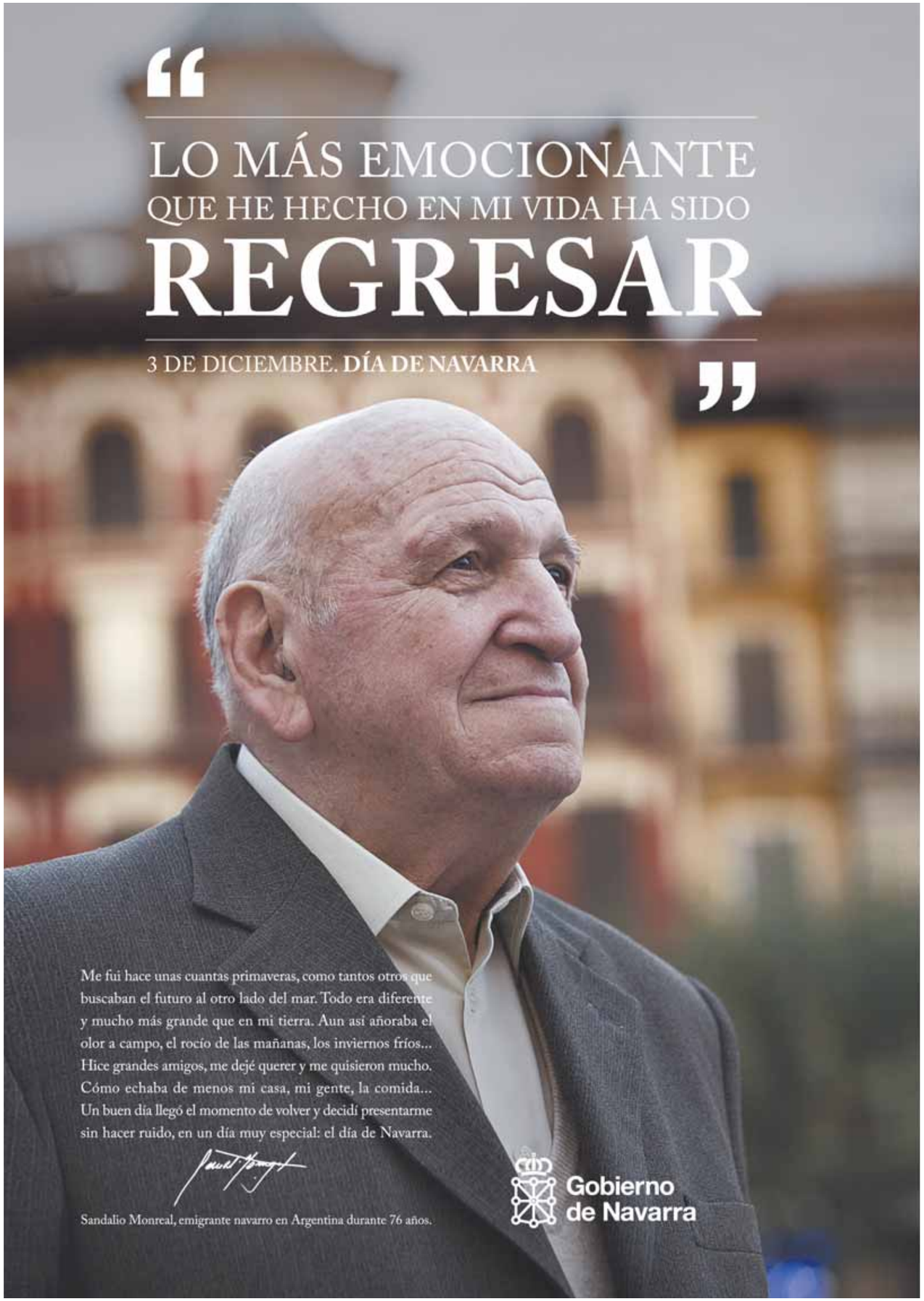
medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoV noviembrediciembre2010 nº26

Consejos para un otoño e invierno saludables



Sumario

4 ¿Qué es un optometrista funcional y qué significa ver bien?

5 Cirugía para las migrañas. Un nuevo enfoque

6 Limpieza de Colon

7 Nueva carta de servicios en el Balneario de Elgorriaga

8 Alimentación saludable en Navidad

10 Parir, nacer, aquí y ahora

11 ¿Cómo puede ayudarte el psicólogo?

12 Hipercolesterolemia

14 La apnea del sueño

16 Falsas creencias sobre náuseas, vómitos y anestesia

18 Recomendaciones nutricionales para pacientes con problemas de deglución (Disfagia)

20 Desgaste dental: un problema de hoy

22 Bronquitis y neumonías

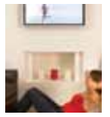
23 Propiedades nutricionales del pan

24 La epidemia del siglo XXI. Una prioridad sociosanitaria: La enfermedad de Alzheimer

26 ¿Qué hacer cuando alguien se atraganta o se le clava una espina?

28 Las proteinas

30 XIV Congreso Nacional de Psiquiatría


32 Consejos para un otoño saludable

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

36 Valor del Trabajo Social en la Clínica Padre Menni y en el Centro Hospitalario Benito Menni

38 La donación de sangre siempre es necesaria

38-39 Noticias Breves

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...*

¿Qué es un optometrista funcional y qué significa ver bien?

María J. Izquierdo
Doctora en Optometría por la Universidad de New England, USA

CEO
CENTRO DE ESPECIALIZACION OPTOMETRICA

El Centro de Especialización Optométrica es un centro privado localizado en Pamplona desde 2002, dedicado al tratamiento funcional y global de los problemas visuales que interfieren en las actividades cotidianas del individuo como leer, estudiar, conducir, trabajar con el ordenador, etc.

El CEO está integrado por profesionales de la optometría funcional especializados en distintas áreas de la visión como son Ambliopías (ojo vago), Estrabismos, visión infantil y problemas de aprendizaje relacionados con la visión y la audición que afectan a la lectura y escritura.
El CEO, también ofrece cursos de formación continuada a optometristas y profesionales relacionados con la visión sobre distintas áreas de especialización de la optometría. Además, colabora con otros profesionales que intervienen en el desarrollo de la visión o en el proceso de aprendizaje como son oftalmólogos, psicólogos, pedagogos, profesores, médicos, neurólogos, nutricionistas y osteópatas, para tratar al paciente de una manera global y multi-disciplinar y así conseguir resultados más efectivos y rápidos.

El optometrista funcional ayuda a ver

El optometrista funcional es un profesional de la visión que tiene por finalidad ayudar al paciente a "ver" de una manera más eficaz y cómoda según las necesidades específicas de cada uno, ya que no es igual la visión que necesita un taxista, un informático o un estudiante. Tenemos en cuenta al individuo de manera global ya que ver no solo es ser capaz de leer las letras de un opto tipo a 6 metros, sino ser capaz de procesar y entender todo lo que nos rodea.
Los problemas más comunes que se nos presentan son miopías progresivas, ojos vagos tratados únicamente con parches y que no acaban de alcanzar una buena visión y niños con problemas para leer y escribir, que aunque están con apoyo y refuerzo, siguen sin alcanzar el nivel adecuado para su edad y evitan realizar las tareas de cerca con la consiguiente frustración para los padres y el estudiante. También tenemos pacientes con visión doble, bien por un problema vascular, un traumatismo o por una cirugía, a los cuales se les puede ayudar con prismas y terapia visual.

Calidad de visión

Hay otro tipo de pacientes que su queja es la de "no acabo de ver bien con las gafas" y aunque les cambien de graduación, siguen sin estar cómodos. Normalmente es debido a una mala calidad de visión o a una mala coordinación entre ambos ojos lo que provoca que el paciente haga más esfuerzo para realizar las tareas visuales y aparezcan síntomas como fatiga visual, dolores de cabeza, bajo rendimiento e incomodidad visual.
La primera visita tiene una duración entre 1 hora y 3 horas, dependiendo del problema. Después de realizar todas las pruebas necesarias, tenemos una charla con el paciente o los padres para explicarles con todo detalle cual es el problema, qué lo esta causando y cuales son las opciones de tratamiento que podemos realizar.
Los tratamientos que ofrecemos son variados. Puede que con una graduación adecuada en forma de bifocal, o progresivo consigamos ayudar al paciente y a veces se necesita la ayuda de un prisma para que los dos ojos trabajen de forma coordinada sin esfuerzo. Otras veces hace falta "Terapia Visual", la cual simplemente significa dar mayor potencia y capacidad a los ojos para que trabajen con más fuerza y procesen con mayor rapidez sin cansarse, es como una "fisioterapia de los ojos".

Aprendizaje divertido

Normalmente las sesiones son de 45 minutos, una vez por semana y la duración depende del tipo de problema. Durante las sesiones realizamos revisiones frecuentes para valorar la mejora de las habilidades y de las quejas. No hay una edad límite, se puede realizar desde los 2-3 años hasta los 90, aunque cada uno tiene sus limitaciones. La Terapia Visual se puede complementar con un tratamiento de Fototerapia Sintónica (filtros de colores), Re-educación Auditiva o con una Terapia de Movimientos Rítmicos, en el caso de que el paciente tenga reflejos primitivos activos.
En determinados casos debemos trabajar de manera multi-disciplinar ya que hay ciertos problemas que un solo profesional no puede tratar de manera aislada. Es importante que los diferentes profesionales colaboremos para conseguir una mejora mucho más eficaz y rápida en el paciente con síntomas.
La meta es que el niño no solo "vea bien" sino que pueda utilizar esa visión para leer bien, escribir bien, comprender, jugar y hacer deporte de una manera eficaz sin que suponga esfuerzo alguno y lo realice de manera automática para que el aprendizaje sea divertido, disfrute y feliz.

Pio XII, 4-1º A+B • 31008 Pamplona
T. 948074240 • www.centroceo.com

OPTICA & VISION

Cirugía para las migrañas. Un nuevo enfoque

Dr. Ruiz de Erenchun Purroy
Cirugía Plástica y Estética
Dr. Carlos Concejo
Cirugía Maxilofacial
Clínica Cross

CLÍNICA CROSS
cirugía avanzada

La migraña es un tipo de dolor de cabeza que afecta aproximadamente al 10% de la población y que todavía supone a dia de hoy un gran problema social, laboral y personal para todos los pacientes que la padecen.

Para combatirla existen tratamientos preventivos bien definidos, así como medicación efectiva en caso de ataques agudos, pero la variabilidad y la intensidad en la aparición de los brotes, hace que muchos pacientes continúen sufriendo de dicha afección.
Recientemente en EEUU, se han definido tres puntos anatómicos relacionados con la aparición de las migrañas, en el área occipital (nuca), temporal (sien) y glabelar (entrecejo), en donde existe una estrecha asociación entre la musculatura y nervios sensitivos. La contracción muscular repetida en esas zonas provoca la irritación nerviosa que desencadena el dolor de cabeza y los pódromos o sintomatología asociada (intolerancia a la luz, náuseas, etc...). Aproximadamente el 80% de los pacientes asocian la aparicion del proceso migrañoso en la zona del entrecejo en donde se encuentran los músculos corrugadores y el nervio supraorbitario.

La cirugía previene la aparición de la migraña

La cirugía plástica a traves de la blefaroplastia o cirugía de los párpados permite, de forma selectiva, debilitar dichos músculos y por lo tanto prevenir la aparición de la migraña así como minimizar los síntomas cuando aparece.
La intervención dura aproximadamente 45 minutos, con anestesia local y permite una incorporación laboral prácticamente inmediata. Son candidatos a esta intervención todos aquellos pacientes diagnosticados previamente por su neurólogo con migrañas de más de dos episodios al mes y rebeldes a la medicación.

Todos los pacientes intervenidos experimentan una gran mejoría desde los primeros días, desapareciendo los episodios practicamente en su totalidad o con mínima sintomatología, mejorando por tamto su vida personal, social y laboral.

Más información: Clínica Cross
www.clinicacross.es T. 948 853 668

Limpieza de Colon

Félix D. Irigoyen
Director Instituto INSUMED
Instituto Superior de Medicina Biológica. www.insumed.es

Dada la extensión social que la hidroterapia en general y la intestinal en concreto han alcanzado en el ámbito de la rehabilitación y la prevención, queremos reunir en una serie de notas las certidumbres que podemos aportar para su mayor eficiencia.

A lo largo de los próximos números precisaremos las acciones clínicas de la limpieza colónica y su integración en la Medicina Biológica.

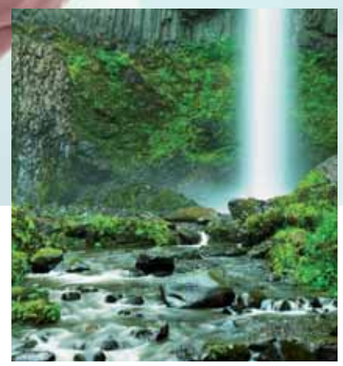
- Limpieza de Colon y absorción intestinal.
- Limpieza de Colon y función bacteriana en el colon.
- Limpieza de Colon y motricidad bacteriana.
- Limpieza de Colon y Estreñimiento.
- Limpieza de Colon y Diarrea.
- Limpieza de Colon y Enfermedades inflamatorias del colón.
- Limpieza de Colon, bienestar y belleza.

Limpieza colónica y absorción intestinal

Los efectos de la limpieza de colon suponen acciones benéficas en el propio intestino grueso y a distancia hacia el organismo entero a partir de que las funciones del colon se ven estimuladas tras su limpieza hídrica.
Puesto que la función principal del colon es la absorción de agua, sodio y minerales y la constitución de unas heces semisólidas correctas a partir de los dos litros de quimo isotónico que viene cada día del ileon al colon, esta absorción se va a ver mejorada tras la limpieza colónica.
La distribución correcta del agua absorbida en colon es esencial para evitar edemas, linfedemas y sobrepesos y la correcta absorción mineral resulta clave en la nutrición general. Ambas funciones absortivas de agua y mineral resultan obviamente beneficiadas tras la hidroterapia colónica.
La función absortiva del colon estimulada mediante la limpieza de colon, se ve reforzada por fitoterapia específica tal y como la Balneoterapia Biológica lo certifica con B-4 constituida de Hinojo, Fenogreco, Centaurea, Genciana, Hipérico, Ginseng y Jengibre.
De este modo limpieza colónica y fitoterapia constituyen una acción conjunta esencial en la nutrición general y en la prevención clínica.
Digamos finalmente que el colon dispone a la vez de su función absortiva de una función secretora de moco protector de la mucosa. La producción de moco se establece a partir del contacto del quimo que llega del ileon con la pared epitelial sin intervención alguna hormonal ni nerviosa.
El mantenimiento de un estatus de equilibrio mucoso es decir, no excesiva producción-no pobre producción de moco, es esencial en Medicina Biológica. Un exceso mucoso induce riesgo patógeno en mayor medida que un defecto en su producción.
Los síndromes de Mucosidad en Calor o en Frío describen las enfermedades en que este exceso se presenta. Se controlan con B-16 y B-17 respectivamente.

Conclusión

Al asociar la limpieza colónica a la fitoterapia específica, se consigue un multiplicado efecto sobre la funcionalidad completa del intestino grueso y, sin duda, sobre su capacidad de absorción lo que redunda en una mejoría sanguínea y sistémica.



¿Qué beneficios tiene la limpieza de Colon?

Centro de Estética
La limpieza de colon es un procedimiento cuyo objetivo es desintoxicar el organismo y devolverle al cuerpo su vitalidad renovada. Al expulsar los desechos acumulados, el organismo experimenta un estado de alegría, paz y energía.

- Ayuda a mejorar el tránsito intestinal
- Ayuda a mejorar y reducir el vientre
- Mejora la situación del estreñimiento
- Mejora las flatulencias
- Mejora los transtornos en general de la piel.
- Mejora las piernas cansadas
- Mejora la celulitis, obesidad, cansancio...
- Mayor resistencia a la fatiga
- Aumenta el tono vital
- Mejora el estado anímico del sueño...

Obteniendo una agradable sensación refrescante de bienestar y relajación físico y emocional...

CENTRO DE ESTÉTICA
Pza. Lur Gorri, 8 Bajo
31010 Barañain
Cita previa:
T. 948 10 44 62 - 686 77 17 79

Nueva carta de servicios en el Balneario de Elgorriaga

Lorena V. Galarregui. *Marketing Balneario Elgorriaga*

ELGORRIAGA
BALNEARIO - BAINUETXE

Elgorriaga es un pueblo de la zona montañosa de Navarra, apodada como "la pequeña Suiza". Un pequeño Pueblo que no desentona de los de su entorno, pero si es diferente a los demás en una pequeña cosa, en las aguas mineromedicinales del Balneario de Elgorriaga. Gracias a las excepcionales características geológicas, el agua que emana de su manantial es mineromedicinal siendo una de las aguas con más fuerte mineralización del mundo; coloquialmente hablando, tiene más sal que el propio Mar Muerto (Jordania).

Siempre las comparaciones son odiosas, pero muchas de ellas son necesarias para poder expresar lo desconocido, lo nuevo. No siempre es fácil de entender de lo que se nos está hablando, la imaginación de vez en cuando nos hace una mala pasada.
Se historia, dice, comenta, rumorea que la Reina Cleopatra, durante la conquista de Egipto, obtuvo los derechos exclusivos de la Zona del Mar Muerto para fabricar fármacos y cosméticos puesto que estaba completamente convencida de sus efectos terapéuticos.
El Mar Muerto no tiene salida alguna, está rodeada de montañas. La única manera que tiene de aflorar es por medio de la evaporación, lo que hace que contribuya a enriquecer la atmósfera y que las aguas sean más densas, tanto que llegan a contener 320 gramos de sales por litro. Los efectos de sus aguas son relajantes, calmantes, hidratantes, antialérgicos, nutritivos, revitalizan la piel y fortalece el organismo.

