridos unos días no se acuerda uno que estuvo de vacaciones. Así de simple y así de fácil. Como el cuadro de trastorno adaptativo es un trastorno del ánimo, puede cursar y de hecho así es, con ansiedad manifiesta. En muy pocos casos con depresión o síntomas más depresivos, mixtos (es decir con ansiedad y síntomas depresivos) y con trastornos del comportamiento.

Estos trastornos adaptativos se dan en muchas circunstancias de la vida, no solamente después de venir de vacaciones, sino en todos aquellos procesos y episodios de nuestra vida que tenemos que hacer un esfuerzo, que nos generan un estrés o que tenemos que adaptarnos a un puesto nuevo de trabajo en una ciudad nueva y en un entorno nuevo, sea agradable o no lo veamos como tal. Luego ven que es un trastorno muy generalizado, aunque ahora lo restrinjamos a las vacaciones por una mayor cultura y educación en salud.

No asustarse, no exagerar
Podríamos concluir, con un enorme respeto y con un gran sentido común de la salud, que un síndrome postvacacional es muy normal, no dura apenas, se controla con facilidad y es bueno poder terminar las vacaciones secuencialmente y entrar en el trabajo de forma también gradual si podemos y nos dejan.
Lo más importante es, no asustarse, no exagerar, hacer ejercicio físico por lo menos tres veces al día, y si persiste más de una semana, consultar con su médico de cabecera que le dará un ansiolítico a la noche y todo quedará en eso y nada más que eso, así que tranquilidad con este síndrome.
Para ser más exactos con la realidad clínica, sí que tenemos que reseñar que existen como en todos los cuadros clínicos, una población de riesgo; la cual puede y así ocurre, desarrollar una clínica más severa, pero –no nos equivoquemos-, son los menos y casi siempre en población de riesgo. Por ejemplo los niños, que siendo más vulnerables y teniendo un mayor riesgo de estrés, según el verano que hayan tenido tendrán más facilidad para que el síndrome adaptativo dure más tiempo y con sintomatología más florida: lloros por la noche, dolores de tripa, falta de apetito, rechazo a la escuela, y cierta regresión emocional respecto de la madre…; por decir los más importantes. En algunos casos este cuadro puede favorecer una fobia escolar. Otro grupo de riesgo son aquellas personas que acabaron un cuadro depresivo, o cualquier otro trastorno psiquiátrico con tratamiento específico y se fueron de vacaciones…; a la vuelta, intentando hacer vida normal puede que les cueste mucho más adaptarse a una sistemática horaria y tengan una "bajada de ánimo que les asuste". Rápidamente necesitará el consejo de su clínico o de su médico de cabecera.

Ganas de vivir con alegría
Por fin tenemos a los abuelos, las personas mayores, que han pasado tres meses en su pueblo, o en el lugar de vacaciones con las hijos: mucha gente, ocupados, distraídos, en un entorno –su pueblo-, afectivo, social, de antiguos amigos…, y llega el hecho de volver a la vida "normal" –que para ellos no tiene nada de normal-, y se encuentran solos, sin gente, sin ocupación, tratando de adaptarse a otro espacio y a otra ciudad inhóspita como la que viven… Todo esto y mucho más supone un trastorno adaptativo, que pierden el apetito, las ganas de salir y de vivir… Cuanto más mayores y más tiempo han permanecido fuera de su entorno más complicada es la vuelta.
Respecto al síndrome vacacional, ningún problema, tranquilidad, sosiego, ganas de vivir con alegría y dar gracias a la vida y a Dios de que podemos volver a nuestro trabajo, porque gracias a ese tiempo en el trabajo vivimos de mejor manera.

Turismo de salud en el Balneario de Elgorriaga

Lorena V. Galarregui. *Marketing Balneario Elgorriaga*

Vacaciones; un concepto relativamente nuevo en nuestra sociedad. Antaño no todo el mundo podía permitirse ir de viaje, no había dinero, no había días libres remunerados, ni siquiera medios de locomoción que hicieran que las distancias fueran más cortas y el trayecto se realizara más cómodamente como sucede en la actualidad. Aquellas personas que se podían permitir irse en los periodos estivales eran auténticos afortunados; eso, o tenían poder adquisitivo.

Al igual que en los tiempos actuales, había distintos tipos de vacaciones, culturales, de playa o turismo de sol, rural, termal o de salud… Vamos a centrarnos un poco en este último, el TURISMO DE SALUD.
Existían dos perfiles muy diferenciados de clientes. Aquellas personas que por motivos de salud o, mejor dicho, por falta de salud, acudían a los Balnearios buscando sanación o mejoras de la misma y/o aquellos individuos que podían permitirse el lujo de vacacionar en un establecimiento de estas características (no siempre asequible a todos los bolsillos, llegando incluso a ser algo bastante elitista).
En 1978 se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) y en1992 fue cuando se estableció las líneas maestras de actuación hacía los mayores; en el caso que nos atañe, el "Termalismo Social". Estos programas subvencionan en parte la estancia y tratamientos de los termalistas en los balnearios. El Gobierno de Navarra también tiene su propio programa de Balnearios dirigida a gente mayor.

Naturaleza, relax, salud…

El perfil de este usuario también ha dado un gran cambio; tenemos la idea que un termalista que viene por medio de cualquiera de estas instituciones son personas muy mayores, sin motivación, aburridas, en muchos casos impedidas, sin poder adquisitivo y un largo ecétera de matices negativos o al menos, no positivos. Pero, tal vez eso fuera antes, hoy en día son personas con muchas ganas de vivir, de disfrutar, de conocer y saber, relacionarse, enriquecerse con el entorno y de la gente, e inclusive enriquecerse culturalmente. Hoy en día los balnearios están más vivos que nunca. Hay una frase del Dalai Lama que bien alude a este caso: "Solo existen dos días del año en que nada puede ser hecho. Uno se llama ayer y el otro mañana. Por lo tanto hoy es el día ideal para amar, creer, hacer, y principalmente, vivir". Tampoco nos podemos olvidar de hablar de los novenarios. Esto venía marcado porque los médicos recomendaban, por normal general, que los tratamientos debían realizarse nueve días seguidos para sanar o paliar una enfermedad. Porque no nos podemos olvidar que la materia prima de los Balnearios son las aguas mineromedicinales, a diferencia de las talasoterapias que utilizan agua de mar o los spas, que utilizan agua dulce, agua corriente; y este tipo de aguas, al igual que el buen vino, una copa sienta bien, una botella, emborracha.
En la actualidad, las cosas han cambiado un poco. Todavía hay quien va a los balnearios a realizar una cura termal con fines médicos pero estudiando el análisis de la demanda nos encontramos que mucha gente acude a relajarse y a hacerse curas de belleza.
El Balneario de Elgorriaga solo lleva abierto desde finales de Junio de 2009. En este primer año de vida ha pasado mucha gente joven, parejas, singles, termalistas de los programas sociales, grupos de amigos, jubilados niños… Vamos, un amplio abanico de perfiles, una auténtica simbiosis de edades, culturas, razas y sexos. Nos han enseñado que es un magnífico lugar donde hacer un buen maridaje entre trabajo y relax. Una reunión en un saloncito con vistas a la cascada del río y a continuación a disfrutar de la maravillosa agua salada (les recuerdo que tiene más sal que el propio Mar Muerto). ¿Qué más se puede pedir? Naturaleza, relax, SALUD y todo ello acompañado de un gran grupo con una calidad humada excepcional.
Sentirse bien, sentirse joven, o simplemente sentirse a uno mismo ya no tiene etiquetas, solo el valor personal que cada uno le quiera dar. Si no ha estado nunca en un Balneario, ahora es el momento de probar, de darse un pequeño capricho que seguro que se lo ha ganado. Venga a probar las aguas del Balneario de Elgorriaga, donde no hace falta estar alojado para poder disfrutar de sus tratamientos y técnicas.

La enfermedad de Alzheimer afecta a más de 3,5 millones de personas en España

Emilio Marmaneu Moliner
Presidente de CEAFA

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, normalmente asociada a la edad, de la que no se conocen las causas y para la que no existe tratamiento. En la actualidad está presente en más de 36 millones de personas en todo el mundo, cifra que, de acuerdo a los estudios de prevalencia disponibles, se duplicará en el medio plazo. En España el número de afectados se eleva hasta los 800.000 pacientes, si bien su incidencia se hace patente, también, en el conjunto de la familia que asume el papel y la responsabilidad de cuidar a la persona enferma; de este modo , no es descabellado afirmar que la enfermedad de Alzheimer afecta a más de 3,5 millones de personas en España en estos momentos. Por lo tanto, es un problema de naturaleza claramente sociosanitaria cuyos efectos trascienden los propios de una mera enfermedad.

A pesar de que hace ya más de 100 años que se tiene constancia del primer diagnóstico, atribuido a un neurólogo alemán del que adoptó su nombre, no existe un tratamiento eficaz capaz de combatirla, ni siquiera de ralentizar su imparable evolución. Cierto es que existen compuestos farmacológicos que se prescriben para este tipo de demencia, tales como donecepilo, rivastagmina, galantamina o memantina, pero también es verdad que ninguno de estos fármacos son efectivos, a no ser para el tratamiento de otros síntomas asociados a la propia evolución del Alzheimer.
Esta falta de eficacia es, probablemente, lo que sigue animando a los investigadores a continuar avanzando y a poner todos sus esfuerzos en innumerables estudios clínicos, que, normalmente, no suelen pasar de lo que se denomina "fase tres" del proceso. Los medios de comunicación se hacen eco con frecuencia de estos ensayos, pero rara es la ocasión en la que resaltan sus fracasos. Ello provoca una espiral de sentimientos encontrados entre las personas afectadas: por un lado, se aviva la esperanza pero, por otro, se vuelve a caer en la decepción, con lo que el sentir general entre los afectados es que el desenlace final todavía está muy lejano.

Terapias no farmacológicas

No obstante, las personas que han sido diagnosticadas de Alzheimer disponen de un tipo de tratamiento no farmacológico que si bien no cura, sí se está demostrando eficaz tanto en el retraso de la aparición de los síntomas neurodegenerativos como en la mejora de su calidad de vida. Las denominadas terapias no farmacológicas tienen su punto de mira en el paciente y en la familia cuidadora persiguiendo, como cabe esperar, objetivos diferenciados: retraso de la evolución de la enfermedad en el primero y adquisición de las habilidades necesarias para sobrellevar la enfermedad en el segundo. Además, está demostrado que cuanto antes se comiencen las terapias no farmacológicas, más eficaces y efectivas serán. De ahí la necesidad de avanzar hacia el diagnóstico precoz, para lo cual hay que considerar dos aspectos prioritarios: por un lado, la investigación clínica en este sentido debe continuar aplicando sus esfuerzos y energías en la obtención de técnicas que permitan diagnosticar la enfermedad lo antes posible (en la actualidad el diagnóstico definitivo sólo puede establecerse con la necropsia, siendo los dictámenes médicos de "demencia posible Alzheimer"); por otro, debe erradicarse todo tipo de prejuicio por parte de la sociedad hacia la demencia (las primeras manifestaciones de que algo no va bien "suelen achacarse a la edad", con lo que se pierde muchas veces un tiempo precioso para comenzar los tratamientos oportunos).

Centros especializados y específicos

En España existe en la actualidad un cuerpo clínico (médicos de atención primaria, especialistas, investigadores) de primer nivel que asegura que ese primer aspecto esté garantizado. Pero, para facilitar tanto la erradicación de los prejuicios sociales y para aplicar las terapias no farmacológicas, España dispone también de una de las redes asociativas más amplias de Europa configurada por las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias, la mayoría de ellas integradas en la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias CEAFA. Casi 300 Asociaciones al servicio de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias afines que han construido durante veinte años de actividad un conocimiento y saber hacer que les sitúan en la primera línea de las atenciones especializadas.
Estas Asociaciones constituyen el marco idóneo para asegurar un abordaje integral del Alzheimer, centrado en la atención especializada a la persona afectada. Porque, contra lo que cabe pensar, el tratamiento de esta enfermedad exige disponer de recursos -materiales y humanos- específicos y especializados, no siempre disponibles ni en el Sistema Nacional de Salud ni en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (a pesar de que en el texto de la Ley se recoge específicamente la puesta a disposición de "centros específicos", cosa que no siempre se consigue, fundamentalmente, por motivos economicistas de las Administraciones competentes).

Es fundamental apostar por estos centros especializados y específicos para el tratamiento de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer y demencias afines, y las Asociaciones lo son, por lo que, mientras no se encuentre la cura definitiva de la enfermedad o el tratamiento que permita convertirla en una enfermedad crónica, estas Asociaciones

continuarán trabajando día a día con la única aspiración de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Día Mundial del Alzheimer

De este modo, todas estas Asociaciones unidas por el objetivo común de atender a las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer como se merecen, durante el mes de septiembre en que se celebra el Día Mundial del Alzheimer van a ser el altavoz que, bajo el lema "ALZHEIMER. JUNTOS PODEMOS", van a reivindicar al Gobierno la apuesta decidida por implantar una Política de Estado de Alzheimer, como única vía posible para avanzar hacia la erradicación de lo que ha venido a denominarse "la lacra del Siglo XXI". Otros países de nuestro entorno ya han aprobado Planes Nacionales de Alzheimer. En España el único movimiento dado hasta la fecha ha sido una instancia de la Comisión de Sanidad del Senado al Gobierno para la adopción de una Estrategia Nacional que ha sido bien acogida desde el Ministerio de Sanidad y Política Social. Desde CEAFA nos ponemos a disposición de este Departamento en particular y del Gobierno en general para ir un poco más allá, para que España sea el primer país no sólo de Europa sino del Mundo que disponga de una Política de Estado (como la de educación o defensa, por ejemplo) con la que se reconozca a la enfermedad de Alzheimer como una prioridad sociosanitaria de primer orden, y con la que se sienten las bases para avanzar, con las necesarias dimensiones colaborativas, hacia la erradicación de la enfermedad y hacia el tratamiento y atención que esas más de 3,5 millones de personas necesitan en estos momentos.

Porque... JUNTOS PODEMOS!

Tratamiento de la Diabetes Tipo 2

Dr. Javier Lafita Tejedor
Endocrinólogo. Hospital de Navarra

La diabetes tipo 2 es una enfermedad progresiva, caracterizada por la elevación de la glucosa en sa ngre (glucemia), que se acompaña de complicaciones a corto plazo: las que tienen relación con la elevación o descenso excesivos de la glucemia y complicaciones a largo plazo: por afectación de pequeños vasos sanguíneos (en retina, riñón y ner vios periféricos) así como de los grandes vasos, acelerando el proceso de ateroesc lerosis, aspecto en el que también contribuy e de forma notable la asociación frecuente de este tipo de diabetes con alteraciones de colesterol y otros lípidos, elevación de la tensión ar terial, tabaquismo, etc.; con la demostración evidente de que para prevenir las complicaciones se consigue una mayor eficacia, no sólo controlando los niveles de glucemia, sino también corrigiendo estos factores de riesg o asociados.

Durante los últimos 20 a 30 años se ha realizado un esfuerzo investigador muy importante, para intentar definir qué grado de control de la glucemia era el óptimo para evitar o atrasar lo más posible la aparición de complicaciones crónicas, así como el tipo de tratamiento más indicado, ya que disponemos de la herramienta adecuada, la hemoglobina glicosilada: porcentaje de la hemoglobina de los glóbulos rojos que se une a la glucosa en sangre y cuya determinación nos permite conocer el grado de control del paciente en los 2 a 3 últimos meses. Como era esperable se ha demostrado que no todos los pacientes son iguales y que es muy importante individualizar el objetivo de control y el tratamiento, según las características de cada paciente; pero que en general debe intentarse un control lo más bajo posible durante los primeros años de evolución de la diabetes, objetivo relativamente sencillo por la seguridad de los tratamientos que podemos utilizar en esta fase y, sin embargo, con posterioridad se debe individualizar el control, siendo el objetivo lo más bajo posible, pero con seguridad, evitando descensos excesivos de la glucemia (hipoglucemias), combinaciones de tratamientos de riesgo, etc., sobre todo en pacientes mayores y con otras enfermedades asociadas, que conllevan una peor adaptación a estos riesgos, ya que no se ha demostrado que en estos casos y si ya han aparecido complicaciones, un control excesivamente bajo consiga mejores resultados.

La Diabetes tipo 2 hemos comentado que es una enfermedad progresiva; se inicia por una resistencia progresiva al efecto de la insulina, condicionada por la genética, falta de ejercicio, obesidad, etc., por lo que el páncreas cada vez tiene que fabricar una mayor cantidad de insulina para conseguir mantener la glucemia normal. Esta capacidad de adaptación del páncreas se va perdiendo progresivamente, hasta que llega un momento que prácticamente no puede sintetizar insulina y entonces este tipo de diabetes se parece mucho a la insulin-dependiente, en la que el evento primario es la destrucción inflamatoria de las células beta del páncreas, que sintetizan insulina.

