medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoV marzoabril2011 nº28

Cuidar al cuidador

Comercial
Médica y de Laboratorio

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

Nuestro servicio hacia el cliente nos hace diferentes

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

Sumario

4 La terapia visual

5 ¿Miedo a los implantes?

6 Tratamientos contra el dolor de espalda

7 Balneario de Elgorriaga

8 Anestesia regional

10 El pan y los niños: inseparables compañeros

11 ¿Quién se ocupa de los cuidadores? El perfil del cuidador

12 Dolor lumbar agudo y crónico: recomendaciones generales

14 El trabajo es salud

15 Elige tus lentes de contacto

16 Los lácteos dentro de la dieta saludable

18 Los minerales

20 Blanqueamiento dental

22 El dolor en el parto: métodos alternativos para su control

24 Enfermedad de Parkinson: prevención y tratamiento precoz

26 Tratamiento de la Enfermedad de Parkinson avanzada y tratamientos no farmacológicos

28 Alimentación y estilo de vida como prevención de la obesidad infantil

29 ¿Qué tiene el Síndrome de Down que lo malo lo convierte en bueno?

30 Historia clínica en cáncer de mama. Anamnesis y exploración

32 Diagnóstico por imagen del cáncer de mama

34 Consejos para una alimentación equilibrada para las personas mayores

36 Aparato genital masculino. Próstata. Funciones y enfermedades más comunes

37 Hospitalidad, un valor para la salud

38 La presbicia es un problema inevitable pero con solución

39 ¿Qué son las válvulas cardiacas?

Zona Hospitalaria Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita** PubliSic S. L.
Dirección Alfredo Erroz **Redacción** (redaccion@zonahospitalaria.com) **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...*

La terapia visual

María J. Izquierdo
Doctora en Optometría por la Universidad de New England, USA
Directora del Centro de Especialización Optometrica, Pamplona.

Actualmente estamos viviendo en una sociedad donde las terapias alternativas se usan como complemento a los tratamientos tradicionales. Esto no quiere decir que sustituyen a los tratamientos médicos sino que en muchas ocasiones funcionan ayudando a otros profesionales a lograr las metas de una manera más rápida.

La Terapia Visual comenzó en EEUU hace más de 70 años. Durante todo este tiempo se han ido realizando trabajos de investigación y publicaciones científicas mostrando el éxito y la eficacia de la Terapia Visual en distintas disfunciones visuales.
En este artículo me gustaría exponer y explicar en qué consiste la Terapia o Entrenamiento Visual.

¿Qué es la Terapia Visual?

La Terapia Visual es un programa de tratamiento que se realiza de manera individualizada y personal para mejorar o eliminar disfunciones visuales como pueden ser problemas de enfoque, de coordinación de los ojos, ojos vagos, estrabismos o problemas de aprendizaje. El propósito es enseñar al paciente a utilizar sus ojos y controlar su sistema visual ante cualquier desequilibrio funcional.
Para recomendar un programa de Terapia Visual se requiere realizar una evaluación visual completa, el cual consiste en:

- Medida de la agudeza visual
- Examen de la capacidad de flexibilidad de enfoque que es la habilidad para pasar de lejos a cerca, y viceversa, sin fatiga, lo cual puede provocar borrosidad.
- Valoración de los movimientos oculares para determinar si hay algún músculo afectado o una mala eficacia que afecte a la lectura.
- Evaluación de la visión binocular para determinar si existe algún problema en la coordinación de los ejes visuales que cause dolores de cabeza, stress visual, o doble visión.
- Examen de la fusión sensorial para valorar si la persona está usando los 2 ojos al mismo tiempo o suprime y no puede ver las imágenes en 3-D.

¿Cuándo se aconseja la Terapia Visual?

La mayoría de las quejas visuales se pueden corregir fácilmente con gafas o lentes de contacto, pero existen algunos problemas visuales que requieren de un tratamiento adicional para solucionar el problema. Los síntomas más comunes son:

- Problemas de convergencia donde el paciente tiene dificultad para leer de una manera prolongada, presentando fatiga o "dolor de ojos", incluso llevando su corrección para cerca. En algunos casos pueden llegar a tener visión doble.
- Problemas de miopías progresivas donde el aumento de la miopía sale fuera de la norma general (0.25 dioptrías por año) y llega un momento que con su graduación tampoco ven bien.
- Problemas de ojo vago donde el uso exclusivo de un parche no ha logrado alcanzar la visión deseada. La terapia visual enseña al paciente a estimular y forzar ese ojo hasta conseguir visión binocular sin regresiones.
- Problemas para comprender, procesar y organizar la información que entra por la ruta visual provocando dificultades de aprendizaje.

En el caso de los estrabismos, es una terapia complementaria al tratamiento oftalmológico, ayudando a mejorar los resultados quirúrgicos o a estabilizar la desviación.

¿En qué consiste y qué duración tiene?

La Terapia visual consiste en una serie de ejercicios visuales que se realizan de manera controlada y supervisada, por un optometrista funcional especializado, para mejorar la eficacia y la automaticidad del sistema visual.
La duración depende del tipo de problema que presente el paciente, comprendiendo un mínimo de 16 sesiones hasta 30 sesiones en los casos más complejos. Normalmente el paciente acude a la consulta una vez a la semana y luego en casa realiza los ejercicios pautados durante la sesión. Al terminar el programa, se recomiendan una serie de técnicas para mantener las habilidades aprendidas y llegar a automatizarlas. De esta manera evitamos regresiones.
La Terapia Visual, es por tanto, una herramienta muy valiosa que se debe considerar como un tratamiento complementario a otras ayudas ópticas como gafas o lentes de contacto para mejorar la eficacia y comodidad visual del paciente.

CEO
CENTRO DE ESPECIALIZACION OPTOMETRICA
Pio XII, 4-1º A+B • 31008 Pamplona
T. 948074240 • www.centroceo.com

OPTICA & VISION

¿Miedo a los implantes?

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

Los dientes son imprescindibles para masticar, si faltan o están en mal estado comeremos con dificultad. Una mala masticación conduce a una dieta incompleta y problemas digestivos, pero también condiciona otros problemas. La falta de un solo diente provoca el movimiento de todos los dientes vecinos, se produce una pérdida del hueso que lo sostenía y además obliga a cambiar los movimientos de la mandíbula para poder masticar lo que repercute en la articulación que puede comenzar a presentar síntomas como dolor o chasquidos.

La solución: implantes dentales

La reposición de las piezas dentales perdidas alcanza hoy en día un alto grado de perfección con la colocación de los implantes dentales que imitan perfectamente la estructura del diente (raíz y corona) y es por tanto una rehabilitación muy natural. Sin embargo para la colocación de los implantes es preciso que no transcurra demasiado tiempo desde la pérdida del diente, si se recurre enseguida no habrá problemas, pero si se tarda demasiado el hueso va desapareciendo y en algunos casos será incluso necesario recurrir a un injerto si se quiere colocar un implante. Esto se debe a que el hueso cuando no tiene que soportar el trabajo de los dientes, se atrofia de forma progresiva.

Miedo a los implantes dentales

El miedo al dentista o a lo desconocido sigue siendo una de las principales y variadas excusas para no reponer un diente perdido. A pesar de que colocar un implante dental es un procedimiento poco agresivo, -y de ello pueden dar fe las muchas personas que ya se han beneficiado de ello-, todavía existen muchas personas que siguen pensando que es un procedimiento complicado y doloroso. Las nuevas técnicas y herramientas de las que disponemos hoy en día van a conseguir de una vez por todas que el miedo no sea nunca más la causa de una boca en mal estado.

Sedación

Todos los procedimientos que se realizan en la boca son susceptibles de realizarse bajo sedación intravenosa. La sedación intravenosa es un procedimiento anestésico realizado por especialistas en anestesia que permite mantener al paciente en un estado muy próximo al sueño y con un alto grado de relajación, de modo que aunque en realidad está despierto no es consciente de lo que está ocurriendo con la gran ventaja de que una vez finalizado el procedimiento se revierte la sedación y el paciente abandona la clínica por su propio pie.

Cirugía guiada

La otra herramienta que permite que los implantes dentales se conviertan en un procedimiento muy poco agresivo es la cirugía guiada. La cirugía guiada consiste en colocar los implantes dentales mediante unas guías que se fabrican por ordenador y que permiten no tener que realizar ningún corte en la encía. Este procedimiento tiene muchas ventajas, en primer lugar se acorta considerablemente el tiempo de la intervención, en segundo lugar al no haber cortes, ni puntos de sutura el postoperatorio es realmente confortable, sin apenas inflamación y prácticamente indoloro.

Estás dos técnicas además se pueden combinar si fuera necesario consiguiendo un alto grado de confort para los pacientes durante todo el procedimiento.

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

Tratamientos contra el dolor de espalda

Existen varios tratamientos para aliviar el dolor de espalda. Además, es posible combinarlos para mejores resultados.

Ante los primeros síntomas de dolor de espalda se recomienda acudir a un fisioterapeuta u osteópata, pero si estos persisten es importante consultar a un médico especialista para descartar problemas más graves y menos frecuentes, como son lesiones óseas de tipo tumoral o canceroso y realizar un diagnóstico más preciso.

La terapia sin cirugía basada en la descompresión axial vertebral y ozonoterapia que aplicamos con éxito desde hace años en el Hospital Quirón Donostia, y ahora también en el nuevo Instituto de la Columna Quirón Pamplona, es uno de los tratamientos más avanzados para solucionar problemas cervicales, dorsales y lumbares que reducen el dolor crónico y mejoran la sintomatología sin dañar la columna.

Un estudio realizado con más de 150 pacientes demuestra que todos ellos manifestaron una disminución del dolor inmediatamente después del tratamiento, y que éste seguía disminuyendo un año después. A la mayoría de estos pacientes se les había prescrito la cirugía como única solución.

Descompresión axial

Este sistema reduce la presión intradiscal y facilita la entrada de glucosa, oxígeno y otros nuetrientes en los discos. Además libera los músculos de contracturas y separa las superficies dañadas por la compresión, como nervios y paquetes vasculares.

Terapia con ozono

Mejora la ciruculación, reduce la inflamación y favorece la reabsorción de material herniado.

Este tratamiento está indicado en casos de dolor crónico y/o agudo, lumbar o cervical, dolor de origen discal con o sin ciática, discoartrosis, síndrome de facetario, casos en los que la cirugía de espalda no ha eliminado las molestias y pacientes con deficiencias neurológicas no progresivas.

Técnicas quirúrgicas

El equipo liderado por el Dr. Alfonso Riojas, traumatólogo especializado con más de 25 años de experiencia en Francia, también aplica las técnicas quirúrgicas más modernas para solucionar los problemas de columna.

Pida cita: 948 290 690

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

Lorena V. Galarregui. *Marketing Balneario Elgorriaga*

ELGORRIAGA
BALNEARIO - BAINUETXE

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

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

Un balneario de salud

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

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

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

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

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

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

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

Anestesia regional

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

Las anestesias local y regional son procedimientos anestésicos que se utilizan para producir insensibilidad en regiones concretas del cuerpo, permitiendo llevar a cabo procedimientos médicos o quirúrgicos sin que supongan molestias para el paciente. Ambas utilizan fármacos específicos que se conocen como "anestésicos locales" e interrumpen la conducción nerviosa, evitando que el dolor que se produce en la región anestesiada alcance el sistema nervioso.

¿Qué es la anestesia local?

Esta anestesia afecta únicamente a un área muy pequeña del cuerpo. Se administra mediante una pequeña inyección, directamente sobre la región que se desea anestesiar (por ejemplo una pieza dental, o la piel alrededor de un pequeño corte). A veces pueden utilizarse también cremas, "sprays" o gotas oculares que contengan anestésico. La anestesia local es utilizada tanto por dentistas como por médicos generales y otros especialistas para multitud de procedimientos (sutura de heridas, obtención de biopsias...) y también algunas cirugías, como la de corrección de cataratas.