Las aguas del Mar Muerto y del Balneario de Elgorriaga

Las aguas del Mar Muerto y las del Balneario Elgorriaga tienen muchas cosas en común, para poder disfrutar de las primeras se ha de ir hasta Jordania pero para disfrutar y beneficiarse de las segundas lo tenemos fácil, las tenemos en casa; las tenemos en Elgorriaga. Tenemos la extraña necesidad de hacer kilómetros y kilómetros para hacer cosas que teniéndolas cerca no les damos la importancia que se merece.
El agua es como los seres vivos, según ciertas circunstancias nos afectan de diferentes maneras. La luna llena no solo afecta al supuesto hombre lobo, a las brujas o a los hongos, sino que también al agua. El 70% del ser humano es agua, así es que la luna, sobretodo la luna llena nos afecta. Pero no solo la luna afecta el agua, también los sonidos.
El estudio que realizó el japonés Masaru Emoto sobre el agua, demuestra que tanto a los humanos como al agua les afecta la musicoterapia, las palabras, los ruidos, murmullos, etc... Las moléculas se ponen oscuras y amorfas con una música heavy, con la música clásica o palabras bonitas como "amor" hace que las moléculas se vean de forma cristalina. De ahí que cuando escuchamos música tenemos diferentes sentimientos de unas a otras, o que nos digan algunas palabras no nos gustan o sientan bien y otras, todo lo contrario.

Nueva carta de servicios

En esta vida todo lo que nos rodea nos afecta, negativa o positivamente pero siempre es un conjunto. El Balneario de Elgorriaga se encuentra en un paraje idílico, en una pequeña villa, entre montañas, verde en primavera, colorido en verano, cobrizo en otoño y marrón en invierno. La nieve rara vez lo visita. Destacables son sus gentes; amables y acogedoras. El Balneario no solo es aguas, sino que el conjunto de todo, del entorno, la gente y de la gran calidad humana de sus trabajadores. Su nueva carta de servicios complementa esta combinación; cromoterapia, musicoterapia, fisioterapia, masajes relajantes, terapéuticos, barros, fangos y sobretodo su agua. Se pueden cambiar los tratamientos, no así el agua. Esa agua donde tanto se flota, como se puede comprobar en el recorrido de relajación en piscina termal. Una vez que se prueba, uno tiene la necesidad de volver a hacerlo, en sesenta minutos se consigue una relajación absoluta. Esa relajación difícil de conseguir en los tiempos que corren. Se puede venir a hacer tratamientos individualizados, pasar el día o alojarse en el hotel y hacer un paquete de tratamientos.

SOMOS AGUA, SUEÑOS, SOMOS NATURALEZA, ENERGIA, SOMOS SALUD Y VIDA... SOMOS BALNEARIO ELGORRIAGA

Alimentación saludable en Navidad

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

Ya están aquí las fechas más señaladas del año, las fechas navideñas. Y, con ellas, jornadas maratorianas de celebraciones, comidas familiares, sobremesas interminables, platos deliciosos, fiestas con los amigos, etc., etc. Y todo ello se traduce en que, el año pasado, los españoles engordamos de media en estas fechas dos kilos.

Tras esta situación, se producen los nuevos propósitos de perder lo ganado y mejorar el estado físico con unas actuaciones que duran, con suerte, un par de meses. Pero el refranero, que es muy sabio, ya lo adelanta: "Más vale prevenir..."

Alimentación saludable

Por este motivo y porque continuar con los hábitos correctos es lo más aconsejable, vamos a dar aquí unas cuantas pautas para que estas celebraciones sólo nos eleven el espíritu festivo, pero no el peso corporal o empeoren o desencadenen algún problema de salud que podamos padecer.

En primer lugar es básico decir que, durante las fechas navideñas, deberíamos alimentarnos de forma más o menos similar a como lo hacemos el resto del año, siempre y cuando nuestra dieta sea variada, equilibrada, suficiente y consiga que nuestro peso saludable se mantenga estable. A parte de todo esto, hay que hacer frente a muchas, variadas y abundantes propuestas gastronómicas que, no por ello, vamos a rechazar, ya que no se trata de aislarnos del mundo sino de aprender a controlar lo que comemos en cada situación.

Consejos prácticos a la hora de pedir o servirse

Es frecuente que sepamos con antelación las fechas de las celebraciones, no sólo en los propios días festivos, sino también las reuniones con amigos, compañeros de trabajo, etc. Así que resultaría conveniente moderar un poco las tomas cercanas a una comida copiosa. Si se trata de una cena, la comida de ese día la haremos un poco más ligera para así intentar compensar en cierta forma el exceso que se producirá después.

Además de compensar en cantidad de alimentos, es bueno combinar los platos de forma que se varíe la dieta y no se repitan alimentos del mismo grupo en comida y cena. Por ejemplo, si vamos a cenar pavo, estaría bien comer pescado. Si cenamos besugo, una carne magra a la plancha o al horno para comer sería perfecto (ternera o cerdo magro, pollo, conejo) aunque no pasa nada por repetir pescado ya que es preferible repetir este que no la carne, aunque no estemos muy acostumbrados a ello todavía.

Aumentar las guarniciones vegetales que aportan sensación de saciedad y no contribuyen con muchas calorías. Además, facilitan una mejor digestión al no aportar elementos grasos, son más ligeras y contienen mucha agua y fibra en su composición. En estos productos, todo son ventajas.

Asimismo es aconsejable limitar las salsas que acompañan a los alimentos, ya que en muchas ocasiones, contienen ingredientes grasos que están muy sabrosos y que untamos con demasiada frecuencia. Controlar también el aporte de sal que añadimos a los platos. Esta recomendación se hace de forma genérica para toda la población aunque no exista un problema de hipertensión o retención de líquidos.

Ojo con los aperitivos

Cuidado con los aperitivos ya que son muy calóricos, no producen gran sensación de saciedad y, al tomarlos muchas veces de pie o de manera más informal que la comida, no los tenemos en cuenta a la hora de pedir o servirnos después.

Tanto en los aperitivos informales como en los entrantes que tomamos sentados en la mesa, resulta más llevadero servirse en el plato uno de cada variedad, si los queremos probar todos, que no picotear de forma descontrolada. Si alguno es especialmente grande, se puede compartir.

Intentar de forma reiterada no servirse grandes raciones de ningún plato, además, de este modo, podremos disfrutar del total de la comida sin sentirnos completamente agobiados por las cantidades ingeridas, no olvidemos que las celebraciones navideñas se parecen más a una carrera de fondo por el número de platos que a un sprint. Y no repetir de ningún plato, aunque sabemos que esto es complicado con las delicias culinarias de estos días.

Y esas sobremesas...

No alargar en exceso las sobremesas, ya que en estos momentos se aprovecha para sacar los dulces navideños tan sabrosos y esperados y se cae en la tentación de tomar más de los convenientes. Si estas situaciones se producen, alargar la reunión mejor a base de infusiones o frutas.

La costumbre de acompañar las comidas con dulces navideños se debería limitar a los días propiamente festivos y no a las más de dos semanas de vacaciones escolares entre los días 24 de diciembre y 6 de enero.

No almacenar grandes cantidades de dulces o postres porque, si sobran, se sacarán más días, al igual que sucede en el caso de roscón de Reyes donde hay casas donde se toma este postre durante tres o cuatro días.

Para beber

En estos días es preferible que la bebida de elección principal sea el agua, como el resto del año, pero para brindar se suelen añadir bebidas alcohólicas. A la hora de escoger entre una y otra siempre serán más aceptables las bebidas fermentadas tipo vino, cerveza, sidra, champán, etc. En cantidad moderada e incluidas dentro de las comidas. Las bebidas refrescantes también podrían estar presentes en cantidad reducida ya que contienen muchos azúcares, así que es mejor elegir las que sean light o zero, sabiendo que las primeras siguen conteniendo calorías y no podemos tomar cuatro veces más ya que entonces no habrá ningún beneficio. Como complemento al agua, se pueden añadir infusiones, zumos y batidos naturales, caldos y sopas desgrasados, etc.

Así que ahora sólo nos resta prepararnos para disfrutar de estos días con la familia y amigos de forma ordenada y con sentido común.

Feliz Navidad a todos y todas.

Parir, nacer aquí y ahora

Carmen Mendive
Matrona. Asociación Navarra de Matronas

Actualmente y desde hace 8-10 años ha surgido un movimiento a favor del parto normal o parto no intervenido, en el que se resalta el respeto al proceso natural del parto, a su fisiología a su fluir espontáneamente. No olvidemos que es el resultado de millones de años de evolución y adaptación.

La FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) definió el parto NORMAL como: "*El proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.*"

El parto es fisiología e instinto y como tal dispone de recursos mecánicos y hormonales eficaces y seguros para llegar a buen término. El parto natural es más seguro en mujeres sanas con embarazos normales y tiene ventajas, tanto para la madre como para el hijo. Entre ellas, cabe destacar el sentimiento de logro y mejora de la autoestima en la mujer y la vinculación afectiva con el bebé, aspectos que van a repercutir en el amamantamiento y crianza.

Los profesionales, sólo intervenimos cuando detectamos una desviación de la normalidad en la salud materna y/o fetal, esta actuación está basada en la evidencia científica disponible, proporcionando una información clara y comprensible a la mujer, respetando sus deseos y favoreciendo su participación en la toma de decisiones, dándole el protagonismo que le corresponde.

Es importante que cada mujer disponga del tiempo necesario para la evolución fisiológica de su parto. No obstante, a veces se encuentran dificultades como la presión asistencial, la demanda precoz de anestesia epidural, etc.

Dolor del parto

Si la mujer se siente acompañada, cuidada y atendida en sus necesidades físicas y emocionales, el dolor del parto puede ser tolerable, pudiendo coexistir con la satisfacción y la euforia.

El parto tiene sus propios mecanismos de alivio del dolor, como son: la producción de endorfinas, estas hormonas se consideran analgésicos naturales que fluyen acompañando a la oxitocina, -que es la hormona que produce las contracciones de parto-, todo ello favorecido por un estado mental relajado.

Técnicas de relajación

Es muy importante el entrenamiento en técnicas de relajación durante la preparación maternal, así como la necesidad de disfrutar de un ambiente íntimo, acogedor y respetuoso con la mujer y su pareja en el momento del parto.

La tensión, el miedo, el sentirse observada, el estrés, van a favorecer la secreción de adrenalina, esta hormona frena la producción de oxitocina y endorfinas, lo que interfiere en el progreso del parto.

Un ambiente familiar acogedor y respetuoso con la fisiología del parto, con la mujer y con su protagonismo, va a favorecer la buena evolución del mismo. Las propias endorfinas, con las que la naturaleza refuerza premiando determinados actos necesarios para perpetuar la especie (hacer el amor, parir, lactar, comer...) van a aliviar los dolores de parto y el bebé también se va a beneficiar de ellas ya que estas hormonas atraviesan la placenta y llegan al bebé.

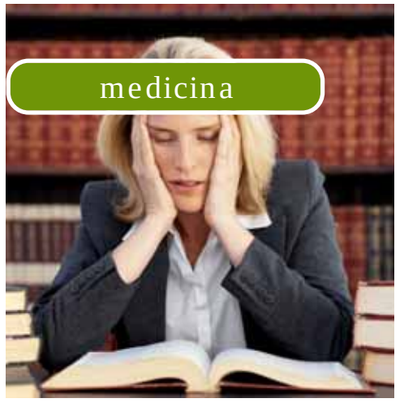
Actualmente hay una mayor demanda de anestesia epidural, como técnica de alivio del dolor, pero no debemos menospreciar otras alternativas que no van a interferir en la evolución del parto como son: técnicas de relajación, respiración, masaje, inmersión en el agua caliente, pelota suiza, etc. Algunas requieren un esfuerzo personal, un entrenamiento previo. Es muy importante la implicación de la pareja y de los profesionales para favorecer el empleo de estos recursos.

No cabe duda que la Anestesia epidural ha supuesto un logro para la mujer en proceso de parto, un recurso del que "poder echar mano", cuando el resto de los recursos de alivio del dolor no son suficientes. Esta técnica está especialmente indicada en partos largos, inducciones a mujeres con miedo-pánico al parto y siempre que la mujer lo considere necesario para poder afrontar el dolor de parto. Es una opción, que en algunos casos puede no ser necesaria, pero en cualquier caso, la decisión le corresponde a la mujer, quien después de una buena información, sopesará beneficios y riesgos para tomar la decisión que más le favorezca.

La preparación al parto o educación maternal dirigida a la mujer y su pareja tiene como objetivo contribuir a una mejor vivencia del parto. Nos proporciona la oportunidad de eliminar miedos, mitos, experiencias previas negativas y de adquirir buenas expectativas: confianza en una misma, en la naturaleza, en los propios recursos, en su pareja y en los profesionales que le atenderemos llegado el momento.

Una recomendación

En mujeres sanas con embarazos normales, puede ser buena idea permanecer en el domicilio cuando comienzan las contracciones, es un lugar seguro, íntimo, cálido y silencioso donde se disfruta de la libertad y autonomía para acostarse, levantarse, meterse en la bañera con agua caliente, recibir un masaje relajante, tomar sus zumos preferidos etc. En estas condiciones se minimiza la adrenalina y la oxitocina y endorfinas fluyen. La mujer guiada por su intuición e instinto y por los conocimientos adquiridos en la preparación al parto sabrá cuando es conveniente acudir al hospital. Siempre será bien recibida.



¿Cómo puede ayudarte el psicólogo?

Maite Pascual Vergara
Psicóloga
Gabinete Psicológico Maite Pascual Vergara

Desde el punto de vista psicológico y emocional, la terapia es una invitación al cambio; a veces podemos pasar por un momento en la vida, en que no encontramos respuestas para nuestras preguntas, caminos para nuestras ilusiones, compañía para nuestras aventuras, oídos para nuestras palabras, un corazón para nuestro amor. En esos momentos la soledad, la desesperación, el desamparo, la depresión, el enojo, la frustración, se van apoderando de nuestra vida y es el momento en que necesitamos cambiar, pero ¿Cómo?

Toda persona está sujeta a los avatares de la vida, experimentando dolor y sufrimiento. Éstos son muchas veces muy intensos y duraderos, y pueden, en ocasiones, dificultar el desenvolvimiento natural de nuestra vida e impedirnos encontrar en nosotros mismos las respuestas adecuadas. La terapia suele ser la ayuda más efectiva en esta búsqueda.

Comprender el problema y encontrar la mejor solución

La labor del psicólogo no consiste en solucionar los problemas de nadie; lo que se hace es conseguir que la persona comprenda cuál es su problema y qué le ha llevado a esta situación. Se trata además de dotar a la persona de estrategias que le ayuden a solucionar, por si mismo, la problemática por la que acude a consulta.

Para lograr este objetivo, aquí vas a encontrar un espacio donde voy a intentar dar sentido y apoyo a tus necesidades mediante la aplicación de técnicas y enfoques experimentados, además de contar con una gran capacidad de empatía y de escucha activa.

El trato que vas a recibir va a ser directo y la interacción positiva, creando un trabajo conjunto entre ambos, que tenga como objetivo común la mejora. Por supuesto esta relación estará necesariamente basada en la confidencialidad y la ética profesional.

Reconocer la necesidad de ayuda y buscar terapia profesional es una muestra de tu fuerza y determinación de vivir una vida productiva y significativa.

Especialización en varias áreas

Este es un espacio en el que estoy especializada en áreas como depresión, ansiedad, miedos, deficiencias de habilidades sociales, problemas de pareja, etc....

Además te ofrezco servicios de:

- MEDIACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR que resulta de gran utilidad para resolver conflictos familiares que se dan en las relaciones entre padres e hijos adolescentes, entre hermanos,... además ayuda a las parejas que han decidido separarse a resolver los desacuerdos propios de ese momento, creando un espacio que facilite la negociación hasta encontrar una solución satisfactoria para ambos.
- PERITAJES PSICOLOGICOS DE INCAPACIDAD LABORAL: Elaboración de informes, a partir de la evaluación y exámenes psicológicos exhaustivos y profesionales para determinar si el problema o afección psicológica es susceptible o no recibir una incapacidad laboral.
- TRATAMIENTO DE ACÚFENOS: Se trata de un problema de ruidos, zumbido grave y sordo, o silbido que los pacientes dicen escuchar en su cabeza constantemente. Este problema afecta al 15% de la población que manifiesta haber experimentado este síntoma alguna vez incapacitando de forma muy importante todos los aspectos de su vida. Actualmente se están obteniendo muy buenos resultados con la terapia cognitivo-conductual.
- PSICOLOGIA INFANTIL: Tratamiento de problemas emocionales y de conducta, problemas de aprendizaje, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), etc...

GABINETE PSICOLÓGICO MAITE PASCUAL
Avda. Carlos III, 37-1º
31004 Pamplona
T. 622 10 40 00 – 948 23 83 02
maite@maite-pascual.com
www.maite-pascual.com

GABINETE PSICOLÓGICO

MAITE PASCUAL VERGARA
Psicóloga

Psicología Infantil, Adolescentes y Adultos
Entrenamiento de Habilidades Sociales
Mediación y Orientación Familiar
Psicología Forense

Avda. Carlos III, 37-1º
31004 Pamplona
T. 622 10 40 00 – 948 23 83 02
maite@maite-pascual.com
www.maite-pascual.com

Hipercolesterolemia

Dra. Emma AndaApiñáriz
Adjunto Endocrinología. Hospital de Navarra

La importancia de la hipercolesterolemia deriva de su asociación con las enfermedades vasculares, es decir, tener niveles altos de colesterol en sangre predispone a presentar arteriosclerosis y complicaciones vasculares (como cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica o enfermedad cerebrovascular).

El colesterol es una grasa o lípido. Los principales lípidos son, además de del colesterol, los triglicéridos y los fosfolípidos cuya misión fundamental es la de servir de almacén energético. Pero no debemos olvidar que el colesterol tiene otras funciones de gran importancia en nuestro organismo ya que forma parte de la composición normal de las membranas celulares y es un precursor de las hormonas esteroideas y de los ácidos biliares. Por lo tanto, es necesario para la vida. El colesterol es absorbido de la dieta procedente de alimentos de origen animal o es sintetizado por las células del organismo (generalmente por el hígado).