Modificar el estilo de v ida, evitar el sedentarismo y llevar una dieta equilibrada e individualizada

La evolución progresiva de la Diabetes tipo 2 va a complicar su tratamiento, ya que periódicamente habrá que adaptar la dosis y número de medicamentos a utilizar, para conseguir un buen control. Nos puede servir el símil de la escalera para comprender la progresividad del tratamiento, que tendremos que subir peldaño a peldaño, con una barandilla que nos permitirá afianzarnos más tiempo en cada escalón y subir más seguros. Esta barandilla no es otra que la modificación del estilo de vida, evitando el sedentarismo y llevando a cabo una dieta equilibrada e individualizada a las características de cada paciente. Ya antes del diagnóstico de la diabetes, la dieta y el ejercicio han demostrado que previenen o retrasan la aparición de diabetes de forma más eficaz que los medicamentos ensayados, consiguiendo retrasar la elevación de la glucemia hasta en 12 años. Estas medidas mejoran la resistencia al efecto de la insulina y secundariamente mejoran la capacidad de secreción del páncreas.

Tras el diagnóstico de la diabetes hay un claro consenso para comenzar con Metformina, medicamento sobre el que se tiene una amplia experiencia, con claras ventajas, ya que en monoterapia no provoca hipoglucemias, tiene una potencia similar a los fármacos considerados potentes y provoca menos aumento de peso que los otros fármacos clásicos en el tratamiento de la diabetes. No puede utilizarse en pacientes con insuficiencia renal, hepática o cardiaca severa y algunos pacientes no la toleran bien desde el punto de vista digestivo.

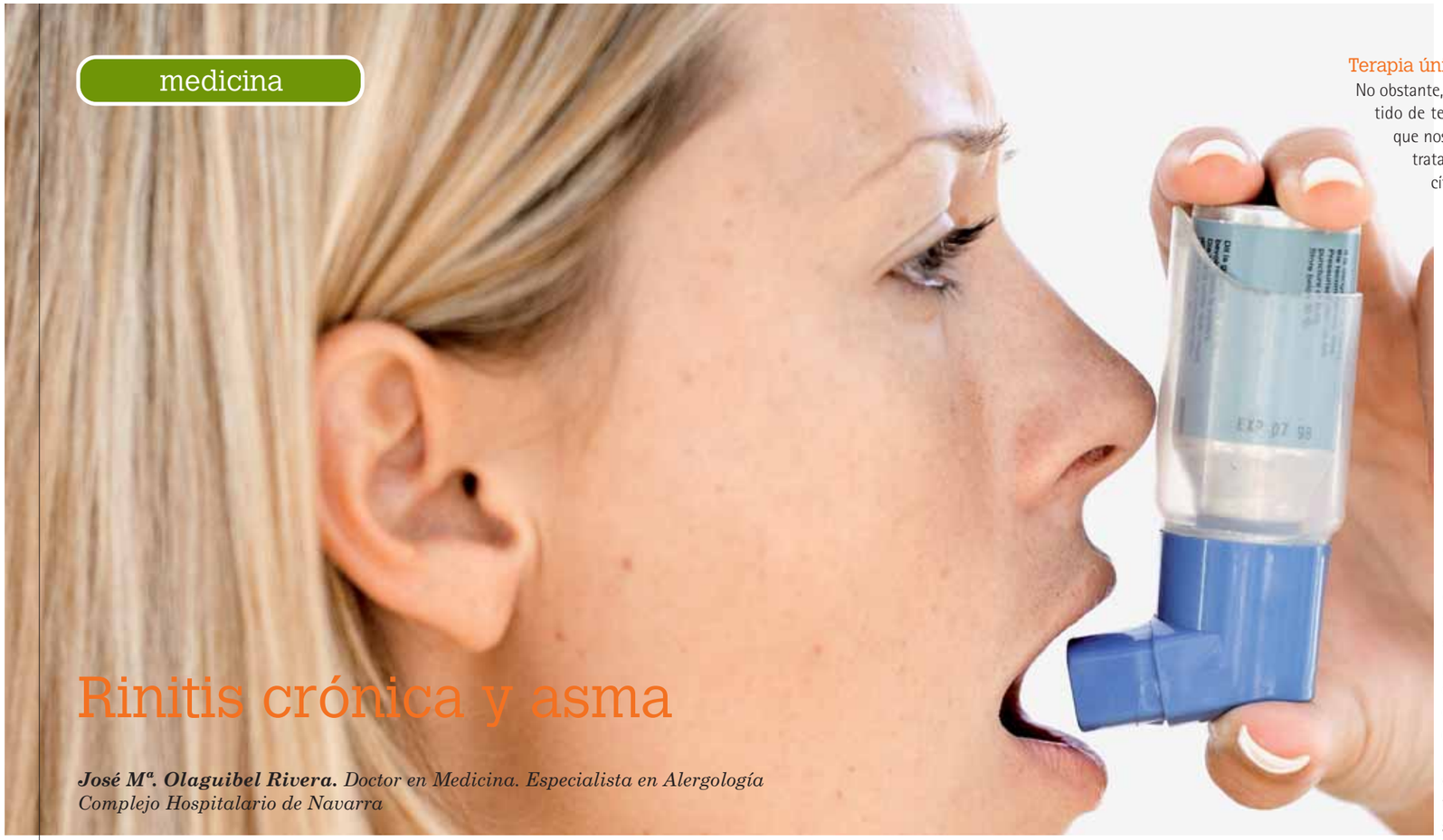
Tras unos años, el tratamiento con Metformina no es suficiente para controlar la glucemia y es necesario asociar un segundo fármaco. Clásicamente se asociaban Sulfonilureas, las consideradas clásicas: Glibenclamida, Glipizida o Glisentida; y las más modernas: Glimepiride y Glicazida de liberación prolongada, que pueden administrarse en una toma diaria. Estos fármacos ya provocan un claro aumento de peso así como hipoglucemias, con el inconveniente de que su periodo de eficacia útil no es muy prolongado y es necesario subir otro peldaño. Tampoco se pueden utilizar en pacientes con insuficiencia renal, para lo que se utiliza otra familia de fármacos con una vida media más corta, las Meglitinas, fundamentalmente la Repaglinida, con características de actuación parecidas, si bien su vida media más corta permite tomarla sólo cuando el paciente va a comer y por lo tanto son más seguras en pacientes con vida irregular. Otra posible ventaja es la posibilidad de que en pacientes ancianos provoquen menos hipoglucemias. Si el paciente tiene una importante resistencia insulínica, para cuyo control no es suficiente la Metfomrina, se puede asociar en este escalón otro tipo de fármacos, que actúan fundamentalmente sobre la resistencia insulínica: las Glitazonas: Rosiglitazona y Pioglitazona. Comparten con las sulfonilureas: el incremento de peso, pero más a expensas de la grasa subcutánea, metabólicamente menos dañina que la visceral. También han demostrado que enlentecen el deterioro de las células productoras de insulina, pero todavía se están investigando algunos aspectos de su seguridad a largo plazo, por lo que debe individualizarse su utilización.

Nuevos fármacos

Recientemente se han investigado unos nuevos fármacos, para este segundo peldaño de la escalera, basados en el funcionamiento normal del páncreas después de una comida. A nivel intestinal se producen unas hormonas que estimulan la producción de insulina y el frenado del glucagón (hormona contraria a la insulina), de acuerdo a los niveles de glucemia pancrática: las Incretinas. Desde el punto de vista farmacológico se puede inhibir la enzima que metaboliza estas hormonas, aumentando su vida media: Sitagliptina, Vildagliptina o Saxagliptina; o pueden inyectarse análogos de estas hormonas, con más potencia y vida media más prolongada: Exenatide o Liraglutide. Las primeras se toman por vía oral, no provocan prácticamente hipoglucemias, en asociación con Metformina, y no inducen aumento de peso. Los preparados inyectables, además consiguen importantes pérdidas de peso. Todo ello supone un avance importante en el tratamiento de este tipo de diabetes, pero además se espera que retrasen el deterioro de las células productoras de insulina, pendiente de demostrar. En la actualidad queda pendiente de confirmar su seguridad y eficacia a largo plazo, suponiendo un incremento importante de los costes del tratamiento de la diabetes.

Una vez que no conseguimos un buen control, tendremos que subir un peldaño y asociar una dosis de insulina basal al tratamiento que venía haciendo el paciente, con lo que se suele conseguir un periodo variable de buen control; pero se debe tener en cuenta que en unos 3 años más del 70% de los pacientes tendrán que subir al escalón superior.

El último escalón está basado en pautar 2 a 3 dosis de insulinas premezcladas (lenta y rápida), antes de las comidas o mantener la insulina basal del escalón anterior y asociar insulina de acción rápida antes de cada comida, manteniendo únicamente la Metformina, ya que parece conseguir un mejor control y menor ganancia de peso, en esta fase. Las dos pautas de insulina requieren un entrenamiento adecuado del paciente y completar la educación diabetológica, parte de la barandilla, que junto a dieta y ejercicio, acompañarán permanentemente los distintos peldaños del tratamiento.



Rinitis crónica y asma

José Mª. Olaguibel Rivera. *Doctor en Medicina. Especialista en Alergología*
Complejo Hospitalario de Navarra

La asociación entre rinitis y asma es bien conocida desde los tiempos antiguos y ya Galeno en el siglo II recomendaba "purgar las fosas nasales de secreciones con el fin de aliviar los pulmones". El avance en nuestros conocimientos de las causas y del tratamiento de estas dos enfermedades ha hecho surgir de nuevo con fuerza este concepto y en las guías de práctica clínica más reciente así se reconoce. Las fosas nasales, nasofaringe, tráquea y pulmones están anatómicamente contiguas lo que probablemente determina su frecuente afectación simultánea. Esto, unido a la constatación de que el control inadecuado de los síntomas nasales es una de las causas más frecuentes del asma de mala evolución ha originado la hipótesis de la "vía aérea única" que sostiene que ambas entidades son los polos opuestos de una única enfermedad cuya base es una inflamación crónica alérgica de toda la vía aérea que puede ser mantenida y amplificada por mecanismos interconectados. Muchas observaciones de índole clínico, o de estudios de investigación básicos y farmacológicos apoyan esta visión.

Desde el punto de vista clínico es muy frecuente observar pacientes que padecen simultáneamente ambas enfermedades, de hecho algunos estudios han demostrado que más del 90% de los pacientes con asma alérgica tienen también rinitis. Además se sabe que los enfermos que padecen rinitis con síntomas continuados tienen 11 veces más riesgo de desarrollar asma que la población en general.

Desde el punto de vista de los mecanismos que inducen la enfermedad, los pacientes con rinitis y asma suelen tener la denominada genética de la atopia, que les hace propensos a padecer además de la rinitis y el asma otras enfermedades alérgicas como la dermatitis y la alergia a alimentos. Todos estos procesos se basan en la capacidad que tienen estos sujetos atópicos de sintetizar en cantidades elevadas unos anticuerpos del tipo IgE capaces de reaccionar y provocar un proceso inflamatorio intenso cuando el paciente inhala el alérgeno al que está sensibilizado. Las células más importantes que originan esta inflamación se denominan eosinófilos y se encuentran en las fosas nasales y en los bronquios de estos pacientes de forma muy abundante y se utilizan a menudo para diagnosticar y valorar el grado de afectación por la alergia.

Es bien conocido que el control inadecuado de los síntomas de la rinitis puede hacer empeorar el asma o bien hacer que se requieran para su control, tratamientos más intensos. Por todo lo expuesto, en todo paciente con asma en muy conveniente valorar y tratar de forma adecuada los síntomas nasales. Por el contrario, en los pacientes que sufren rinitis, fundamentalmente en aquellos que son alérgicos a alérgenos potentes presentes de forma continuada, como son los derivados de los ácaros del polvo o de los animales, es conveniente investigar la posible presencia de asma y tratarla adecuadamente.

La mayoría de los tratamientos medicamentosos que se utilizan para tratar la rinitis tienen también mucho valor para controlar el asma. Como ejemplos más conocidos se encuentran los corticoides inhalados y el montelukast, un antagonista de uno de los mediadores más importantes de las reacciones alérgicas que es liberado por los eosinófilos. El montelukast tiene la ventaja sobre los corticoides de que se administra fácilmente por vía oral. Como excepción, merece la pena señalar a los antihistamínicos, que si bien son un tratamiento muy efectivo para la rinitis, en el caso del asma tienen poco papel como controladores, si bien los antihistamínicos modernos poseen un efecto antiinflamaorio intenso, el cual les podría otorgar algún papel como coadyuvantes del tratamiento.

Terapia única

No obstante, y en este sentido de terapia única al que nos referimos, los tratamientos específicos frente a la alergia, como son las medidas de desalergenización y las vacunas con alérgenos, tienen un papel sobresaliente en el tratamiento conjunto de ambas entidades. Por una parte, todas las medidas de evitación de la exposición a alérgenos causante son el primer escalón terapéutico que se debe emplear en estos pacientes. Estas medidas son específicas en función de los alérgenos a los que el paciente está sensibilizado y del entorno en el que se desenvuelve el paciente. Por tanto deben de ser recomendadas solamente tras un estudio diagnóstico adecuado del proceso alérgico. En segundo lugar las vacunas con alérgenos son también tratamientos muy específicos. Además de controlar todos los síntomas de las alergias, como las molestias nasales, las oculares o las derivadas de la afectación bronquial como la tos, opresión en el pecho o dificultad para respirar, reduciendo enormemente las necesidades de consumo de fármacos, poseen también un notable efecto preventivo. Por una parte dificultan la aparición de nuevas alergias, que es una situación muy frecuente en estos enfermos, debido a sus características genéticas, y por otra modifican el curso natural de la enfermedad de forma que en los pacientes con rinitis previenen el desarrollo del asma o el desarrollo de formas más graves de asma en las que aparecen modificaciones intensas de la estructura de los bronquios, que convierten a la enfermedad en un proceso crónico e irreversible. Las vacunas con alérgenos pueden ser administradas mediante inyecciones subcutáneas, las cuales deben ser siempre puestas en centros médicos, por la posibilidad de que aparezcan reacciones, o bien de forma más segura y conveniente por el propio enfermo en su domicilio, en forma de administración de gotas o comprimidos sublinguales. No obstante, la primera administración de las vacunas sublinguales también se recomienda realizarla en un centro especializado.

Todas las vacunaciones específicas son un tratamiento prolongado en el tiempo. Si bien tras pocos meses de uso son capaces de controlar las manifestaciones de la alergia respiratoria, para alcanzar sus efectos preventivos y que su efectividad se mantenga tras la retirada de las mismas son necesarios los periodos prolongados de al menos tres años de tratamiento. Por tanto el paciente debe ser metódico y comprometerse a realizar el tratamiento completo, pues de lo contrario tiene poco sentido iniciarlo.

Por último, de forma reciente, se están desarrollando nuevas terapias biológicas, en general anticuerpos, que son capaces de modular de forma fina y específica la respuesta anómala del sistema inmune, causante de las alergias respiratorias. En el caso de la rinitis asma, ya se dispone de un anticuerpo específico denominado omalizumab que se une a la inmunoglobulina tipo IgE, impidiendo sus acciones. Este anticuerpo se está empleando en los casos de asma grave y controla también las manifestaciones de la rinitis inflamatoria, que a menudo padecen concomitantemente estos enfermos.

Como consideraciones finales resaltar el concepto de la rinitis crónica y el asma como una única entidad , con manifestaciones progresivas a lo largo de la evolución que debe determinar una actitud tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. De esta forma, las terapias biológicas específicas son una buena alternativa para estos pacientes.