¿Qué es la anestesia regional?

Es una técnica realizada de manera casi exclusiva por anestesiólogos. En este caso se lleva a cabo una inyección de anestésico cerca de un grupo o racimo de nervios que vehiculizan la sensibilidad de una región más o menos amplia (por ejemplo un brazo, una pierna, la mitad inferior del cuerpo...). Generalmente el punto en el que se lleva a cabo la inyección se encuentra a bastante distancia de la zona que resultará anestesiada. Todas las técnicas de anestesia regional son más complejas que las de anestesia local, e implican ciertos riesgos particulares que deben ser tenidos en cuenta. El anestesiólogo es un médico específicamente entrenado para realizar estas técnicas con soltura y seguridad, conocedor de las posibles complicaciones que pueden aparecer y capacitado para tratarlas de manera rápida y eficaz.

¿Para qué procedimientos se utiliza la anestesia regional?

Puede utilizarse para algunas intervenciones quirúrgicas, si bien no todas las cirugías pueden llevarse a cabo bajo anestesia regional. También sirve para controlar el dolor postoperatorio. Las cirugías que se llevan a cabo con más frecuencia bajo anestesia regional son intervenciones de ortopedia y traumatología que afecten únicamente a las extremidades (brazos y piernas).

El otro gran campo de aplicación de la anestesia regional es la obstetricia, dónde la analgesia para el parto se lleva a cabo mediante una técnica regional (analgesia epidural). La mayoría de las cesáreas también se llevan a cabo utilizando anestesia regional para afectar únicamente a la mitad inferior del cuerpo, lo cual representa mayor seguridad para la madre y le permite presenciar el nacimiento de su hijo.

¿Cuáles son las ventajas de realizar una cirugía con anestesia regional?

La anestesia regional interfiere menos con las funciones globales del organismo que la anestesia general, particularmente con los sistemas cardiovascular y respiratorio. Está especialmente indicada cuando exista enfermedad grave que afecte a alguno de estos sistemas. La recuperación es más rápida con la anestesia regional, y también hay menos efectos secundarios, a la vez que proporciona un alivio del dolor más eficaz y prolongado en el postoperatorio.

¿Existen diversos tipos de anestesia regional?

Sí. Se diferencian en el lugar donde se lleva a cabo la inyección y en la región a la que afectan:

- Anestesia Espinal: inyección en la región lumbar, en mitad de la espalda, produce anestesia de la mitad inferior del cuerpo.
- Anestesia Epidural: inyección en mitad de la espalda, en la región lumbar o torácica, produce anestesia de las extremidades inferiores, el abdomen o el tórax.
- Bloqueos nerviosos de extremidad superior: inyección en la raíz del cuello, en las proximidades de la clavícula o cerca de la axila. Produce anestesia de todo un brazo o parte del mismo.
- Bloqueos nerviosos de extremidad inferior: inyección en la ingle, región glútea u otros puntos de la pierna. Produce anestesia de toda la pierna o parte de la misma.
- Anestesia regional intravenosa del brazo: aislando el brazo de la circulación mediante un torniquete, inyección intravenosa en el dorso de la mano. Produce anestesia de todo el brazo hasta el torniquete.

¿Quién decide el tipo de anestesia para la cirugía?

Tras una evaluación cuidadosa en la consulta, el anestesiólogo recomendará el plan anestésico que mejor se ajuste a las necesidades del paciente, sopesando los riesgos de cada una de las opciones anestésicas con sus potenciales beneficios, y teniendo en cuenta la situación clínica del paciente y el tipo de cirugía. Es el paciente quien, tras recibir esta información, decidirá junto con el anestesiólogo el tipo de anestesia para su cirugía. Si el procedimiento puede llevarse a cabo bajo anestesia local o regional, éstas serán probablemente las opciones más recomendables.

¡Soy muy nervioso! ¿Podrán darme algo antes de la cirugía?

Si el paciente es nervioso y/o padece ansiedad, el anestesiólogo puede prescribir medicación para ayudarle a relajarse en su habitación, antes de la cirugía. Este aspecto debe comunicársele en la consulta de anestesia.

¿Es dolorosa la administración de la anestesia regional?

No. Los pacientes experimentan un pequeño y único pinchazo, que sirve para realizar anestesia local sobre el punto donde se introducirá la aguja para administrar la anestesia regional. Durante la inyección puede sentirse dolor leve u hormigueo sobre la zona que va a ser intervenida. Una vez realizada la inyección, la sensibilidad y la movilidad de la región anestesiada irán desapareciendo gradualmente sin molestias adicionales.

Durante la anestesia regional en quirófano, ¿permaneceré despierto o dormido?

Los pacientes pueden permanecer completamente despiertos, aunque por lo general suelen administrarse sedantes (por vía intravenosa) para ayudarles a relajarse y disminuir su ansiedad. Durante la sedación el paciente permanece lo suficientemente dormido como para tolerar una situación que puede resultarle estresante, pero no tan dormido como para perder la conciencia y requerir respiración artificial. La recuperación es rápida y suave, y aunque los pacientes permanezcan más o menos conscientes no suelen "recordar" la experiencia debido a las propiedades amnésicas de los sedantes.

¿Debe tomarse alguna precaución en el postoperatorio?

Tras el procedimiento, la recuperación de la sensibilidad y la movilidad en la zona anestesiada ocurrirá lenta y gradualmente. Dependiendo de la dosis de anestésico utilizada el tiempo hasta la recuperación completa puede variar entre 2 y 24 horas. Si los efectos de la anestesia aún persisten al alta, se entregarán instrucciones específicas sobre las precauciones que deben tomarse mientras existan. La sensación dolorosa es la última en recuperarse, aunque generalmente lo hará en un momento y en un grado que permitan su tratamiento satisfactorio mediante fármacos intravenosos o por vía oral.

El pan y los niños: inseparables compañeros

Arantza Ruiz de las Heras de la Hera
Dietista-Nutricionista

La relación entre pan e infancia es estrecha, diaria e irrompible. El pan debería formar parte de la alimentación habitual de los niños por sus múltiples beneficios. En varios momentos, a lo largo de la jornada de estudio, deporte, juego o descanso, como se verá a continuación, es aconsejable aportar la energía que gastan sin parar. Parte de esta energía se obtiene a partir de hidratos de carbono, presentes en el pan.

Momentos con pan

Las tomas en las que se puede incluir el pan en la dieta de los más pequeños de la casa son varias. Desde las más evidentes y de mayor importancia calórica (desayuno, comida y cena) hasta las comidas que se hacen entre horas y que son fundamentales en todas las edades, pero más en el periodo pediátrico. En los almuerzos o medias mañanas de los niños no debería faltar el pan, en forma de bocadillo variado cada día ya que hay millones de variantes a cada cual más sabrosa y equilibrada, en forma de sándwich o de tostada o de cualquier otra manera. En la merienda también es preferible elegir una combinación que contenga pan o algún alimento similar y una bebida fría o caliente, según la estación o un derivado lácteo.

¿Por qué pan?

Porque es el acompañante ideal de embutidos, quesos, dulces, vegetales, carnes, grasas, enlatados, etc. El pan hace que el bocadillo o la tostada sea diferente cada día aportando nutrientes variados. Además, la composición del pan aporta principalmente hidratos de carbono complejos, base de la alimentación e ingrediente muy recomendable. Si el pan es integral, el contenido de fibra alimentaria, los minerales y vitaminas presente es mucho mayor. Las grasas que hay en el pan son pocas y de origen vegetal, las más recomendables para la salud. Así que, cuando damos este alimento a nuestros hijos, estamos dando una buena combinación de nutrientes. Desde luego, mucho más recomendable que bollería, pastelería y repostería, especialmente industrial, que contienen gran cantidad de grasas, muchas de las cuales son manipuladas (las que se denominan grasas trans) y son perjudiciales en muchos aspectos. Además, la cantidad de azúcar y otros elementos dulces suele ser bastante elevada, lo que hace que estos productos suelen ser auténticas bombas energéticas, es decir, gran cantidad de calorías en poco volumen.

El desayuno, la toma por excelencia

Este tema, no por repetido, deja de ser más cierto. Hay muchísimos niños que se levantan por la mañana y se van al colegio sin desayunar. Esto supone un error grandísimo ya que la mayor parte de la actividad física y mental la realizan durante la jornada matinal. ¿Cómo van a rendir en las clases si no han tomado la glucosa suficiente para alimentar su cerebro y su organismo? Es completamente normal que no puedan mantener la atención durante las explicaciones o que les entre el sueño o que no sean capaces de rendir al ritmo marcado. Un desayuno en condiciones debe contener, como mínimo, un lácteo (leche, yogur, queso), una fruta y un alimento del grupo de cereales (pan integral, pan refinado, pan tostado, biscotes, cereales, etc.). A estos productos básicos se pueden añadir otros como dulces (azúcar, cacao, etc.), vegetales, grasas y otros. Así, el pan es un complemento de la dieta infantil que no debe faltar nunca en la mesa, en el recreo, en el parque, ni en la mochila de los más pequeños. Un alimento que les encanta desde casi bebés hasta la edad madura.

¿Quién se ocupa de los cuidadores? El perfil del cuidador

Maite Pascual Vergara
Psicóloga
Gabinete Psicológico Maite Pascual Vergara

El cuidador es la persona que asume la responsabilidad de coordinar la atención que el enfermo precisa. Según estudios recientes, esta tarea la realizan en su mayoría mujeres de mediana edad y los atendidos son padres o cónyuges.

Son personas generosas, ya que ofrecen su cuidado solícito a cambio de nada, y tienen una especie de sensor que les permite captar cuantas señales se emiten a su alrededor. Parecen comprender a la perfección el lenguaje no-verbal, tanto del enfermo como de cuantos con él se relacionan; así, están atentas a las necesidades hasta el punto de adelantarse a las peticiones de ayuda.

El cuidador es propenso a rechazar ayudas externas, tanto de familiares como de otros servicios, y tiene dificultad para medir sus propias fuerzas que considera inagotables. Le cuesta reconocer sus equivocaciones y se siente a veces vulnerable a las críticas. En su afán de coordinarlo todo, a veces espanta a otras personas que podrían aliviar su carga, sin darse cuenta de que ha asumido el rol imposible de super-persona.

Emociones básicas del cuidador

Tristeza: A pesar de lo doloroso de la situación, el cuidador no debe abandonarse a la tristeza. La tristeza es lógica, pero no puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.

Preocupación: Constantemente le abruma el futuro. El cuidador debe procurar serenarse. Es inevitable que se encuentre preocupado, pero hay que vivir el presente, buscando los recursos y planificando en lo posible pero sin dejarse enmarañar por un futuro incierto.

Soledad: Es vital no sentirse solo. Debe buscar amigos y compañía allí donde pueda: vecinos, centros recreativos, asociaciones, etc.

Irritabilidad: Porque está cansado de hacerse cargo del enfermo, porque nadie le ayuda o así lo siente, porque está sacrificando sus aficiones, porque los días pasan con pena y sin alegrías

Culpabilidad: Culpabilidad por los propios errores o inadecuaciones en la tarea. Debe asumirlos como inevitables y tratar de mejorar, dentro de lo que cada uno puede dar.

Depresión: Cuando la tristeza, la preocupación, la soledad y la desesperanza se viven sin otra alternativa se enferma de depresión. Es decir, cuando estos sentimientos no se equilibran con otras vivencias positivas: amor, cariño, ilusiones, etc., causan depresión en el cuidador. En el caso de depresiones leves su estado de ánimo mejorará tomándose unas vacaciones, un tiempo alejado del enfermo, realizando alguna actividad gratificante, descansando lo suficiente, etc. En otras personas la depresión es más grave, y deben acudir, sin falta, a un profesional.