Dado que son moléculas insolubles debe ir unidos a proteínas para su trasporte y forman complejos solubles llamados lipoproteínas. Existen varias clases de lipoproteínas. Las principales son: lipoproteínas de baja densidad (LDL) que son el principal trasportador del colesterol y lipoproteínas de alta densidad (HDL) cuya función es la de intercambio de lípidos entre los tejidos y las otras lipoproteínas para su eliminación por el hígado. Esto es importante porque la reducción del colesterol LDL (conocido como colesterol malo) y el aumento de HDL (o colesterol bueno) reducen la morbimortalidad cardiovascular.

Valor elevado a partir de 250 mg/dl

Por tanto, se denomina dislipemia a las alteraciones del metabolismo lipídico. Decimos que una persona presenta una hiperlipemia cuando tiene unos valores plasmáticos de colesterol,o triglicéridos o ambos a la vez, superiores a los normales. Y llamamos hipercolesterolemia a la elevación únicamente de los niveles de colesterol en sangre por encima de unos valores considerados como normales para la población de su misma edad. Generalmente, el valor a partir del cual se considera elevado es 250 mg/dl.

Existen múltiples estudios de prevalencia de la hipercolesterolemia en los países desarrollados. Resumiendo, podríamos decir que en España existe una alta prevalencia de dislipemia (24,4%) y que la hipercolesterolemia en adultos es del 20% y ésta aumenta con la edad, en el sexo masculino y con el peso.

Hipercolesterolemias primarias y secundarias

Dentro de las hipercolesterolemias distinguimos dos tipos. Las primarias: son aquéllas en las que no se aprecia una causa evidente y generalmente responde a una alteración genética. En la mayoría de estos casos se trata de una enfermedad poligénica (es decir, en la que existen varios genes implicados) en la que también intervienen factores externos como la dieta o el peso. Pero en un 15% aproximadamente se trata de una enfermedad monogénica (un único gen implicado). Una vez detectada esta alteración y dado el mayor riesgo vascular que conlleva, es recomendable estudiar a los familiares de primer grado si es posible con estudio genético adecuado para ello.

Las secundarias: en éstas la causa del aumento del colesterol se debe a una enfermedad o tratamiento farmacológico ya conocida (como, por ejemplo, la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, la insuficiencia renal o hepática, el consumo de alcohol, los tratamientos con estrógenos o progesterona, los corticoides, etcétera...).

La hipercolesterolemia es una enfermedad asintomática, es decir, no produce ningún síntoma, hasta que aparece su consecuencia: la enfermedad vascular (infarto, angina, etc.). En raras ocasiones pueden aparecer los llamados xantomas que son el resultado de la infiltración de la piel y tendones por el colesterol o los xantelasmas (alrededor de los párpados).

Realizar una analítica de sangre

Por tanto, la única posibilidad de diagnosticarla es realizando una analítica de sangre para ello. Es recomendable realizarla una vez antes de los 35 años en varones y de los 45 años en mujeres, y después con una periodicidad cada 5 años hasta los 65, midiendo niveles de colesterol total, HDL y triglicéridos.

La hipercolesterolemia es, junto a la hipertensión arterial, el tabaquismo y la diabetes mellitus, uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad vascular. Esto está apoyado por diversos estudios en los que se ha visto una relación estrecha entre las cifras elevadas de colesterol total y la mortalidad cardiovascular y cómo disminuyendo estos valores (especialmente los valores de LDL-colesterol) disminuye la probabilidad de presentar una enfermedad vascular o una recaída de la misma. Pero, no debemos olvidar que el riesgo que conlleva cualquier nivel elevado de colesterol depende también de la coexistencia de otros factores de riesgo como son, edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, etc. y que a la hora de realizar una labor preventiva debemos realizarla en conjunto.

El tratamiento de la hipercolesterolemia será, lógicamente, disminuir las cifras del mismo hasta los valores normales o los adecuados en cada caso. Así, no todos los pacientes con hipercolesterolemia deben alcanzar el mismo nivel de LDL, que es el objetivo del tratamiento.

Por ejemplo, un paciente que ya tiene enfermedad coronaria el objetivo de LDL sería 100 mg/dl o incluso 70 mg/dl (si presenta muy alto riesgo vascular). Pero en otra persona joven sin enfermedad vascular que únicamente presenta niveles de colesterol alto sin ningún otro factor de riesgo vascular será suficiente lograr un nivel de LDL < 160 mg/dl.

Dieta y medicación

El tratamiento que debemos utilizar para ello se basa en dos pilares: las medidas higiénico-dietéticas y el tratamiento farmacológico.

La dieta es fundamental para el tratamiento y debe mantenerse incluso si se toma medicación. En caso de sobrepeso u obesidad, una pérdida moderada de peso (alrededor del 5%) supondrá un gran beneficio. Habrá que complementar la dieta, en la medida de lo posible, con la realización de ejercicio físico de intensidad leve con frecuencia diaria. El abandono del hábito tabáquico también debe tenerse en cuenta, así como moderar o abandonar el consumo de bebidas alcohólicas.

Es recomendable repartir la ingesta en 5 tomas al día, limitar el consumo de alimentos ricos en grasa saturadas, grasas trans , colesterol o azúcares simples (carnes grasa, embutidos, productos de bollería industriales, mantequilla, vísceras, zumos,...) y consumir con mayor frecuencia aquellos alimentos más benificiosos por tener ácidos grasos saludables, fibra, y esteroles vegetales (verduras, frutas, legumbres, pescados, lácteos desnatados,...). El tamaño y el número de raciones se ajustarán según cada paciente.

En ocasiones será suficiente con la dieta, pero en otras (por ejemplo las hipercolesterolemias primarias con estudio genético positivo) habrá que instaurar tratamiento farmacológico. Existen varios grupos farmacológicos (resinas, fibratos, ezetimibe, acido nicotínico, o estatinas). Estos últimos son los fármacos más utilizados porque tiene una gran potencia para degradar el colesterol malo. Todos estos tratamientos deben ser indicados y seguidos por el médico correspondiente.

La apnea del sueño

Dra. Elena Urrestarazu
Dra Beatriz Martín-Bujanda
Servicio de Neurofisiología Clínica. Clínica Universidad de Navarra

Las apneas del sueño son pausas de la respiración de 10 segundos o más (pueden durar más de un minuto) que se producen durante el sueño. La detención de la respiración, especialmente si es prolongada, suele acompañarse de una reducción de la saturación de oxígeno en sangre. Aunque con frecuencia se asocian al ronquido no todo roncador tiene apneas. Todos podemos tener alguna apnea mientras estamos dormidos y no se considera anormal si son menos de 5-10 por hora de sueño y no se acompañan de desaturaciones de oxígeno. Las comidas copiosas o la ingesta de bebidas alcohólicas y sedantes antes de acostarse favorecen las pausas respiratorias.

En la mayor parte de los pacientes las apneas se producen por una obstrucción completa (apneas) o parcial (hipopneas) de las vías aéreas superiores, por lo que las denominamos apneas obstructivas. Pueden ocurrir en cualquier fase del sueño, aunque es frecuente que la disminución de la saturación de oxígeno sea más marcada en fase REM. Otro factor que puede agravar este tipo de apneas es el dormir boca arriba. Aunque las apneas obstructivas son las más frecuentes, en ocasiones las apneas se producen por la ausencia de esfuerzo respiratorio y se denominan apneas centrales. Estas últimas se producen generalmente en el contexto de enfermedades neurológicas.

Síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS)

El síndrome de apneas obstructivas del sueño es una patología frecuente. Aunque el paciente típico es un varón obeso de 40-60 años y roncador habitual, este problema afecta tanto a mujeres como a varones de todas las edades y constituciones físicas, e incluso a niños. Se estima que el 2% de las mujeres, el 4% de los varones y el 1-3% de los niños lo sufren. El exceso de peso, el aumento de partes blandas a nivel faríngeo (adenoides, amígdalas, úvula, etc), la presencia de obstrucción nasal, o una circunferencia del cuello grande predisponen a sufrir apneas obstructivas. Pueden ser también secundarias a anormalidades craneofaciales o a enfermedades endocrinológicas como el hipotiroidismo o la acromegalia.

Síntomas

El SAOS produce tanto síntomas nocturnos como diurnos. Los problemas nocturnos más frecuentes son el ronquido y los despertares, en ocasiones con sensación de atragantamiento. Los problemas diurnos son también frecuentes, y pueden ser la causa de la consulta al médico. Incluyen típicamente la somnolencia, el cansancio y la cefalea matutina. En casos severos el paciente puede llegar a dormirse conduciendo; de hecho, se ha demostrado que los pacientes con SAOS tienen más accidentes de tráfico que el resto de la población. Un cambio de carácter, la depresión, la pérdida de memoria y una disminución del rendimiento profesional también pueden deberse al SAOS. Además, a la hora de decidir el tratamiento de este problema hay que tener en cuenta que cuando se hace crónico puede producir complicaciones cardiovasculares como la hipertensión arterial, el ictus o el infarto agudo de miocardio.
Los niños con apneas suelen tener un ronquido muy llamativo, agudo y fuerte. Durante el sueño los padres pueden observar las apneas y notar que los movimientos de la caja torácica y abdomen son irregulares. Son niños que presentan movimientos corporales frecuentes, sudoración nocturna y duermen con el cuello en hiperextensión. Al día siguiente, al igual que los adultos, suelen quejarse de hipersomnia y a veces de cefalea. De manera característica en niños, el SAOS puede manifestarse como trastornos del comportamiento, hiperactividad y dificultades de aprendizaje.

Diagnóstico

El diagnóstico se sospecha por la clínica y por la constitución de la persona. Para confirmarlo se pueden realizar distintos estudios de sueño. El más completo es la polisomnografía, que nos permite detectar las apneas e identificar las situaciones que las agravan, y además nos permite diagnosticar otros trastornos del sueño que pueden producir síntomas similares. Esta prueba se suele realizar en el hospital, en habitaciones especialmente preparadas para ello, colocando al paciente una serie de sensores. Si no se dispone de polisomnografía, la poligrafía y en menor medida la pusioximetría pueden servir como estudios de despistaje. El principal beneficio de estos estudios es que al ser menos complejos se pueden realizar a domicilio, facilitando su disponibilidad. Sus principales inconvenientes son que no se puede diferenciar si el paciente está despierto o dormido con lo que el número de apneas por hora de sueño puede ser infraestimado si la persona ha dormido mal, y que no sirven para el diagnóstico de otras alteraciones del sueño.

Tratamiento

El objetivo a la hora del tratamiento no es únicamente evitar los síntomas nocturnos y diurnos sino también evitar las complicaciones a largo plazo. El tratamiento a corto plazo más eficaz es la CPAP. Consiste en un aparato sencillo y manejable que envía aire ambiental a una presión determinada a través de un tubo hasta una mascarilla que se ajusta a la nariz, o en ocasiones a nariz y boca, venciendo así el cierre de la vía respiratoria y evitando las pausas respiratorias. Existen diversas mascarillas de diferentes formas y tamaños para adecuarse a las necesidades. Habitualmente se tolera bien, aunque pueden surgir pequeños problemas como sequedad, congestión nasal, dolor de cabeza, frío, daño de la piel sobre la que se apoya la mascarilla, etc., que se han de intentar resolver a través de un contacto adecuado con el médico responsable y la empresa suministradora. La CPAP «inteligente» o auto-CPAP genera una presión que se adapta según va detectando apneas; su coste es mayor y su uso no está aún muy extendido. Algunos pacientes toleran mejor otro tipo de sistemas que crean dos niveles de presión en cada respiración (llamados Bi-PAP). Este tratamiento no cura la enfermedad, sólo evita las consecuencias, por ello lo mejor a largo plazo es tratar la causa. En la mayoría de los casos el SAOS se relaciona con el sobrepeso y la obesidad, por lo que la pérdida de peso puede mejorar el problema e incluso corregirlo del todo. En casos seleccionados también se puede realizar cirugía para disminuir las partes blandas (uvulofaringoplastia, septoplastia, adeno-amigdalectomía en niños etc.) o para modificar las partes óseas (avance mandibular). En general, esta cirugía no resuelve los problemas de apneas del sueño muy severas, sino que estaría indicada en apneas leves o moderadas. Si la causa son anomalías craneofaciales se deben corregir quirúrgicamente.

En resumen, las apneas del sueño son un problema frecuente con importante repercusión sobre la calidad de vida y la salud. La mayor parte de los casos se deben a exceso de peso o a problemas otorrinolaringológicos. Existen tratamientos eficaces que deben ser individualizados.

Falsas creencias sobre náuseas, vómitos y anestesia

Dr. Mikel Batllori Gastón
Dr. Miguel Castañeda Pascual
Servicio de Anestesia y Reanimación.
Complejo Hospitalario de Navarra, Sección A

Las náuseas y los vómitos aparecen con relativa frecuencia en el postoperatorio de las intervenciones quirúrgicas. Son un problema, ya que comportan una disminución del bienestar de los pacientes y aumentan el riesgo de presentar algunas complicaciones. Tradicionalmente, el saber popular ha atribuido el origen de las náuseas y los vómitos postoperatorios a la anestesia. Si bien hay cierta verdad en esta afirmación, no es cierto todo lo que se dice sobre este tema. Este artículo pretende aclarar ciertas cuestiones al respecto.

¿Es cierto que la anestesia se expulsa del organismo mediante el vómito?

No. El vómito no es una ruta de eliminación de fármacos. Los fármacos anestésicos siguen diversas vías para abandonar el organismo. Los agentes anestésicos intravenosos son generalmente metabolizados por el hígado, y los productos de dicho metabolismo son eliminados gradualmente a través de la orina. Los agentes anestésicos inhalatorios (gases anestésicos) se eliminan por vía respiratoria, mediante la exhalación. Los pacientes no perciben estos procesos, por lo que no suponen para ellos ninguna molestia.

Entonces, ¿Cuál es la causa de las náuseas y los vómitos en el postoperatorio?

Tanto la sensación nauseosa como el vómito son mecanismos de defensa ancestrales para el ser humano que tienen como finalidad evitar la ingestión de sustancias tóxicas. Se desencadenan cuando dichas sustancias entran en contacto con ciertos sensores presentes en el aparato digestivo y el cerebro. Algunos fármacos anestésicos, en la medida en la que son elementos ajenos al organismo, son capaces de estimular directamente dichos sensores y desencadenar náuseas y vómitos. Los analgésicos derivados del opio, como la morfina, son fármacos de uso habitual en el postoperatorio que también poseen esta propiedad. Además existen causas no farmacológicas que pueden desencadenar la aparición de náuseas y vómitos en este periodo (hipotensión, dolor mal controlado, ansiedad, etc.)

Si los fármacos anestésicos pueden inducir el vómito, ¿No es esto peligroso para los pacientes durante la cirugía?

Cuando el paciente está consciente existen reflejos protectores, como la tos, que evitan un posible paso del contenido digestivo expulsado durante el vómito a la vía respiratoria. Estos reflejos protectores desaparecen durante la anestesia general. No obstante, si la cirugía se lleva a cabo de forma programada el contenido gástrico es mínimo o inexistente, ya que se habrá guardado un periodo prudencial de ayuno. En cualquier caso el anestesiólogo, que es el médico encargado de velar por la seguridad del paciente durante el acto anestésico, tomará siempre las precauciones necesarias para asegurar la vía respiratoria y minimizar este riesgo.

¿Existen cirugías con mayor riesgo de presentar náuseas y vómitos en el postoperatorio?

Aunque no es una opinión unánime, generalmente se acepta que en determinadas cirugías el riesgo de presentar náuseas y vómitos es mayor. Entre ellas se cuentan la cirugía abdominal (laparoscópica o abierta), cirugía de mama, cirugías plástica y maxilofacial, cirugía ginecológica, cirugía de tiroides y algunos tipos de cirugía oftalmológica (corrección del estrabismo).

¿Qué pacientes pueden presentar con más frecuencia náuseas y vómitos en el postoperatorio?

Podemos distinguir los siguientes factores de riesgo en pacientes adultos:

- Sexo femenino
- No-fumadores
- Historia previa de náuseas y vómitos en el postoperatorio
- Historia previa de cinetosis (mareo acompañado de náuseas y/o vómitos durante los viajes en avión, barco, tren o vehículos por carretera)
- Utilización de morfina o derivados en el postoperatorio

La probabilidad a priori de presentar náuseas y vómitos si no está presente ninguno de estos factores es del 10%, y aumenta un 15% por cada factor que se vaya sumando. Si un paciente presenta todos los factores de riesgo, su probabilidad de presentar estas complicaciones se cifra en torno al 80%.

¿Pueden los niños presentar náuseas y vómitos en el postoperatorio?

Los niños constituyen un grupo de riesgo especial, ya que en ellos se estima que la incidencia es el doble que en adultos. Además, durante la infancia más temprana el niño no puede o no sabe expresar correctamente de manera verbal la sensación nauseosa. Los padres atribuyen a los vómitos en el postoperatorio un carácter banal, por estar acostumbrados a ver al niño vomitar durante procesos de otra índole (por lo general gastroenteritis), por lo que generalmente no solicitan tratamiento al personal sanitario. Todo esto hace que las náuseas y vómitos postoperatorios en la edad pediátrica constituyan un problema de mayor magnitud aún que en la edad adulta, que además es experimentado por el niño como una situación especialmente angustiosa.

¿Pueden prevenirse?

Afortunadamente, las náuseas y los vómitos postoperatorios son prevenibles. Existen estrategias anestésicas y fármacos específicos que permiten minimizar el riesgo de que aparezcan. El anestesiólogo es el médico encargado de valorar el riesgo individual que cada paciente presenta para desarrollar estas complicaciones. En la consulta anestésica obtiene del paciente la información pertinente para calcular dicho riesgo, el cual hace constar en el informe preoperatorio. En quirófano, el anestesiólogo es el responsable de elegir la técnica anestésica que más se adecue a cada paciente. En caso de encontrarse ante un paciente con un riesgo aumentado para presentar náuseas y vómitos postoperatorios, procurará que la técnica anestésica que elija suponga el menor incremento del riesgo para él. Además de elegir la estrategia anestésica más adecuada, existen fármacos específicos para prevenir las náuseas y vómitos que el anestesiólogo puede administrar en quirófano durante la anestesia. La prevención farmacológica ha cambiado drásticamente la situación en los últimos años, ya que con la aparición de nuevos y más eficaces fármacos se ha conseguido disminuir la incidencia de las náuseas y los vómitos postoperatorios considerablemente (de un 80% a un 20% en pacientes de alto riesgo).