Los beneficios del pan en la dieta diaria

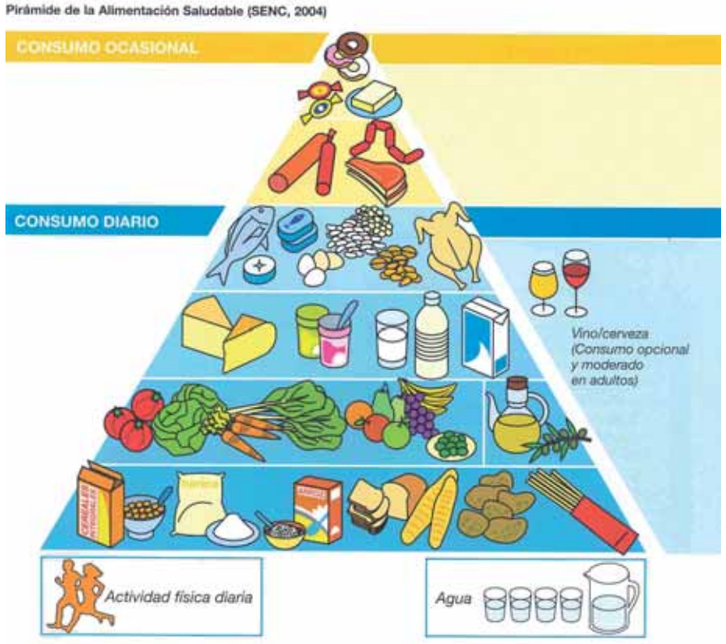
Arantza Ruiz de las Heras
Dietista-Nutricionista
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra

El pan ha sido un alimento , tradicionalmente, de gran consumo en nuestro país. Sin embargo, a partir de los años 70-80 se inicia un acentuado descenso en su consumo , motivado según los expertos, por varias causas.

Entre ellas cabe destacar el aumento del poder adquisitivo de las familias con el consiguiente abandono de un alimento asociado a niveles económicos más bajos.
La saturación de su consumo durante épocas de escasez alimentaria en las que la dieta era sumamente monótona.
La idea generalizada, errónea por otra parte, de que el pan nos hace engordar. Esta idea está motivada, en gran medida, por el diseño de dietas, poco o nada profesionales, en las que se prohíbe su consumo.

¿Por qué es falso que el pan nos hace engordar mucho?

Los ingredientes básicos del pan son: harina, agua, sal y levadura. Además de estos, puede llevar otros componentes complementarios como cereales, lácteos, etc. Estos ingredientes principalmente contienen hidratos de carbono, que aportan kilocalorías, una medida de la energía que contienen. En las denominadas tablas de composición, aparecen listados del contenido nutricional de 100 g de alimento crudo. Y en estas listas se puede comprobar que el contenido calórico del pan es unas 250 Kcal/100 g. Si pensamos que una rebanada de pan de 2 dedos de anchura pesa unos 20 g, este fragmento de pan tendrá unas 50 Kcal., una cantidad relativamente baja dentro de una dieta de 1900 a 2300 Kcal. diarias. Además, es preferible el consumo de cereales integrales (aquellos que conservan su cáscara exterior, donde se encuentran principalmente los minerales, vitaminas y fibra que contiene el cereal) y estos cereales, entre ellos la harina, poseen un poder saciante mayor debido al contenido en fibra alimentaria.



¿Por qué se r etira el pan de n umerosas dietas hipocalóricas?

El motivo fundamental no se debe, como hemos visto anteriormente, al contenido de calorías que aporta, sino a los acompañamientos con los que se suele asociar. Bien para untar salsas, casi siempre grasas, bien en forma de bocadillo con relleno de embutido, queso o paté, estos productos sí son mucho más calóricos.

¿Es necesario el pan en la dieta diaria?

La pirámide equilibrada de la alimentación es una representación gráfica de la frecuencia con que debemos tomar los distintos grupos de alimentos. En esta pirámide, el grupo de los cereales, al que pertenece el pan, se encuentra en la base junto con arroz, pasta, cereales de desayuno, patata, etc. por lo que su consumo debe ser diario. Según la SENC, Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, se recomienda un consumo de 4 a 6 raciones de cereales al día y una ración de pan pesa aproximadamente entre 40-60 gramos. Por supuesto que hay que contar todos los cereales diarios dentro de estas cifras aconsejadas, pero el pan es un peso pesado dentro de la alimentación. Por lo tanto y como conclusión, podemos resumir que la mayor parte de los mitos negativos acerca del consumo del pan son erróneos. Asimismo, la comunidad científica cada vez está más de acuerdo en el beneficio de incrementar los alimentos de origen vegetal que no poseen grasas saturadas ni otros componentes negativos asociados y los productos integrales que aumenten el contenido de fibra de la dieta. Una asociación que está presente en el pan, además de ser una delicia para el paladar.

Ver para aprender

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

El 90% del aprendizaje del niño está relacionado directamente con lo que ve. Durante los primeros años de vida es importante que el niño teng a una visión fiel de lo que le rodea para que aprenda a reconocer las formas , los colores y posteriormente, pueda tener buena lectura y escritura.

Problemas visuales relacionados con la graduación

Hipermetropía
El ojo se caracteriza por tener potencia insuficiente. Los niños suelen nacer con hipermetropía, la cual va disminuyendo, llegando a la edad escolar sin ella. Los síntomas suelen ser: emborronamiento de la visión, cansancio, dolor de cabeza, ardor de ojos, excesiva sensibilidad a la luz.

Miopía
El ojo presenta excesiva potencia para enfocar los objetos lejanos. Los síntomas son mala visión de lejos, mejorando de cerca, el niño entorna los ojos para ver mejor, suele acercarse a los objetos.

Astigmatismo
Las personas con astigmatismo no enfocan en un punto, debido a una curvatura irregular del ojo, lo que les provoca visión distorsionada y dolor de cabeza.

Problemas visuales musculares

Los movimientos oculares posicionan los ojos de forma exacta sobre los objetos para captar una imagen de forma exacta. Por ejemplo, para la lectura son necesarios tres movimientos:
- de izquierda a derecha para pasar de una palabra a otra (movimientos sacadicos).
- sobre las palabras para ser analizadas (movimientos de fijación).
- de derecha a izquierda (movimientos de regresión).

Al mejorar los movimientos, mejora la capacidad de atención.
Cuando hay un problema visual muscular durante la lectura se producen las siguientes manifestaciones:
- Excesivos movimientos de cabeza, pérdida de lugar, omisión de palabras, comprensión mala, cefaleas, lagrimeo, diplopía.

En estos problemas se realiza entrenamiento visual para lograr movimientos oculares eficaces que hagan que el niño realice menos esfuerzo visual y de esta manera, la atención mental podrá dirigirse a la comprensión de la lectura.

Consejos de higiene visual

Para conseguir una función visual adecuada son imprescindibles ciertas reglas:
- Leer a la distancia de Harmon o un poco más lejos (es la distancia entre el nudo del dedo corazón y el centro del codo).
- No ver la televisión más cerca de 2 metros.
- Cuando se trabaje con ordenadores hacer frecuentes pausas, y mirar objetos a través de la ventana hasta verlos nitidamente.
- No realizar tareas de cerca sin descansos, en las que es importante levantarse y moverse.
- Realizar las tareas visuales con buena iluminación general y enfocada a la lectura para ser conscientes cuando leemos de las cosas que están alrededor.
- Al sentarse para leer adoptar una postura recta de la espalda, y es importante que el libro tenga una inclinación de unos 20 grados.
- Revisiones anuales una vez al año.

óptica unyvisión
Avda. Navarra
(Frente a Clínica Universitaria)
31008 Pamplona
T. 948 178 188
AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSITARIA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN
CUIDAMOS SUS OJOS
*GAFA INFANTIL
20%
de descuento
*Oferta válida con la presentación de este anuncio
HASTA EL 1 DE DICIEMBRE DE 2010

Dermatoconjuntivitis alérgica de contacto

Dr. Antonio Rodríguez Barrera. *Especialista en Alergología. Servicio Navarro de Salud*

El globo ocular y sus anexos son una zona anatómica que por su localización y fácil exposición son proclives a presentar manifestaciones alérgicas. La conjuntiva junto a los párpados, pestañas y córnea son la primera barrera que enfrenta al ojo a las agresiones del medio ambiente. Desde el punto de vista inmunoalérgico los párpados y conjuntiva son los tejidos más activos.

Las enfermedades alérgicas del ojo son procesos muy frecuentes que afectan a un amplio sector de la sociedad y presentan una gran demanda en consulta de medicina general, oftalmología y alergología.

La afectación alérgica ocular consiste en la inflamación cutánea o de la conjuntiva debido a reacciones de hipersensibilidad producidas por múltiples sustancias.

En este artículo nos interesa especialmente abordar las afecciones alérgicas de contacto del párpado, en particular la Dermatoconjuntivitis alérgica de contacto.

Esta entidad es una reacción de hipersensibilidad de tipo tardío que afecta fundamentalmente a los párpados, pero también puede afectar al reborde palpebral, conjuntiva y córnea . Cursa sin antecedentes familiares y puede estar causada por múltiples sustancias.

Cuando la sustancia contactante se aplica sobre el párpado, los pacientes manifiestan un eczema palpebral. Cuando se presenta de forma aguda se caracteriza por intenso prurito ocular, eritema, edema, vesiculación, exudación y descamación en forma de costra o descamación o bien de forma crónica, caracterizada por descamación fina, edema discreto y liquenificación (engrosamiento de la epidermis con acentuación de los pliegues secundario a rascado crónico).

En ocasiones se acompaña de una blefaritis (inflamación del reborde palpebral) muy característica tras la aplicación de un lápiz de ojos, cursando además con edema y descamación del párpado circundante.

Cuando el contactante es aplicado sobre el ojo (colirio o pomada), puede producirse una conjuntivitis papilar con aparición de prurito, quemosis (edema de la conjuntiva), eritema, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño, secreción mucosa de predominio matutino, que puede incluso pegar los párpados.

Si el contactante afecta a la córnea puede producirse una queratitis punteada epitelial que afecta a los dos tercios inferiores.

Cuadros agudos y crónicos, contactos directos e indirectos

El diagnóstico suele ser fácil en los cuadros agudos (24-48 horas después del contacto), no así en los casos crónicos donde se puede confundir con una conjuntivitis alérgica perenne.

Si el contacto del alérgeno es directo, el diagnóstico puede ser relativamente sencillo, pero cuando se trata de contactos indirectos éste se complica porque el paciente no lo asocia y tiende a omitirlo, por ello es importante realizar una historia clínica pormenorizada.

El contacto directo puede ser por cosméticos (maquillajes oculares, cremas regeneradoras, desmaquillantes etc.), gafas (níquel, cobalto etc.), colirios (fundamentalmente los colirios midriáticos como la atropina, epinefrina, fenilefrina, siendo menos sensibilizantes la tropicamida y los mióticos como la pilocarpina y la neostignina que dan más problemas irritativos), antibióticos de aplicación tópica (principalmente los aminoglucósidos, cloranfenicol y tetraciclinas), antivíricos (idoxuridina), anestésicos locales (especialmente los relacionados con el grupo para), vehículos, conservantes de colirios, líquidos de limpieza y esterilización que pueden llevar tiomersal , cloruro de benzalconio y clorhexidina.

Cuando se trata de un contacto indirecto, la localización de la sustancia responsable que lleva el alérgeno es mucho más dificultosa. La piel del párpado es mucho más sensible que cualquier otra parte del cuerpo y el alérgeno puede ser llevado de forma inadvertida a través de las manos o por vía aerotransportada.

El contacto indirecto puede ser desencadenado por plantas (prímula, crisantemos etc.), que pueden producir eczemas palpebrales muy intensos con vesiculación y ampollas. Sustancias del grupo PARA (anilinas, derivados de la parafenilendiamina, etc.) contenidas en tintes textiles y capilares, protectores solares y otros cosméticos. También son importantes los contactantes industriales que pueden producir blefaroconjuntivitis con la aparición de eczema intenso en párpados con extensión a la frente y pómulos (isocianatos, aditivos del caucho, resinas epoxi, lacas, detergentes, pesticidas etc.). La Dermatoconjuntivitis alérgica de contacto puede ser causada por los champús, perfumes, maquillajes y en especial la laca de uñas que es un factor importante en la producción de eczema palpebral. Los alérgenos más importantes son la resina formaldehido-toluen-sulfonamida y los pegamentos de uñas (cianoacrilatos) que son activos mientras están húmedos y es en ese momento y de forma inadvertida cuando son llevados a los párpados con las manos.

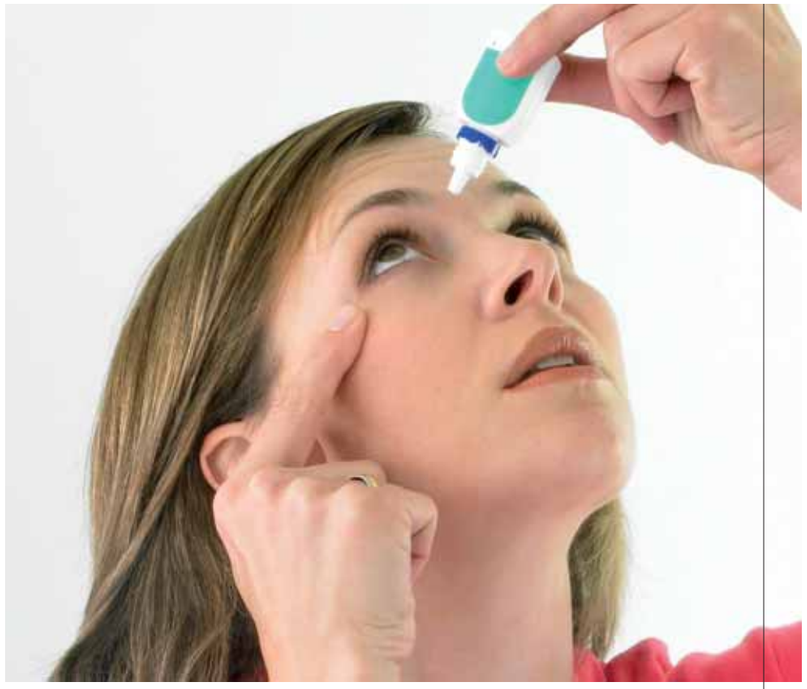
El diagnóstico etiológico se realiza mediante las pruebas epicutáneas con las sustancias sospechosas en la historia clínica y los grupos generales de alérgenos más frecuentemente implicados.

Los eczemas palpebrales pueden no ser la única manifestación clínica, sino que pueden formar parte un eczema de contacto generalizado.

Hay que diferenciar otras entidades que afectan a los párpados que tienen otro origen y mecanismo como el angioedema, dermatitis atópica, dermatitis seborreica, dermatitis actínica, erisipela y eczema microbiano.

Todos los eczemas de contacto palpebral tienen el mismo tratamiento inicial, es decir, reducir o eliminar, si es posible los alérgenos sospechosos y utilizar un glucocorticoide tópico de potencia y dosis adecuada para devolver lo antes posible al párpado o la conjuntiva a su estado normal. Asimismo podemos añadir un antihistamínico para paliar el prurito. Una vez confirmada mediante las pruebas epicutáneas la posible causa , es muy importante comunicar esta información de la forma más sencilla posible, incluyendo una hoja informativa que contiene la denominación de los alérgenos contactantes identificados y sus posibles fuentes de exposición. En ocasiones, puede ser muy sencillo evitar el alérgeno, por ejemplo un antibiótico tópico, laca de uñas, prímula etc., aunque otras veces puede resultar difícil debido a su ubicuidad (sales de cromo, níquel, etc.).

Cuando se trata de cuadros crónicos podemos utilizar ciclos con inmunosupresores tópicos en forma de crema o pomada como pimecrolimus o tacrolimus.



Ensalada de la huerta, alcachofas con jamón, hojaldre de hongos, tortilla de bacalao, merluza con cocochas y almejas, bacalao al pil-pil, chuletón, solomillo al foie, canutillos de chocolate y crema... y mucho más...

Pil Pil
RESTAURANTE
La SIDRERIA

Travesía Acella, 3-5 31008 Pamplona
(frente a Clínica Universitaria)
www.sidreriapilpil.com
RESERVAS 948 190 151
Descanso semanal: domingo

:: MENÚ PIL-PIL, MENÚ SIDRERÍA Y CARTA
:: DOS COMEDORES PARA 100 COMENSALES
:: COMEDORES RESERVADOS (GRUPOS, COMIDAS DE EMPRESA, COMUNIONES, BANQUETES...)
:: ESPECIALIDAD EN PESCADOS (RAPE Y COGOTE) Y CARNES (TXULETON Y SOLOMILLO AL FOIE)
:: PLATOS DE TEMPORADA
:: BACALAO EN DIFERENTES MODALIDADES (PIL-PIL, FRITO...)
:: POSTRES ELABORADOS ARTESANAL Y NATURALMENTE (PASTEL VASCO, CUAJADA, QUESO IDIAZABAL, TARTA DE QUESO...)
:: PATXARAN DE NAVARRA, SIDRA DE ASTIGARRAGA, TXAKOLI DE GETARIA...

De izquierda a derecha, Dra. Juana María Caballín (Médico Gerontólogo del Hospital San Juan de Dios) y D. José Ignacio Martín (Delegado Episcopal P. Salud – Ancianos y D.U.E.).