Consejos para el día a día

- Poner límites al cuidado, especialmente cuando la persona está siendo bien cuidada y demanda más cuidado y atención de lo necesario. Para ello se ha de pedir ayuda al entorno, aprender a decir no si la demanda no fuera necesaria y fomentar la autonomía del paciente en la medida de lo posible.
- Se recomienda hacer ejercicio físico de forma regular que proporciona no solo bienestar físico sino psicológico.
- Evitar el aislamiento disponiendo de tiempo libre que le permita hacer actividades de ocio y mantener el contacto social con otras personas.
- Descansar, introducir pequeños momentos de descanso durante el día y actividades sencillas para relajarse que le permitan "desconectar". Simplemente mirar por una ventana y respirar profundamente durante unos minutos puede ser suficiente.

GABINETE PSICOLÓGICO MAITE PASCUAL
Avda. Carlos III, 37-1º | 31004 Pamplona
T. 622 10 40 00 – 948 10 16 41
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 10 16 41
maite@maite-pascual.com
www.maite-pascual.com

Dolor lumbar agudo y crónico: recomendaciones generales

Dr. Carlos Ruiz Muneta y Dr. Juan Manuel Vellosillo Ortega
Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Navarra

¿Frío o calor? ¿Intento llevar una vida activa o hago reposo en cama? ¿Es útil la faja lumbar? Seguro que mucha gente se ha hecho estas u otras preguntas similares. Cuando sufrimos dolor lumbar, tenemos dudas acerca de qué debemos hacer y qué evitar. Vamos a intentar aclarar algunas de las cuestiones más comunes.

El dolor lumbar es un cuadro clínico muy frecuente en la población general. Está producido por múltiples causas (sobrecarga muscular o articular, traumatismos, patología degenerativa,...), por lo que aparece en cualquier rango de edad. 8 de cada 10 personas padecerán a lo largo de su vida uno o más cuadros de dolor lumbar, de ahí la importancia de saber como afrontarlo según sus características.

El objetivo de este articulo es tratar de dar unas recomendaciones generales sobre el dolor lumbar, tanto agudo como crónico.

Ante la aparición de un cuadro de dolor lumbar, y antes de empezar cualquier tipo de tratamiento específico, siempre es importante la valoración por el Médico de Atención Primaria, para la confirmación del origen lumbar del dolor, y de la conveniencia o no de realizar ciertos tratamientos (farmacológico, rehabilitación, terapia manual,...)

En ocasiones, el dolor lumbar está producido por una serie de causas especiales (dolor inflamatorio, oncológico, neurológico), que implican unas estrategias terapéuticas específicas que no vamos a abordar en este artículo.

Es importante resaltar que patologías benignas, como pueden ser la sobrecarga articular o muscular, hernias discales, artrosis, etc... muchas veces implican un dolor moderado-intenso, o de larga evolución, por lo que hay que desechar esa idea generalizada, de que cuando el cuadro se prolonga más de 1-2 meses, o el dolor es "insoportable", tiene que ser por una causa "grave".

Alrededor del 98% del dolor de espalda, tanto agudo como crónico, es de etiología benigna. Según el tiempo de evolución, podemos diferenciar el dolor lumbar en agudo (duración menor de 4 semanas), subagudo (entre 4 y 12 semanas) y crónico (aquel que se prolonga más de 3 meses), y en general, van a tener un planteamiento terapéutico completamente diferente.

Agudo

El dolor lumbar agudo suele estar producido por traumatismos, actividad deportiva, manejo de cargas, hernias discales, etc... Se caracteriza por dolor de inicio súbito, de intensidad moderada, y se reproduce con la actividad física y los movimientos. Puede irradiarse a extremidades inferiores, dando lugar a una lumbociática.

Las recomendaciones generales son las siguientes:

- Reposo: Es recomendable evitar el reposo absoluto en cama más de 2-3 días, (salvo recomendación médica especifica), porque se ha demostrado que puede cronificar el dolor. En cuanto sea posible, es preferible realizar un reposo relativo, evitando posturas mantenidas, intentando caminar durante periodos cortos de tiempo (15-30 minutos), varias veces al día, para evitar la sobrecarga postural y la debilidad muscular.
- Tratamiento farmacológico: Los antiinflamatorios (ibuprofeno, diclofenaco,...) y los analgésicos (paracetamol, nolotil), a pesar de la animadversión que producen en la población general, han demostrado su efectividad en el dolor lumbar agudo y es importante seguir las recomendaciones dadas por su médico acerca de la posología. Los relajantes musculares pueden favorecer el descanso nocturno, acelerando la curación del proceso.
- Calor local: La aplicación de calor local 2-3 veces al día favorece la relajación muscular, disminuyendo el dolor y favoreciendo la realización de una actividad física adecuada y progresiva.

Sugagudo

Suele estar producido por las mismas causas que el dolor agudo, y la razón de su prolongación en el tiempo suele ser por una estrategia terapéutica inadecuada o por persistencia de las causas. En caso de haber realizado un tratamiento adecuado, muchas veces requiere una reevaluación por parte del médico.

Recomendaciones:

- Iniciar ejercicios de flexibilización y estiramiento de espalda, pautados por su Médico de Atención Primaria, combinándolos con una actividad física progresiva, si la evolución del cuadro es lenta pero progresiva. La frecuencia recomendada para los ejercicios es de 1-2 veces al día.
- Continuar con el tratamiento farmacológico prescrito por su Médico de Atención Primaria
- Puede ser de utilidad el uso de una faja lumbar semirrígida, sobre todo en los casos de reincorporación laboral en trabajos de riesgo, que impliquen movimientos repetidos de flexoextensión del tronco, manipulación de cargas, etc...La faja lumbar no hay que utilizarla durante el periodo de descanso, pero es muy útil para facilitar la realización de actividades de la vida cotidiana o laborales.

Crónico

El tratamiento del dolor lumbar crónico tiene una estrategia completamente diferente a la del dolor agudo, e implica un papel mucho más activo del paciente.

Las causas más frecuentes de dolor lumbar crónico incluyen sobrecarga articular (artrosis facetaria, espondiloartrosis), patología discal (protrusiones y hernias discales) fracturas vertebrales osteoporóticas, etc..., siendo en la mayoría de ellas el tratamiento conservador.

Los factores de riesgo más conocidos son: posturas incorrectas, debilidad musculatura abdominal y lumbar, sobrepeso, sedentarismo, etc... Y son elementos sobre los que el paciente debe tomar un papel activo, para tratar de corregirlos o frenarlos.

Existen muchas terapias, como tratamientos farmacológicos, masoterapia, tratamiento termoterápico o electroterapico en rehabilitación, acupuntura, etc... que pueden facilitar el que el paciente adquiera un papel activo, cumpliendo las normas de ergonomía, realizando actividad física regular, ejercicios específicos pautados, etc, que es lo que fundamentalmente va a conseguir una curación, o por lo menos una remisión de los síntomas.

Desde atención especializada se realizan escuelas de espalda, donde se enseñan las normas de ergonomía y los ejercicios adecuados para cada patología. Deben realizarse, al igual que una actividad física global (natación, caminar), de manera regular (3-4 veces por semana). Los resultados se obtienen a medio y largo plazo, por lo que no hay que abandonarlos si en un periodo de tiempo corto (2-4 semanas) no se obtienen resultados importantes, que es lo más frecuente.

El mantener un peso adecuado, la actividad física de manera regular, y el cumplir las normas de ergonomía tanto en la vida laboral como en el tiempo libre, son los 3 pilares fundamentales para evitar o combatir la aparición del dolor lumbar crónico.

medicina

El trabajo es salud

Dr. Emilio Garrido-Landívar
Especialista en Psicología de la Salud

Nadie lo duda, no es un chiste, el trabajo es salud; "con las cosas de comer no se juega". Quizás nunca había sido esta afirmación tan cierta como lo estamos experimentando en los tiempos que corren. Tener trabajo, estar ocupado, hacer algo para los demás, sentirte útil, y ocupar un tiempo de tu persona, de tu preparación, de tu tiempo a cambio de un dinero; nos hace libres, útiles, necesarios, independientes, autónomos. ¿Te parece poca salud?

Sea poco o mucho lo que cobremos, trabajar es un cascada de efectos positivos y necesarios para que este mundo que lo hemos hecho entre todos, adquiera un perfil de solidaridad. Quienes tenemos trabajo, estamos encantados y damos gracias al altísimo por ello. Despertarse todos los días a las siete y saber que te vas a desarrollar en un lugar, con unos compañeros, con unas normas y con unas pautas para crear, facilitar, desarrollar, fabricar, ayudar, educar... ¡es un lujo que muchas veces no lo pensamos suficientemente!

Por eso, agradezco la oportunidad que me brinda la Revista de Zona Hospitalaria, y quiero acercarme con ustedes a esa realidad que es realmente salud, una de las más importante; sin trabajo es muy difícil equilibrar las horas y los tiempos en función de que el trabajo siga siendo salud, mientras lo compagino con un objetivo personal, creativo, subjetivo..., que no me desborde, que me "atrape"; "me queme", porque dejaría de ser salud.

El trabajo permite desarrollar nuestras capacidades personales, sociales afectivas e intelectuales, y eso ya, en sí; es importante. No quiere decir que además de salud, el trabajo no lleve adherido en sí mismo, una serie de flecos, difíciles de controlar y de prevenir: Los accidentes laborales que de hecho, nos merman la salud, y hacen que muchas veces dudemos de si realmente estamos en el camino correcto. Sin embargo, a pesar de los accidentes de trabajo, que van disminuyendo de forma lenta; se sigue trabajando, investigando para que la labor en los departamentos sobre seguridad e higiene en el trabajo sea cada día una nueva experiencia y una experiencia de todos, desde el director hasta el último de la pirámide laboral que forma la empresa. Pero no queremos negar que es un reto que hoy por hoy no lo tenemos para nada resuelto, a pesar de los máster que van saliendo en las Universidades sobre prevención y riesgos laborales.

Equilibrio físico, psíquico y social

Hoy por hoy, está más que demostrado que es más barato invertir en control de riesgos y prevención; que en el coste que supone las indemnizaciones a los accidentes leves y graves en el día a día en la empresa. Además no debemos olvidar que no solo lo económico es primordial, sobre todo por el bienestar de la personas, logrando un equilibrio físico, psíquico y social. Cuanto más a gusto está el trabajador en su puesto de trabajo, menos accidentes laborales surgen. Cuanta más interacción hay en el grupo, mayor estimulación y mejor forma de trabajo, produciéndose una película protectora, imperceptible, en el grupo; que sirve de prevención de muchos accidentes físicos, y sobre todo mentales que se producirían en grupos donde reina la envidia, donde no hay empatía y donde el líder no colabora por aglutinar dicho grupo con una mínimas variables positivas.

Tampoco debemos olvidar que la inmensa mayoría de nuestro tiempo, lo pasamos en el trabajo y durmiendo, y poca gente trabaja en aquello que le gusta. Son dos variables que nos ayudan a tener un cierto miramiento tanto como trabajadores, como directivos. La satisfacción en el trabajo, nos hace rendir más, estresarnos menos, gozar de un mayor nivel de salud, y –también es importante-, evitar el absentismo laboral, y las personas maduran en un ambiente de trabajo que les hace disfrutar del mismo.