¿Y si, pese a todo, las náuseas y los vómitos aparecen?

Lamentablemente, la prevención farmacológica no es eficaz en todos los casos. Además, aunque las náuseas y vómitos postoperatorios suelen presentarse con más frecuencia durante las primeras 24 horas tras la intervención, es posible que aparezcan también entre las 24 y 72 horas. No obstante, los mismos fármacos que sirven para prevenir estas complicaciones son útiles también para tratarlas. Tanto en las salas de reanimación posquirúrgicas y unidades de cuidados intensivos, como en las plantas de hospitalización, los profesionales sanitarios pueden utilizar dichos fármacos para poner fin a las náuseas y vómitos. En aquellos pacientes en los que hayan aparecido náuseas y vómitos a pesar de la prevención, puede instaurarse un tratamiento de base durante los días sucesivos para evitar que vuelvan a aparecer.

Recomendaciones nutricionales para pacientes con problemas de deglución (Disfagia)

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 disfagia se define como la dificultad para tragar o la sensación de obstáculo que estorba el paso de los alimentos ingeridos. Puede presentarse simplemente como una dificultad o puede asociar dolor al tragar, fenómeno denominado odinofagia, y a su vez referirse a sólidos, líquidos o incluso la propia saliva.

Algo que parece tan sencillo como tragar es en realidad una acción muy compleja en la que participan numerosos músculos y nervios. La disfagia aguda puede ser el resultado de afecciones inflamatorias (faringitis, amigdalitis, etc.) y habitualmente se acompaña de dolor. La disfagia crónica es por lo general el resultado de trastornos neurológicos (demencia, enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, etc.). También pueden presentar problemas para la deglución aquellos pacientes tratados quirúrgicamente o con radioterapia por tumores en la zona de boca y cuello.

Hoy en día se puede considerar que la disfagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos a pesar de su elevada prevalencia (más del 60%) y su enorme impacto en la capacidad funcional, la salud y la calidad de vida de los ancianos que la padecen. La dificultad de tragar y/o masticar, puede derivar en estados carenciales, de desnutrición y/o de deshidratación, situaciones que se pueden prevenir o paliar con una rápida actuación y un adecuado conocimiento de los síntomas. No olvidemos la broncoaspiración (paso de alimento hacia los pulmones) que se puede dar en algunos pacientes con el consecuente peligro de infecciones respiratorias.

Las consecuencias de la disfagia complican muchas veces el tratamiento de ciertas enfermedades, por no hablar del alargamiento de la estancia hospitalaria y por supuesto de los costes que esta situación conlleva. De la misma manera, prevenir las complicaciones de la disfagia adaptando la alimentación, supone una mejoría en la calidad de vida del paciente.

Para prevenir y disminuir las complicaciones se deben considerar varios aspectos desde el punto de vista dietético, como pueden ser las medidas posturales y la adaptación de la consistencia de los alimentos, dependiendo del tipo de disfagia. La dieta en esta situación será de fácil masticación o triturada, siempre considerando que deberá ser equilibrada y completa (que aporte todos los nutrientes y las kilocalorías necesarias para mantener un correcto estado nutricional).

Síntomas

Si durante o tras la deglución de los alimentos presenta tos, carraspeo, atragantamientos frecuentes, regurgitación del alimento hacia la nariz, sensación de estorbo en la garganta, cambios de voz, caída de alimento por las comisuras, restos permanentes de comida en la boca y/o fiebre se sospechará que el paciente presenta disfagia.

La disfagia puede variar desde la dificultad moderada hasta la total imposibilidad para la deglución.

Medidas higiénicas y posturales

- El médico valorará si el paciente mantiene un adecuado nivel de la conciencia y si conserva el control bucal para ser alimentado por vía oral. Se considera primordial que para ello, el paciente sea capaz de tragar su propia saliva y que mantenga el reflejo de la tos y de la náusea.
- Nunca debe iniciarse la alimentación si el paciente está adormilado o muy nervioso. Es aconsejable eliminar o disminuir distracciones como la televisión, radio, etc. El paciente no debe hablar mientras come.
- El paciente deberá permanecer sentado durante la comida, con la espalda recta, como medida de seguridad para evitar el paso de alimento a la vía respiratoria. En caso de estar encamado la cabecera de la cama deberá estar elevada 30-45º. La cabeza deberá estar ligeramente inclinada hacia el pecho en el momento de tragar. Existen maniobras que pueden facilitar la deglución, en función de la patología de base, que le explicará su médico y/o logopeda.
- La persona que va a dar de comer al paciente debe estar colocada a la altura de sus ojos o justo por debajo de ellos, para evitar que eleve la cabeza para tomar el alimento y trague en esta postura que puede ser peligrosa.
- Tiene su importancia el hecho de utilizar cubiertos. La presión de la cuchara en la lengua estimula la deglución. No es recomendable por lo tanto dar de comer con jeringa o pajitas porque conlleva mayor riesgo de atragantamiento.
- Adaptar el tamaño de cada bocado o cucharada (mejor poco volumen cada vez). Se comprobará siempre que ha tragado la cucharada previa antes de darle otra.
- Interrumpir la comida si el paciente presenta tos, náuseas, carraspeo o regurgitación.
- Mantenerlo sentado el mayor tiempo posible después de comer ayudará a que haga la digestión y no regurgite. Si quedan restos en la boca debe retirarlos para evitar que se atragante con ellos.
- Una buena higiene bucal es fundamental para evitar problemas infecciosos.

Modificaciones dietéticas

El objetivo de una correcta alimentación es evitar el paso del alimento a las vías respiratorias y contribuir a que el paciente esté bien nutrido (que obtenga mediante la alimentación todos los nutrientes necesarios) e hidratado.

Habrá que hallar la manera de que la dieta sea lo más equilibrada posible cumpliendo estas características generales:

- Realizar 5-6 comidas al día.
- Tomar la mayor variedad posible de alimentos (lácteos, cereales, frutas y verduras, legumbres, pasta, arroz, patatas, carne y pescado, huevos).
- Cuidar la elaboración, para que resulte lo más apetitosa posible. Especial atención por lo tanto, a la textura, el sabor, el color y la variedad de los platos.
- Es posible que tenga que adaptar la textura de alimentos sólidos y de líquidos.
- Consulte con su médico para adaptar la posología de los fármacos en caso de que se atragante con ellos.

Alimentos a evitar

- Los que le hayan causado alguna dificultad para tragar.
- Los que mezclan distintas consistencias: arroz con leche, sopa con fideos, yogur con muesli, fruta en almíbar con su caldo, etc.
- Los que contengan líquido al morderlos: naranja, mandarina, uva, etc.
- Alimentos con espinas, pepitas, pellejo, grumos, como: puré poco pasado, sandía, aceituna, fruta con piel, etc.
- Alimentos secos que se desmiguen: galletas, queso curado, biscotes, patatas chips,etc.
- Alimentos pegajosos que se pueden quedar pegados al paladar: plátano, bases de algunos pasteles,etc.
- Alimentos fibrosos y/o con filamentos: piña, naranja, espárragos, borraja,etc.

Adaptación de alimentos líquidos

Existen en el mercado gelatinas para elaborar en casa que se pueden añadir a todo tipo de líquidos (agua, leche, zumo, etc.) y que resultan muy importantes para mantener una hidratación adecuada. También con este objetivo encontraremos aguas gelificadas comerciales con o sin azúcar. Podemos utilizar además espesantes comerciales para dar la consistencia necesaria a los líquidos.

Podemos diferenciar tres tipos de textura para adaptar a cada caso la que mejor tolere:

- Tipo néctar: líquido que forma un hilo fino cuando se vierte; puede beberse del vaso. Textura similar a .la de un zumo de tomate o de melocotón.
- Tipo miel: líquido que cuando se vierte cae en gotas gruesas; podrá tomarse con cuchara o beber.
- Tipo pudding: el líquido queda como si fuera gelatina, cuajada o flan; no puede beberse, hay que tomarlo con cuchara.

También son válidas las harinas y cereales dextrinados para espesar ciertos alimentos, teniendo en cuenta que estos aportan kilocalorías, que en ciertos casos y cuando la dieta sea deficitaria, nos ayudarán a suplementarla.

El objetivo de adaptar la viscosidad de los líquidos es evitar el paso de éstos a la vía respiratoria. Existen evidencias de una importante reducción del riesgo de neumonía aspirativa en pacientes tratados con la estrategia terapéutica de adaptar la viscosidad de los líquidos.

Adaptación de alimentos sólidos

Es primordial adaptar la textura y consistencia de la dieta a cada situación. En este sentido, habrá que tener en cuenta el tipo de disfagia que presenta el paciente. Diferenciaremos 2 tipos de dieta en función de la textura: la de fácil masticación y la triturada.

Dieta de fácil masticación

Elegiremos alimentos blandos, de textura suave y sin espinas, piel, pepitas, grumos, etc.

En este tipo de dieta estarán indicados los siguientes alimentos:

- Lácteos: leche con espesante o yogur, flan, natilla espesa. Evitaremos el arroz con leche, el queso fresco y quesos muy curados que se cuarteen.
- Carnes, pescados y huevos: elegiremos las carnes blandas tipo muslo de pollo, albóndigas de ternera, hamburguesa, pescados sin espina y sin piel, tortilla francesa, de patata. Se cocinarán con salsas espesas para facilitar la masticación y la deglución.
- Frutas y verduras cocinadas incluso trituradas si se desea.
- Legumbres, patatas, pasta y arroz: en el caso de la legumbre mejor tomarla triturada y pasada por el pasapurés para evitar pequeños trozos de piel. La pasta se puede cocinar con verduras, salsa de tomate espeso y el arroz se puede tomar junto con la verdura o con la legumbre en puré para aportar hidratos de carbono. La patata se puede tomar cocida o como otro ingrediente en los purés.

Dieta triturada

Elegiremos esta opción cuando no haya posibilidad de tomar la dieta de fácil masticación. Los platos se prepararán triturados, de la manera más homogénea posible y espesados si hace falta una consistencia tipo pudding. Para ello elegiremos los alimentos mencionados en la dieta de fácil masticación y los trituraremos y espesaremos hasta conseguir una textura adecuada.

Hay que tener en cuenta que la comida triturada tiene más probabilidad de contaminación, por lo que evitaremos preparar la comida para más de un día. Elegiremos alimentos frescos y variados.

Tendremos especial cuidado con la comida y la cena, ya que tendrá que ser completa y variada. Para ello, elegiremos un primer plato de legumbre, verdura, patata o arroz y lo cocinaremos. Elegiremos si le vamos a añadir carne, pescado o huevo; lo cocinaremos aparte y cuando estén los dos platos cocinados los trituraremos juntos. Las cantidades orientativas son 180-200 g. de legumbre, verdura con patata o arroz ya cocinados a los que añadiremos 125 g. de carne, 150 g. de pescado o 2 huevos.

Deberá contactar con su médico si:

- si a pesar de seguir las indicaciones para el tratamiento de su disfagia continúa presentando los mismos problemas para tragar
- si sus síntomas empeoran o aparecen otros nuevos
- si disminuye la ingesta y restringe cierto tipo de alimentos (carne, pescado, huevos, lácteos) para valorar suplementación o nutrición artificial
- si disminuye el peso
- si presenta infecciones respiratorias de repetición

Está en manos del personal sanitario identificar bien estos aspectos y dar una solución lo más temprana posible sin olvidarnos que si se padece alguna patología asociada a parte de la disfagia, habrá que adaptar la alimentación a dicha situación.

Desgaste dental: un problema de hoy

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

Definición de desgaste: deterioro progresivo de una materia como consecuencia del uso o del roce. Pérdida de fuerza y entereza (Diccionario de la lengua española).

El desgaste dental es la perdida irreversible de la sustancia dental, con la consecuente disminución de resistencia y fuerza. Hoy vemos dientes saludables que están mostrando signos crecientes de pérdida de estructura progresiva hasta presentar lesiones debido a este problema cada día más común.

Normalmente los dientes, con el tiempo, se desgastan por su uso, es un envejecimiento fisiológico normal que deja huellas y señales en los dientes, conduciendo a una reducción paulatina de la superficie a lo largo de la vida. El proceso de desgaste natural del diente se produce en todas las superficies incluso en las de contacto mesial y distal (interproximales= entre los dientes) por el movimiento durante su uso. Es el resultado de las funciones normales de la boca, depende en gran medida de la potencia del aparato masticatorio, de la intensidad, contactos y duración de la actividad; Durante la masticación el roce directo diente contra diente es muy limitado, ya que, el bolo alimenticio no deja que las piezas dentales entren en contacto, excepto en el momento de la deglución (tragar) donde se produce un suave toque. Influyen los alimentos, aunque las dietas actuales donde se elaboran y cocinan los productos son blandas resultando en una perdida de tejido muy limitadas. También el cepillado dental diario produce cierta pérdida, pero todas estas acciones entran dentro de lo funcional y no deben de preocuparnos.

Los factores genéticos que condicionan la posición del diente, el grado de dureza del esmalte, medicaciones, estilo de vida,...inciden de una manera significativa, ya que, por ejemplo, dientes donde el esmalte es más poroso o sufre alguna alteración del esmalte (ej.: amelo génesis imperfecta) el pulido o riesgo de fracturas se incrementara, además de tener una mayor susceptibilidad a la enfermedad de caries.

Desgaste no funcional

Los casos donde esta pérdida de estructura dental es provocada por procesos no fisiológicos, donde el ritmo de progresión del deterioro se acelera, se inician en el esmalte, para avanzar posteriormente en la dentina, progresando a la cavidad pulpar (nervio), hasta poder llegar a la destrucción total de la corona. Esto lleva a unas consecuencias fatales para la persona, provocándole desde una pérdida estética en la sonrisa, hipersensibilidad, dolor dental hasta provocar procesos infecciosos. Aquí sí tenemos que poner atención.

Hábitos alimenticios, parafunción (bruxismo, morderse las uñas), y las costumbres culturales (fumar pipa, comedores de pipas, destapar botellas con los dientes, preparar materiales o sostener objetos mientras se pesca, caza o trabajo). A pesar de que el desgaste dental ocurre durante la vida del individuo, la naturaleza de su origen es diversa, aunque las causas más frecuentes son por atrición, abrasión y erosión; o una combinación de las mismas. Diferenciar unos tipos de desgaste de los otros no es fácil.

La atrición dental

Es el desgaste de un diente como resultado del contacto diente-a-diente, este proceso se vuelve negativo no en la masticación sino en actividades no funcionales (anormales), que ocurre en las superficies oclusales, incisales y proximales de los dientes. Se asocia principalmente con el desgaste de la sustancia dentaria por fricción, el llamado bruxismo.

¿Qué es el bruxismo?

Es el hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósitos funcionales. Afecta a un porcentaje alto de la población y puede conllevar además de la pérdida de tejido dental a problemas de encías, dolor de cabeza y músculos de la mandíbula, cuello y oído. Esta actividad parafuncional de los músculos de la masticación, que se produce de forma inconsciente suele darse de noche por lo general, y el paciente no es consciente del problema.

En los niños suele ser habitual episodios de bruxismo entre los cuatro y seis años, durante la dentición de leche y la dentición mixta (periodo de cambio de dientes de leche y dientes definitivos pero normalmente desaparece con el paso de los años, cuando salen las muelas y dientes permanentes. Si continuase entonces debería consultar al dentista.

La combinación de factores predisponentes y desencadenantes son los responsables de inducir al hábito de apretar y rechinar los dientes. Tener en cuenta prematuridades e interferencias (contactos anómalos entre dientes de arcadas opuestas), estrés, personalidad, tipo de dentadura, posición durante el sueño, entre otros va a ser importante a la hora de tomar las medidas de protección adecuadas.

Abrasión dentaria

La abrasión es la pérdida de sustancia dental

producida por un trauma externo, el ejemplo más común es el del cepillado incorrecto. Un cepillo duro o una mala técnica de higiene, que irrite a la encía y la haga retroceder, provoca la retracción de la misma y el desgaste de la zona del cuello dental que presenta la característica muesca de la abrasión.

Otro tipo de abrasiones dentarias muy comunes son también producidas por diferentes elementos como palillos, pipas, hilos, clavos,...En la prehistoria los dientes eran herramientas de trabajo, así el análisis de estos desgastes permite conocer el estilo de vida de esos hombres.

La Onicofagia es el hábito de "comerse las uñas" o la manía nerviosa si no puede controlarse, aunque en muchos casos perdura hasta la edad adulta, la mayor incidencia de este mal hábito se da en la pubertad. Es más común en el sexo masculino que en el femenino y provoca un desgaste muy característicos de los dientes anteriores, donde el compromiso estético es muy importante.

La erosión dental

La erosión dental es la pérdida del tejido dental duro que se encuentra en la superficie de los dientes debido a procesos químicos, normalmente a un ataque ácido, sin involucrar a la placa bacteriana. En nuestra dieta, hay alimentos y bebidas ricos en ácidos (refrescos, vinagres, zumos de fruta,...), en individuos susceptibles y en determinadas circunstancias atacan directamente el esmalte. Un ejemplo muy común son los refrescos de cola o bebidas energéticas para deportistas en los que no se debe tanto a las altas cantidades de azúcar, sino a los ácidos de estas bebidas (fosfórico, tartárico, málico, cítrico etc.).

Una mayor frecuencia de exposición puede desbordar la capacidad de protección natural de la boca, que varía entre individuos pero que se estima en más de 3-4 impactos diarios de alimentos ácidos nos coloca en una situación de alto riesgo.