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", estamos publicando en 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) *<publicada en ZONA HOSPITALARIA Nº24 (www.zonahospitalaria.com)>*, **Dra. Juana Mª Caballín (Médico Ger ontólogo del Hospital San Juan de Dios)** y el Dr. Jesús Mª Viguria (Fue el Fundador y Jefe Clínico de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios) *<se publicará en el próximo número 26>*.

Hoy publicamos la entrevista realizada a la Dra. Juana María Caballín que lleva muchos años trabajando en el campo de la Gerontología.

Dra. Caballín, ¿podrás definir en dos palabras en qué se difer encian los conceptos Gerontología y Geriatría?
Son dos disciplinas muy relacionadas, centradas en el anciano. La Geriatría es una especialidad médica que abarca aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades o situaciones de enfermedad propias o más frecuentes en la vejez; A la Gerontología, en nuestro medio, se accede a través de un máster y etimológicamente es la ciencia de la vejez que se apoya en la investigación, reflexión e intervención en situaciones que plantea el envejecimiento individual o colectivamente. Es un enfoque peculiar del mundo del anciano. Ambas comparten los objetivos de aumentar la esperanza de vida y de mejorar la vida de las personas mayores.

Persona mayor, viejo, tercera edad, anciano, abuelo... ¿Con cuál de estos términos te quedarías para describir la edad madura?
Es llamativo que no tengamos problemas para atribuir significado a niño, adolescente, adulto... y resulte complicado encontrar una palabra adecuada para este importante grupo de edad; ancianos o viejos son los términos más utilizados a lo largo de la historia. Personalmente no me gusta tercera edad y viejo depende de quien la pronuncie pero tiene muchas connotaciones negativas en nuestra sociedad y en nuestro refranero. Abuelo la reservaría para el ámbito familiar. Me quedaría con anciano o persona mayor, respetando además las preferencias que a través de encuestas han mostrado los interesados.

¿Por qué para algunas personas resulta triste hablar de esta etapa de la vida, cuando sólo llegar a ella debiera ser un motivo de alegría?
"Lo malo no es envejecer sino que te envejezcan", creo que la frase es de Amando de Miguel. Ponemos poco énfasis en los aspectos positivos del envejecimiento. Los roles sociales son muy rígidos. Hay circunstancias personales, a cualquier edad, que influyen en la alegría o en la tristeza de nuestras vidas. Creo que debe evitarse esa visión centrada en lo deficitario que potencia en la sociedad el miedo a la vejez.

¿Cuándo se entra ahora en la vejez?
En líneas generales cada vez más tarde, pero no me atrevería a precisar mucho más. Tenemos los 65 años, de momento, como vejez burocrática pero la periodización de las edades debe adaptarse al aumento progresivo de la esperanza de vida que a su vez se relaciona con otros muchos factores. Hoy se habla de viejo joven, de viejo-viejo, de vejez temprana, de vejez media, de vejez avanzada, cada vez menos de cuarta edad... pero la edad cronológica, la biológica, la psicológica, la funcional o la social no necesariamente coinciden en el tiempo; la vejez sigue siendo un proceso marcado por la individualidad de cada uno.

¿Envejecer es sinónimo de enfermar?
No. Hay ancianos sanos, hay ancianos que enferman en un momento determinado de sus vidas y recuperan la salud y otros que padecen enfermedades crónicas o secuelas de enfermedades que los hacen más vulnerables y que necesitan cuidados médicos continuados o ayuda de otras personas para actividades muy básicas y personales. En la vejez sí son importantes algunas situaciones consideradas de riesgo como vivir solos, no poder salir de casa sin ayuda, fallecimiento reciente del cónyuge... que pueden complicar cualquier situación de enfermedad y obligar a la persona y a quienes le rodean a un nuevo planteamiento de vida.

Algo preocupante es el alto con sumo de fármacos en estos años. ¿Hasta qué punto es un error?
Siempre es un error utilizar recursos no adecuados. Independientemente de la edad, el último año de vida es el que más recursos sanitarios consume. La limitación del esfuerzo terapéutico, la futilidad de los tratamientos y el afrontamiento y aceptación de la muerte son planteamientos éticos que ante situaciones siempre individuales podrían ayudar a analizar un posible error.

En las personas mayores, ¿Qué patologías son más susceptibles de mejora?
Depende de la situación de la persona previa a la enfermedad. A cierta edad y sobretodo para

ciertos organismos, lo deseable, lo necesario y lo posible no siempre coinciden. Lo deseable es volver a alcanzar esa situación previa. Los síndromes de inmovilidad, las fracturas, los ictus, los trastornos de equilibrio y las caídas siguen siendo las grandes patologías y los grandes objetivos de investigación y mejora en el abordaje preventivo y terapéutico de la medicina del anciano.

La figura de los cuidador es de las per sonas mayores es cada vez más importante. ¿Cuáles debieran ser sus características?
El conocimiento no equivale a humanidad. Una persona que necesita ser cuidada requiere que quien lo haga tenga unos conocimientos básicos respecto al manejo de la situación y de las necesidades concretas que motivan esa relación de cuidado, pero no es lo mismo ayudar a sobrevivir que ayudar a vivir. Además de la habilidad técnica, el respeto entre las personas, el logro de una comunicación afectiva y la flexibilidad en los posibles pequeños placeres cotidianos, deberían formar parte de esa relación de cuidado.

¿Cuándo un cuidador debier a plantearse la necesidad de pedir ayuda?
Ser cuidador no es fácil. Los cuidadores familiares actuales pertenecen muchas veces a la misma generación o si son hijos cada vez son más mayores, o si no lo son tienen una unidad familiar independiente, un trabajo, y no siempre viven cerca de la persona o las personas que de forma transitoria o permanente necesitan ser cuidados. La mayoría de los cuidados se realizan en el ámbito familiar pero en un ámbito familiar doble que suma a las necesidades y responsabilidades personales previas, unas nuevas necesidades. El cansancio, la irritabilidad, la inseguridad en el manejo de la situación, los sentimientos de culpabilidad pueden alertar sobre la necesidad de ayuda.

Un precio que hay que pagar cuando se vive mucho es ir quedándose solo. Se ve morir a la pareja, los amigos e incluso puede que algún hijo. Pero conviene distinguir más que nunca el vivir solos con el estar solos. ¿Cuándo hay que plantearse acudir a una residencia?

Hoy son bastante habituales las relaciones a distancia, sobre todo a través del teléfono, es una forma de contacto diferente aunque el considerarlo suficiente o satisfactorio siempre estará en función de las necesidades y expectativas de cada uno. Otra cosa muy distinta es vivir solo, no tener familia, haber ido perdiendo a los vecinos de la misma edad y, aun funcionando bien físicamente, sentirse aislado. Un papel muy importante en estas situaciones lo tiene el personal de los centros de salud, de los servicios sociales y el voluntariado. El acudir a una residencia no asegura romper sentimientos de soledad afectiva y el planteamiento suele estar más relacionado con necesidades de cuidado físico que por diferentes circunstancias, entre otras el vivir solo, no se pueden atender adecuadamente en el domicilio.

¿Hay diferencia entre hombres y mujeres a estas edades?
No se puede generalizar pero todos tenemos la esperanza de vivir una vejez cálida y serena en el medio donde hemos ido profundizando y enmarañando nuestras raíces. Mi percepción, prescindiendo de las encuestas, es que la mujer y el hombre que pertenecen al grupo actual de personas mayores, han tenido vidas muy diferentes. El afrontamiento de cuidados familiares y la gestión de problemas domésticos ha sido hasta hace poco tiempo un terreno femenino que probablemente ha ayudado a desarrollar en la mujer un sentido mas práctico ante las dificultades. Ante un sentimiento de soledad no hay práctica que valga pero tal vez el hombre se siente más perdido.

Se habla mucho de la sexualidad en la edad adulta, ¿Se ha superado el tabú?
Si identificamos sexualidad con genitalidad o juventud tenemos un problema. Es necesario entender que los ancianos tienen las mismas necesidades relacionales que los otros grupos de edad aunque la forma de afrontarlas pueda ser diferente y sobre todo diversa. Sentirse seguro, querer y sentirse querido, aceptado y valorado, tener una intimidad corporal y afectiva, son vivencias fundamentales en la vejez que pueden evitar muchas soledades. La sociedad debe aceptar que las personas mayores tienen necesidades interpersonales que deben intentar satisfacer a través de sus propias decisiones. ¿Que sus valores, creencias y experiencia no coincidan con las nuestras? Eso es otra historia. La sexualidad es una forma de comunicación que se extingue con la vida. No sé si se ha superado el tabú, pero hay menos prejuicios.

¿Qué recomendaciones darías a un joven y a un adulto para un envejecimiento sano?
La mejora en los estilos de vida ha sido un factor determinante en el aumento de la esperanza de vida. No hacer excesos, vivir con los ojos abiertos, aprender de los errores, intentar incorporarse a los tiempos, mirar hacia delante y ser conscientes de que es una suerte tener buena salud.

Permíteme preguntarte ¿cuál fue tu motivación para especializarte en gerontología?
No llegué a la Gerontología por casualidad. Soy miembro de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología desde 1985 y en la de Navarra tengo uno de los primeros números. Veía que los pacientes a los que atendía dentro de mi especialidad de Digestivo eran cada vez más mayores y me parecía un mundo diferente. La Sociedad Española de Geriatría me concedió una beca que disfruté, en el sentido amplio de la palabra, en el antiguo Hospital San Jorge de Zaragoza con el equipo del Dr. Perlado que me amplió el horizonte de tal manera que me impulsó a seguir profundizando en el estudio de un mundo que hasta entonces solo intuía y que al final, me llevó a la Universidad de Salamanca.

Los Padres: papel clave en la prevención de la boca

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

Como padres tenemos que tomar conciencia de la salud de la boca y de los dientes de nuestros hijos. Si somos un buen ejemplo en el cuidado de la boca, los niños estarán motivados en el cuidado de la propia. No hay que esperar a un desastre, ahora es el momento de empezar, ya que, aunque nunca es tarde cuanto antes empecemos mejor.

La mayoría de los niños nacen con unos dientes sanos y fuertes, pero según avanza la edad, se van alejando de los cuidados adecuados, la higiene y de una alimentación equilibrada, lo que incide decisivamente en su salud bucodental. La boca necesita de un correcto mantenimiento, que es diferente en cada individuo donde influyen sus circunstancias.

¿A qué edad hay que empezar a lavar los dientes?

Lo más pronto posible. Comience desde el nacimiento, limpiando las encías de su bebé con una gasa húmeda. Tan pronto los dientes aparezcan empiece a limpiarlos, estos pueden comenzar a enfermar (caries), sobre todo en niños de alto riesgo. Apenas salga el primer diente, cepíllelo usando un cepillo de cerdas suaves y sin pasta, preferiblemente antes de ponerlo a dormir. Los dientes sanos deben ser todos del mismo color. Si ve manchas en los dientes del niño, llévelo a su dentista.

¿A partir de qué edad pueden los niños cepillarse sus dientes solitos?

Desde que el primer diente erupciona hasta los 6 años de edad el cepillado debe ser realizado por alguno de sus padres, especialmente antes que el pequeño se acueste a dormir. Después de los 6 años de edad el niño debe cepillarse solito para que desarrolle hábito y destreza y, debe ser repasado por los padres. Ya después de los 8-10 años, la responsabilidad de la limpieza recae totalmente en el niño y sólo se revisará su correcta realización.

¿Cuándo realizar la primera visita a la clínica dental?

Cerca del primer cumpleaños de su bebé, llame a su dentista y pregúntele cuándo debe acudir para una primera visita. Usualmente es recomendable ver a un niño entre las edades de 1 y 2 años. Durante la primera visita el dentista hará una revisión de los dientes de su bebé, y se aconsejará sobre el mejor cuidado de su salud oral. Detectar a tiempo malos hábitos que dañan sus dientes para abandonarlos antes de que provoquen un problema y enseñarles a adoptar unas medidas de higiene adecuadas. Lo ideal es que esta primera visita nunca tenga que ser de urgencia.

¿Los dientes de leche, hay que arreglarlos?

Los dientes de leche no sólo hay que cuidarlos por motivos estéticos, sino que guardan el espacio a los dientes permanentes que saldrán después, también para masticar bien la comida, hablar correctamente funciones muy importantes en esta etapa de la vida y que cualquier problema dental puede alterar.
Los dientes de leche se carían más rápidamente que los permanentes, debido a que los nervios de los dientes temporales son proporcionalmente mayores que los de los dientes permanentes; por su parte, las capas que protegen al nervio, llamadas esmalte y dentina, son más delgadas en los temporales que en los permanentes.
Una caries es un foco infeccioso (cavidad llena de bacterias) que aumenta el riesgo de contaminar otro diente, como si mantenemos una manzana podrida en un cesto aumenta el riesgo de que se estropeen las demás. Lo que significa que si tenemos caries en los dientes de leche tendremos caries en los definitivos.

¿Debo dejar comer dulces a mi hijo?

Los dulces se relacionan directamente con la caries dental. Sin embargo, es muy difícil eliminarlos totalmente de la dieta diaria del niño. Lo que produce la caries, no es tanto la cantidad de dulces sino la frecuencia con que se coman los dulces, una buena estrategia es limitarlos a un día a la semana, sobre todo en aquellos niños a los que ya se les ha hecho un empaste. Es importante lavarle los dientes después del consumo de dulces. Debe tratarse de sustituir los dulces por alimentos más sanos, como son las frutas, verduras, queso, nueces, bocadillos de chorizo, jamón etc. Recordemos también evitar sobretodo los dulces que tienen consistencia pegajosa (chocolate, mermeladas,...), dado que permanecen más tiempo pegados a los dientes y favorecen el crecimiento de bacterias y con ellas la placa dental que produce la caries.

¿Cómo motivar a los hijos en el cuidado de la boca?

Generalmente en estos grupos de edad suelen ser un poco perezosos con el cepillado de la boca, algo más los chicos que las chicas. Ellas son más sensibles a tener una boca bonita y limpia, y se les anima fácilmente diciéndoles que van a tener una sonrisa bonita, ya que, les parece más femenino.
En el caso de los chicos cuesta más porque incluso pueden considerar una boca más descuidada como un signo masculino. Hay que hacerles entender la necesidad de prevenir problemas, pero si aun así no se cuidan, una buena estrategia es explicarles que la boca es una fuente de energía, que si tienen bien cuidada la boca y respiran bien tendrán más fuerza y energía para ganar los partidos de fútbol o actividad que les guste practicar. Afortunadamente cada vez los niños y jóvenes de hoy se preocupan más del cuidado de su aspecto y esto ayuda a la motivación del cuidado de su boca.

Consejos útiles:

- Revisar regularmente la boca de su hijo.
- Felicitar de vez en cuando por hacer un buen trabajo en el cuidado de la boca.
- Limitar el consumo de dulces.
- Ser un buen ejemplo con el cuidado regular de la boca.
- Enseñarle como realizar el cuidado de los dientes.
- Usar la seda dental al principio puede ser complicado para el niño, empezar mostrándole primero como lo hacemos nosotros.
- Ir al dentista tiene que ser una buena experiencia para padres e hijos.
- No pasar los miedos propios al niño, ni asustar (el típico: no te va a doler).
- Sonreir frecuentemente para mostrarle la importancia de una boca sana.
- Asegurar que el cepillo está en buenas condiciones.

Las grasas o lípidos

Claudia Urdangarín Fernández
Arantza Ruiz de las Heras de la Hera
Dietistas-Nutricionistas.
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra

Las grasas o lípidos han sido los grandes desconocidos de la nutrición hasta que, a partir de los años 20, diversos estudios demostraron la necesidad de consumirlas diariamente.

Los primeros estudios prestaron especial atención a la relación existente entre la cantidad y el tipo de grasa consumida y el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras enfermedades degenerativas. Las conclusiones aconsejaban moderación en el consumo de grasa total y grasa negativa para nuestra salud, también llamada "saturada" y colesterol. Nuevas investigaciones y el desarrollo en los últimos años de alimentos enriquecidos con los diversos tipos de grasas (ácidos grasos omega-3, etc.) abren nuevos caminos en la mejora de nuestra salud y calidad de vida, mediante la modificación en el consumo de diferentes perfiles de grasa.

¿Qué son?

Las grasas son un conjunto heterogéneo de moléculas, algunas de ellas muy complejas, que tienen en común su insolubilidad en agua, no se mezclan con ella. Las de mayor importancia desde el punto de vista dietético y nutricional son los triglicéridos, los fosfolípidos y otros lípidos como el colesterol.

Clasificación y fuentes

TRIGLICÉRIDOS

Son las grasas más abundantes en nuestro organismo (90% de la grasa corporal) y también de los alimentos.

Ácidos grasos saturados

Poseen una cadena completa y son sólidos a temperatura ambiente.