En estos tiempos de crisis, vemos que muchos de nuestros congéneres, más de cuatro millones, no pueden tener un trabajo, un salario digno, y una evolución laboral mínimamente acorde a su condición de personas adultas. Ahí es cuando vemos, y nos damos cuenta que el trabajo además de un derecho social, es salud –a pesar de los pesares-. El trabajo es un determinante importante de la salud mental de los trabajadores. Cuando el trabajo escasea, falta, y se hace sistemático...; la salud mental y la física decaen, se resienten... El paro, es una fuente incesante –sobre todo cuando es más de seis meses seguidos-, de consecuencias psicológicas serias; máxime si la familia depende de uno principalmente.

Quienes estamos trabajando, hemos de estar contentos con este puesto que cada día mimamos más para que sea trampolín de nuevas experiencias sociales y personales; y, quienes no tienen, tenemos que concienciarnos de formarnos, especializarnos, cambiar de rumbo a nuestros intereses personales y afectivos para que la sociedad nos absorba con más facilidad en el puesto que más nos conviene, teniendo una formación y siendo más versátiles a la hora del mercado de trabajo, tanto en cuanto a la especialidad como a la geografía de destino.

salud

Elige tus lentes de contacto

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

Hay unas lentes de contacto adecuadas para cada paciente, según sus necesidades y estilo de vida.

¿Pueden llevarlas los niños?

Actualmente el diseño de las lentes, se adapta a la morfología corneal de los niños, pero hemos de evaluar la responsabilidad de cada niño para el uso de lentes. Con el uso de las lentes evitamos que los niños, miren por encima de las gafas y conseguimos que la graduación, la lleven constantemente, algo muy importante en hipermetropias y estrabismos.

Se recomiendan lentes de contacto desechables, lentes que se reemplazan en intervalos regulares de tiempo: diarias, semanales, mensuales.

¿Puede usar mi hijo lentes de contacto para hacer deporte?

Las lentes de contacto mejoran la práctica de deportes, pues la imágenes son más nítidas y las distancias se calculan mejor. Los niños ganan confianza y seguridad. Tambien se pueden utilizar para nadar, con unas gafas especiales.

¿Corrigen el astigmatismo, las lentes de contacto?

Sí, las lentes pueden corregir cualquier defecto visual, incluido el astigmatismo, éstas lentes se denominan tóricas.

¿Existen lentes de contacto para ver de cerca?

Con las lentes progresivas se puede ver de lejos y de cerca, son un gran avance para la vista cansada.

¿Se pueden utilizar las lentes de contacto para uso ocasional?

Las lentes diarias son ideales para utilizarlas ocasionalmente, además minimizan el riesgo de infecciones, porque se desechan diariamente y no es necesario limpiarlas, ni conservarlas.

¿Se pueden utilizar lentes de contacto con problemas de sequedad ocular?

Es importante utilizar lentes que no se deshidraten en el ojo, por ejemplo lentes de silicona y soluciones de limpieza que hidraten la lente, así como el uso de lágrimas artificiales y el empleo de jabón para limpiar las lentes, con el fin de que se humecten mejor. Los principales factores que provocan la sequedad ocular son: el aire acondicionado, el humo, el uso excesivo de ordenador , la mala iluminación y la contaminación.

¿Puedo cambiar el color de mis ojos?

Las lentes cosméticas, pueden cambiar el color de los ojos de una forma natural, más intensa, potenciar los ojos claros y dar brillo a la mirada.

Los lácteos dentro de la dieta saludable

Arantza Ruiz de las Heras de la Hera
Dietista-Nutricionista

Para conseguir que la dieta que tomamos sea óptima, esta debe cubrir unos preceptos entre los que destacan: completa, variada, suficiente, equilibrada y saludable.Además debe ser gastronómica y sensorialmente sabrosa y atractiva, ya que de otro modo, la dieta mejor y más calculada será inservible porque no se consumirá. Hay tantas dietas como personas, ya que cada individuo tiene su propio plan de alimentación.

Los lácteos en la Pirámide de la Alimentación Saludable

La pirámide de la alimentación saludable es una representación gráfica de la frecuencia de consumo recomendada para los distintos grupos de alimentos. Así, estos se ordenan en los distintos escalones de forma que, cuanto más abajo se sitúa el grupo, mayor deberá ser su consumo. Hasta el cuarto escalón, donde están las carnes magras, huevos, legumbres y frutos secos, el consumo debería ser diario. Esto no quiere decir que tomemos de todos los alimentos todos los días, sino de todos los grupos.
La leche y los derivados lácteos aparecen en el tercer escalón, por lo tanto, su recomendación de consumo es diaria.
Es aconsejable tomar 2-4 raciones/día de este grupo. Una ración se considera la cantidad estándar de alimento suficiente para cubrir las recomendaciones, tanto gastronómicas como nutricionales. En relación con los lácteos, una ración es un vaso completo de leche o dos yogures o una cantidad de queso curado de 40-60 g o 80-125 g si el queso es fresco o de Burgos.
Como ha quedado definido en la pirámide, cuando se habla de dietética, únicamente se incluyen como productos lácteos la leche, los yogures y los quesos. El resto de alimentos con leche en su composición: flanes, natillas, arroz con leche, helados, etc. se consideran postres dulces, no lácteos.

Composición nutricional de la leche y los derivados lácteos

Los productos lácteos (leche, yogur y queso) contienen muchos elementos beneficiosos para la salud. Entre ellos destacan las proteínas de buena calidad o alto valor biológico. Esto quiere decir que estas proteínas son completas en sí mismas, poseen todos los aminoácidos esenciales (moléculas básicas integrantes de las proteínas que el organismo no puede sintetizar y necesita obligatoriamente tomar del exterior).
Además, también poseen un elevado contenido en calcio que tiene gran biodisponibilidad, es decir, que se absorbe bastante bien. Absorción mejorada por el resto de componentes que se encuentran acompañando. Uno de ellos es la vitamina D. Esta vitamina es esencial para que el calcio se fije a los huesos, por lo que tomar mucho calcio sin tomar vitamina D no es muy eficaz para el mantenimiento óseo. Y también poseen fósforo, suele ser un mineral que se encuentra en los mismos alimentos donde hay calcio, por lo que es normal que esté en la leche y sus derivados.
Respecto al contenido en azúcares, el principal se denomina lactosa y casi ha desaparecido en otros derivados como el yogur y el queso.
El mayor problema de la leche es su contenido en grasa, especialmente porque es típicamente animal, es decir, saturada y por tanto, no muy beneficiosa a nivel cardiovascular.
Y otro elemento importante, abundante en la leche y, muchas veces no tenido en consideración es el gran contenido en agua, que la hace incluso ser líquida. Esta agua puede colaborar, en cierta medida y personas reacias a tomar líquidos, a aportar contenido hídrico, a pesar de que esta no es la forma ideal de hacerlo.

Recomendación de consumo de lácteos bajos en grasa

Todos los organismos nacionales e internacionales recomiendan actualmente el consumo de leche y derivados bajos en grasa. No se especifica si deberán ser semidesnatados o desnatados. Será necesario valorar cada caso. Lo más importante de esta recomendación es que se realiza para la población en general, también aquella que no padece ninguna patología, tampoco enfermedades relacionadas con la grasa o las kilocalorías. Este consejo se realiza en base a la frecuente aparición y desarrollo de enfermedades relacionadas con el exceso en nuestra alimentación, incluso en edad infantil, y constituye un modo de prevención de muchos problemas futuros.

Problemas con los lácteos

• Intolerancia a la lactosa
Es una alteración, a nivel digestivo, donde se produce una incorrecta o incompleta digestión de las moléculas de azúcar de la leche, lactosa. Sin embargo, la mayor parte de las personas intolerantes, toleran ciertas cantidades de lactosa al día. Sería aconsejable que fueran probando su nivel de tolerancia para no dejar de tomar totalmente este grupo de alimentos fundamental, sin motivo justificado.
En los yogures y quesos, el contenido en lactosa disminuye muchísimo porque este azúcar se transforma en otros componentes que ya no son conflictivos para el organismo. La intolerancia suele provocar, principalmente, signos y síntomas digestivos (diarrea, vómitos, malas digestiones, ardor, malestar, etc.). Si no se trata adecuadamente puede desencadenar problemas mucho más serios incluso de desnutrición, deshidratación o retraso en el crecimiento.
Cuando se retira un alimento de la dieta, hay que intentar sustituirlo por otro con composición similar para que, nutricionalmente, sean parecidos. En este caso, lo más sencillo es tratar de sustituir la leche por yogur o queso, mejor blanco o magro.
• Alergia a las proteínas de la leche de vaca
En esta situación, totalmente diferente a la intolerancia, la persona es alérgica a la leche y todos sus derivados. Esto significa que su organismo reconoce como extraño y potencialmente peligroso algún componente que se encuentra de manera natural en la leche, en este caso, sus proteínas. Aquí no hay tolerancia posible. No estamos ante una situación cuantitativa (depende de la cantidad) sino cualitativa (presencia o ausencia). Habrá que retirar de la dieta todo alimento con sospecha de poseer leche, bien de forma evidente (yogur, queso, cuajada) como camuflada (embutidos, galletas, etc.). Saber leer e interpretar los etiquetados es básico y fundamental. Y, en caso de duda, es mejor rechazar el alimento.

La leche y sus derivados lácteos llevan casi toda la vida con nosotros aportando componentes maravillosos y haciendo nuestra dieta mucho más agradable. De hecho, tenemos varios productos navarros de calidad que hacen referencia a los lácteos y que están amparados por Reyno Gourmet: Queso Roncal, Queso Idiazabal, Leche de Producción Integrada, productos lácteos de Alimentos Artesanos de Navarra y Cuajada. Lo que sí hay que saber adaptar su consumo y perfil graso a las exigencias de la vida actual (consumo excesivo y poca actividad física) y disfrutar de su inigualable sabor y capacidad para sorprender en mil y una preparaciones y momentos.

Los minerales

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

Estamos acostumbrados a escuchar que es muy importante proporcionar a nuestro cuerpo los minerales necesarios para su adecuado funcionamiento, pero muchas veces dudamos acerca de si todos son igual de importantes, si debemos aumentar su ingesta o en qué alimentos podemos encontrarlos. Este tipo de preguntas son habituales entre la población, debido a la escasa información que tenemos sobre estos micronutrientes. Cada mineral ejerce una función específica dentro de nuestro organismo, siendo necesarios en cantidades diferentes.

Los minerales son nutrientes que están presentes en los alimentos, al igual que los hidratos de carbono, las proteínas, las grasas y las vitaminas. Se denominan micronutrientes, porque son indispensables para el buen funcionamiento de nuestro organismo pero en cantidades muy pequeñas.
Algunos de ellos se consideran esenciales, es decir, deben ser incluidos necesariamente en la dieta a través de los alimentos, ya que nuestro organismo no puede producirlos. Son minerales esenciales el calcio, el hierro, el zinc, el potasio, magnesio, etc.

Clasificación y fuentes

- Macrominerales: son los que el organismo necesita en cantidad mayor de 100 mg al día. En este grupo están calcio, fósforo, potasio, magnesio, cloro, sodio y azufre.
- Microminerales: necesitan consumirse en cantidades menores a 100 mg al día. Forman parte de este grupo: cobalto, manganeso, flúor, hierro, yodo, cinc y cobre.
- Oligoelementos o elementos traza: se necesitan en cantidades muy pequeñas. Apenas existe posibilidad de que se produzcan deficiencias de estos minerales en el organismo. En este grupo están cromo, selenio, silicio, níquel y litio.

Cada mineral desempeña una función específica en nuestro organismo y por eso debemos incluirlos en la dieta mediante una gran variedad de alimentos.
Los minerales se encuentran en diversos grupos de alimentos. Sin embargo, ningún alimento por sí solo contiene todos los minerales que nuestro organismo necesita, ni en las cantidades adecuadas. Cada mineral se puede encontrar en varios alimentos y aquí se exponen aquellos alimentos de donde podemos obtener, en mayor proporción, algunos de los minerales presentados.