Existen factores intrínsecos del individuo que se asocian al desgaste químico del diente, el más común son los problemas estomacales que producen el reflujo gastroesofágico, alrededor del 7% de los adultos lo padecen. También en los individuos con alteraciones nutricionales como anorexia y bulimia encontramos este problema en la cara posterior de los dientes anteriores y superficies oclusales de los posteriores.

¿Es posible su prevención?

Por su alta frecuencia, y gracias a la toma de conciencia sobre este problema que se ha incrementado considerablemente en los últimos años debido a los cambios en el cuidado oral, se le presta la necesaria atención para evitar llegar a fases muy avanzadas, donde la prevención, evita que haya que recurrir a tratamientos dentales costosos y complejos.

El desgaste dental no es reversible. Cuando se pierde estructura dental, esta es irrecuperable, no se puede remediar. Esto nos muestra que es importante entender el problema y la causa para tomar las medidas necesarias que minimicen o eviten el daño. Monitorizar la progresión, severidad y localización del desgaste dental es clave para su control. La visita de mantenimiento de la boca es clave, su dentista le dirigirá y aconsejará adecuadamente.

Bronquitis y neumonías

Dra. Idoia Pascal Martínez
Neumóloga. Complejo Hospitalario de Navarra

Con la llegada del otoño-invierno, aumentan los procesos respiratorios tanto bronquitis como neumonías (popularmente llamadas pulmonías). La bronquitis aguda es una inflamación de los bronquios muy frecuente (50-60 casos /1000 habitantes/año), la mayoría de las veces producida por virus, que en personas sanas se presenta con tos, con o sin expectoración, de menos de tres semanas de evolución; es un proceso leve. Cuando afecta a pacientes con patología respiratoria crónica como EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o asma, produce agudización de estas enfermedades, presentando dificultad para respirar, requiriendo en muchas ocasiones ingreso hospitalario y tratamiento con broncodilatadores, antiinflamatorios bronquiales, antibióticos y oxígeno.

La neumonía es una inflamación del pulmón por la llegada de distintos gérmenes (virus y más frecuentemente bacterias) a través de los bronquios. El paciente presenta síntomas respiratorios y una radiografía de torax alterada. Es bastante frecuente (2-10 casos/1000 habitantes /año), y en ocasiones es un proceso grave que requiere ingreso en 8-25% de los casos, pudiendo conducir a la muerte en 5-15% de los ingresados. Su tratamiento suele ser antibióticos y medidas de soporte.

¿Quienes están más predispuestos a padecerlos?

Estos procesos se dan en todas las edades, pero son más frecuentes en niños y ancianos; también en personas que padecen otras enfermedades como diabetes, enfermedades crónicas respiratorias, insuficiencia cardiaca, tumores o alteración en las defensas (tratamientos prolongados con corticoides, quimioterapias, inmunodeficiencias, malnutrición...). El riesgo de padecer neumonías en fumadores es dos veces más que en no fumadores; también aumenta en alcohólicos. Determinadas condiciones medioambientales como el hacinamiento, los aires acondicionados, los meses de invierno, predisponen a estas patologías. Finalmente comentar que la neumonía puede ser una complicación, en ocasiones grave, de la gripe (tanto estacional, como la gripe A pandémica).

¿Cómo podemos prevenirlos?

Tenemos distintas medidas para ello, evitando la infección de los gérmenes más habituales que las producen o que predisponen a su adquisición, mediante la vacunación contra el neumococo y la gripe; con un buen control de las enfermedades predisponentes y, finalmente, la lucha contra el tabaquismo.

Vacuna antineumocócica: el neumococo es el germen más frecuente de producción de neumonías. En distintos estudios se ha visto que esta vacuna disminuye el riesgo de neumonía neumocócica invasiva (el tipo más grave de estas neumonías). No se ha comprobado que

disminuya el riesgo de neumonía neumocócica no invasiva en vacunados, pero parece que conlleva una mejor evolución. Se recomienda la vacunación en ancianos, inmunodeprimidos y en personas que padezcan enfermedades con riesgo para adquisición de neumonías.

Vacuna antigripal: como se ha dicho anteriormente, la neumonía es una de las complicaciones más graves que se produce tras la gripe. La vacuna antigripal previene la enfermedad en el 70-90% de personas sanas menores de 65 años; en mayores de 65 años o con enfermedades crónicas, es menos eficaz en cuanto a la prevención de la gripe, pero conlleva menor número de complicaciones respiratorias. Estaría indicada la vacunación en adultos mayores de 50 años, embarazadas durante la estación gripal, personas de cualquier edad con patologías crónicas de riesgo (enfermedades respiratorias, cardiopatías, diabetes, insuficiencia renal, inmunodeprimidos...), personal sanitario y toda persona que pudiera trasmitir la gripe a pacientes con riesgo.

Se recomiendan medidas higiénicas de lavado de manos, evitar hacinamiento..., para control de la gripe y por tanto de la neumonía postgripal.

Lucha contra el tabaco: en fumadores aumenta el riesgo de padecer neumonías y éstas son de mayor gravedad. Se ha visto que el dejar de fumar disminuye a la mitad el riesgo de sufrir una neumonía en los cinco años siguientes al abandono.

Finalmente hacer mención al control adecuado de las enfermedades crónicas que predisponen a bronquitis y neumonías. Es importante para evitarlas, acudir a consultas de seguimiento, así como cumplimiento por parte del paciente de los tratamientos pautados.

Propiedades nutricionales del pan

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

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

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

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

Valores nutricionales

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

Diferencias entre refinado e integral

A partir del dato de fibra es donde se empiezan a encontrar las diferencias más visibles entre ambos tipos de panes. Es lógico que el pan integral posea el doble de cantidad de fibra ya que esta se encuentra principalmente en la capa exterior del trigo que se conserva en este tipo de pan. La fibra posee numerosos beneficios para la salud entre ellos se encuentra: la regulación del tránsito gastrointestinal, la prevención de numerosas enfermedades, entre ellas diversos tipos de cáncer, el aumento de la sensación de saciedad en la dieta, el enlentecimiento en la absorción de muchos nutrientes, etc. En cuanto a los minerales, aparecen algunos cuyas diferencias son muy representativas en este alimento: potasio, magnesio y fósforo, sólo para describir el diferente contenido de estos en un tipo de pan y otro. De ahí que la recomendación general, siempre y cuando no haya contraindicación patológica, sea priorizar el consumo de pan integral por su contenido en fibra, mayor riqueza nutricional en cuanto a minerales y vitaminas y la presencia de fitoquímicos vegetales.

El pan posee unas características nutricionales muy completas, a la vez que saludables y es necesario incorporarlo de forma diaria a nuestra dieta para enriquecerla.

Además no hay que olvidar que forma parte de los tres pilares de la dieta mediterránea que son: aceite de oliva, vino tinto y cereal, una muy buena selección de nuestros mejores productos.

La epidemia del Siglo XXI. Una prioridad sociosanitaria: la enfermedad de Alzheimer

Jesús Rodrigo
Director Ejecutivo de CEAFA

Superada la primera década del Siglo XXI, plagada de avances tecnológicos, científicos y de conocimiento que no hace mucho tiempo eran completamente impensables, la sociedad sigue enfrentándose a lo que puede denominarse uno de los mayores retos socio-sanitarios para el que la Ciencia todavía no tiene respuestas: la enfermedad de Alzheimer.

Han pasado más de cien años desde que se diera el primer diagnóstico de esta enfermedad. Cien años de arduo trabajo en el que los investigadores se han afanado en buscar soluciones a un problema que hoy en día afecta a más de 36 millones de personas en el mundo. Y, aunque se ha avanzado notablemente, la verdad es que lo único cierto que se sabe sobre el Alzheimer es que es una enfermedad neurodegenerativa, de la que se desconocen sus causas y para la que no existe ningún tratamiento eficaz y, por supuesto, no tiene cura, y tampoco hay visos de que ésta aparezca a medio plazo.

En este marco de indefensión, cuando se habla del Alzheimer se está hablando de una enfermedad que en estos momentos está borrando los recuerdos y la memoria de más de 800.000 personas en España. No importa la clase social a la que pertenezcan, ni su nivel de estudios o el lugar donde residan. Cualquier persona es susceptible de adentrarse en el abismo del Alzheimer. Al no conocerse las causas que la provocan, no existe una prevención eficaz, si bien está recomendado tener una vida lo más sana posible, tanto en el plano físico como en el intelectual: una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico moderado, tener una vida social rica, realizar actividades de carácter intelectual (leer el periódico, libros o revistas, rellenar pasatiempos, incluidos los de lógica, etc., son las recomendaciones que no deben olvidarse, si bien no son exclusivas en el caso que nos ocupa, pues se sitúan en la base de una vida sana que deberían permitir un envejecimiento saludable.

El rol de cuidador principal

Pero cuando hablamos del Alzheimer, además de una enfermedad, estamos haciendo referencia a un problema de marcado carácter social que afecta al conjunto de la familia (no sólo a la persona diagnosticada), cuyos miembros han de adoptar nuevos roles que les permitan desarrollar su vida y su convivencia con la enfermedad, pero, sobre todo, con el ser querido que la sufre directamente. La familia es el marco privilegiado de atención a la persona con Alzheimer en España, si bien el miembro que asume el papel de cuidador principal (al igual que el resto de los miembros de la familia) va a tener que esforzarse, aún más, para que la calidad de la atención que presta no reduzca su intensidad, pero también para conciliar su vida personal con su responsabilidad adquirida.

Si bien cada vez son más las personas de sexo masculino las que asumen responsabilidades en la atención y cuidados de sus familiares dependientes, siguen siendo, de manera prioritaria, las mujeres las encargadas de todas las responsabilidades derivadas, a las que ha de añadir, llegado el caso, las propias de su actividad laboral, de la atención al resto de miembros no dependientes de la unidad familiar, del cuidado de la casa, etc.

Situación completamente insostenible a la que hay que enfrentarse para adoptar una decisión radical en la que se ponen encima de la mesa dos factores clave: o el propio desarrollo personal de vida, o la calidad de vida de la persona con Alzheimer como resultado de los cuidados y atenciones ofrecidos. Difícil decisión que, en la mayoría de los casos tiene una misma respuesta, que pasa tanto por el abandono de la carrera profesional de la mujer, como por la renuncia a emprenderla.

No es complicado prever las consecuencias que esta decisión trae consigo para la persona que ha optado por atender a su familiar con Alzheimer:

Personales. Renuncia vital a desarrollar una vida personal adecuada o querida, provocando, entre otras cosas, angustia, estrés, depresión, ansiedad..., elementos todos ellos (aunque no exclusivos) relacionados con el conocido como "síndrome del cuidador quemado".

Sociales. La atención obliga a estar vigilante 24 horas al día, todos los días de la semana, lo que hace que el cuidador principal se encierre en su casa, renuncie a llevar una vida social normal, abandone a sus amistades..., todo ello con sentimientos contradictorios y encontrados.

Profesionales. Evidentemente, la mujer que asume el rol de cuidador principal renuncia a emprender y/o a desarrollar su vida profesional, pues más importante es el bienestar de su familiar dependiente que su propio potencial profesional.

Económicas. Se pierde la oportunidad de que la familia pueda ampliar o complementar las fuentes de ingresos, con lo que a los condicionantes personales antes señalados, hay que añadir además otros de carácter más material, pero igualmente necesarios, que afectan en el conjunto de la unidad familiar.

Tener en casa a una persona con Alzheimer no es precisamente fácil desde el punto de vista económico. De hecho, la demencia tipo Alzheimer constituye un serio reto socio-sanitario que afecta (directa e indirectamente) a todos los ciudadanos. La atención a las personas afectadas por esta enfermedad conlleva unos costes realmente elevados, que ascienden, por término medio a unos 36.000€ anuales, y que pueden agruparse en:

Costes directos, que incluyen la hospitalización, visitas médicas, residencias o fármacos. Suponen entre el 18 y el 23% del total, y son, por lo general, remunerados por la familia.

Costes indirectos, también llamados invisibles, que son los derivados de la pérdida de productividad y tiempo asociado al cuidado proporcionado por los cuidadores.

Efectos colaterales del cuidador principal

Todos los miembros de la unidad familiar participan de la enfermedad en sus diferentes fases de evolución. Y, precisamente esa participación de la enfermedad genera en ellos (fundamentalmente en el cuidador principal) predisposiciones a padecer otro tipo de trastornos que, fuera del contexto, en principio no tienen vinculación con el Alzheimer, pero que, sin duda, deben ser considerados como los "efectos colaterales" del rol del cuidador principal. Dichos trastornos, de una manera general, pueden agruparse en torno a tres tipologías:

Alteraciones físicas. En los cuidadores se observa un aumento de vulnerabilidad a los problemas físicos, astenia, malestar general, alteraciones del sueño, cefaleas, diabetes, úlcera gastroduodenal, anemia y alteraciones osteomusculares.

Alteraciones psicológicas. Se constatan niveles altos de ansiedad y depresión, tristeza, desánimo, enojo, culpabilidad, desesperanza, cansancio...

Alteraciones sociales. Aislamiento social, deterioro del nivel de intimidad y disminución de la gratificación por parte del enfermo receptor de los cuidados.

Se comprende, ante este panorama, que la familia precisa de comprensión, apoyo y solidaridad social para poder afrontar la responsabilidad del cuidado mientras dure la enfermedad, pero también para prepararse para su reinserción en la sociedad una vez superado el trauma que supone el fallecimiento del familiar enfermo.

¿Qué hacer cuando alguien se atraganta y qué hacer cuando a alguien se le clava una espina en la garganta y no puede respirar?

Dr. Alberto Istúriz Abadía
Médico de Familia del Centro de Salud de Elizondo
Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Atención primaria (SNaMFAP)

Más de 2.400 personas mueren al año en España a causa de asfixia por obstrucción mecánica y por ahogamiento. Reconocer un atragantamiento y conocer la forma de actuación en este crítico momento podría ayudar a disminuir la cifra.

El atragantamiento se produce cuando un trozo de alimento o pequeño cuerpo extraño, se queda atascado en la garganta o en la vía aérea, impidiendo que el oxígeno llegue a los pulmones y al cerebro, provocando obstrucción de la vía aérea y asfixia. Más de 4 minutos con falta de suministro de oxígeno al cerebro pueden causar daño cerebral o la muerte.

La asfixia por atragantamiento o por inmersión es la principal causa responsable de mortalidad en población menor de 12 meses en España, constituyendo una de las principales causas de muerte durante toda la infancia y adolescencia, siendo más frecuente en niños que en niñas.

En la edad adulta, el atragantamiento puede asociarse con la alimentación. La ingestión de trocitos de hueso y/o espinas de pescado o trozos grandes de alimento sin masticar, pueden provocar atragantamiento, siendo más frecuente en personas con prótesis dental.

¿Qué hacer cuando a alguien se le clava una espina en la garganta?

Una espina de pescado o un hueso de pollo clavados en la garganta, son causas frecuentes de atragantamiento y obstrucción de la vía aérea.

En este caso, los síntomas que indican la obstrucción de garganta son; respiración profunda y forzada, dificultad y/o dolor al tragar en el cuello o pecho, aumento de salivación, vómitos, incapacidad para hablar o imposibilidad brusca para la deglución de alimentos sólidos.

Ante molestias leves en garganta (dolor leve, sensación de cuerpo extraño...) tras ingesta de alimento, sería conveniente limpiar la garganta tomando líquidos o comiendo miga de pan durante unos minutos, aunque estos remedios caseros rara vez son efectivos. Si no desaparecen los síntomas sería aconsejable consultar con un médico, ya que la persistencia del cuerpo extraño clavado en la mucosa pudiera provocar infección, edema o necrosis, pudiendo complicarse el cuadro clínico en horas o días.

En esta circunstancia deberíamos acudir a un Servicio de Urgencias para la extirpación inmediata del cuerpo extraño por personal médico.

Si la causa de la obstrucción fuera una espina de pescado o un hueso de pollo de gran tamaño, pudiera haber peligro de asfixia, siendo los síntomas compatibles con una obstrucción severa, debiendo de actuar conforme a las indicaciones generales de atragantamiento u obstrucción severa de vía aérea.

Atragantamiento en adultos

Es importante reconocer un atragantamiento y saber cómo actuar, tanto en nuestro hogar como en un restaurante, polideportivo o en otros lugares públicos. Posteriormente debemos reconocer la severidad.

Ante una persona que está sufriendo un atragantamiento, deberemos observar:

Si la persona responde por sí misma (atragantamiento parcial);

Puede hablar, toser y respirar. Se le animará a seguir tosiendo fuertemente hasta que expulse el objeto, sin darle golpes y sin intentar sacar el objeto con los dedos, ya que en ambos casos podríamos introducirlo más profundamente, pudiendo ocasionar un atragantamiento completo.

Si logra expulsar el objeto, habla y respira sin dificultad, recomendaremos observación hasta que se alivie la obstrucción.

Si la persona no logra expulsar el objeto pero puede respirar aunque con cierta dificultad se hace necesario acudir a un Servicio de Urgencias a fin de extraer el objeto no expulsado de forma instrumentalizada atendida por personal sanitario entrenado.

Si deja de hablar, toser y respirar lo atenderemos como un atragantamiento completo.

Si la persona no puede responder por sí misma (atragantamiento completo);

No puede hablar, no tose ni respira y se lleva las manos a la garganta presentando una facies pálida y posteriormente azulada. Estamos ante una situación de extrema urgencia requiriendo traslado inmediato al Hospital, avisando al 112 y activando la cadena de supervivencia.

Si el paciente está consciente, nos colocamos por detrás del afectado y aplicaremos 5 golpes secos con el talón de la mano en medio de la espalda, entre las clavículas, comprobando si tras cada golpe expulsa el cuerpo extraño. Si la situación no se resuelve, le rodearemos con los brazos colocando el puño cerrado por encima del ombligo, sujetando el puño con la otra mano y empujaremos con golpes secos hacia adentro y hacia arriba, hasta 5 veces (Maniobra de Heimlich). Si el atragantamiento persiste, alternamos cinco golpes en la espalda con las compresiones abdominales hasta que se solucione o hasta que pierda la consciencia.