Incrementan los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre en caso de consumo excesivo.

Ácidos grasos insaturados

Su cadena de elementos no está completa y posee dobles enlaces entre algunos carbonos o instauraciones, de ahí su denominación.

Ácidos grasos monoinsaturados

El más representativo es el ácido oleico que protege al corazón, rebajando los niveles de colesterol total y aumentando el colesterol bueno.

Ácidos grasos poliinsaturados

Omega-6 hacen reducir los niveles de colesterol total.

Omega-3 reducen las concentraciones de triglicéridos y colesterol malo en sangre y poseen una clara acción contra la formación de trombos.

FOSFOLÍPIDOS

Son grasas con ácido fosfórico que se encuentran en nuestro cuerpo y en alimentos de nuestra dieta de forma no especialmente abundante.

COLESTEROL

Es una sustancia de las membranas celulares de nuestro cuerpo. Existe un colesterol que produce nuestro organismo de forma natural o endógena y otro que obtenemos de los alimentos.

El colesterol se transporta en sangre unido a proteínas y a otras grasas, formando lipoproteínas. Las más conocidas son HDL-c o colesterol bueno y LDL-c o colesterol malo. Se considera bueno porque conduce el colesterol desde el torrente sanguíneo hacia el hígado evitando que se acumule en las paredes de los vasos sanguíneos.

Funciones

- Constituye una fuente de energía fundamental para nuestro organismo con un aporte de 9 Kcal por cada gramo.
- Aporta una reserva importante de energía a medio y largo plazo.
- Colabora en la regulación de la temperatura corporal.
- Envuelve y protege diversos órganos como corazón, nervios y riñones.
- Actúa como vehículo de transporte de vitaminas liposolubles (A, D, E, K) y facilita su absorción.
- Participa en la formación de determinadas hormonas.
- Posee una función claramente estructural al proporcionar estabilidad a diversos tejidos y estar incorporada en las paredes de las células.
- Suministra ácidos grasos esenciales para nuestro organismo que no puede obtener de otra manera.
- Colabora en la fabricación de moléculas de gran importancia como la vitamina D o sales biliares.
- Proporciona buena palatabilidad a los alimentos.

Recomendaciones

Actualmente la cantidad de consumo grasa diaria recomendada es de no más del 30% de todas las Kilocarías que se consuman. Sobre este consejo general, hay una salvedad que dice que, si la mayor parte de las grasas tomadas provienen del aceite de oliva, se permite un consumo mayor (de hasta el 35% del total de Kcal).

De todos los lípidos consumidos, hay que dar preferencia a los monoinsaturados, que deben constituir alrededor de la mitad de toda la grasa y el resto repartirse, más o menos a partes iguales, entre poliinsaturados y saturados. Además, conviene no sobrepasar los 300 mg. diarios de colesterol.

Enfermedades con las que se relacionan

Debido a su elevado rendimiento calórico (9 Kcal/g) conviene tener especial cuidado con su consumo en procesos de sobrepeso y obesidad. Asimismo es importante controlar la cantidad y el tipo de grasas cuando hay procesos de alteraciones de estas sustancias en sangre (colesterol alto, triglicéridos elevados, etc.) debido a su relación con patología cardiovascular.

Además, la alteración de determinados lípidos es uno de los múltiples factores desencadenantes del denominado proceso "síndrome metabólico" en el que hay diferentes patologías que convergen: hipertensión, obesidad, diabetes, etc.

El aceite de oliva

Es la base de la dieta mediterránea y se ha revelado como alimento fundamental debido a sus múltiples beneficios cardiovasculares, antioxidantes o protectores de enfermedades como el cáncer, la diabetes o patologías digestivas. Por su alto contenido en grasas monoinsaturadas, ayuda a regular el nivel de colesterol en sangre. Además, contiene polifenoles, antioxidantes naturales que ayudan a ralentizar el envejecimiento celular. Por todo esto, el aceite de oliva debe ser la grasa de elección frente a otras como las saturadas o las grasas trans, presentes en algunos alimentos procesados.

Grasas hidrogenadas, parcialmente hidrogenadas o trans

La margarina se obtiene a partir de aceites vegetales líquidos, que han sido sometidos a un proceso tecnológico para pasar a ser sólidos. Este proceso desencadenaba la formación de ácidos grasos trans, con una estructura química muy poco abundante en la naturaleza y con claras implicaciones negativas para la salud cardiovascular. Actualmente la industria alimentaria produce margarinas con menos de un 1% de ácidos grasos trans. Sin embargo, estas grasas son todavía ampliamente utilizadas en la fabricación de productos precocinados, snacks, y coberturas varias.

Fuentes de grasa dietética

Ácidos grasos monoinsaturados: aceite de oliva, ciertas partes del cerdo, aguacate.

Ácidos grasos poliinsaturados Omega 6: aceite de semillas (girasol), frutos secos.

Ácidos grasos poliinsaturados Omega 3: pescado azul (salmón, atún bonito, sardina, anchoa, trucha, chicharro, etc.), frutos secos, soja.

Ácidos grasos saturados: carnes grasas (cordero, pato, ganso) y derivados (embutido, paté, tocino, etc.), leche y lácteos enteros (nata, mantequilla), productos preparados y/o precocinados, repostería industrial, snacks, etc. Aceite de coco y palma (como excepción de grasas de origen vegetal que contienen ácidos grasos saturados).

El autismo

Ana Guinea Hidalgo.
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Fundación Argibide

Raquel Calvo Ablanedo.
Psiquiatría infantil.
Fundación Argibide

Para poder entender cómo se siente una persona con autismo, sería preciso que contásemos con la capacidad de ponernos en su lugar, percibiendo y entendiendo sus emociones o pensamientos y comprendiendo que estos pueden ser diferentes a los n uestros. Esta capacidad denominada empatía o un concepto más amplio como es la teoría de la mente, supone justamente la limitación fundamental en las personas que padecen este trastorno. Así, les resulta difícil entender que los demás tengan una visión del m undo (pensamientos, emociones o necesidades) diferente a la suya, para poder predecir la conducta de otras personas. Estas limitaciones se pueden además acompañar de dificultades en la comunicación verbal y no v erbal, lo que les alejaría más si cabe, de las relaciones s ociales n ormalizadas. También suele ser característico que posean un limitado y repetitivo patrón de intereses y conductas, normalmente solitarias.

Los signos varían en función de la gravedad. Aunque están presentes desde la primera infancia, en muchas ocasiones pueden pasar desapercibidos en los primeros meses o incluso en los primeros años de la vida. Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) frecuentemente permanecen sin identificar y diagnosticar hasta edades preescolares tardías. Aunque suele existir un intervalo de tiempo entre las primeras preocupaciones de los padres sobre su hijo y la edad en la que se hace el diagnóstico, actualmente sí es posible realizar precozmente el diagnóstico de un TEA. Para ello, es importante que los profesionales de la salud y la educación en la infancia conozcan algunas de las manifestaciones tempranas de estos trastornos, para poderlos identificar en su práctica cotidiana y aumentar la probabilidad de un diagnóstico precoz fiable.

Los recién nacidos suelen mostrar escasa intención comunicativa (por ejemplo no echan los brazos para que les aúpen, o miran poco o nada a los ojos o no suelen señalar); pueden presentar un retraso en el desarrollo del lenguaje o una interrupción del mismo.

Conforme avanza el tiempo se hacen evidentes otras limitaciones; por ejemplo tienen juegos excesivamente simples para su nivel de desarrollo y suelen optar por los juegos solitarios. La actividad imaginativa resulta afectada, por lo que la gran mayoría fallan en el juego simbólico propio de su edad. Su lenguaje puede ser limitado o resultar peculiar o poco comprensible al interlocutor, no llegando a conseguir las habilidades necesarias para llevar a cabo una conversación. También pueden centrarse en temas o intereses de manera incansable, sin sentir la necesidad de compartirlo con otros. Las conductas son en ocasiones, ritualistas y repetitivas y a menudo se da una gran resistencia al cambio y las variaciones insignificantes en el entorno pueden provocar un profundo malestar. Las relaciones con los compañeros les siguen costando y pueden aparecer los primeros problemas derivados de entender las situaciones o los comentarios de manera literal.

Evaluación cualitativa

A nivel académico pueden tener limitaciones en algunas materias y sin embargo destacar en otras; estas desarmonías evolutivas y disociaciones funcionales constituyen la norma más que la excepción.

Las limitaciones que provocan estas características pueden ser muchas, dependiendo del nivel de gravedad del cuadro. En algunas personas se da un aislamiento total a nivel social, otros se muestran pasivos en sus interacciones, con un escaso interés hacia los demás. En otros casos, pueden ser muy activos en establecer contactos sociales, pero lo hacen de una manera poco habitual o de forma unilateral, sin considerar plenamente las reacciones de los demás.

Además de todo ello, el trastorno autista puede asociarse con frecuencia a otros síntomas y cuadros como los episodios de ansiedad o depresión, la hiperactividad, los problemas atencionales, la baja tolerancia a la frustración y las alteraciones conductuales o respuestas emocionales desproporcionadas. La diversidad en las manifestaciones clínicas conlleva la necesidad de realizar un proceso muy cuidadoso de valoración, en el que se evalúen con claridad las diferentes áreas y competencias y que no se quede únicamente en puntuaciones, sino que incluya una estimación cualitativa de los puntos fuertes y débiles de la persona.

Pese a que el autismo se descubrió hace más de cincuenta años, el conocimiento especialmente de sus causas es aún muy limitado. Ya quedan muy lejos las antiguas teorías que planteaban que era un trastorno producto de las relaciones tempranas con los padres.

Actualmente se considera que el autismo viene dado por una afectación en el cerebro y que esta puede ser de origen genético. Los estudios de gemelos idénticos han encontrado que si uno de los gemelos es autista, la probabilidad de que el otro también lo sea es de un 60%. Por otra parte, los estudios de personas autistas han encontrado diferencias en algunas regiones del cerebro, incluyendo el cerebelo, la amígdala, el hipocampo, entre otras. Parece que las alteraciones cerebrales en el autismo no se reducen a una sola área cerebral, sino que envuelven a distintas estructuras dentro de una red neuronal globalmente afectada. Estas diferencias sugieren que el autismo podría resultar de un desarrollo atípico del cerebro durante el crecimiento fetal.

No existe por ahora un tratamiento que cure el autismo, sino que la intervención está dirigida a paliar y entrenar las dificultades presentes. En la actualidad el tratamiento de elección está basado en el análisis conductual, puesto que estudios científicos han demostrado su utilidad para elevar el nivel de funcionamiento. Se cree que un inicio temprano de la terapia y la intensidad de la misma mejora las probabilidades de aumentar el nivel de funcionamiento; es por ello, que el diagnóstico precoz resulta tan importante. Además se debe tomar el ámbito académico como vehiculo para el tratamiento, por lo que sería preciso crear programas educativos adaptados a las necesidades individuales de cada persona con autismo y utilizar el espacio escolar como fuente de entrenamiento social.

La lengua de signos en el ámbito escolar

Alicia Ruiz Oria
Maestra de Audición y Lenguaje
Tutora de la Estructura de Dificultad Aditiva del IES Plaza de la Cruz

Ha sido muy complicado sintetizar la labor que venimos realizando y advierto que lo que aquí se recoge es una forma de trabajar, existen otras metodologías y filosofías, las cuales son posiblemente mejores, pero aquí os presentamos la nuestra.

La L.S.E., son las siglas de Lengua de Signos Española, es la lengua natural y propia de las Personas sordas, como todas las lenguas dispone de unas reglas y estructura que la regulan. En el año 2007 se aprobó la ley que la reconoce, BOE número 255 de 24/10/2007.

Actualmente los medios técnicos y la medicina han avanzado mucho. Ahora, al segundo día del nacimiento, podemos conocer si nuestro bebé tiene o no dificultades auditivas, además, el Implante Coclear ha supuesto toda una revolución, ya que ofrece la oportunidad de acceder al mundo auditivo.

Sería muy largo profundizar en el tema de la Dificultad Auditiva. Este artículo pretende dar a conocer una metodología didáctica, una forma de trabajar con las personas que presentan dicha dificultad y más concretamente con alumnado de secundaria.

El Sistema Educativo en Navarra dispone de Centros Escolares Preferentes para Dificultad Auditiva en diferentes puntos de su geografía, uno de ellos es el Instituto Plaza de la Cruz de Pamplona, aquí es donde desarrollamos nuestra labor.

Dificultad auditiva bilateral profunda

Nuestros alumnos pertenecen a dos tipos, por un lado los alumnos implantados que se encuentran escolarizados en grupos ordinarios y los alumnos implantados que se encuentran escolarizados en una estructura de dificultad auditiva; de ésta última es de la que vamos a hablar.

El trabajo que os voy a presentar aquí se refiere a los alumnos que presentan dificultad auditiva bilateral profunda paliada con implante unilateral de implantación tardía. ¿Qué quiere decir esto?, se trata de niños/as cuya intervención quirúrgica se realizó alrededor de los 7 años, lo cual tiene grandes implicaciones de cara a la adquisición de la lengua oral, son alumnos que no han desarrollado dicha lengua, por lo que se vio clara la necesidad de introducir la Lengua Signada, ya que necesitaban un código de comunicación.

Además al terminar la primaria se daba la circunstancia de que estos alumnos no llegaban a los niveles académicos exigidos en secundaria, por lo que se vio la necesidad de darles una respuesta educativa específica, por ello se creó dentro del centro preferente de secundaria la estructura de dificultad auditiva.

Comenzamos nuestra andadura hace dos cursos, ahora iniciamos el tercero, la novedad principal es que el código lingüístico empleado es el signado. No por ello queda relegada la lengua oral y escrita, ambas son objetivos prioritarios, pero el acceso a la información y la comunicación es signada.

Nuestros alumnos están integrados en un grupo de referencia ordinario, donde se relacionan con sus iguales oyentes y luego tienen un aula específica donde trabajamos las áreas instrumentales, Lengua y matemáticas además del conocimiento social y natural.

Acuden a las materias comunes como: Educación Física, Tecnología, Plástica o Música, según el curso, Religión y Tutoría. En estas áreas yo estoy dentro del aula apoyando las clases con L.S.E., mientras el profesor ordinario imparte sus clases.

Proyectos por ámbitos educativos

Luego en el aula específica se trabaja mediante proyectos y por ámbitos educativos. El trabajo por proyectos es más amplio que por materias o áreas, de forma que se trabajan diferentes áreas en un solo proyecto.

Al margen de los proyectos más curriculares tenemos otros proyectos que apoyan la consecución de nuestros objetivos, los cuales son:

KAMISHIBAI: es un teatro de origen japonés que se realiza a través de unas láminas, nosotros elegimos un tema que interese a los chicos y lo desarrollamos. Son ellos los que inventan la trama para luego elaborar un guión. Diseñan y dibujan las diferentes láminas que apoyan al texto y finalmente escriben el texto en el reverso de las láminas para que el narrador lo lea.

TRIBUCAN: es un proyecto de la CAN donde a través de una guía los chicos investigan sobre un país, generalmente de los denominados pobres, luego aprenden a crear una empresa, venden un producto y lo recaudado se envía a un proyecto de alguna ONG que opera en dicho país.

COCINA: a través de este taller intentamos crear autonomía y desarrollar el trabajo cooperativo. Deben escoger una receta, elaborar la lista de la compra, repartir las diferentes tareas que va a realizar cada uno. Así mismo se desarrolla el taller de compra.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN: en este taller trabajamos con el periódico, una vez a la semana tenemos diarios en el Instituto, con lo que aprovechamos para comentar diferentes noticias y trabajar diferentes aspectos del lenguaje. Los medios audiovisuales son vitales para nuestro trabajo, y más con personas sordas, ya que el principal canal de entrada es el visual.

Toda la información oral se da a través de la L.S.E., y es muy gratificante ver cómo los alumnos adquieren contenidos y te plantean dudas sobre los mismos, gracias a esto soy capaz de saber lo que conocen y no me veo impedida por ninguna barrera lingüística.

Es por todo esto por lo que trabajamos por proyectos con marcados objetivos lingüísticos, pero no debemos olvidarnos de la dimensión global del alumno, y este método de trabajo nos ayuda a desarrollar todas las facetas de la persona.

Lo más importante es que accedan a una buena información, que sepan comprenderla e integrarla para poder dar respuestas correctas en los diferentes contextos a los que se enfrentan.

Didácticas flexibles y dinámicas

El gran reto de la educación secundaria, en estos chavales, es formarles de cara al acceso a la formación profesional, por lo que tratamos de orientarles y prepararles para que elijan lo que más se acerque a sus intereses y gustos profesionales.