Fuentes alimentarias de minerales

El calcio: leche y derivados, frutos secos y legumbres. Otra fuente son las conservas de pescado, ya que ingerimos las espinas, muy ricas en este mineral. Pero estos alimentos suelen ser ricos en sodio (sal) y por lo tanto no es recomendable abusar de ellos.
Fósforo: mariscos y moluscos, pescado azul, queso, vísceras, legumbres y frutos secos
Hierro: sangre, hígado, legumbres, carne roja, moluscos y frutos secos.
Yodo: marisco y moluscos, pescado, setas, sal yodada y algas.
Zinc: carne, pescado, huevos, cereales integrales, legumbres.
Magnesio: frutos secos, legumbres, leche y derivados.
Potasio: verduras y hortalizas (en especial: alcachofa, acelga, champiñón, escarola, endivia, lechuga, etc.), aguacate, plátano, patata y frutos secos.

Funciones

Los minerales no proporcionan energía, por lo tanto, no "hacen engordar". Sin embargo, son fundamentales para un adecuado funcionamiento de nuestro organismo, ya que realizan diferentes funciones, según el mineral al que nos refiramos. Por ejemplo:
El calcio y el fósforo: son necesarios para la formación de huesos y dientes.
El magnesio: ayuda a transmitir los impulsos nerviosos
El hierro: se encarga de formar la hemoglobina que transporta el oxígeno en la sangre.
El potasio: interviene en la contracción muscular.
El yodo: forma parte de las hormonas tiroideas que colaboran en procesos metabólicos (crecimiento, agilidad mental, etc.)
El zinc: interviene en el buen funcionamiento del sistema inmunológico (nuestras defensas).

Recomendaciones

Cada mineral debe ser consumido en una cantidad determinada según recomendaciones específicas. Los datos que nos ofrecen las tablas elaboradas por organismos científicos exponen cifras orientativas y que deben ser ajustadas a cada caso particular.
Para conseguir cubrir todas las necesidades de minerales es fundamental que nuestra dieta sea variada, sin prohibir ningún alimento, a no ser que se tenga alguna patología que lo desaconseje.

Enfermedades asociadas a minerales

Algunas de las enfermedades más comunes asociadas a los minerales son las siguientes:
Enfermedades asociadas al calcio y fósforo:
Su deficiencia puede colaborar en el desarrollo de osteoporosis y caries dental.

Enfermedades asociadas al yodo:
Su deficiencia está relacionada con bocio e hipotiroidismo (agrandamiento de la glándula tiroides). Un aporte excesivo puede producir Hipertiroidismo.
Enfermedades asociadas al hierro:
Su deficiencia puede producir Anemia ferropénica.

Deficiencias y suplementación mineral

Debido a que la mayoría de los minerales se encuentran distribuidos ampliamente entre todo tipo de alimentos, cualquier dieta variada incluye una cantidad suficiente de cada uno de ellos. Los minerales que son más susceptibles de carencias son el calcio, el hierro y el yodo, debido principalmente a dietas restrictivas y no equilibradas.
En el caso del calcio y el hierro, el procedente de los vegetales se asimila peor que el de origen animal.
Respecto al yodo, parte de las deficiencias son debidas a que la distribución de este mineral en la superficie terrestre es muy variable y, depende de la zona en la que nos encontremos, se presenta en mayor o menor cantidad en los alimentos.
En poblaciones con dietas muy restrictivas (alcohólicos, dietas milagro, etc.), pueden también aparecer deficiencias de zinc y de cobre. Estas deficiencias están asociadas a otras aún más importantes en calorías, proteínas y vitaminas.

La utilización de suplementos minerales sin recomendación de un especialista en nutrición, no sirve para la prevención de posibles enfermedades, como se pueda pensar. Por el contrario, representa una pérdida económica, y lo que es más importante, puede llegar a suponer un riesgo para la salud ya que los excesos de algunos minerales con aportes "extra" pueden producir alteraciones en el organismo.
Es importante que no nos dejemos "engañar" por alimentos preparados o complementos alimenticios que contengan minerales que, en exceso, pueden llegar a ser perjudiciales, y que ante cualquier duda, consultemos a un especialista en nutrición, que nos sepa orientar en relación a nuestras propias necesidades nutricionales.

Blanqueamiento dental

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

En una sociedad y un tiempo en los que se presta atención al atractivo físico, unos dientes blancos y brillantes se han convertido en un valor en alza. Esto hace que muchas personas busquen mejorar su sonrisa, para así mejorar las relaciones humanas, aumentar la autoestima o simplemente cuidar la apariencia. El blanqueamiento ha pasado a ser uno de los tratamientos de estética dental más demandados por ser generalmente un procedimiento poco agresivo.

Revisar el concepto de blanqueamiento dental

Lo primero que los pacientes deben tener en cuenta es que no se puede hablar de blanqueamiento, porque los tratamientos no tienen este efecto, sino que se produce un aclaramiento del color natural de los dientes.

Otra confusión generalizada es que el diente es blanco, no siendo esto real sino que este se mueve en gamas de colores que van del amarillo, gris, marrón...

Se recomienda hacer una visita al dentista para analizar las causas del cambio de color, para decidir cuál es la mejor alternativa de acuerdo a su diagnóstico, y realizar un procedimiento acorde al agente causante del cambio de color. El éxito del tratamiento depende en gran medida del conocimiento del factor causante del oscurecimiento dental.

El Consejo General de Dentistas de España (CGCOE) defiende la necesidad de ponerse en manos de un dentista antes de someterse a este tipo de técnicas. "Se debe hacer una valoración del estado general de la salud bucodental del paciente, no sólo para decidir el tratamiento más adecuado en cada caso, sino para descartar otros problemas y evitar así posibles complicaciones. Esta revisión es de vital importancia, ya que el blanqueamiento no está recomendado en pacientes con caries, gingivitis u otras enfermedades periodontales".

¿Causas que afectan el color de los dientes?

El color del diente viene determinado genéticamente, hay personas que nacen con dientes más claros otras más oscuros, aunque existen diversas causas por las que pierden su color natural. La sensación óptica de blancura tiene mucho que ver con el color de la piel, así en la gente más morena se produce un contraste mayor dando aspecto de dientes más claros, cosa que todos podemos observar en verano cuando nuestra piel se broncea.

Las manchas superficiales y las tinciones pueden ser causadas por agentes externos como el tabaco, refrescos de cola, café, té o vino tinto.

Comer muchos alimentos altamente pigmentados como las cerezas, verduras oscuras, o los colorantes de alimentos. Colutorios, medicaciones... La placa bacteriana o el sarro se tiñen y oscurecen con facilidad.

Las manchas internas pueden ser causadas por:

- Personas que han estado sometidas a un largo tratamiento con tetraciclinas (un tipo de antibiótico); durante el tiempo en que el diente se formaba.
- Coloraciones amarillas y grises como parte del proceso de envejecimiento o remineralizaciónes del diente.
- Golpes en los dientes que causen la muerte del nervio dando una coloración grisácea o negra.

Alteraciones en la formación del esmalte debido a la Fluorosis o ingesta de flúor en exceso cuando el diente se está formando que da una apariencia moteada.

¿Cómo se pueden aclarar los dientes?

La mayoría de las manchas superficiales externas causadas por comida o tabaco se pueden eliminar con una limpieza profesional en la clínica dental en la cita de mantenimiento. Si las manchas han estado presentes por años posiblemente requiera de un blanqueamiento profesional para remover esas manchas más persistentes. Las manchas internas o colores más oscuros también pueden ser aclaradas. Tanto unas como otras pueden tratarse con diferentes productos químicos lo que vendrá determinado por su origen.

Técnica de blanqueamiento dental externa

El tratamiento de blanqueamiento dental más habitual es poco agresivo, generalmente se realiza en todos los dientes de la boca (especialmente sector limitado por la sonrisa) basada en la acción del peróxido de carbamida o de hidrógeno que utilizado en la concentración adecuada puede ser optimizado por sistemas como el láser u otras fuentes de energía.

Gracias a un blanqueamiento podemos mejorar entre 2 o 3 tonos, lo que significa que una sonrisa amarillenta puede volver a lucir su blanco original. La mejora no es absolutamente predecible aunque todos los dientes se aclaran unos lo hacen más que otros. Así por ejemplo en los oscurecimientos dentales por tetraciclinas se obtienen peores resultados.

Durante el tratamiento conviene seguir los consejos prácticos (ir a una dieta blanca, no fumar,...) que le darán en la clínica dental para la utilización del sistema con el fin de obtener la mayor mejora posible.

Los dientes están sometidos a agentes externos constantemente, por tanto, a tinciones. Esto significa que los tratamientos no son definitivos, tienen un tiempo de duración de los resultados de aclaramiento dental.

Los riesgos

Previo a la realización del tratamiento es necesaria la confirmación de que no existen problemas de encías, caries o defectos en empastes, ya que, es indispensable una correcta salud para su administración.

El blanqueamiento debe ser un procedimiento poco agresivo. Puede causar pequeñas quemaduras en tejidos blandos, sensibilidades, pero nunca debe causar un dolor insoportable. Cuando esto sucede el dentista debe evaluar los factores que puedan causarlo.

Tanto el mal uso, como el abuso (personas obsesionadas con el blanco de los dientes que se someten reiteradamente a tratamientos) de las sustancias blanqueadoras erosionan la superficie de las piezas dentales y pueden acarrear problemas de salud.

Los remedios caseros como por ejemplo el limón (ácido), la sal (abrasivo)...aunque pueden eliminar manchas externas causan desgaste del diente, lo que no los hace recomendables, ya que, la pérdida de diente que se produce es irrecuperable.

Y para que nadie se lleve a engaños, el CGCOE advierte que "los dentífricos y chicles para blanquear tienen tan bajas concentraciones de peróxidos que su eficacia como tratamiento para aclarar los dientes es nula".

Nota: el blanqueamiento dental es un procedimiento seguro en manos del dentista.

El dolor en el parto: métodos alternativos para su control

Sara Cañamero de León y Ángela Carrizosa Moreno
Matronas del Complejo Hospitalario de Navarra.

Durante el proceso de parto la mujer puede experimentar dolor como resultado de la suma de estímulos fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Como las sensaciones difieren sustancialmente de una mujer a otra, se necesita personalizar los recursos disponibles para que, en caso de que aparezca el dolor, éste pueda ser correctamente manejado y controlado por la mujer.

Hoy en día disponemos de medios eficaces procedentes de la medicina denominada alopática para el alivio de éste. Ejemplo de ello es la analgesia epidural. Sin embargo, no debemos olvidar toda una serie de métodos no farmacológicos que ayudan a controlar el dolor durante el parto. Antes de presentarlos debemos conocer la fisiología del parto normal.

El parto y el nacimiento pertenecen a la esfera sexual y como todos los actos de este ámbito necesitan intimidad y respeto a los ritmos fisiológicos de la mujer. Estos ritmos están marcados fundamentalmente por las hormonas: prolactina, adrenalina, oxitocina y endorfinas. Nos fijaremos especialmente en estas dos últimas. Para que actúen de manera correcta es necesario crear un ambiente íntimo y libre de estímulos.

La mujer de parto no debe sentirse observada. Debe controlar el espacio físico donde se encuentra y ser dueña del entorno psíquico y emocional, estar en compañía de personas que le aporten confianza y en un espacio cálido, con claros signos de intimidad: poca luz, poco ruido, etc. donde tenga libertad de movimiento y pueda adoptar las distintas posturas que intuitivamente le solicite su cuerpo. Conseguir esto es fundamental para que la mujer acceda a un cambio de estado de conciencia que potencie sus instintos mamíferos.