En personas obesas o embarazadas, se posicionan los brazos alrededor del pecho de la víctima, colocando el puño en el medio del esternón y empujando firmemente hacia atrás.

Si el paciente esta inconsciente, tumbaremos a la víctima en el suelo boca arriba y practicaremos las maniobras de Resucitación Cardio-Pulmonar RCP (masaje y ventilación a una frecuencia 30/2). Cada vez que se abra la vía aérea del paciente, revisar la boca por si el cuerpo extraño ha sido expulsado.

Atragantamiento en niños y bebés

En caso de atragantamiento de un niño mayor de un año, el procedimiento de actuación será el mismo que para un adulto, pero en caso de un bebé, habrá que comprobar si emite sonidos y respira con normalidad. Si está tosiendo, no es signo de ahogo, probablemente expulsará el objeto por sí sólo, pero si tose de forma leve, no emite sonidos, o tiene dificultad para respirar y su color empieza a ser azulado, se está presentando una situación de asfixia.

Colocaremos al bebé boca abajo, sobre el antebrazo y aplicaremos 5 golpes rápidos en la espalda, entre las escápulas, con la palma de la mano. Si el bebé aún no puede respirar, debemos voltearlo, colocarlo en una superficie firme y realizar compresiones pectorales rápidas con dos dedos, sobre el esternón, a un dedo de ancho por debajo de los pezones.

Si el bebé está inconsciente, se debe abrir la vía respiratoria, colocando la palma de la mano en la frente del bebé, inclinándole la cabeza hacia atrás, levantándole la barbilla hacia delante con la otra mano. Se debe observar la presencia del cuerpo extraño en la boca. Si el bebé no respira por sí solo se practicará la respiración boca a boca y nariz.

Cómo evitar atragantamientos e ingesta de cuerpos extraños

La prevención siempre es la mejor solución, principalmente en el caso de niños, se debe procurar mantenerlos en un entorno seguro.

Evitar que los niños menores de 3 años coman frutos secos.

Evitar que los niños corran, griten, canten y jueguen mientras comen.

No forzar a comer cuando están llorando, pueden atragantarse.

Tener cuidado con los objetos pequeños (juguetes, pilas...) y con los juguetes grandes que puedan desmontarse, que se dejan al alcance de los niños porque pueden llevárselos a la boca.

Evitar comer muy rápido, con ansiedad.

Evitar tragar pequeños huesos o espinas de pescado, retirándolos al cocinar .

Es conveniente acostumbrar a los niños y adultos a masticar bien. No tragar la comida en vez de masticarla.

Las proteínas

Patricia Lloves Pascual
Dietista-Nutricionista
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra

Las proteínas son unas moléculas orgánicas de gran tamaño constituidas por carbono, oxígeno, hidrógeno, nitrógeno y, algunas también, azufre. Los componentes básicos de las proteínas son los aminoácidos. El ser humano necesita una veintena de aminoácidos. Unos pueden ser sintetizados por el organismo. Son los llamados no esenciales. Otros nueve no pueden ser sintetizados y deben ser aportados necesariamente en la dieta, estos son los aminoácidos esenciales.

Las proteínas corporales, que constituyen el 20% del cuerpo humano, representan más de la mitad del peso de nuestro cuerpo sin líquidos y resultan imprescindibles para el crecimiento en niños y adolescentes y para el mantenimiento y recuperación de tejidos en adultos.

Clasificación y fuentes

Proteínas de origen animal. Presentes en lácteos (queso, leche, yogur, cuajada, etc.), huevos, carnes (ternera, cerdo, pollo, pavo, conejo, etc.), pescados (blancos y azules) y mariscos. Contienen proteínas de buena calidad al proporcionar una cantidad favorable de todos los aminoácidos esenciales. Son proteínas más completas que las de origen vegetal.
El huevo contiene la proteína denominada albúmina, que es considerada como "proteína patrón", ya que contiene la mejor proporción de aminoácidos esenciales con una distribución excelente.
Proteínas de origen vegetal. Se encuentran principalmente en legumbres (lenteja, judía, haba, soja, guisante, etc.), cereales (arroz, maíz, trigo, cebada, etc.) y frutos secos (nueces, avellanas, almendras, etc.).

A este grupo les falta algún aminoácido esencial, por eso son proteínas incompletas. Sin embargo, mezclando sabiamente todos estos productos, encontramos tradiciones culinarias que aseguran un aporte suficiente de proteína. Las populares "Lentejas con arroz", que desde siempre han cocinado nuestras abuelas, son un claro ejemplo de excelente combinación entre cereales (arroz) y legumbre (lentejas), ya que el primero contiene el aminoácido que le falta al segundo y viceversa. De esta forma se obtiene una mezcla proteica de estupendo valor biológico.

Funciones

- Estructural. Es su función principal, ya que muchas proteínas forman parte de las estructuras corporales. Por ejemplo, la queratina que forma parte del pelo, piel y uñas; el colágeno, componente esencial de huesos, tendones y cartílago y la elastina, de los ligamentos.
- Energética. Un gramo de proteína proporciona 4 Kcal.
- Transporte. Algunas proteínas transportan moléculas de un órgano a otro. Por ejemplo, la hemoglobina que transporta el oxígeno o la albúmina que transporta ácidos grasos libres, ciertas hormonas, etc.
- Reguladora. Otras proteínas están implicadas en la regulación de la actividad celular, como ciertas hormonas de naturaleza proteica: insulina, hormona del crecimiento.
- Defensiva. Hay proteínas que eliminan o protegen el organismo de la agresión de ciertos microorganismos o partículas extrañas. Es el caso de los anticuerpos o inmunoglobulinas. Además, también intervienen en los procesos de coagulación de la sangre.

Recomendaciones

La dieta equilibrada debe aportar entre un 12-15% de la energía total en forma de proteínas. Además, la OMS estableció unas recomendaciones para la población en general que hablan de 0,8-1 gramo de proteína por cada kg de peso corporal. Esto significa que las recomendaciones proteicas deben cubrir las necesidades en función de las características individuales y deberán tener en cuenta datos como la edad, sexo, etc.
Las demandas de proteínas son máximas en la niñez y la adolescencia debido al crecimiento y desarrollo.
Las mujeres gestantes necesitarán un mayor aporte para atender al desarrollo del feto Las mujeres lactantes necesitarán un mayor aporte para la formación de las proteínas de la leche materna.
En la actualidad, el consumo de proteínas es elevado, especialmente las de origen animal (carnes, huevos, lácteos, pescados y mariscos). Lo deseable es reducir este consumo porque son alimentos que contienen grasa saturada, y además porque conforme aumenta la edad se produce una disminución o ralentización en las funciones del hígado y riñones y no conviene sobrecargar estos órganos. La relación deseable entre los dos tipos de proteínas habla del 50% de aporte para cada grupo.

Enfermedades con las que se relaciona

- Deficiencia de proteínas en países subdesarrollados: es una causa importante de enfermedad y muerte en estos países. La enfermedad kwashiorkor está muy relacionada con el déficit de proteínas.
- Deficiencia en países desarrollados: la deficiencia a nivel poblacional es rara en países

desarrollados aunque hay personas que tienen carencia debido a la pobreza. También puede aparecer deficiencia en personas que estén siguiendo una dieta mal diseñada para perder peso, en personas mayores que no lleven una correcta alimentación, en personas hospitalizadas que no estén siendo debidamente controladas, en personas convalecientes se estén recuperando de una cirugía o en determinadas situaciones o patologías que incrementan las necesidades si no se incrementa su consumo (quemaduras).

- Consumo excesivo de proteínas: si se realiza de manera continuada puede causar pérdida de calcio corporal, problemas hepáticos y resulta perjudicial para los riñones.
- Alergias alimentarias: las proteínas son frecuentemente el origen de alergias a ciertos alimentos. Tenemos claros ejemplos en: alergia a proteínas de la leche de vaca (caseína); al gluten que es la proteína de algunos cereales, etc.

Alimentación vegetariana

Como su nombre indica es un tipo de alimentación donde se prescinden de los alimentos de origen animal.
Puede ser estrictamente vegetariana o dieta vegana a base de verduras, frutas, cereales y legumbres.
Ovo-lácteo-vegetariana, en la que además se introducen los huevos y los productos lácteos (yogur, queso, leche). Esta última es menos complicada de completar desde el punto de vista nutricional.
La dieta vegana (alimentación vegetariana estricta) tiene limitaciones nutritivas que se deben principalmente a la inferior calidad de las proteínas vegetales. Otra limitación importante es la ausencia de vitamina B12 que se encuentra únicamente en los alimentos de origen animal. Es frecuente encontrar deficiencias en minerales como el calcio, hierro y zinc. Concluyendo podríamos decir que un vegetariano estricto debe prestar especial atención a su alimentación y conocer muy bien las características y propiedades de los alimentos para poder obtener combinaciones satisfactorias e incluso plantearse obtener estos nutrientes a través de suplementos, cuando sea necesario.

El XIV Congreso Nacional de Psiquiatría, celebrado en Barcelona del 18 al 23 de octubre, con el lema NO HAY INVESTIGACIÓN SIN CLÍNICA, reunió a cerca de 2.000 especialistas.
Participaron la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM).
Los psiquiatras abogaron por la detección precoz y el tratamiento eficaz de la depresión para prevenir el suicidio y reconocieron los importantes avances que se han producido en la delimitación de los factores de riesgo fruto de la investigación en pacientes con esquizofrenia. El presidente del congreso, Julio Vallejo, recalcó que los hallazgos biológicos deben reflejarse en mejorías clínicas importantes para el paciente.

ZONA HOSPITALARIA, gracias a la colaboración recibida del Gabinete de Prensa InterMèdia GdC, publica en este número las conclusiones y resumen de varias ponencias y en el próximo número 27 los artículos:
• Consumo de cannabis y psicosis. Riesgo y posibilidades de recuperación a largo plazo. De Margarita Saenz y Karim Haidar, Médicos adjuntos de Psiquiatría del Hospital Santiago de Vitoria y Ana González-Pinto, Profesora Titular de la UPV/EHU, Jefe clínico y responsable de investigación del Hospital Santiago de Vitoria.
• La terapéutica necesariamente compleja del trastorno bipolar. De Jerónimo Saiz Ruiz, Jefe de Servicio del Hospital Ramón y Cajal y Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Alcalá.
• La Sobrecarga del Cuidador en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. De Manuel Martín Carrasco. Psiquiatra. Clínica Padre Menni de Pamplona.

Nuestro agradecimiento.
Más información: www.psiquiatriabarcelona2010.org

Dres. SAIZ, VALLEJO, BOBES; GINER, FERNANDEZ ARANDA

Una semana intensa de trabajo donde pusieron en común los principales avances que se están produciendo en psiquiatría fruto de las investigaciones en centros universitarios y hospitales. Los especialistas mostraron su preocupación por las cifras tan elevadas de suicidio que se registran en España.
El número de personas que deciden poner fin a su vida ya supera al de muertes en accidente de tráfico. Unas 3.600 personas se suicidan cada año en España. Se producen unos 15 intentos de suicidio por cada uno que se consuma, y preocupa que alrededor del 5% de las personas que se quitan la vida sean adolescentes. Las campañas para reducir los accidentes de tráfico han conseguido reducir el número de muertos en las carreteras, pero sin embargo "hay mucho por hacer aún en la prevención del suicidio", ha explicado el presidente del congreso, Julio Vallejo.

Sesión plenaria

En la sesión plenaria se difundieron los resultados de algunas investigaciones que relacionan el abuso físico y sexual en edad temprana con el desarrollo de la conducta suicida, de modo que se demuestra que los traumas infantiles pueden tener efectos de por vida sobre los genes que controlan la respuesta al estrés, según ha explicado el investigador Gustavo Turecki, de la Universidad de Montreal.
El presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Julio Bobes, destacó el avance que está experimentando la psiquiatría gracias a la investigación realizada en el marco del Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM). Señaló las dificultades que los pacientes mentales graves tienen para incorporarse al mercado laboral, ya que sólo un 18% de ellos tienen trabajo. Según el presidente del congreso, Julio Vallejo, en el pasado "había una mayor benevolencia por parte del empresario a conceder un empleo a una persona que sufre este tipo de enfermedades".
Los psiquiatras han coincidido al apuntar que la dieta, y la presencia de colesterol y algunos lípidos, pueden mostrar tendencia al suicidio si coinciden con otros factores de riesgo, si bien su importancia es relativa.
Igualmente, han señalado que durante las ponencias han discutido sobre el problema añadido que supone la adicción al tabaco en los pacientes que sufren enfermedades mentales más graves. La tasa de tabaquismo es del 55% en pacientes esquizofrénicos y del 52% en los enfermos que sufren trastorno bipolar, más del doble que en la población sana. Fuman más de dos cajetillas al día de media. Para la psiquiatría española estos datos y estos aspectos "no pueden quedar al margen y suponen un reto en aplicación de la nueva ley antitabaco que está promoviendo el Gobierno", según ha señalado Bobes.

Los psiquiatras han aprovechado la ocasión para defender la efectividad de los antidepresivos en la prevención del suicidio. El doctor Vallejo ha recordado que los pacientes bajo tratamiento antiepiléptico tienen menores tasas de comportamiento suicida. "Los antidepresivos contienen sustancias efectivas y contrariamente a lo que alguien ha sugerido, no inducen al suicidio", ha señalado el doctor, si bien algunos estudios llevados a cabo únicamente entre adolescentes señalan que pueden tener más propensión a suicidarse al principio del tratamiento, si bien no deja de ser un tratamiento eficaz para la depresión.

Esquizofrenia

Durante la celebración del congreso se ha constatado que el campo en el que la psiquiatría debe avanzar más es el de la esquizofrenia, pues actualmente esta enfermedad es la que más dificultades presenta tanto para el paciente como para los propios médicos e investigadores, según ha explicado Vallejo. No obstante, en los últimos años se han producido progresos en la delimitación de los factores de riesgo, que son la edad juvenil, el predominio de síntomas negativos y el consumo de tóxicos, así como factores genéticos.
Entre los principales avances que ha experimentado la investigación en el campo de la psiquiatría en España, y que se han presentado en el congreso, cabe destacar el progreso en neurobiología de la esquizofrenia y de los trastornos afectivos, así como los tratamientos novedosos como la cirugía en trastornos obsesivos con estimulación cerebral profunda para los pacientes que no responden a tratamientos.

Pese a estas mejoras, los participantes en las ponencias han coincidido en que existe poca participación de especialistas españoles en proyectos de investigación internacionales. Una de las vías de mejora puede ser, según los especialistas, la colaboración entre los diferentes grupos.
El lema del congreso, "No hay investigación sin clínica", ha sido secundado por los asistentes a las ponencias. "No hay investigación sin clínica ni buena clínica sin investigación. Los hallazgos biológicos deben reflejarse en mejorías clínicas importantes", ha reivindicado Vallejo con motivo de la clausura del congreso.

Datos generales sobre enfermedades mentales

• Según la Sociedad Española de Psiquiatría, en España alrededor de medio millón de personas padecen algún tipo de trastorno mental grave; sin embargo las enfermedades mentales siguen siendo socialmente poco conocidas.
• Según el libro *Doctor, estoy deprimido,* dirigido por el Dr. Julio Vallejo, jefe del Servicio de Psiquiatría de la Ciudad Universitaria de Bellvitge de Barcelona, se calcula que en España el 15% de la población menor de 18 años sufre algún trastorno mental, y la depresión es uno de los más prevalentes. De éstos, sólo uno de cada tres afectados recibe asistencia sanitaria especializada.

Sobre el suicidio:
• En España se quitan la vida nueve personas al día, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), que también revelan que se suicidan más del triple de varones (78,31 por ciento) que de mujeres (22,56 por ciento). El número total de suicidios en España en 2008 (3.421) supera por primera vez los muertos por accidente de tráfico (3.021).
• En todo el mundo, una persona se suicida cada 40 segundos, según datos de la Organización Mundial de la Salud. El suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo, dado que se producen un millón de suicidios al año y 20 millones de intentos. Una de cada cuatro personas que se quitan la vida (250.000) son jóvenes menores de 25 años. La OMS estima que, si no se pone remedio, en 2020 se producirán hasta un millón y medio de suicidios anuales.
• Entre el 79% y el 98% de los pacientes suicidas están afectados por un trastorno mental, fundamentalmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia, según el libro Doctor, estoy deprimido del Dr. Julio Vallejo.