Procuramos tener didácticas flexibles y dinámicas donde podamos dar respuesta a las necesidades e intereses que les vayan surgiendo, no tenemos que terminar un proyecto determinado si no hay interés, podemos dejarlo y elaborar otro que suscite más interés.

No sé si queda clara nuestra labor, son muchas cosas para sintetizarlas en un artículo, somos un equipo de profesionales que trabajamos en el ámbito de la Educación especial, con perfiles de Maestro de Audición y Lenguaje y Pedagogía Terapéutica, que trabajamos todos a una, compartimos espacios, proyectos, metodologías, etc.

Despertar intraoperatorio

Dr. Miguel Castañeda Pascual / Dr. Miguel Batllori Gastón
Servicio de Anestesiología y Reanimación
Complejo Hospitalario de Navarra

"Recuerdo un tubo de plástico avanzando por el interior de mi garganta, después intenté toser, abrir los ojos, dar alguna señal de que estaba despierto. En aquel punto el pánico se apoderó de mí y sentí cómo mi corazón se aceleraba. En mi interior estaba llorando, pero nadie lo notaba. La misma sensación que debe sentir esa gente a la que entierran viva".

Este es el relato verídico de una paciente tras su paso por quirófano para ser sometida a una intervención bajo, teóricamente, anestesia general.

¿Qué es el despertar intraoperatorio?

El despertar intraoperatorio (DIO) es aquel estado en el que el paciente ha sido consciente de sucesos ocurridos durante una anestesia general y es capaz de narrarlo una vez finalizada ésta. Abarca desde una leve percepción de sonidos y sensaciones hasta la audición franca de ruidos y conversaciones. Es conveniente saber que el oído es el último estímulo sensorial que se pierde, y que rara vez se percibe tacto o dolor.
Se trata de uno de los principales temores que manifiestan los pacientes antes de pasar por quirófano. En una encuesta publicada en 1990, un 50% de los pacientes que iban a ser intervenidos referían tener "miedo a enterarse de la cirugía". Igualmente, representa una continua preocupación para los anestesiólogos.

¿Es frecuente el DIO?

El DIO es una rara complicación anestésica. Clásicamente se ha aceptado que 1 de cada 1000 personas que son intervenidas quirúrgicamente en el mundo sufre algún tipo de despertar durante la intervención. Por suerte, y gracias al avance en la monitorización anestésica, estas cifras han descendido.
El DIO representa una de las principales causas de demanda judicial por motivo anestésico.

¿Qué experimenta el paciente durante el DIO?

Estos despertares suelen pasar desapercibidos para el paciente y no son recordados. Sin embargo, en algún caso, el recuerdo de todo el proceso quirúrgico es evidente, y es vivido como una experiencia traumática dejando secuelas, en ocasiones, de por vida.
Lo más frecuente son las percepciones auditivas, seguida por la vivencia de una cuadro de ansiedad y angustia en relación a la parálisis y al miedo a sentir dolor.

¿Cuáles son sus causas?

La principal causa de DIO es un error en la administración de drogas anestésicas, bien por fallo en la dosificación, o por error en la técnica de administración (intercambio de jeringas, jeringas mal identificadas, fallo en el funcionamiento de infusores anestésicos, etc.). El paciente no recibe una correcta hipnosis, y por ello "superficializa" su estado de consciencia.
Además, suelen darse casos de DIO en pacientes en los que la monitorización intraoperatoria es deficiente o se obvia la vigilancia de la profundidad anestésica.
En cualquier caso, debemos ser humildes y aceptar que, la mayoría de las veces, el DIO suele ser debido a errores humanos y no a errores del aparataje.

¿Existen pacientes o cirugías con más riesgo de presentar un DIO?

Alrededor del 1% de las pacientes sometidas a cesárea bajo anestesia general presentan episodios de DIO. Esta mayor incidencia se debe a cambios fisiológicos del embarazo y, sobre todo, a una reducción intencionada de fármacos anestésicos y opioides, con el fin de evitar la depresión respiratoria y neurológica del neonato.
Igualmente existe una mayor incidencia de DIO en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Ello se debe a la dificultad que entraña titular las dosis de anestésicos cuando el paciente permanece en circulación extracorpórea.

El DIO en pacientes politraumatizados suele ser debido a una deficiente monitorización y a la limitación en la administración de fármacos depresores.
No se nos debe olvidar que, pacientes jóvenes, obesos, consumidores crónicos de drogas y/o alcohol y los estados de hipertermia, pueden precisar de mayores dosis de anestésicos para lograr una profundidad hipnótica correcta.

¿Cómo se puede sospechar un cuadro de DIO en quirófano?

Partiendo de la premisa que es muy difícil medir o monitorizar de forma totalmente fiable la hipnosis, el anestesiólogo puede sospechar un DIO mediante signos indirectos durante la intervención: elevación de la frecuencia cardiaca y la presión arterial, sudoración, lagrimeo, salivación, enrojecimiento cutáneo y movimientos del paciente si no se han usado bloqueantes neuromusculares o ha cesado el efecto de éstos.

¿Qué consecuencias puede acarrear un episodio de DIO?

Las consecuencias son muy variadas y van desde trastornos del sueño, pesadillas, recuerdos desagradables, ansiedad, ataques de pánico, preocupación por la muerte y miedo a futuras anestesias, hasta Síndrome de estrés postraumático en el peor de los casos. En estos últimos casos suele ser necesario apoyo psicológico y/o tratamiento psiquiátrico.

¿Cómo podemos evitarlo?

El DIO, incluso en los grupos de riesgo anteriormente mencionados, es una complicación potencialmente evitable y representa un reto a alcanzar para todo anestesiólogo. Se debe realizar, de forma rutinaria, una correcta revisión de los fármacos y circuitos anestésicos, así como de todos los dispositivos de monitorización disponibles en quirófano.
Hoy en día, los anestesiólogos se han rodeado de equipos de monitorización avanzados que permiten el control de constantes respiratorias, neurológicas, hemodinámicas, etc. a tiempo real. El desarrollo de dispositivos que miden la intensidad de la actividad cerebral y de la musculatura facial, facilitan el control del nivel de consciencia durante todo el acto quirúrgico.

Desde la visita preanestésica, la labor del anestesiólogo consistirá en informar y tranquilizar al paciente en este aspecto. Un ambiente cordial desde que el paciente llega al quirófano, ayudará al enfermo a tener un sueño agradable.
Ante todo, los anestesiólogos no podemos dejar que los avances tecnológicos actuales, nos hagan ser más cómodos y confiados, cayendo en el peligroso error de obviar la vigilancia más importante, la del propio personal presente en el quirófano.

Bienestar emocional para una salud integral

Dr. Manuel Martín. Director Médico Centros Benito Menni
D. José Ignacio Martín Badules. Delegado Episcopal P. Salud – Ancianos y D.U.E

Como cada año, el 10 de octubre, se celebra "El Día Mundial de la Salud Mental", este año con el lema "Bienestar emocional para una salud intergral".

La Iglesia de Navarra se une a esta celebración y quiere colaborar en mejorar la calidad de vida defendiendo los derechos de los más de 450 millones de personas que viven en el mundo con alguna enfermedad mental. Que esta Campaña ayude a todos a tomar conciencia del lugar que están ocupando en estos momentos estas personas y sus familias en nuestra sociedad y en nuestra Iglesia de Navarra.

Con respecto a los enfermos mentales, ¿nos podríais definir brevemente, quiénes son estas personas y qué alteraciones presentan o sufren?

Es una pregunta más complicada de lo que parece, porque no existe un concepto único de enfermedad mental. Pero podemos decir que las personas con enfermedad mental se caracterizan por la presencia de unos síntomas típicos o alteraciones psicopatológicas con un determinado nivel de intensidad o especificidad, por el sufrimiento para ellas y/o sus familiares que estos síntomas producen, y por el déficit funcional a que dan lugar.

Los síntomas son muy variados, y comprenden todo el rango de la actividad psíquica e intelectual de la persona. Son especialmente frecuentes los síntomas de tipo emocional, como la angustia o la depresión. Pero también son muy frecuentes las alteraciones cognitivas –típicas, por ejemplo, de la enfermedad de Alzheimer– y del curso o contenido del pensamiento, como ocurre en los trastornos psicóticos.

También quiero destacar que las enfermedades mentales dan lugar a veces a dificultades en la comunicación y la relación con los demás, lo que a su vez se traduce en aislamiento. Este es uno de los grandes dramas de la enfermedad mental.

Actualmente, ¿cuántos son en nuestra Comunidad Navarra y cuáles serían los principales grupos de riesgo?

Las enfermedades mentales son muy prevalentes. Si consideramos todos los tipos de trastornos psiquiátricos, la tasa es del 20% de la población general, claro que en ella se incluyen entidades relativamente benignas, como los trastornos de adaptación, que son compatibles con una vida normal.

Si nos ceñimos a la enfermedad mental grave –en la que se integran la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el trastorno bipolar, y formas graves de trastornos de la personalidad y de trastornos por angustia– la tasa se reduce al 3% de la población general. Por lo tanto, si en Navarra tenemos una población de 630.578 personas, según datos del Padrón de 2009, podemos estimar el número de personas afectadas de enfermedad mental grave en 20.000, aproximadamente.

Los grupos de riesgo más importantes están integrados por los familiares en primer grado de las personas afectadas, las personas que viven en situación de exclusión o con escaso apoyo social y familiar, las consumidoras de tóxicos, y las personas con un nivel socioeconómico bajo.

Las personas con estas patologías, ¿dónde están? En la nueva visión de la Psiquiatría Navarra, se contemplan recursos para atender a estas personas en Centros de Salud mental, en Centros de Día, en sus casas con su familia. ¿Se está haciendo un esfuerzo por integrarlas en la sociedad?

La mayoría de las personas aquejadas por enfermedad mental grave viven en sus domicilios, y sólo un número relativamente pequeño –en torno a 300 personas en toda Navarra– lo hace en instituciones. Esta situación es positiva, pero está en riesgo, ya que las familias se encuentran cada vez con mayores dificultades para atender a las personas con enfermedad mental grave y discapacidad.

Por lo que respecta al desarrollo de servicios, efectivamente, se está haciendo un esfuerzo, y un esfuerzo importante. En Navarra se cuenta afortunadamente con un nivel bueno de desarrollo de servicios, si lo comparamos con otras Comunidades e incluso en el entorno de Europa. Pero con todo, no es suficiente. Hay muchas personas afectadas. Las carencias son todavía muy notables, y las más sangrantes no se deben a falta de recursos, sino a problemas de estructuración, coordinación y liderazgo dentro de la red de Salud Mental. Carecemos de un Plan de Salud Mental, y de una estructura organizativa acorde con el mismo. Nuestro sistema sanitario tiene un grave problema, cuando consiente que esta situación se perpetúe durante años, sin afrontarla de una forma seria y eficaz. Los partidos políticos están más preocupados por la lucha de poder y por los personalismos, que por arreglar esta situación. Por lo que respecta a la Administración actual, tampoco es encomiable la mala coordinación entre Departamentos, en concreto los de Salud y Asuntos Sociales. Si aplicamos aquella frase del Evangelio, "por sus obras los conoceréis", la impresión de conjunto de las personas responsables es sencillamente lamentable. Es una verdadera lástima, porque con el tamaño y los recursos de Navarra, está a nuestro alcance ser una Comunidad ejemplar en la atención a los enfermos mentales.

Una vez más, se demuestra que olvidarse de las personas con enfermedad mental no resulta gravoso. Es un problema global, que se relaciona con el estigma y la vergüenza que todavía generan las enfermedades mentales. Además, la propia patología limita la capacidad de los enfermos para exigir la mejor atención posible. Con todo ello, no soy pesimista. Pero hay que seguir en la lucha.

Las personas con enfermedad mental, me figuro que tendrán alter ada la parte más importante de la persona, que es la afectiva. Nos podríais aclarar, ¿qué sentimientos son los que más se desestabilizan y que más cuidados necesitan?

La vivencia de desintegración del aparato psíquico es sencillamente aterradora. Junto a ella, la depresión grave hace que la persona carezca de alicientes para la vida. Quizás sean el grado sumo del sufrimiento que genera la enfermedad mental. No obstante, hay que destacar que los tratamientos actuales –farmacológicos y psicoterapéuticos- consiguen que las personas con enfermedad mental no tengan de forma permanente este tipo de vivencias, y que incluso estén libres de síntomas durante la mayor parte del tiempo. La mayoría de ellas piensan que merece la pena vivir su vida, aún con las limitaciones inherentes a la enfermedad. Pero necesitan ayuda, y sobre todo, no sentirse rechazados o marginados. La soledad y la incomunicación son los grandes dramas de la enfermedad mental.

¿Qué papel ocupa la familia? ¿Qué es lo qué más necesita?

La Reforma Psiquiátrica de los años 80 tuvo el acierto de despojar al hospital psiquiátrico de su papel como eje central de la atención en Psiquiatría, y de impulsar la creación de una red de servicios orientados al mantenimiento del enfermo en su ambiente habitual, con su familia. Por tanto, la familia juega un papel fundamental en la atención al enfermo mental.

No obstante, la Reforma no tuvo en cuenta, quizás por una ideologización excesiva, que el entorno familiar no era siempre el más adecuado para atender a determinados pacientes, y que en cualquier caso, la carga de atender a una persona con enfermedad mental grave puede llegar a sobrepasar las capacidades de la familia. Por lo tanto, los recursos residenciales siguen siendo necesarios.

La familia necesita ayuda para seguir cuidando. En primer lugar, necesita librarse del estigma de la enfermedad, que alcanza no sólo a la persona afectada, sino a sus familiares. En segundo lugar, necesita reconocimiento social y canales de transmisión de sus necesidades. Y finalmente, necesita una serie de recursos específicos, que van desde programas para la reducción de la sobrecarga del cuidador, a que se disponga de un procedimiento de actuación para ingresos involuntarios. Pero sobre todo necesita una buena red de servicios y recursos, dotada con profesionales motivados, competentes, humanos y responsables, y tener la garantía de que la sociedad no va a abandonar a los enfermos cuando su familia ya no pueda hacerse cargo de ellos.

En estos momentos, ¿qué aporta San Benito Menni, por medio de su s hijas, las Hermanas Hospitalarias, en el cuidado y acompañamiento a estas personas?

El conocimiento de Benito Menni, su vida, el contexto en el que nació la obra hospitalaria y los planteamientos que él hizo son elementos fundamentales que hoy se siguen teniendo en cuenta en la Obra de las Hermanas Hospitalarias para el cuidado de los pacientes.

Las hermanas, junto con los colaboradores que estamos en la obra hospitalaria, trabajamos por crear en todos una conciencia individual y colectiva de que somos protagonistas del momento actual de la Hospitalidad. Estamos empeñados, a través de todos los medios a nuestro alcance, para que los pacientes sean cuidados y tratados como Benito Menni nos decía, "uniendo ciencia y caridad". Por ello buscamos buenas personas, humanas y técnicamente bien preparadas, y tratamos de realizar este cuidado a través de los valores hospitalarios que inciden en la salud integral del pacientes.

La Clínica del Padre Benito Menni, lleva muchos años prestando un servicio y una presencia amable de la Iglesia en Navarra desde el Carisma de la Hos pitalidad, ¿nos podríais hacer un breve recorrido histórico y evolutivo de esta presencia hasta el día de hoy?

Siendo justos desde un punto de vista histórico, tendríamos que citar primero la comunidad de Hermanas Hospitalarias del Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier, presente en el mismo desde su fundación en 1904 hasta su cierre como hospital en 2000, y fundada por el mismo San Benito Menni. Asimismo, no podemos olvidar el Centro Hospitalario Benito Menni de Elizondo, fundado como Clínica Ntra. Sra. del Pilar en 1938. Y, finalmente, la Clínica Padre Menni de Pamplona, que data de 1950, que tuvo como primera denominación la de Clínica Ntra. Sra. del Camino. Ambos continúan su andadora en la actualidad.

Como puede desprenderse de una trayectoria tan dilatada, las Hermanas han estado presentes desde el primer momento en que se empieza a prestar en Navarra una asistencia psiquiátrica moderna, basada en los conocimientos médicos y científicos del momento. Todos los historiadores que se han ocupado de la historia de la Psiquiatría en Navarra –por ejemplo, Luis Lizarraga, Javier Aztaráin o José Varo– han reconocido el papel de las Hermanas como adelantadas de las mejoras asistenciales en las distintas épocas, y de la humanización del trato a los enfermos.