La discreción de los profesionales durante este proceso es básica en la consecución de este fin, evitando realizar acciones que estimulen el neocórtex y dejando trabajar así el cerebro medio, el cerebro mamífero.

Con esto se consiguen dos objetivos complementarios, la optimización de la respuesta hormonal por la oxitocina y el adormilamiento y la analgesia a través de las endorfinas. Las endorfinas son las sustancias del placer, de efecto similar a la morfina, liberadas por el cerebro en situaciones que producen dolor. Se encuentran aumentadas en el parto, pero varían mucho según el estado físico, psíquico y emocional de la mujer.

Métodos no farmacológicos

Una vez conocida la fisiología del parto hablaremos de una serie de métodos no farmacológicos que están demostrando su efectividad en el manejo del dolor durante el parto.

Apoyo continuo

Supone la presencia de una persona que ofrezca un apoyo emocional, con el fin de que la mujer se sienta segura y acompañada. La conclusión principal de la revisión bibliográfica consultada (Cochrane) es que las mujeres que encontraron apoyo continuo durante sus partos tuvieron menor necesidad de analgesia y estuvieron más satisfechas con la experiencia de su parto.

Pelotas de parto

Consisten en balones de fitness con las que se busca el bienestar de la mujer aliviando el dolor. Su uso mejora la movilidad de la pelvis y relaja la musculatura, ayudando a encontrar posturas confortables.

Masaje

El masaje y el tacto tranquilizador durante el parto pretenden ayudar a las mujeres a relajarse y aliviar el dolor de las contracciones, transmitir interés, comprensión y procurar consuelo. La evidencia científica ratifica que estas técnicas reducen el dolor y la ansiedad expresados durante el parto.

El masaje puede realizarlo la matrona y adiestrar al acompañante para que sea él el que proporcione alivio a la pareja durante la primera y segunda etapa del parto, siempre y cuando ésta lo desee.

Técnicas de relajación

Habitualmente en la preparación maternal se enseña a realizar técnicas artificiales de respiración, en la creencia de que contribuirán al alivio del dolor. Se ha visto que este tipo de técnicas podría interferir con la necesidad de estar tranquila y relajada, ocasionar estados de hiperventilación y producir agotamiento.

Sin embargo, se recomienda a los profesionales que están en contacto con mujeres de parto, apoyarlas si ellas elijen usar estas técnicas de respiración o relajación.

Acupuntura

Se realiza mediante la inserción y manipulación de finas agujas en la piel, en concreto en determinados puntos estratégicos situados sobre canales energéticos (meridianos). Su mecanismo de acción se basa en el bloqueo del estímulo doloroso. Sin embargo, según la bibliografía consultada haría falta más estudios para demostrar su eficacia.

Tens

Consiste en un generador de impulsos eléctricos de bajo voltaje, conectado a uno o dos pares de electrodos que son adheridos a la piel en la zona en la que se pretende reducir el dolor. Al igual que la acupuntura se basa en el bloqueo de los estímulos dolorosos. Los estudios consultados llegan a la conclusión de que este método no debería ofrecerse a mujeres con parto establecido.

Inmersión en agua

El uso del agua es una constante a lo largo de la historia de la humanidad. La inmersión o la aplicación de agua caliente se ha utilizado con éxito en múltiples procesos dolorosos. En nuestro entorno se suelen usar bañeras grandes o piscinas pequeñas, la temperatura ideal del agua está entre 32ºC y 36ºC. El momento óptimo de la inmersión sería cuando el cuello

uterino tuviese una dilatación de 5-6 cm.

Este método puede reducir de forma significativa la percepción de dolor, así como el uso de analgesia epidural.

Inyección de agua estéril

Consiste en la administración intradérmica de 0.1-0.5 ml de agua estéril en el rombo de Michaelis (región lumbosacra),lo que dará lugar a la formación de pápulas de agua que estimulan los receptores de presión, que bloquean a su vez el estímulo doloroso hacia el cerebro. El efecto comienza a los pocos segundos, siendo máximo a los 30-40 minutos, pudiendo durar hasta 90 minutos. Se ha demostrado eficaz exclusivamente para el dolor de espalda durante la dilatación (no para el dolor abdominal o perineal), teniendo en cuenta que la inyección produce escozor y dolor agudo momentáneos.

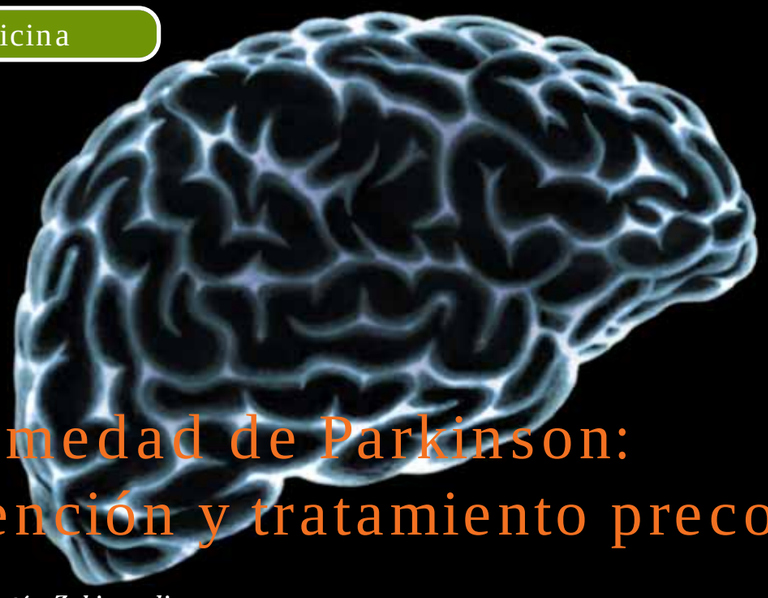
Hipnosis

Supone un estado alterado de la consciencia caracterizado por una mayor susceptibilidad a la sugestión, y puede ser usada como adyuvante para el tratamiento del dolor del parto. Con los datos disponibles hasta la fecha, puede decirse que la hipnoterapia necesita de más estudios para poder ser concluyentes sobre su efectividad analgésica.

Otras técnicas

Aromaterapia, audio analgesia y musicoterapia también se consideran dentro de los métodos no farmacológicos, sin embargo en diferentes estudios y revisiones bibliográficas no se han encontrado pruebas suficientes para probar su efectividad.

El dolor, y en concreto el dolor durante el parto, debe entenderse como un fenómeno subjetivo y condicionado por diversos factores. No existen dolores de parto, existen mujeres que sienten dolor durante el parto, con todo lo que ello implica para la dimensión múltiple de la experiencia y para el abordaje individualizado de éste por parte de las personas que deciden, junto con ellas, las estrategias más apropiadas para su manejo.



Enfermedad de Parkinson: prevención y tratamiento precoz

Dra. Itziar Gastón Zubimendi
Neuróloga. Servicio de Neurología B. Complejo Hospitalario de Navarra

La EP es una enfermedad neurodegenerativa que cursa con lentitud y torpeza de movimientos, temblor y alteraciones de la marcha. Se desconoce la causa de la enfermedad y actualmente no existe tratamiento curativo o preventivo. Sin embargo existen diferentes tipos de tratamientos farmacológicos que intentan restablecer la pérdida de dopamina cerebral o simular el efecto de ésta, con un resultado óptimo y mantenido en fases precoces de la EP.

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad de origen neurodegenerativo que se manifiesta principalmente por lentitud y torpeza de movimientos, rigidez, temblor en extremidades y dificultades en la marcha y el equilibrio de evolución lentamente progresiva. Se desconoce la causa primera que provoca la EP y parece que influyen tanto factores intrínsecos (predisposición de algunas personas condicionada por su información genética) como extrínsecos (exposición a tóxicos y factores ambientales).

¿Es posible prevenir la enfermedad de Parkinson?

Debido al desconocimiento de la causa de la enfermedad, actualmente no hay forma de prevenir la aparición de la EP. Algunos estudios recientes han puesto de manifiesto que aquellas personas que consumen tabaco y/o café tienen menor riesgo de padecer EP. De estos datos no puede concluirse que el tabaco o el alcohol prevengan totalmente la aparición de la enfermedad y en ningún caso, el riesgo de desarrollar enfermedades más graves del aparato cardiovascular y respiratorio o de cáncer en diferentes órganos (pulmón, esófago, laringe, vejiga, riñón, hígado...) relacionadas con el consumo de estos productos justificaría su uso como prevención de la EP.

A nivel experimental, algunas sustancias han demostrado que pueden proteger de la muerte a algunos de los grupos neuronales afectados en la EP, sin embargo hasta la actualidad ningún fármaco ha podido reproducir este efecto neuroprotector en pacientes. Tampoco los ensayos con células madre por el momento han conseguido efecto curativo, regenerador ni sustitutivo mantenido pero sigue constituyendo una línea de investigación muy activa.

No obstante, a pesar de carecer de un tratamiento preventivo, una vez han comenzado los primeros síntomas y se ha confirmado el diagnóstico de EP, existen medidas que pueden favorecer una mejor situación global del paciente y mejor evolución. Estas medidas se basan en una atención integral del paciente que incluya, tanto tratamiento farmacológico de los síntomas previamente indicados u otros síntomas no motores como alteraciones en el estado de ánimo, alteraciones del sueño, etc...como tratamiento no farmacológico: ejercicio físico, alimentación adecuada, fisioterapia, logopedia, que permitan mantener la mayor independencia posible del paciente.

Tratamiento precoz en la enfermedad de Parkinson

Los síntomas motores cardinales de la EP se producen a consecuencia de la muerte de unas neuronas situadas en una zona del cerebro denominada Sustancia Negra que sintetizan y liberan dopamina. El tratamiento farmacológico de la enfermedad intenta restablecer a través de medicamentos esa pérdida de dopamina y para ello podremos utilizar diferentes tipos de fármacos.

La l-dopa es el fármaco más antiguo de todos y también el más potente. Se administra en forma de comprimidos por vía oral y tras pasar a la sangre y de aquí al sistema nervioso se transforma en dopamina.

Otro tipo de fármacos son los conocidos como agonistas dopaminérgicos; se trata de productos químicamente similares a la dopamina y que actúan en el mismo lugar donde ésta debería unirse produciendo un efecto similar sobre las neuronas. Aunque son algo menos potentes que la l-dopa, en épocas tempranas de la enfermedad pueden aportar una mejoría satisfactoria de la sintomatología como tratamiento en solitario durante años. Se han conseguido importantes avances en los últimos años en este aspecto. Por un lado se ha comercializado un fármaco que puede administrarse con un parche aplicado sobre la piel, sin necesidad de tomar comprimidos. Por otro lado, se han conseguido en los tratamientos por vía oral formulaciones que permiten una única toma al día frente a las 3 o 4 tomas que eran necesarias

Otro grupo de fármacos actúa impidiendo o retrasando la acción de determinadas sustancias (enzimas) que se encargan de degradar la dopamina; al inhibir esta acción el cerebro dispone de mayores cantidades de dopamina y durante más tiempo.

En el caso de síntomas no motores disponemos de numerosos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos efectivos en los síntomas depresivos, en el insomnio y otras alteraciones del sueño, en el estreñimiento... que pueden estar presentes en la EP en fases muy precoces, incluso antes de comenzar con la clínica motora.

¿Cuándo y cómo empezar el tratamiento en la enfermedad de Parkinson?

Ante el reconocimiento de síntomas como los descritos anteriormente, que en algunos casos serán detectados por personas del entorno y no por la persona afectada, el paciente debería acudir a su Médico de Cabecera. Primero será necesario descartar otras causas diferentes a la EP que pueden simularla. Así por ejemplo, existe una larga lista de medicamentos que en algunos casos pueden provocar síntomas similares a los de la EP y que desaparecerán si se suspende dicho tratamiento.