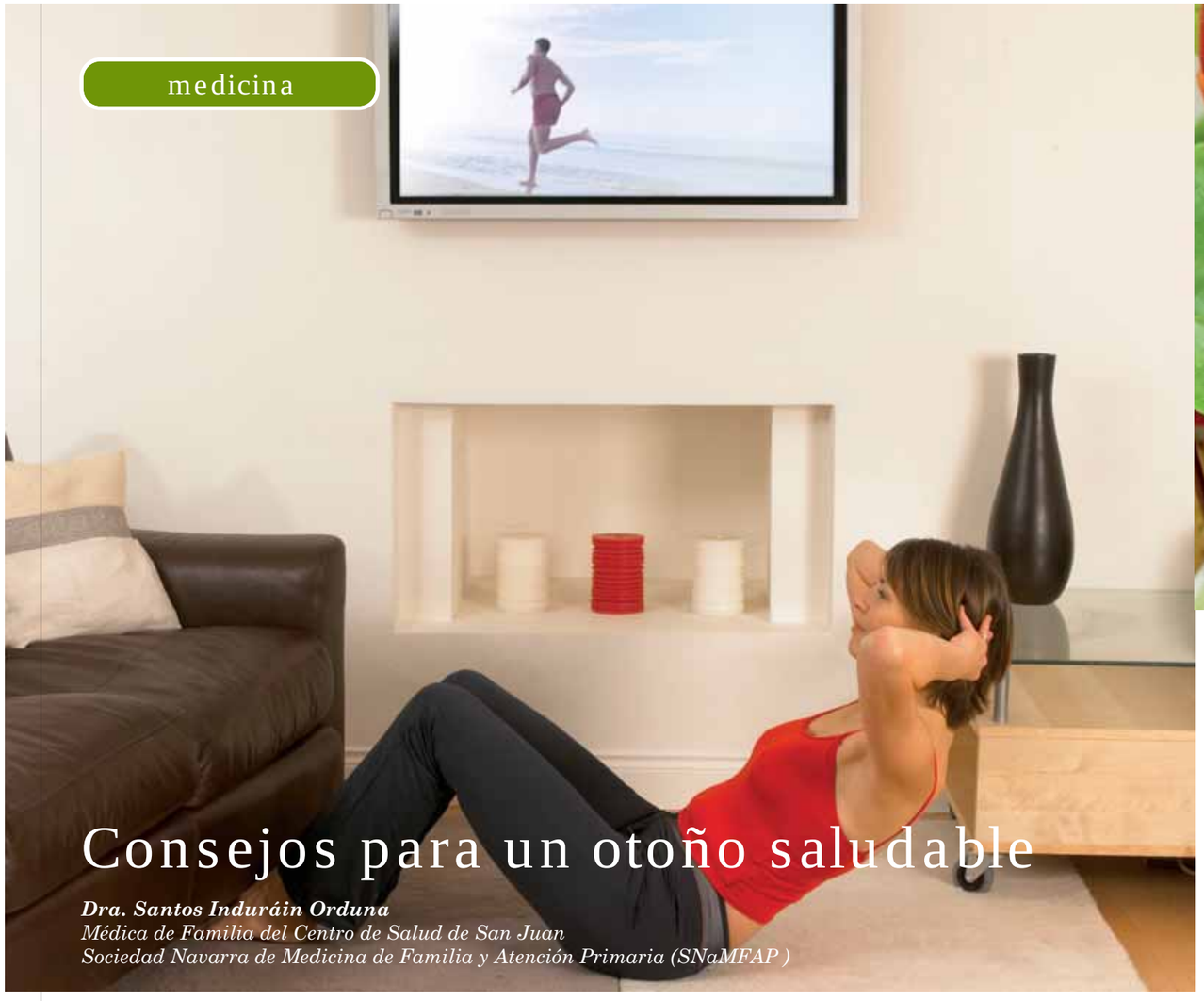
Depresión y ansiedad:
• Según la OMS la depresión afecta a 121 millones de personas en el mundo y es la responsable de 850.000 muertes anuales por suicidio.
• Aproximadamente 1 de cada 100 preescolares, 2 de cada 100 escolares, y hasta 1 de cada 10 adolescentes padecen depresión en España, según Celso Arango, psiquiatra del Hospital General Gregorio Marañón y director científico del CIBER de Salud Mental. Entre las causas, destaca el componente genético.

Según el libro Doctor, estoy deprimido del Dr. Julio Vallejo:
• En España, actualmente sufren depresión casi cuatro millones de personas, aproximadamente un 10% de la población, siendo los más afectados los adultos de hasta 44 años, especialmente las mujeres. Según algunas previsiones, en las dos próximas décadas será de un 15%.
• Las mujeres tienen dos veces mas posibilidades que los hombres de sufrir una depresión debido a aspectos biológicos, psicológicos y culturales.
• Un 12% de hombres y un 26% de mujeres presentarán un episodio depresivo a lo largo de su vida.
• Actualmente, la depresión es la segunda causa de discapacidad entre los 15 y los 44 años.

Trastorno bipolar:
• El 25% de los casos de trastorno bipolar en edad pediátrica en España sufre un retraso en el diagnóstico que supera los tres años, según se desprende de un estudio realizado por el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universidad de Navarra. En el 75% restante de los casos, la demora ronda los 18 meses.

Anorexia y bulimia

Aproximadamente un 55% de los pacientes que sufren anorexia y un 60% de los que padecen bulimia consiguen curarse, mientras que el resto hacen crónica la enfermedad. Ambos trastornos de la alimentación pueden erradicarse para toda la vida en más de la mitad de los casos, según ha explicado Fernando Fernández, responsable de la Unidad de Trastornos de la Alimentación de Bellvitge y del Grupo de Investigación Avanzada en Trastornos de la Alimentación del CIBERobn.
La bulimia y la anorexia son trastornos mentales que cabe calificar como "graves", en contra de la opinión de algunos especialistas, que hasta la fecha habían restado importancia a este fenómeno.
Este tipo de trastornos de índole alimentario van asociados, por norma general, a episodios de depresión o ansiedad, y a problemas físicos, frecuentemente la obesidad, en más del 20% de los casos. Estudios realizados en los últimos años advierten que hay una tasa de intento de suicidio de entre el 20 y el 25% en pacientes que sufren bulimia o anorexia asociada a comportamientos impulsivos. La tasa de mortalidad en suicidio asociada con el trastorno alimentario no llega al 4%.
La bulimia o la anorexia no son un fenómeno por el que haya que preocuparse desde el punto de vista cuantitativo, pues no están aumentando espectacularmente. En la Unidad de Trastornos de la Alimentación de Bellvitge, el número de pacientes tratados de anorexia y bulimia se mantiene estable en la última década en unos 350 casos aproximadamente cada año. Lo que sí llama la atención de los médicos es la mayor complicación de los casos a causa de la comorbilidad con otros trastornos de la personalidad.
Esta presencia de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario es el factor clave. Es un trastorno que puede ir asociado por ejemplo a compra compulsiva no necesariamente de alimentos, también a la cleptomanía, la adicció al alcohol y a las drogas, que ya supone entre un 10 y un 20% de los casos. Esa comorbilidad con trastornos de la personalidad es la complica la resolución de los casos de trastornos alimentarios.
Anorexia y bulimia son trastornos que afectan fundamentalmente a mujeres y jóvenes, si bien en los últimos años se aprecia un aumento del número de casos en hombres. Aún son una minoría, pero en el Hospital de Bellvitge, por ejemplo, ya constituyen un grupo de una decena de pacientes, lo suficiente como para formar un grupo que recibe atención diferente a la de las mujeres.



Consejos para un otoño saludable

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

Cuando empieza a descender la temperatura y sumado al cambio horario que acorta los días, vamos tomando conciencia que ha llegado el fin del verano. El otoño es una estación de tránsito en la que nuestro organismo debe ir realizando adaptaciones de diferente tipo.

No es raro que al regresar a la rutina, se sienta cansancio, desgana y síntomas similares a los de un resfriado. Al cuerpo y a la mente les cuesta asumir la vuelta, pero también influye en el estado de ánimo y de salud la cercanía del cambio de estación. Llega el otoño, las lluvias son más frecuentes, bajan las temperaturas y las horas de sol disminuyen. Al mismo tiempo, el retorno a las obligaciones conlleva un mayor desgaste físico y mental.

El descenso de la temperatura requiere mayor consumo de energía para mantener nuestro centro cerebral de regulación térmica.

Además, ese mayor gasto energético es uno de los factores que influyen en el descenso de nuestra capacidad de defensa frente a los gérmenes. Y como también el tiempo húmedo y templado es propicio para el desarrollo de muchos virus y bacterias, aumenta el peligro de infecciones, especialmente del aparato respiratorio.

Si los días grises y fríos nos ponen melancólicos, debemos prepararnos de la mejor forma para enfrentarlos.

La mejor manera de prepararnos para los problemas otoñales (para fortalecer nuestro sistema inmune, resistir a catarros y gripes y mantener nuestra alegría en sus máximos niveles) es mantener unos hábitos saludables.

¿Cómo hacerlo?

1. Come Sano. Ante los cambios de estación es muy importante cuidar lo que comemos para fortalecer nuestro sistema inmunológico y potenciar así las defensas del organismo. Una alimentación sana y equilibrada, basada en productos ricos en vitaminas y minerales, es fundamental para tener una buena salud y prevenir las gripes y catarros que suelen hacer su aparición con los primeros fríos del otoño. Una dieta equilibrada es siempre necesaria, pero ahora, si cabe, más.

Además, es preciso aumentar el consumo de lácteos, ya que la menor presencia del sol en nuestras vidas puede suponer un bajón de vitamina D (ya que participa en la absorción del calcio).

Yogures, quesos frescos y todo tipo de derivados lácteos (semi o desnatados) son un buen complemento a nuestra dieta.

¿Por qué no aprovechar este momento para regresar a los patrones de la dieta mediterránea? Los expertos en nutrición aseguran que constituye un factor de protección para nuestro cuerpo gracias a su riqueza en nutrientes, vitaminas, sustancias antioxidantes y los beneficios saludables del aceite de oliva que riega tantos y tantos platos de nuestra gastronomía tradicional.

Comienza el día con un desayuno completo que te aporte la energía necesaria para afrontar la jornada lleno de vitalidad. Frente a las comidas ligeras que nos ayudaban a combatir el calor del verano, con la llegada del otoño el organismo requiere de un mayor aporte de calorías. Septiembre es tiempo de legumbres (es el momento de ir incluyendo en nuestra dieta los platos de cuchara: cazuelas, sopas, legumbres) patatas, setas y frutos secos, sin olvidar-

nos de la fruta (la naturaleza nos ofrece las de color amarillo-naranja , es la época de los cítricos) y verdura fresca, del pescado y de la carne magra.

Las verduras y frutas:naranjas, mandarinas y los kiwis son las mejores fuentes de vitamina C.

Es también una buena costumbre tomar infusiones después de las comidas, nos ayuda a hacer una digestión que va a ser más pesada con los cambios de alimentación otoñal.

2. Haz ejercicio físico. El sedentarismo es uno de los principales males que aquejan a las sociedades modernas. Llevar una vida activa, en la que la práctica regular de ejercicio físico juegue un papel protagonista, ayuda a prevenir la obesidad y las enfermedades derivadas del exceso de peso (diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares, etc.). Además, las personas que hacen deporte de forma habitual suelen tener hábitos de vida más saludables.

Los expertos aconsejan la práctica de ejercicios de tipo aeróbico, (natación, montar en bicicleta, andar o correr). Es esencial que elijas actividades con las que disfrutes. Unir placer y salud es la manera más efectiva de convertir la práctica de ejercicio físico en un hábito diario. Pasear por los parques, ir andando al trabajo o utilizar las escaleras en lugar del ascensor también son formas de hacer ejercicio. En otoño, los árboles mudan sus hojas y la naturaleza nos regala un precioso espectáculo de vivos colores. Aprovecha y disfruta de actividades al aire libre en compañía de los tuyos.

Los hábitos de actividad física es muy importante mantenerlos y cuando la temperatura no lo permita es conveniente buscar alguna actividad (gimnasio, cursos del ayuntamiento, asociaciones etc...) cerca de nuestra casa o de nuestro trabajo que nos permita mantener una actividad física moderada.

De todos modos la práctica deportiva debe ser individualizada y estar adaptada a la edad y condiciones físicas del practicante.

Si se padece una enfermedad crónica es bueno consultar en las revisiones con los profesionales de su centro de salud el tipo de ejercicio adecuado. Por ejemplo en pacientes con EPOC (enfermedad pulmonar crónica) les recomendamos una "guía de paseos para pacientes con EPOC", con recorridos adecuados (por Pamplona y su comarca) según el grado de severidad de cada paciente, ya que es importante adecuar el ejercicio a la situación clínica.

3. Descansa. Es normal que te sientas más cansado que de habitual. Para no acentuar esta sensación, trata de dormir tus ocho horas diarias.

Respeta los patrones de sueño y mantén un horario fijo para acostarte y para levantarte.

La siesta para los adultos es recomendable, pero siempre corta. No más de veinte o treinta minutos.

4. Abandona el tabaco. Este es un buen momento para dejar de fumar, ya que el tabaco, además de debilitar el sistema inmunitario, afecta a las vías respiratorias, haciendo que las mucosas de la nariz, los bronquios y los pulmones sean más vulnerables a las infecciones.

En España, alrededor de un 30% de la población adulta consume tabaco de forma habitual. Todos sabemos que el tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares y distintos tipos de cáncer.

Dejar el tabaco sólo acarrea ventajas y no sólo mejora tu salud, también la de quienes te rodean. Dejar de fumar es un gran logro personal. Te sentirás satisfecho contigo mismo y ganarás en libertad al no depender de este nefasto vicio.

La nueva Ley del Tabaco que entrará en funcionamiento en enero del dos mil once está constituyendo un estímulo para el abandono. Cada vez hay más gente que consigue dejar el tabaco. ¿Por qué no vas a ser tú uno de ellos? Si necesitas ayuda, acude a tu Centro de Salud y tu médico de familia y/o enfermera te ofertarán apoyo y seguimiento profesional.

5-Adiós al estrés . Hay quien apunta al estrés como el principal enemigo del hombre moderno. En una sociedad caracterizada por las prisas y las responsabilidades familiares y laborales, tan importante es cuidar nuestro cuerpo como nuestra mente. El estrés, fruto de una situación de tensión crónica, disminuye nuestro rendimiento y calidad de vida. Por eso es necesario que cada persona encuentre el momento y las técnicas necesarias para combatir los agobios provocados por nuestra actividad diaria.

Al finalizar tu jornada laboral, dedica un rato de tu tiempo a pensar sobre las situaciones que te generan estrés a lo largo del día. Relativiza las cosas e intenta ver siempre el lado positivo.

Algunas formas eficaces de decir adiós al estrés consisten en practicar *Técnicas de relajación*. Existen muchas (en las consultas de enfermería de los centros de salud te pueden aconsejar). Disciplinas orientales: yoga, tai-chi. El programa de actividades preventivas de los médicos de familia (PAPPS) recomienda como actividad preventiva en los mayores la práctica de Tai Chi grupal o individual.

Ejercicio físico: nos ayuda a disipar las preocupaciones y mejora nuestro estado anímico, ya que su práctica libera en nuestro cerebro sustancias como las endorfinas, que alivian el dolor y producen euforia, aumentando la sensación de bienestar.

En resumen, que tras el relax veraniego, el otoño es el momento perfecto para abandonar viejos vicios y adoptar unos hábitos de vida saludables que nos ayudarán a sentirnos mejor y a convertir esta época del año en el inicio de una vida más sana.

De izquierda a derecha,
D. José Ignacio Martín (Delegado Episcopal P. Salud – Ancianos y D.U.E.) y el Dr. Jesús Mª Viguria (Fue el Fundador y Jefe Clínico de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios).

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 Gerontólogo del Hospital San Juan de Dios) <publicada en ZONA HOSPITALARIA Nº25 (www.zonahospitalaria.com)> y el Dr. Jesús Mª Viguria (Fue el Fundador y Jefe Clínico de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios) que hoy publicamos.

Se podría decir, que has sido el pionero de los Cuidados Paliativos en Navarra ¿Cómo vives este privilegio?

En el año 1991 Gerencia de Hospital San Juan de Dios de Pamplona, me propuso la implantación de una Unidad de Cuidados Paliativos. Soy médico con especialidad en Neumología y ese año cambié el tipo de trabajo para hacerlo como Jefe Clínico de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios.
Los Cuidados Paliativos eran en aquellos años una especialidad poco conocida en la Comunidad Foral. En el resto del País existían solamente Unidades en Madrid, Cataluña, Canarias y Cantabria.
Vivo ese privilegio con la satisfacción de haber montado una Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital donde ejerzo, de haber trabajado mucho, de contar con un equipo interdisciplinar magnífico, de lograr en colaboración con los equipos de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud para obtener una atención domiciliaria eficiente, de poder formar a médicos internos y residentes en esta disciplina tras haber obtenido " Venia Docente", de hacer publicaciones, asistir a congresos con ponencias etc. Creo que hemos conseguido proporcionar una atención necesaria para atender a pacientes con enfermedades progresivas y no curables y dar el mejor apoyo integral a la familia.
Todo lo alcanzado ha sido gracias al esfuerzo realizado tanto por mí como de todos los componentes del equipo interdisciplinar, a la ayuda de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y del Servicio Navarro de Salud, a la importante colaboración del Servicio de Oncología de Hospital de Navarra y de los Equipos de Atención Primaria.

¿Por qué te especializaste en Cuidados Paliativos? ¿Cómo los definirías?

Había una necesidad sanitaria consistente en proporcionar un tratamiento integral a estos pacientes y a su familia proporcionado por un equipo interdisciplinar especializado en esta disciplina. Había que ubicar a estos pacientes en el mejor medio y proporcionar la mejor atención tanto en la Unidad como en sus domicilios. De esta manera se inició lo que sería la Unidad de Cuidados Paliativos. Era y es sencillo, teníamos que proporcionar a pacientes y familiares lo que no gustaría nos proporcionasen a nosotros en su situación.
Mi especialización en esta disciplina es de fácil comprensión.

En la sociedad de valores en la que vivimos es difícil enfrentarse a la muerte. Sigue siendo algo de lo que no se habla. En cambio, en las culturas primitivas era un hecho que formaba parte de la propia vida. ¿Crees que nuestra civilización ha dado un paso atrás?

Pienso que la muerte es considerada actualmente como un fracaso, aunque biológicamente es el cierre de todo ciclo vital.
Nos alejamos de la enfermedad y de nuestros enfermos ingresándolos en hospitales, nos alejamos de nuestros ancianos que ocuparán plazas en residencias, y nos alejamos de nuestros muertos ubicándolos en tanatorios.
Las condiciones actuales de vida dificultan la atención a pacientes y ancianos. Habría que reflexionar sobre ello.
La civilización actual ha mejorado en muchas cuestiones pero indudablemente ha empeorado en otras.

Me imagino que el hecho de ayudar a los demás a morir, te obliga a enfrentarte continuamente a la idea de tu propia muerte. ¿Qué concepto tienes de ella? Y ¿Qué concepto tienes de la vida?

Creo que la vida es un regalo de Dios y en ella hay situaciones magníficas y maravillosas.
También creo que la vida tiene situaciones difíciles y hay que enfrentarse a ellas y no siempre estamos preparados
En relación a mi muerte, la idea me crea inquietud y me gustaría fuese carente de sufrimiento. Me gustaría me cuidaran como hemos cuidado a los pacientes en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos.