Aún hoy día, y teniendo en cuenta el gran desarrollo de servicios que se ha producido a partir de los años ochenta del siglo XX, los centros de las Hermanas tienen un papel muy relevante en la atención a las personas con enfermedad mental grave y discapacidad asociada. Pero realmente, hoy día nuestra actuación se extiende a todo el ámbito de la Psiquiatría, a través de una serie amplia de dispositivos, tanto de hospitalización, como residenciales, y ambulatorios. Por citar un par de cifras, en 2009 realizamos en Navarra 8.206 consultas ambulatorias, y se contabilizaron un total de 127.167 días de ingreso.

Por último, cada uno desde nuestro lugar, ¿Qué podemos hacer por estas personas?

Conocer la enfermedad, respetar al enfermo, integrarlo en la sociedad, favorecer todo lo que sea la igualdad con otras enfermedades, y no considerarlos "especiales". Son personas como nosotras, con gran corazón y cariño. Tienen los mismos retos ante la vida que cualquier ser humano, y la misma oportunidad de paz y alegría. En definitiva, quererles de verdad.

Los beneficios de beber agua

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

Beber agua es necesario e imprescindible para vivir. Tanto es así que un ser humano puede sobrevivir varios días sin comer pero no sin aportar líquidos al organismo. Sin agua, no hay vida.

Casi la totalidad de la población es consciente de que hay que beber al menos un litro y medio de agua diario, pero lo que quizás muchos no sepamos es el por qué, los motivos por los que se recomienda beber agua. Nadie pone en duda que es la mejor vía para hidratar el organismo pero... ¿es este el único motivo? ¿qué otros beneficios aporta para el organismo el agua que ingerimos?

Sin agua no hay vida

El agua es imprescindible porque sin su presencia los diferentes órganos del cuerpo, aparatos y sistemas dejarían de funcionar. El agua forma el 85% de la sangre, el 90% del cerebro, el 13% de la piel y casi el 70% de los músculos. El agua constituye aproximadamente el 60% del peso total de una persona. Este dato varía en función de diferentes aspectos como son:

La cantidad de grasa corporal: dado que el tejido graso apenas contiene agua, las personas obesas presentan un menor porcentaje de agua corporal, que nada tiene que ver con su ingesta de agua o con la retención de líquidos.

La actividad física realizada: las personas deportistas desarrollan mucha masa muscular que contiene agua, y esto hace que el porcentaje de líquido sea elevado.

El estado de salud: las personas encamadas que han perdido masa muscular, tienen un porcentaje inferior de agua corporal que las personas sanas.

La edad: los bebés y niños de corta edad poseen un contenido hídrico de hasta el 80% mientras que en personas mayores se reduce a un 50% aproximadamente.

Beneficios de beber agua

Los motivos por los que conviene beber agua son múltiples y variados:

- Facilita el transporte de nutrientes por el organismo ya que el agua forma gran parte de la composición de la sangre.
- Contribuye de forma decisiva a dar estructura y forma al cuerpo mediante la rigidez que proporciona a los tejidos.
- Hidrata la piel, las mucosas, los ojos, etc. facilitando poseer una piel más tersa y joven y mejorando el aspecto en general.
- Regula la temperatura corporal.
- Transporta los residuos que genera el cuerpo hasta los riñones mediante la orina y hasta los intestinos a través de las heces.
- Aumenta la diuresis –eliminación de la orina– y reduce la concentración de la orina.
- Elimina toxinas a través del sudor.
- Facilita la digestión ya que los alimentos necesitan disolverse con agua y jugos gástricos.
- Previene el estreñimiento porque el agua disuelve los productos de desecho y ayuda a expulsar las heces.
- Mejora la circulación de la sangre porque favorece la velocidad de ésta por el torrente circulatorio.
- Lubrica las articulaciones.
- Facilita la secreción de saliva evitando la sequedad bucal.
- Si el agua se toma en ayunas activa los mecanismos de limpieza del organismo, especialmente de las vías digestivas y urinarias. Es suficiente con tomar un vaso de agua antes del desayuno.

¿Cuándo necesitamos beber más agua?

Conviene tener en cuenta que hay una serie de situaciones en las que las necesidades de agua están aumentadas y no es suficiente con un litro y medio de agua.

- Durante el verano o en días de calor intenso.
- En zonas de clima muy húmedo.
- Antes, durante y después de realizar ejercicio físico.
- Personas que sudan mucho, incluso en situaciones que no requieren un gran esfuerzo físico.
- Tras la ingesta de comidas copiosas ricas en grasas y proteínas para eliminar sus restos metabólicos, ya que son alimentos que contienen poca agua en su composición.
- Durante el embarazo porque las pérdidas de líquido se multiplican y durante la lactancia para favorecer la producción de leche materna.
- Ante ciertos problemas de salud, mostrando especial atención en niños y ancianos:
  - Cálculos en el riñón.
  - Infecciones de orina u otro tipo de infecciones.
  - Fiebre.
  - Vómitos.
  - Diarrea.
  - Cualquier enfermedad que curse con estos síntomas.
- Después de ingerir abundantes cantidades de alcohol o café, ya que incrementan la deshidratación y la diuresis.

Falsas creencias

El agua retiene líquidos

El hecho de beber agua NO favorece la retención de líquidos sino todo lo contrario, la evita. Cuando al organismo se le aporta poca agua, este tiende a retenerla para obtener reservas. En cambio, si se bebe suficiente cantidad de agua, el organismo se queda con la que necesita y elimina el resto.

El agua engorda

A diferencia de lo que muchas personas piensan, el agua ni engorda ni hace adelgazar, se tome cuando se tome. Es un nutriente imprescindible para vivir por sus múltiples funciones y, además, no aporta calorías al organismo. Si es cierto que si bebemos un litro de agua pesamos un kilo más, pero esto es pasajero porque pasado un tiempo este líquido se va eliminar de una forma o de otra. Sin embargo, el agua no influye en el aumento de grasa corporal.

Por todo esto y mucho más, mantener el cuerpo bien hidratado es sin duda uno de los pilares de un buen estado de salud. Y por supuesto, nadie debe esperar a sentir sensación de sed para beber agua, ya que la sequedad bucal es un síntoma de deshidratación.

¿Qué tal duerme usted?

Dra. Milagros Ruiz Martínez. *Médico de Familia. Centro de Salud de Iturrama*
Dr. Miguel Castro Neira. *Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud de Iturrama*

En esta sociedad moderna que vivimos, pocas cosas repercuten tanto en nuestra calidad de vida, como tener un sueño reparador durante la noche. Nos pasamos casi un tercio de nuestra vida durmiendo y lo que ocurre cada noche va a repercutir en el día siguiente y viceversa, lo que ocurra durante el día repercutirá por la noche.

Pensemos por ejemplo que una persona que viva 75 años, habrá dedicado alrededor de unos 23 años a dormir y estos años dormidos, van a determinar en gran parte, el grado de bienestar de los otros 52 años durante los cuales ha estado despierto.

Dicho esto, es obvio que dormir bien por la noche, es una de las cosas más importantes que deberíamos intentar conseguir en nuestro día a día.

¿De qué manera un sueño alterado repercute en nuestra calidad de vida?

Dormir mal tiene grandes repercusiones en todos los ámbitos de nuestra vida.

¿Quién no se ha notado tras una mala noche más irritable, nervioso, cansado y con pocas ganas de nada?

Traslade esto a sus relaciones familiares, laborales y sociales y se dará cuenta del impacto tan importante que tiene el sueño, no sólo en nuestra calidad de vida, sino también en la de las personas que nos rodean, ya que las relaciones interpersonales van a estar seriamente afectadas.

Los síntomas más frecuentes que pueden aparecer son: cansancio, excesiva somnolencia diurna, con el consiguiente riesgo de accidentes de trafico, laborales, etc., falta de concentración, pérdida de memoria, disminución de la productividad, torpeza motora, disminución del rendimiento intelectual especialmente en los escolares e incluso fracaso escolar en los mismos y discusiones injustificadas o fuera de tono con las personas del entorno.

¿Qué ocurre en nuestro organismo mientras dormimos?

El sueño no es un proceso pasivo durante el cual nuestro cuerpo se queda en reposo y desconecta del mundo, muy al contrario, el sueño es un proceso activo y mientras dormimos nuestro organismo y nuestro cerebro en particular, trabaja minuciosamente controlando múltiples funciones y la secreción de una serie de hormonas que van a prepararnos para tener un día saludable.

Si no se duerme bien, todo ese trabajo nocturno de nuestro organismo se verá afectado en gran medida y a larga se pueden presentar enfermedades tanto orgánicas como mentales: hipertensión, enfermedades cardiovasculares, dolores de cabeza, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de conducta, etc. En general podríamos decir que dormir bien está ligado a una vida mucho más saludable.

¿Cuántas horas deberíamos dormir cada día?

Las personas hoy día duermen en general menos de lo que necesitan y bastante menos que hace años, cuando no existía ni la televisión, ni los ordenadores, ni tanto estrés de mil causas distintas.

Por múltiples motivos, la gente va retrasando la hora de acostarse, pero por la mañana la obligación de levantarse a una hora determinada es la que manda y se van acumulando horas de sueño perdidas.

Como todo el mundo sabe las necesidades de sueño van disminuyendo conforme envejecemos, un bebé por ejemplo necesita dormir aproximadamente el triple de horas que un anciano.

Aunque también es cierto que muchos ancianos alargan su estancia en la cama, no tanto para seguir durmiendo, sino para recuperarse del cansancio propio de la edad y porque ya no suelen tener obligaciones que le estimulen a levantarse a una hora concreta.

En general, un adulto medio necesita una media de 8 horas de descanso nocturno, pero hay que tener en cuenta que las necesidades de horas de sueño varía enormemente de unas personas a otras.

Hay personas (las menos) que con sólo 5-6 horas se levantan pletóricos y existen otros llamados grandes dormilones que necesitan hasta 10 horas.

Para ser prácticos podríamos decir, que una persona concreta, deberá dormir aquel número de horas tras las cuales ya sabe por experiencia, se va a levantar descansado y sin sueño.

Habitualmente en personas sanas, esto va a conllevar acostarse antes por la noche, sobretodo en caso de estudiantes o adultos que trabajen.

En el caso de personas con patologías médicas asociadas que alteren su sueño, el consejo es el mismo, pero estas además deberán acudir al médico para el tratamiento de las mismas.

¿Qué personas son más susceptibles de padecer trastornos del sueño?

Los trastornos del sueño son muy frecuentes en la población general y a todas las edades, pero las personas más susceptibles de padecerlos son:

Ancianos, pacientes psiquiátricos, las mujeres (por los cambios hormonales durante la menstruación, embarazo y menopausia y porque generalmente sufren más estrés en el área familiar, especialmente cuando existen niños pequeños y ancianos a su cargo), personas con enfermedades orgánicas (respiratorias, cardíacas, renales, digestivas y neurológicas) y personas con dolor crónico secundario a tumores, artrosis, artritis y fibromialgia.

Un caso aparte son los adolescentes, que debido a sus salidas nocturnas hasta altas horas de la madrugada van adquiriendo un trastorno del sueño secundario al trastoque del reloj biológico que cada persona tenemos y que nos indica las horas de sueño-vigilia.

Los adolescentes acaban teniendo dicho reloj biológico retrasado y a deshora y ya no sabe cuándo toca dormir o estar despierto, con la consiguiente alteración del comportamiento y del rendimiento escolar.

El problema ha tomado tales dimensiones que tanto las familias como los ayuntamientos deberían tomar las medidas oportunas.
Otra población con riesgo alto son los niños pequeños, ellos de por si ya pueden tener sus propios trastornos del sueño, pero además y de forma irremediable van sufriendo la misma vida estresante de los adultos, desde madrugones para ir a la guardería, separación de sus padres durante excesivas horas a lo largo del día, actividades y clases particulares tras el horario escolar que alargan su jornada activa, con la consiguiente pérdida de horas de juego con otros niños que les ayudaría a relajarse y a aprender a relacionarse con sus iguales.

¿Cuáles son las causas por las que algunas personas no descansan bien por las noches?

Si una persona se levanta cansada y con sueño fundamentalmente va a deberse a dos motivos, o bien no ha dormido las horas suficientes o bien su sueño ha sido de mala calidad.
Las causas que provocan trastornos el sueño son múltiples(ya he nombrado algunas) y sería imposible nombrarlas todas en este articulo.
De todas ellas la más frecuente es el insomnio, que no es una enfermedad en si misma sino un síntoma, por lo que deberíamos estudiar la causa que lo provoca para poder tratarlo con la mayor efectividad posible.
El insomnio se define como la incapacidad para dormir bien. Se puede manifestar como una dificultad para iniciar el sueño, para mantenerlo durante toda la noche o como un despertar precoz por la mañana, estos tres problemás pueden presentarse tanto juntos como separados. Vamos a centrarnos en las causas más frecuentes de los trastornos del sueño.

El insomnio provocado por una higiene inadecuada del sueño

Se debe a malos hábitos adquiridos y no hay otro modo de arreglarlo que cambiar rutinas y fijarse un horario adecuado para acostarse y despertarse y así conseguir dormir ese número de horas necesarias para levantarse descansado.
Es fundamental que esas rutinas se inicien desde la infancia y se mantengan para que el problema no se haga crónico. En el caso de los jóvenes, los padres deberían ser cautos a la hora de dejar que sus hijos tengan en sus habitaciones ordenadores, televisión o sus teléfonos móviles especialmente por la noche.

Insomnio provocado por estrés

Este uno de los grandes problemas de la sociedad actual. Vivimos tan deprisa y con tantas actividades que nuestro organismo llega a la cama excesivamente estimulado como para descansar.
Es un buen habito analizar con cierta periodicidad en qué invertimos nuestro día a día, qué cosas de las que hacemos son importantes y cuáles no y de estas últimas cuáles podríamos eliminar.
Intente simplificar su vida e invertir parte del tiempo en cosas gratificantes y relajantes: relacionarse más a menudo con las personas que le hacen sentirse bien (familia, amigos, etc.), practicar algún hobby y hacer ejercicio con regularidad y si es posible diariamente (alrededor de los 40 minutos son suficientes). Al realizar ejercicio se producen endomorfinas en el cerebro que le producirán gran bienestar. Procure hacer ejercicio lo más cerca posible de su domicilio, simplemente pasear a buen paso, nadar o andar en bicicleta sería suficiente.
Los deportes que se realizan lejos de casa, que le obligan a viajar, llevar equipos especiales, le van a ocupar demasiado tiempo, le van a hacer madrugar más, le van a salir caros y a la larga le van a estresar más. Resérvelos para épocas de vacaciones o algún fin de semana.
También le ayudará bajar el estrés, el resolver o por lo menos intentar solucionar situaciones conflictivas, bien en el medio familiar o en el laboral.
El hablar de problemas importantes con las personas que convive (pareja, hijos, amigos, etc.), jefes o compañeros de trabajo no estará nada fácil, pero no por ello no debemos dejarlo atrás.
Busque el momento más adecuado para hacerlo y sobretodo hágalo cuando esté tranquilo. Se trata siempre de intentar solucionar o llegar a algún acuerdo con la mayor tranquilidad posible. El discutir en lugar de hablar sólo conseguirá agravar la situación estresante.
Millones de personas en el mundo toman hipnóticos cada noche, incluso de por vida, por no enfrentarse a sus problemás y no atreverse a tomar las decisiones oportunas.
En algunos casos será necesario pedir asesoramiento a profesionales para que le ayuden, psicólogos, médicos o psiquiatras.
En el caso de que el estrés sea secundario a exceso de horas de trabajo (dentro y/o fuera de casa) habrá que valorar cada caso en particular. Pero la mayoría de los casos van a mejorar delegando funciones y organizando el trabajo lo mejor posible, así podrá conseguir tiempo extra para disfrutar y relajarse.
En el caso de no conseguir dormir bien a pesar de poner en práctica las medidas anteriores, no se preocupe si tiene que tomar durante unos días un hipnótico para descansar.
Pero no se automedique, consulte con su médico y el le indicará el tipo de fármaco, generalmente una benzodiazepina, la dosis necesaria y la duración del tratamiento.

Insomnio secundario a síndrome de piernas inquietas

Consiste en una sensación desagradable en las piernas, como un nerviosismo, que obliga a la persona a mover las piernas y levantarse de la cama. Suele presentarse al inicio de la noche, pero también puede presentarse durante el día, en situaciones de reposo. Si los sintomas son intensos y frecuentes deberá tratarse con fármacos: hierro oral en caso de ferropenia y en el resto de casos, agonistas dopaminergicos o anticonvulsionantes.

Insomnio secundario a movimientos periódicos de las piernas

Consisten en sacudidas bruscas de las extremidades, de 1 a 5 segundos de duración y que aparecen cada 20-40 segundos, durante casi toda la noche.
En este caso el paciente puede no ser consciente de ello y es el compañero de cama quien puede objetivarlo.
Da lugar a microdespertares que provocan un sueño de mala calidad. En algunos casos no produce síntoma alguno por lo que no necesita tratamiento, pero en otros casos provoca excesiva somnolencia diurna, por lo que deberá ser tratado con fármacos: Agonistas dopaminergicos o benzodiazepinas como el Clonazepan.