Si se mantiene la sospecha de EP deberá ser remitido a un especialista en Neurología y habrá que tomar varias decisiones de cuándo y cómo iniciar el tratamiento.

Estudios recientes han puesto de manifiesto que el inicio temprano del tratamiento procura a los pacientes una mejor situación motora con el paso de los años que aquellos pacientes que iniciaron el tratamiento más tardíamente. Sin embargo, a la hora de decidir el momento del inicio del tratamiento habrá que tener en cuenta también otros aspectos como pueden ser la aceptación del propio paciente al hecho de iniciar un tratamiento crónico.

La forma en que iniciemos el tratamiento será siempre una decisión individualizada en cada paciente. Deberemos tener en cuenta factores propios de la EP como la intensidad de los síntomas o síntomas predominantes, existencia de síntomas no motores como por ejemplo depresión, alteraciones del sueño o estreñimiento que necesitarán un tratamiento específico. Otros factores igualmente importantes a tener en cuenta son ajenos a la enfermedad como la edad del paciente, enfermedades coexistentes y tratamientos concomitantes, actividad laboral... Independientemente del tratamiento inicial elegido se utilizarán las dosis mínimas que aporten una mejoría satisfactoria para el paciente.

Podemos concluir que a pesar de no existir hoy en día tratamientos preventivos ni curativos para la enfermedad de Parkinson existe una amplia variedad de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que aportan una mejoría satisfactoria y estable en las fases precoces o tempranas de la enfermedad.

Tratamiento de la Enfermedad de Parkinson avanzada y tratamientos no farmacológicos

Dr. Pedro Clavero Ibarra
Neurólogo. Servicio de Neurología B.
Complejo Hospitalario de Navarra

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa para la que no existen tratamientos curativos pero si de un amplio arsenal de medidas farmacológicas y no farmacológicas que permiten mantener una buena situación clínica durante las fases iniciales y moderadas de la enfermedad. El desarrollo de complicaciones es más frecuente en las fases avanzadas.

La EP es un trastorno caracterizado por la presencia de rigidez muscular, lentitud en los movimientos y temblor. En las fases iniciales de la enfermedad estos signos suelen estar restringidos a una parte del cuerpo. Con el avance de la enfermedad los signos y síntomas se generalizan a todo el cuerpo, con frecuencia aparece dificultad para caminar y la respuesta a las medicaciones, aun manteniendo su eficacia, no consigue eliminar la totalidad de la sintomatología.

En las fases moderadas y avanzadas de la enfermedad son frecuentes las llamadas fluctuaciones motoras consistentes en que tras la administración de la medicación el paciente mejora de la sintomatología parkinsoniana, pero pasadas unas horas ésta reaparece, además durante los periodos de mejoría pueden aparecer movimientos involuntarios. El tratamiento de estas fluctuaciones normalmente requiere la combinación de varios fármacos en un intento de mantener durante el mayor tiempo posible una situación de buena movilidad. La mayor parte de los pacientes reciben tratamiento con l-dopa (fármaco precursor de la dopamina que es la sustancia que se encuentra disminuida en determinadas estructuras del cerebro), además se pueden emplear otros fármacos que incrementan el tiempo que la dopamina está disponible en el cerebro (fármacos que bloquean las distintas rutas por las que se degrada la dopamina). También son útiles los agonistas dopaminérgicos, que ejercen una acción parecida a la dopamina pero que en general consiguen un mayor tiempo de actividad y por tanto una situación más estable.

Otros fármacos y técnicas quirúrgicas

Además de los fármacos habituales se han desarrollado otros fármacos para conseguir una administración más constante y por tanto una situación más estable. Se encuentra disponible un agonista dopaminérgico que se administra a través de la piel mediante un parche y por tanto produce una liberación continua de la medicación. También existe la posibilidad de administrar la l-dopa (precursor de la dopamina) mediante una bomba de infusión haciéndola llegar de forma constante hasta el duodeno del paciente donde se absorbe, para su administración es necesario colocar un catéter (a través de la piel del abdomen). Existe otro fármaco disponible en solución (Apomorfina), que se administra de forma continua a través de una bomba con un catéter acabado en una pequeña aguja que se coloca el propio paciente en la piel, lo que permite la administración subcutánea del fármaco. Ambos sistemas permiten un buen mantenimiento de concentraciones constantes de fármaco y por tanto la mejoría de la situación del paciente, sin embargo se son tratamientos que suponen una cierta agresividad y la necesidad de un equipo externo para la administración de la medicación.

En las dos últimas décadas se han desarrollado técnicas quirúrgicas que permiten aliviar la sintomatología parkinsoniana. En la EP la falta de dopamina cerebral hace que una serie de núcleos cerebrales se encuentren en una situación de exceso de actividad, la lesión o la estimulación de estos núcleos mediante la implantación de electrodos cerebrales permite evitar esa hiperactividad y de ello se deriva una mejoría mantenida de los síntomas. La cirugía es un tratamiento bien establecido con experiencia de pacientes tratados desde hace años con seguridad y mejoría mantenida. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico no es viable en todos los pacientes puesto que hay síntomas que no responden adecuadamente o pacientes cuyo riesgo quirúrgico no es asumible.

Estadios avanzados de la enfermedad

En los estadios avanzados de la enfermedad algunos pacientes desarrollan síntomas que tienen una base diferente a la falta de dopamina y que por tanto no responden al tratamiento con los fármacos habituales. Entre los más destacables se encuentran la dificultad para pronunciar correctamente (disartria), la dificultad para caminar con la aparición de caídas, somnolencia durante el día o trastornos del sueño. Algunos pacientes desarrollan deterioro cognitivo y en último término demencia, es importante mencionar cómo a pesar de ser problemas frecuentes no todos los pacientes desarrollan estos trastornos.

Tratamiento no farmacológico

Como se ha comentado anteriormente la EP es un trastorno fundamentalmente motor, la fisioterapia resulta de gran utilidad en el alivio de algunos síntomas. Las terapias físicas por si solas no son suficientes para paliar el déficit de dopamina pero son un complemento de clara utilidad, pueden ayudar a aliviar la rigidez muscular, y con ella las molestias musculares que con frecuencia aparecen. La fisioterapia y rehabilitación mejoran las alteraciones posturales, la forma de caminar y ayudan a prevenir o retrasar la aparición de caídas.

La logopedia ayuda a mejorar las dificultades para pronunciar que en ocasiones ocurren en la EP, de forma característica el paciente con EP tiene tendencia a hablar bajo (hipofonía) y la pronunciación se puede convertir en dificultosa con tendencia a hablar más rápido. Las técnicas de logopedia pueden ayudar a mejorar el volumen, tono y pronunciación. Uno de los problemas es el mantenimiento en el tiempo de la mejoría observada que en ocasiones obliga a repetir sesiones de logopedia.

Derivado de la propia enfermedad y de algunas de las medicaciones empleadas es frecuente la tendencia al estreñimiento. Son útiles las medidas tanto dietéticas como mediante distintos fármacos para aliviar este estreñimiento. La absorción de la l-dopa se puede ver influida por las proteínas de la dieta, en ocasiones se prefiere que las tomas de medicación se hagan antes de las comidas, o reducir la cantidad de proteínas en algunas comidas (medidas que deben ser individualizadas en cada paciente).

No es infrecuente la presencia de alteraciones del ánimo (depresión o ansiedad) en pacientes con EP, resulta importante el abordaje multidisciplinar, en el que pueden ser de utilidad tanto medicaciones antidepresivas como técnicas psicológicas.

Se puede afirmar que la EP es una enfermedad neurodegenerativa para la que no disponemos de tratamientos curativos pero si de un amplio arsenal de medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas que permiten que durante las fases iniciales y moderadas de la enfermedad el paciente mantenga un nivel de actividad adecuado, y ayudan a afrontar las fases avanzadas de la enfermedad en las que es más frecuente la aparición de complicaciones.

Alimentación y estilo de vida como prevención de la obesidad infantil

Dra. Verónica Etayo Etayo,
Pediatra de Atención Primaria del C.S de Tafalla

La obesidad es actualmente el problema nutricional más frecuente en los países industrializados y que más comorbilidad, a corto y a largo plazo, asocia. Tanto en niños como en adultos la prevalencia de la obesidad ha aumentado de forma dramática y progresiva durante las últimas décadas. Datos recientes de nuestro país del año 2009 muestran que un 28% de los niños y niñas entre 3 y 12 años padecen sobrepeso u obesidad.

De todos los factores implicados en el desarrollo de la obesidad destacan dos por la posibilidad de ser modificados: la ingesta calórica excesiva y el estilo de vida sedentario.
Las acciones preventivas primarias desde la consulta de pediatría tienen dos objetivos: identificación precoz de los niños con riesgo de obesidad (iniciados ya en el sobrepeso o con presencia de condicionantes familiares y ambientales desfavorecedores) y desarrollo de estrategias generales sobre los hábitos de vida.

Dieta y prevención de la obesidad

La prevención de la obesidad debe comenzar desde etapas tempranas de la vida. Si se pretende cambiar los hábitos alimentarios hay que tener presente que el niño empieza a adoptarlos alrededor de los 3-4 años por influencia de los padres, compañeros y comedores escolares. Etapas sensibles o "criticas" para la prevención primaria de la obesidad infantil:

Control nutricional de la madre durante el embarazo: El riesgo de padecer sobrepeso en la infancia se puede iniciar ya durante la gestación. Tanto el bajo peso como el peso elevado del feto son factores obesígenos prenatales, por lo que una adecuada ganancia de peso durante el embarazo, el control de la glucemia y el abandono del tabaco pueden prevenir la instauración de sobrepeso y obesidad.
En niño lactante: La leche materna tiene un efecto protector frente a la obesidad independiente de los hábitos dietéticos y de la actividad física posterior. La introducción de la alimentación complementaria se realizará entre el 4º y 6º mes de vida evitando su precocidad. Se hará de forma gradual, potenciando el consumo de alimentos variados y saludables (cereales, frutas, tubérculos, verduras, carne, pescado y huevo). Se mantendrá un aporte lácteo equivalente al menos al 50% del aporte calórico. Se evitará el exceso de adicción de cereales, el consumo de grandes raciones de proteínas y el consumo de zumos comercializados.
Alimentación del preescolar y escolar: Un punto a tener en cuenta es que el Índice de Masa Corporal (IMC) declina desde la etapa de lactante y alcanza su punto más bajo entre los 5 y 6 años, en que suele iniciar una recuperación o rebote. Los niños que alcanzan el máximo descenso antes de esta edad (rebote adiposo precoz) tienen un riesgo mayor de ser adultos obesos. Por ello es fundamental hacer un seguimiento temprano y regular del IMC, lo que permitirá identificar e intervenir sobre aquellos niños con rebote adiposo adelantado y que pudieran ser obesos en la infancia y reconocer precozmente el inicio del sobrepeso.
En esta etapa el niño va adquiriendo más autonomía. Tanto en el ambiente familiar como en el colegio, el niño debe continuar adquiriendo hábitos y conocimientos de alimentación saludable. La alimentación debe ser equilibrada, siguiendo las recomendaciones de la pirámide nutricional. Se aconseja ingerir entre 2 y 3 lácteos al día. Limitar el consumo de carnes rojas a una vez por semana, y el de huevos a 2-3 veces por semana, aumentado la frecuencia de ingesta de pescado. Se aconseja limitar el consumo de embutidos y fiambres. Debe cocinarse con aceite de oliva, evitando la manteca y la margarina, y el exceso se lácteos con aporte graso entero (mantequillas, natas). Sobre los hidratos de carbono, hay que fomentar el consumo de los complejos: legumbres, cereales (pan normal, pasta, arroz y maíz), frutas frescas y enteras, verduras y hortalizas crudas o cocidas, tubérculos, y disminuir el consumo de los refinados: zumos no naturales, refrescos y adición de azúcar. Debe reforzarse o evitar que se pierda el hábito del desayuno completo, ya que la ausencia de éste se ha correlacionado significativamente con sobrepeso y obesidad.
Se debe tener presente que durante la edad escolar, los snacks suponen a veces hasta un 30% del aporte calórico y que las máquinas expendedoras de alimentos de comida rápida y bebidas refrescantes y azucaradas en los colegios, suponen un serio problema para conseguir una dieta equilibrada. Además, como la población preescolar y escolar es muy sensible a los mensajes publicitarios, y en la actualidad un importante número de ellos está dirigido a niños y adolescentes, tiene gran importancia la actual instauración del código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores (código PAOS).
Adolescencia: Durante la pubertad tienen lugar cambios significativos en el crecimiento y en la composición corporal. En esta etapa se requieren aportes extra de calcio, hierro, cinc y la mayoría de las vitaminas. Las recomendaciones que se pueden hacer en el adolescente son: Desayunar en casa lácteos, cereales o pan y fruta o zumo natural. Consumir leche y derivados también fuera del desayuno. No saltarse ninguna comida. Limitar la adición de azúcar. Programar snacks saludables: fruta y cereales en lugar de frituras saladas y bollería. Alternar el consumo de carne y pescado, moderando las raciones para poder acompañarlas siempre de guarnición de verduras y hortalizas. No abandonar el consumo de legumbres, arroz y pasta como primer plato de la comida. Consumir 5 raciones de frutas y vegetales al día. Educar para beber agua para saciar la sed, evitando los refrescos y bebidas edulcoradas.