Supongo que en una Unidad de Cuidados Paliativos, para eliminar o mitigar el dolor será fundamental la morfina. ¿Por qué sigue siendo éste un tema polémico?

Actualmente el uso de mórficos ya no es un tema polémico. Se conoce muy bien sus efectos beneficiosos para controlar el dolor, se conoce muy bien su dosificación y sus efectos secundarios que siempre hay que tener presentes para controlarlos.
No todos los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Paliativos precisan mórficos, se controlan con otros analgésicos.
Siempre han existido mitos sobre la morfina que van desapareciendo con su buen uso y con control de los efectos secundarios que producen en los pacientes.
La morfina, en muchos pacientes con enfermedad terminal por cáncer, es el mejor analgésico para suprimir o mitigar el dolor. No significa que todos los pacientes precisen morfina, existen otros analgésicos menos potentes que controlan el dolor.

La morfina alivia los dolores físicos, pero, ¿Cómo se cura o se cuida las necesidades o dolores espirituales?

Mi experiencia en Cuidados Paliativos, tras muchos años de ejercicio y de ver a muchos pacientes es muy simple. Los pacientes necesitan un buen control de los síntomas físicos como el dolor, la angustia y otros. Es misión fundamental del personal sanitario que los atienden. Precisan un buen soporte emocional proporcionado por los sicólogos y una gran ayuda espiritual que la proporciona los Servicios de Pastoral.
Los pacientes se benefician de la ayuda espiritual y hay que proporcionar los medios que los pacientes precisan según sus creencias.

En tu trabajo con estos enfermos, me imagino que alguna vez habrá sonado la palabra eutanasia. ¿Qué piensas cuando un enfermo te habla en esos términos?

Durante los años que he ejercido como Jefe Clínico de la Unidad de Cuidados Paliativos, habiendo tratado a muchos pacientes con enfermedad terminal puedo asegurar que si el o la paciente está correctamente controlado no solicita eutanasia.
Los pacientes precisan control de los síntomas como el dolor y otros, también necesitan comprensión, compañía, ayuda, conocer su enfermedad y pronóstico para así poder tomar decisiones, necesitan ayuda sicológica, soporte espiritual y social. Lógicamente estas funciones no las puede realizar solamente el médico, precisa de un equipo interdisciplinar compuesto por médicos, enfermeras, sicólogos, religiosos y trabajadores sociales que trabajando de forma coordinada proporcionan un tratamiento integral al paciente y su familia.
El objetivo fundamental y diría que urgente en el tratamiento de un paciente con dolor es su control en menor tiempo posible. Es posible realizarlo en un alto porcentaje de pacientes.

Si un enfermo te pide que mitigues su dolor y tú sabes que con ello se puede acelerar el proceso de su muerte, ¿Lo harías?

El morir con dolor intenso y en soledad es la peor muerte que existe.
El objetivo de los Cuidados Paliativos es el control sintomático siendo el dolor uno de los prioritarios. Tenemos que controlar los síntomas, debemos mantener al paciente con el mayor confort posible aplicando la terapéutica precisa. No creo que una correcta analgesia precipite la muerte. Creo que la causa de muerte en estos pacientes es la propia enfermedad que progresa y deteriora funciones fundamentales.
Los Cuidados Paliativos no intentan alargar ni acortar la vida del paciente, intentan dar confort y ello significa control de síntomas.

La medicina sigue estando enfocada a la lucha por la vida y ocurre en ocasiones que algunos pacientes se ven sometidos a un verdadero encarnizamiento terapéutico en sus últimos momentos de vida. ¿Crees que eso es inmoral? ¿En estas situaciones se tendría que hacer más énfasis en los testamentos vitales o documentos de voluntades anticipadas?

En muchas ocasiones los médicos pensamos que prolongando un tratamiento concreto podemos mejorar al paciente e incluso curarlo.
Trabajando en equipo es más fácil tener una visión objetiva de la situación.
Si el paciente tiene conocimiento de su enfermedad y debe tenerlo si así lo quiere, podrá tomar decisiones.
La buena información a la familia facilita la objetividad.
Los testamentos vitales y los documentos de voluntades anticipadas son fundamentales y necesarios.

¿Qué es para ti una muerte digna?

La muerte digna, para mí, es morir sin dolor, sin angustia, con el menor número de síntomas molestos y acompañado por seres queridos.
En muchas ocasiones el o la paciente carecen de familia o amigos, creo y así lo he vivido, que los equipos asistenciales sanitarios, religiosos etc. en muchas ocasiones suplen esa deficiencia con verdadera eficacia y vocación.

Valor del Trabajo Social en la Clínica Padre Menni y en el Centro Hospitalario Benito Menni

El Trabajo Social es una disciplina orientada a la formación de profesionales de la acción social que se ocupan de fomentar el bienestar del ser humano y la prevención y atención de dificultades y carencias sociales de las personas, familias, comunidades y medio social en el que viven, todo ello basado fundamentalmente en una actitud de respeto y teniendo en cuenta la igualdad, valor y dignidad de todas las personas. Las trabajadoras sociales de los centros en Navarra de las Hermanas Hospitalarias procuran plasmar estos valores en el desarrollo profesional diario.

Las Trabajadoras Sociales cubren la asistencia social de las áreas de atención especializada en Salud Mental que ofrece el Centro, Psiquiatría y Psicogeriatría. Dentro de cada una de estas áreas, existen diferentes Unidades en las que la atención es interdisciplinar.

¿Cuál es la función básica del Trabajador Social?

Particularmente, en los Centros de las Hermanas Hospitalarias, y previamente a un ingreso, una de las tareas es informar a usuarios y familiares sobre los distintos recursos internos de que disponemos (Hospitalización Psiquiátrica, Unidad de Media Estancia, Residencia Asistida para Enfermos Mentales y de Psicogeriatría, etc). Además de gestionar la Lista de Espera de Ingresos de los diferentes dispositivos y coordinar con entidades externas (Agencia Navarra para la Dependencia, por ejemplo) las actuaciones precisas para organizar nuevos ingresos. Por lo tanto, nos convertimos en la primera referencia de los pacientes y sus familias.

Una vez que el paciente ya ha ingresado ¿Qué papel desarrolla el Trabajador Social?

Durante el ingreso, una labor fundamental es la atención directa a las familias y a los pacientes. Consiste en informar sobre la evolución, realizar seguimiento de la situación socio-familiar, asesorar en la toma de decisiones más adecuada para garantizar la cobertura social articulando los mecanismos al alcance y buscando la mayor eficacia posible para el beneficio de los pacientes. Es muy importante fomentar la integración y participación de los residentes en la vida del centro y, a la vez, evitar que se produzca un alejamiento con el entorno y la familia. En este sentido, tanto en la Clínica Padre Menni como en el Centro Hospitalario Benito Menni, los familiares tienen un papel protagonista que se plasma en el propio plan terapéutico del paciente.

Un papel importante del Trabajo Social es gestionar para los pacientes tramites administrativos como por ejemplo renovación de DNI, Tarjeta Sanitaria Individual, asignación de médico de atención primaria, renovación de la pensión, solicitud de ayudas, empadronamientos, incapacidades civiles, certificados de minusvalía y dependencia... Otros que les faciliten el acceso a recursos comunitarios y también los relacionados con la gestión y administración de sus propios recursos económicos de una manera organizada, en colaboración con las familias y/o tutores.

Además, junto con el resto del equipo terapéutico, las trabajadoras sociales colaboran en el tratamiento rehabilitador de los pacientes potenciando habilidades laborales, relacionales, ocupacionales, sociales, para conseguir la reinserción en su entorno habitual.

También es muy importante mantener un contacto continuado con Centros de Salud Mental (CSM) de referencia de los pacientes, Servicio Sociales de Base (SSB), Atención Primaria, Recursos Intermedios y Especializados para coordinar las diferentes actuaciones, previa valoración en reuniones del equipo multidisciplinar tomando las decisiones de manera conjunta, tanto con el paciente como con la familia y/o tutor legal.

¿Cuáles son las herramientas fundamentales de las trabajadoras sociales para llevar a cabo su labor?

La principal herramienta de trabajo es el contacto directo con el paciente y con sus familiares y/o tutores, mediante conversaciones telefónicas y entrevistas individuales y/o familiares, poniendo en practica las técnicas de escucha activa y empatía. Una vez recogida toda la información, elaboramos la historia social del paciente que nos ayuda a establecer un diagnóstico y a planificar la intervención social adecuada. Además, se elaboran los informes sociales que precise el paciente.

¿Qué actividades se realizan con los pacientes?

Dentro de la programación que ofrecen los centros, la Trabajadora Social planifica, elabora, desarrolla y evalúa la actividad de Habilidades Sociales. Esta actividad es fundamental puesto que las repercusiones directas de la enfermedad mental pueden ser el aislamiento social, deterioro en las relaciones interpersonales y déficit en la toma de decisiones. Por otra parte, colabora activamente en la animación socio-cultural que se ofrece en ambos centros, organizando varias actividades a lo largo del año.

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

solidaridad

La donación de sangre siempre es necesaria

Dra. Mª Luisa Ayape Puyales
Directora Centro Transfusión Sanguínea Navarra

El principal objetivo de un Centro de Transfusión es obtener el número necesario de donaciones para poder suministrar componentes sanguíneos, de forma estable a lo largo del tiempo y dar cobertura a las necesidades transfusionales de los hospitales. Para garantizar la disponibilidad de componentes sanguíneos es necesario mantener constante el equilibrio entre donación y consumo de sangre.

Mucha gente asocia la necesidad de sangre a grandes catástrofes, fechas concretas o situaciones cercanas de su entorno, cuando no es así realmente. Cada día, decenas de pacientes en nuestros hospitales salvan su vida o recuperan su salud gracias a la transfusión de sangre y derivados.
Las necesidades de componentes sanguíneos se han incrementado constantemente en las últimas décadas. El envejecimiento de la población es uno de los factores que más influyen en el consumo de componentes sanguíneos, ya que, la probabilidad de recibir una transfusión de sangre se incrementa con la edad. Por otra parte, muchos de los avances de la medicina moderna como tratamientos de cáncer, cirugías complejas, transplantes de órganos, serían imposibles sin transfusiones.
Detrás de todos estos avances están miles de donantes anónimos que lo hacen posible. La donación de sangre es un acto voluntario, solidario, altruista y responsable. No se constata una única razón que nos permita determinar la causa que induce a la donación. Donar es el resultado de múltiples razones que llevan a ello y a continuar haciéndolo. La donación de sangre es un gesto de solidaridad y civismo por su compromiso con el conjunto de la sociedad. Sin embargo, es un acto que pasa desapercibido en el día a día de esta misma sociedad y sólo genera preocupación real cuando saltan las alarmas. Esta actitud pasiva puede deberse a un desconocimiento de las necesidades de sangre, sus usos y la inconsciencia de que se trata de un bien que no se puede fabricar. Navarra se mantiene a la cabeza en el índice de donaciones por mil habitantes a nivel nacional. El número de donaciones continua estable en torno a las 31.000/año. El aumento de población de Navarra para los próximos años y la mayor demanda de sangre de los hospitales, hace necesario el incremento de la donación.
La estructura de edad de los donantes en Navarra muestra un aumento del porcentaje de los mismos con la edad, lo que indica una gran fidelización. Generalmente, el que se hace donante, lo es para toda la vida. Además, los donantes navarros están muy distribuidos territorialmente.
Tradicionalmente el mensaje de la donación se trasmitía en la familia o en el entorno más próximo. El sistema de valores de la sociedad actual está cambiando hacia un sistema de valores más colectivo. Debemos trasmitir un mensaje que contribuya a considerar la donación de sangre como un hábito, un compromiso cívico, una contribución a una sociedad participativa y solidaria, que se pueda adaptar a todos los públicos.
Necesitamos asegurar un modelo sostenible de medicina transfusional que sea capaz de incrementar la donación, el recambio generacional de los donantes y la disponibilidad de los mismos, conforme a la evolución de las necesidades que nuestros hospitales establezcan. Los profesionales que formamos parte de esta cadena, que va desde el donante hasta el receptor, somos conscientes de la responsabilidad de nuestro trabajo y de la manera que podemos contribuir a la mejora de su mantenimiento. Los Servicios de Transfusión deben asegurar el uso adecuado y óptimo de los productos sanguíneos. El Centro de Transfusión debe facilitar el acceso de los donantes al Centro y el servicio más satisfactorio para los mismos, con horarios, aparcamientos, instalaciones, técnicas y personal que facilite el acto de la donación.

Por todo ello, no te lo pienses, acude a donar. Te esperamos en:
Centro de Tansfusión Sanguínea de Navarra (Calle Irunlarrea 3 Pamplona (848422500) y Calle Eza 2 Tudela (948848750)

Estudio de la Comunicación Conyugal

¿Quieres saber cómo es tu comunicación? Se requieren matrimonios voluntarios para participar en un estudio de comunicación conyugal llevado a cabo en la Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar (UDITEF) del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universidad de Navarra. El objetivo del estudio es analizar la comunicación de una muestra heterogénea de matrimonios. Cada una de las participaciones será de gran valor para llevar a cabo esta investigación.
Si está interesado en participar o desea más información, puede ponerse en contacto con Raquel Martín (948255400 Ext:4438/4431 rmlanas@unav.es).

Desciende un 36% la tasa de mortalidad por cáncer de mama

La mortalidad observada antes y después de la puesta en marcha del programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (periodo entre 1989 y 2004 con participación del 85% de la población) ha experimentado un descenso del 36%, porcentaje que se mantiene en la actualidad. Este descenso llega al 62% en el grupo de edad entre 50 y 69 años, objetivo fundamental de este programa, como se puso de manifiesto en el acto conmemorativo de su 20º aniversario y enmarcado dentro de la celebración del 19 de octubre Día Mundial contra el Cáncer de Mama. Estuvo organizado por el Instituto de Salud Pública y celebrado en el Palacio de Navarra. Fue presidido por la consejera de Salud, María Kutz Peironcely y acudieron profesionales de los distintos estamentos que participan en el programa, así como representantes de la Asociación Navarra de Cáncer de Mama "Saray" y de la Asociación Española contra el Cáncer.

Salud y la Universidad de Navarra crean el Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra

El Departamento de Salud y la Universidad de Navarra han formalizado la creación del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra con el objetivo de promover el conocimiento científico vinculado con la salud y el tratamiento de las enfermedades y dolencias que afectan a la población.
El Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra ha sido fundado por diferentes empresas, algunas de ellas vinculadas al sector sanitario como CINFA, 3P Biopharmaceuticals, Teknovas y Digna Biotech, además del Banco Santander, Caja Navarra, Caja Rural, Viscofan y Vegamayor. Con este proyecto se pretende obtener recursos, colaborar y potenciar el esfuerzo investigador y atraer talento, con la finalidad de lograr una investigación de excelencia que revierta en el beneficio directo de los pacientes y resuelva los problemas de salud que afectan a los ciudadanos.
El Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra favorecerá e incentivará los resultados de I+D+i, así como la colaboración multidisciplinar con grupos de excelencia de otras instituciones públicas o privadas con objetivos de I+D+i en biomedicina y ciencias de la salud.

Médicos del Complejo Hospitalario de Navarra emplean una técnica en Neurocirugía pionera en España

El Servicio de Neurocirugía del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) realiza, de forma pionera en España, intervenciones quirúrgicas con el apoyo del Servicio de Neurofisiología Clínica del CHN. Se trata de la aplicación de una nueva técnica que permite "vigilar" la función de las estructuras nerviosas próximas al objeto de la cirugía durante la intervención, para poder evitar los riesgos de lesión en ellas.
Esta técnica que evita riesgos de lesión en las estructuras nerviosas del cerebro fue presentada por el doctor Eduardo Portillo, jefe del Servicio de Neurocirugia, y el doctor Javier Urriza, neurofisiólogo. Explicaron que la "neuromonitorización" permite controlar las estructuras nerviosas que algunas cirugías, como la neurocirugía, traumatología, cirugía vascular, cirugía maxilofacial u otorrinolaringología, pueden llegar a lesionar. Mediante la neurofisiología, se estimulan estas estructuras nerviosas y se registran las respuestas producidas a distancia por la estimulación, de manera que estas sean constantes durante todo el proceso quirúrgico.

EMERGENCIA: CÓLERA EN HAITÍ
Mensajeros de la Paz necesita tu ayuda

Mensajeros de la Paz trabaja en Haití desde el día siguiente del terremoto acaecido el pasado 12 de enero, atendiendo las necesidades de niños, personas mayores y familias damnificadas, en dos campos de desplazados con más de 3.500 personas que lo perdieron todo en el terremoto. Para ellos se han construido viviendas de madera e infraestructuras higiénico-sanitarias, (duchas, letrinas, generador eléctrico, y pozo de agua). Mensajeros de la Paz, también suministra a sus habitantes alimentos y materiales básicos, y les presta atención médica. Han preparado y equipado autobuses-escuela desde los que se da educación a los niños de los campamentos, convirtiéndose en una pequeña ciudad solidaria donde sus residentes puedan tener garantizados los servicios mínimos en su día a día. Ahora llega el cólera.
Para todos aquéllos que quieran colaborar con la Asociación Mensajeros de la Paz se han dispuesto estas cuentas:
SANTANDER
c/c 0049- 0001- 5224101010 10
CAJA MADRID
c/c 2038 1753 44 60 00 06 50 69
DONACIONES ON LINE:
www.mensajerosdelapaz.com

Para tu comodidad y seguridad, las mejores marcas a los mejores precios

OCHOA·LACAR

EXPOSICIÓN Y TIENDA
Navas de Tolosa, 5 • 31002 PAMPLONA
T. 948 227 244 • F. 948 225 426

ALGECOSA

EXPOSICIÓN DE BAÑOS
Capuchinos, 9 • 31500 TUDELA - NAVARRA
T. 948 848 131 • F. 948 848 958