Insomnio asociado a trastornos psiquiátricos

La ansiedad, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad son siempre causa de insomnio y deberán ser tratados farmacológicamente con antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos según los casos.

Insomnio asociado a enfermedades orgánicas

Reflujo gastroesofágico, úlcera gástrica, asma, bronquitis crónica, cardiopatía isquémica, hipertiroidismo, artrosis, artritis, fibromialgia, síndrome del tunel carpiano, diabetes, insuficiencia renal, etc.
En todos estos casos el tratamiento irá encaminado a controlar la enfermedad y será el específico para cada patología.
En las enfermedades que cursen con dolor crónico, no olvide tomarse un analgésico al acostarse e incluso también un miorrelajante para que el dolor no le despierte.

Insonmio asociado a Síndrome de apnea del sueño

Se caracteriza por ronquidos intensos, respiración entrecortada (apneas) y en ocasiones despertares bruscos. Durante el día cursa con somnolencia importante.
En este caso se deberá realizar un polisomnograma para confirmar el diagnóstico y tratarlo con CPAP (aparato que introduce por la nariz /boca aire a presión positiva para abrir las vías aéreas).
No todos los ronquidos son patológicos en caso de duda deberá consultar con su médico.

Insonmio asociado al uso de sustancias tóxicas bien sean legales o no

Estupefacientes, cocaína, marihuana, alcohol, tabaco, café, te, bebidas con cola y cacao.
Todas ellas pueden alterar el descanso nocturno aunque la persona no lo relacione con la toma de las mismas.

Insonmio secundario a fármacos

Broncodilatadores para el tratamiento del asma y bronquitis crónica, anticonceptivos orales, corticoides, antihistamínicos, algunos antidepresivos, hormona tiroidea, levodopa, antibióticos como la claritromicina, algunos antihipertensivos como los betabloqueantes, diuréticos.
Deberá consultar con su médico sobre la dosis adecuada y la mejor hora del día para tomarlos.

¿Cuándo debe acudir al médico?

Deberá acudir siempre que el problema para dormir esté alterando su calidad de vida de una forma importante o bien se ha cronificado en el tiempo.
Antes de acudir al médico, especialmente en los casos de mala higiene del sueño o de estrés, valore qué cambios debe hacer dentro de sus rutinas y en su ritmo de vida para mejorar su sueño.
Su médico de familia en los mayores de quince años y el pediatra en los menores de dicha edad, hará una valoración de su problema del sueño por medio de una anamnesis, una exploración física y antecedentes personales y familiares. En caso de que lo tuviera, también deberá hacer un entrevista a su compañero/a de habitación para interrogarle sobre posibles signos que ha observado y que el insomne puede no ser consciente.

El tratamiento de los trastornos del sueño es en muchos casos multidisciplinar: médico de familia, pediatra, neumólogos, neurofisiólogos, psiquiatras neurólogos, otorrinos, etc.
Pero en la gran mayoría de los casos, el diagnóstico puede hacerse con una buena valoración clínica y no será necesario derivarlo para estudio hospitalario.
En todos los casos de trastornos del sueño el tratamiento deberá iniciarse con una buena higiene del sueño, seguido con el tratamiento adecuado para cada patología.
La realización de exploraciones como el polisomnograma, poligrafía o estudio de latencias del sueño, sólo serán necesarias cuando se sospeche síndrome de apnea del sueño, movimientos anormales durante el sueño como por ejemplo los movimientos periódicos de las piernas o crisis epilépticas nocturnas y en casos de sospecha de narcolepsia u otros casos de excesiva somnolencia diurna.

Terapia ocupacional en la Clínica Padre Menni de Pamplona

HERMANAS HOSPITALARIAS
CLÍNICA PADRE MENNI

La Terapia Ocupacional es una disciplina socio-sanitaria cuyos objetivos principales son el fomento y la recuperación y/o mantenimiento de la autonomía personal. Para lograrlos se tienen en cuenta las diferentes áreas que engloban a la persona: actividades de la vida diaria básicas (higiene, alimentación, vestido...), actividades de la vida diaria instrumentales (movilidad en la comunidad, gestión económica, control y mantenimiento de la salud...), actividades productivas (laborales y formativas) y actividades de esparcimiento (juego, ocio y participación social).

La Clínica Padre Menni es un Centro en el que se ofrece asistencia psiquiátrica y psicogeriátrica. Entre las diferentes figuras que componen el equipo multidisciplinar se encuentra el terapeuta ocupacional. Nuestra función consiste en atender las necesidades que surgen en los residentes, como consecuencia de la enfermedad, promoviendo su independencia en el día a día. Además, se impulsa la adaptación, satisfacción y motivación de los usuarios en su vida en el Centro.

Ámbito bio-psico-social

Nuestra fundamentación teórica se basa en los marcos y modelos propios de la terapia ocupacional aplicados al ámbito bio-psico-social en el que nos desenvolvemos.

Comenzamos nuestra intervención con un proceso de evaluación individual que determina las necesidades de cada persona. Para lograr nuestros objetivos, desarrollamos programas de actividades que inciden en las habilidades y destrezas de nuestros residentes, ya sea de forma individual como grupal, dando prioridad a sus intereses y motivaciones. Colaboramos de esta manera, en la elaboración del proyecto de vida de los usuarios.

Programas dirigidos a mejorar la calidad de vida

El planteamiento y la metodología de estos programas están dirigidos a mejorar la calidad de vida de los usuarios, ofreciéndoles la oportunidad de participar en actividades saludables y satisfactorias, facilitando así su desenvolvimiento ocupacional competente.

El tratamiento de Terapia Ocupacional se encuentra diferenciado en las dos grandes áreas antes mencionadas, Psiquiatría y Psicogeriatría. El perfil de los usuarios varía en cada una de ellas, derivando en dos líneas de intervención diferenciadas, si bien en ambas se trabajan los mismos aspectos de la persona.

Características de la intervención en Psiquiatría desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional.

Los signos más característicos de la enfermedad mental consisten en la no realización adecuada de autocuidados, desorganización, alteraciones de conducta, dificultades en la resolución de problemas, tendencia al aislamiento social, falta de interés, ausencia de rutinas y deterioro cognitivo. Los programas que se emplean en la aplicación de la terapia ocupacional, pretenden lograr una disminución de dichos signos, que afectan a distintas áreas de la persona, y son los siguientes:

• **Actividades de la vida diaria bás icas e instrumentales**. Se realizan programas en los que se incide en el cuidado personal, entrenamiento en tareas del hogar, uso del dinero, manejo de los recursos de nuestro entorno más cercano e inserción en la comunidad, junto con la adaptación al medio para poder llevarlas a cabo. Para ello se utilizan productos de apoyo o estrategias de compensación. Se realizan también actividades de estimulación cognitiva, las cuales son imprescindibles para un buen funcionamiento en la vida diaria.

• **Actividades productivas.** Incluyen aquellas actividades de trabajo, remuneradas o no. La función del terapeuta consiste en asesorar, guiar, apoyar y supervisar las mismas. Se realizan programas de orientación laboral, adquisición de habilidades laborales, búsqueda de recursos formativos y preparación para su asistencia y búsqueda de empleo.

• **Actividades de ocio y tiempo libre.** Se fomenta la participación de los usuarios en actividades dinámicas tales como talleres creativos, juegos de mesa, salidas terapéuticas en la comunidad, juegos al aire libre, actividades musicales y deportivas. También se realizan intervenciones individuales en las que se ayuda a los usuarios en la organización del ocio en su tiempo libre.

En cuanto a la intervención en Psicogeriatría, hay que tener en cuenta que la característica principal de los usuarios es la pluripatología, es decir, a la enfermedad mental se asocian otras problemáticas propias de la vejez. Por lo tanto las actividades que se realizan están enfocadas a frenar el deterioro cognitivo y funcional, así como a evitar las consecuencias de la institucionalización.

• **Actividades de la vida diaria bás icas e instrumentales.** Se realizan intervenciones individualizadas para mantener la autonomía en las mismas, así como para prevenir, rehabilitar y compensar posibles desajustes. Además, se realizan talleres de memoria, programas de estimulación cognitiva y taller de reminiscencias que colaboran en el enlentecimiento del posible deterioro cognitivo que dificulta la buena práctica en el día a día.

• **Actividades productivas**, que incluyen programas que pretenden estimular a los usuarios empleando para ello actividades de su interés, que hayan realizado a lo largo de su vida o las hayan descubierto en la actualidad, y en las que demuestran habilidades. Tales como horticultura y jardinería, taller de costura, realización de punto, ganchillo y pintura, entre otras.

• **Actividades de ocio y tiempo libre.** Actividades en las que se fomenta la participación social y disfrute de los usuarios, como juegos de mesa, bolos, paseos, salidas a la comunidad, intervenciones individualizadas de ocio y tiempo libre y actividades musicales.

En conclusión, la Terapia Ocupacional es la disciplina que emplea la ocupación como medio y como fin, en la búsqueda del bienestar y la calidad de vida.

HERMANAS HOSPITALARIAS
"Curar y Cuidar"

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

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

www.hospitalariasnavarra.org

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

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

Los grandes experimentos científicos y sus aplicaciones a la medicina

Patricia E. Ferrer
Fotos cedidas por CERN e Ifmed

Invertir en Ciencia es sinónimo de progreso y más si cabe en época de crisis económica. Lo que sucede es que muchas veces se aporta dinero a la investigación científica y no se obtiene ningún beneficio. Otras veces, en cambio, sí que se consigue progresar y además revierte en la mejora y desarrollo de la sociedad de cara al futuro. Este sería el caso del monstruoso Gran Colisionador de Hadrones o LHC, ubicado en la frontera franco-suiza dentro de las instalaciones del Laboratorio Europeo de Física de Partículas o CERN.

Está ubicado entre la frontera de dos países porque se trata de un experimento de 27 kilómetros de circunferencia situado bajo tierra. Es lo que se conoce como un enorme acelerador de partículas que, aunque no está pensado para las aplicaciones médicas, sí se están empleando parte de sus avances en el futuro de la lucha contra el cáncer, especialmente en materia radioterápica.

El objetivo principal de este grandioso complejo científico es encontrar lo que se conoce como 'la partícula de Dios' o 'Bosón de Higgs', una partícula elemental que representaría los primeros estadios del origen del Universo, es decir, el momento en el que apareció el Big Bang y como consecuencia surgió todo lo que ahora tenemos. Según los expertos de más alto nivel existe esta partícula y sólo con este tipo de instalaciones se puede llegar a recrear esos primeros instantes de vida en el Universo. En todo el mundo hay muchos centros de investigación que lo están intentando encontrar, pero el CERN es el más preparado y novedoso en estos momentos.

Entonces, para el hallazgo de esta partícula que supuestamente dio origen al Universo, los científicos emplean los llamados hadrones, unas partículas nucleares que se ha demostrado que en un tratamiento con radioterapia tienen una mayor eficacia que los fotones, que son los que se emplean habitualmente en esta técnica contra el cáncer. De hecho, a este nuevo método tan eficaz se le ha llamado 'hadronterapia' y facilitaría una mejor y más alta dosificación de radiaciones a los tumores, sin llegar a dañar los órganos colaterales. Se trata pues de una alternativa que, aunque en España todavía no disponemos de ella, está adquiriendo cada vez más y más experiencia clínica en el extranjero.

Para poder entenderla es necesario tener claro qué es la radioterapia, una de las estrategias fundamentales en el tratamiento local del cáncer que tiene como objetivo curar o paliar la enfermedad, minimizando la toxicidad en los tejidos sanos, habitualmente, y en colaboración con otros tratamientos como la cirugía y la quimioterapia. Ésta emplearía los fotones para reducir el tumor, a diferencia de la hadronterapia, que emplea los hadrones, que son más eficaces, según se ha demostrado. Concretamente, entre muchas de sus ventajas, la hadronterapia no precisa de instalaciones tan grandes como el Laboratorio Europeo de Física de Partículas y el LHC, de 27 kilómetros de circunferencia, y además permite una liberación más precisa y localizada de la radiación, facilitando una mejor distribución de la dosis de radiación en el tejido tumoral y mayor preservación del tejido sano circundante que la radioterapia convencional con fotones o electrones.

La hadronterapia más generalizada es utilizada generalmente en casos pediátricos, en tumores pulmonares, en cáncer de próstata, en el cerebro, en la cabeza, cuellos, entre otros. Además, a diferencia de la radioterapia, la hadronterapia permite la aplicación de mayores dosis sin aumentar la toxicidad en los tejidos sanos circundantes o aplicar la misma dosis terapéutica con menor toxicidad o efectos adversos.

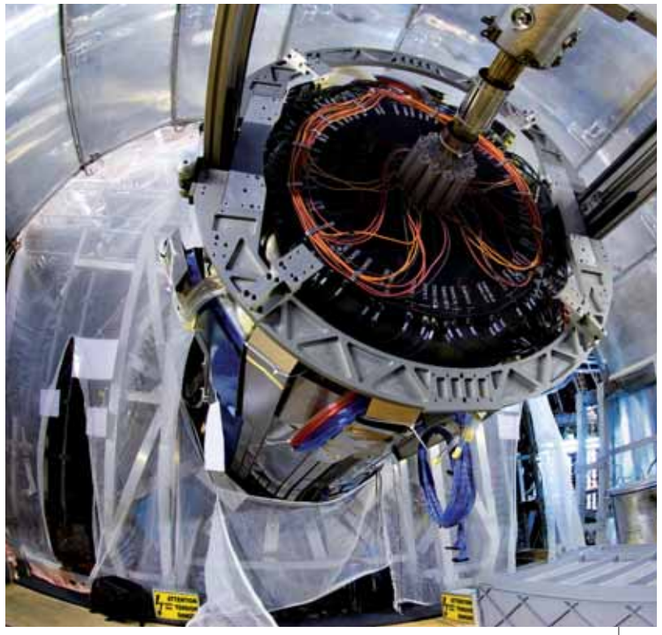
Colaboración española

En España hay 300 españoles que colaboran con los experimentos del Laboratorio Europeo de Física de Partículas. Concretamente, esta parte de hadronterapia es especialmente tratada por investigadores del Instituto de Física Corpuscular (IFIC) de la Universidad de Valencia. Entre otros investigadores participantes del proyecto estaría el científico Carlos Lacasta, que explica a Zona Hospitalaria que, dentro del CERN, se dedican a hacer un programa de Física Médica que cuenta con bastantes fondos para estudiar las investigaciones que puedan aplicarse a la medicina.

"A raíz de toda esa interacción se está poniendo cada vez mucho más peso en la utilización de protones e iones para quemar tumores. La hadronterapia tiene una propiedad y es que si se lanza un protón hacia un tumor se deposita la energía a una determinada distancia, con lo cual eso puede quemar un tumor sin quemar nada antes, sin dañar partes anteriores no damnificadas por el tumor", señala Lacasta, a la vez que indica que la técnica se está estudiando también desde Santiago de Compostela o desde Barcelona, entre otras ciudades.

El primer centro en España

En el mundo existen actualmente unos 30 centros de hadronterapia, habiéndose tratado ya hasta 50.000 pacientes; aunque ninguno de ellos en España. No obstante, en los últimos años los recursos de oncología radioterápica se han ido equiparando progresivamente a los estándares aceptados en otros países europeos y en cuanto este tipo de tratamientos, el Sistema Nacional de Salud, a través de su 'Estrategia contra el Cáncer', en el marco del Plan Nacional de Calidad, propone determinar uno o varios centros nacionales de referencia que serán de financiación adicional para que se pueda priorizar este tratamiento de forma adecuada.



De hecho, está pendiente de aprobación el primer centro de estas características en la Península, que si la crisis lo permite, se ubicaría finalmente en la ciudad de Valencia y se llamaría Instituto de Investigación de Física Médica (Ifimed). Aún por poner en pie, está pensado para un uso compartido entre la actividad clínica, proyectos de I+D y programas formativos. Además, se trataría de un centro pionero en España que permitiría la aplicación de tratamientos innovadores a algunas enfermedades oncológicas y neurodegenerativas.

Según palabras de la ministra de Ciencia e Innovación en este último semestre, Cristina Garmendia, el proyecto se encuentra en proceso de "estudio y consolidación" y comportaría una apuesta presupuestaria de 120 millones de euros. La instalación debe estar financiada al 50 % por el Gobierno central y el otro 50% por el gobierno autonómico. En países como Italia o Alemania ya se está llevando a cabo. Ahora le toca a España.

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