Actividad física

El aumento de la actividad física juega un papel fundamental en la prevención, así como en el mantenimiento de la pérdida de peso. Hay que distinguir dos tipos de actividad:
Actividad física de ejercicio: se trata de una actividad programada, vigorosa y generalmente de corto tiempo de duración, como pueden ser deportes como el futbol, baloncesto, tenis, patinar o natación. Se recomienda realizarla de 3 a 5 veces por semana.
Actividad física no ejercicio: es la actividad normal, incluye caminar, movimiento en general. Se trata de aumentar las actividades físicas normales en casa o en la escuela e incluso en los momentos de ocio, lo que se consigue excluyendo o disminuyendo el uso de los aparatos de motor (coche para los desplazamientos), uso de ascensor en vez de subir escaleras, actividades al aire libre en los momentos de ocio, etc.
La conducta de actividad física es cambiante durante la infancia. Normalmente los niños pequeños y preescolares tienen mayor actividad no ejercicio, disminuyendo a partir de la edad escolar, predominando en la adolescencia la actividad ejercicio. Por tanto se debe propiciar el inicio de los deportes durante la infancia que se mantendrán cuando disminuya la actividad no ejercicio. La familia debe implicarse acompañando al niño en su ejercicio (paseo, bicicleta) o facilitando el acceso a un área deportiva (campo de baloncesto).
Otra actividad complementaria es restringir las actividades libres sedentarias, recomendándose limitar a 1-2 horas diarias el tiempo dedicado a televisión, videojuegos, consolas, etc. Existe una asociación entre el tiempo dedicado a ver la televisión y un mayor consumo de alimentos y bebidas ricos en grasas, sal y azúcares, por tanto un perfil de dieta menos saludable. Además un mayor tiempo dedicado a ver televisión supone también una mayor exposición a la publicidad de alimentos y bebidas emitida por este medio.
En resumen, dado que los hábitos de vida (incluidos los indeseables) se inician y consolidan principalmente a lo largo de los primeros años de vida, es el planteamiento preventivo desde la infancia el que se justifica como una necesidad prioritaria de los sistemas de salud. Las intervenciones deben realizarse sobre los niños, sus familias y el medio sociocultural, teniendo el pediatra un protagonismo principal en esta tarea.

¿Qué tiene el Síndrome de Down que lo malo lo convierte en bueno?

Mercedes Donoso Guerrero
www.diariodeunachicaconsindromededown.es

Nacer con síndrome de Down básicamente es una "jugarreta" para el que lo tiene. Lo inexplicable es que los que acompañamos a estas personas terminamos muy satisfechos con la experiencia, por no decir agradecidos.
¿Qué tiene el síndrome de Down que a todo el mundo asusta, que nadie quiere en su entorno, ni nosotros mismos, pero que cuando lo conoces ya no puedes desengancharte de él? Aun sabiendo que la crianza y desarrollo de tu hijo/a conlleva un extra de trabajo importante y un millón de preocupaciones añadidas.
¿Qué tiene ese cromosoma de más que hace que las personas que lo contienen tengan más calidad humana, ninguna tontería y cero prejuicios sociales, más inteligencia social, más capacidad para dar, sin el egoísmo del que espera siempre recibir algo a cambio? ¿Cuál es el secreto para que las personas con más dificultades te atrapen sin remedio, a pesar de las complicaciones? Ojalá pudiéramos descubrir el enigma y convertirlo en vacuna obligatoria. El mundo sería un lugar mejor. Saber que desde el aspecto legal se les considera material de desecho, no ayuda mucho y hace que la vida de nuestros hijos resulte muy valiosa.
Estas maravillosas criaturas nadan contracorriente en un mundo hostil. Se lo hemos puesto muy difícil desde su nacimiento.
Y aun así, encontrándonos inmersos en esta lucha, consiguen arrancarnos sonrisas de agradecimiento, haciendo que los malos momentos queden olvidados en un rincón.

Historia clínica en cáncer de mama. Anamnesis y exploración

Dr. Ramón Trujillo Ascanio
Cirujano de la Unidad de Patología Mamaria
Complejo Hospitalario de Navarra

Introducción

Dr. Luis Apesteguía Ciriza
Unidad de Patología Mamaria B
Complejo Hospitalario de Navarra

En el número anterior de ZONA HOSPITALARIA, enfocamos nuestra atención sobre aspectos relacionados con la epidemiología del cáncer de mama. En concreto, explicamos lo que actualmente se conoce sobre los factores que aumentan el riesgo de padecer este cáncer y sobre el modo más práctico de detectarlo con antelación: las revisiones periódicas por mamografía.

Pero no todos los tumores malignos de la mama se producen entre los 45 y los 69 años: También mujeres de otras edades (más jóvenes o mayores) pueden verse afectadas y por ello es conveniente conocer los signos clínicos que el cáncer de mama puede producir y cómo podemos diagnosticarlo.

Incluso con revisiones mamográficas realizadas cada dos años de modo sistemático, entre un 10 y un 15% de los tumores pueden aparecer antes en la exploración clínica (palpación) que en la mamografía. Tanto si el tumor ha sido detectado en una mamografía sistemática -antes de ser palpable-, como si la misma mujer o su médico lo han sospechado por algún síntoma, la paciente deberá ser remitida a una unidad especializada de patología mamaria.

En estos centros, el proceso diagnóstico comienza por realizar e interpretar pruebas clínicas y pruebas de imagen. En caso necesario, estas pruebas deberán completarse con la obtención de muestras procedentes del tejido mamario "dudoso" o "sospechoso", lo que llamamos biopsia, cuyo resultado determinará finalmente si la lesión puede ser considerada cancerosa o no.

En este segundo número abordaremos los aspectos relacionados con el diagnóstico clínico y radiológico del cáncer de mama en las unidades hospitalarias de patología mamaria, aspectos ambos de máxima importancia.

A pesar de la generalización de la mamografía como método de screening o cribado en las mujeres en edades consideradas de riesgo, permanece la importancia de una buena anamnesis y exploración clínica, tanto para la orientación de las diversas pruebas diagnósticas complementarias como para un correcto planteamiento terapéutico.

La realización de la anamnesis de una paciente con patología mamaria es común a cualquier otra patología, con algunas salvedades. Se deberá investigar en primer lugar el motivo de consulta. En el caso que sea un tumor, precisar si existen modificaciones cíclicas de su tamaño, así como la forma de aparición y su crecimiento. Con respecto al dolor, es importante valorar si es unilateral o bilateral, cíclico o no; en caso de telorrea o secreción, preguntar por las características: si es espontánea o provocada, unilateral o bilateral, uniorificial o multiorificial

En los antecedentes familiares, es especialmente importante tomar nota del grado de parentesco y de la edad de diagnóstico de los cánceres familiares. Puede ser útil incluso la realización de un árbol genealógico.

Antecedentes quirúrgicos. Se deberá reseñar si se ha realizado alguna biopsia en las mamas, de qué tipo y con qué resultado.

Antecedentes ginecológicos. Nos interesarán especialmente los datos que modifiquen el riesgo de cáncer de mama, como edad de la menarquia y menopausia, edad del primer hijo, número de partos, duración de la lactancia, tratamiento con anovulatorios, DIU hormonal y tratamiento hormonal para la menopausia.

Exploración física de la mama

A pesar de los adelantos de los estudios por imagen, alrededor del 10% de los tumores mamarios pueden no verse en una mamografía y sin embargo, ser detectados en la exploración física de la mama.

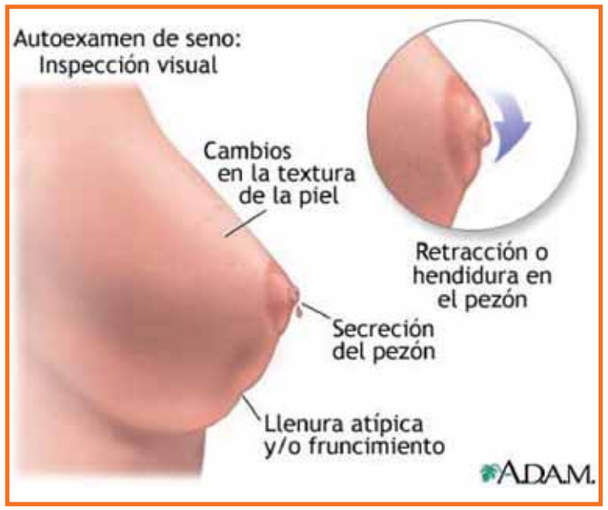
La exploración física de la mama, debe efectuarse después de la anamnesis (historia clínica). Se precisa de una habitación bien iluminada, si es posible con luz natural y una temperatura agradable.

El primer paso, es la INSPECCIÓN, con la paciente sentada o de pie, la espalda erecta y los brazos "en jarras"; posteriormente, con los brazos relajados a lo largo del cuerpo y por último, levantados por encima de la cabeza. Nos fijaremos en cualquier alteración de la forma y el contorno, depresiones y especialmente cambios de color o posibles zonas con la llamada "piel de naranja" (piel engrosada y enrojecida, con pequeñas hoyuelos que recuerdan a la piel de algunas naranjas). También se valorará en este momento el grado de ptosis o "caída" mamaria, tomada como la relación entre la altura del complejo areola-pezón y la del surco submamario.

En segundo lugar efectuaremos la EXPLORACION DE LOS TERRITORIOS GANGLIONARES, es decir, las zonas cercanas a la mama donde pueda existir una afectación de los ganglios linfáticos por extensión del posible tumor mamario. Con la paciente sentada de frente al explorador, se palparán las cadenas laterales del cuello, así como los huecos supraclaviculares, siendo necesario en ocasiones que la paciente eleve un poco los hombros para permitir la palpación de dichas áreas. Estas maniobras, también se pueden realizar situándose detrás de la paciente.

A continuación exploraremos los huecos axilares, con la paciente en la misma postura apoyando el brazo del lado a explorar en el mismo brazo del explorador, para relajar la musculatura de las axilas y poder palpar presionando la piel de la axila contra las costillas en busca de posibles adenopatías (ganglios de tamaño superior a lo normal). Se hará lo mismo con ambas axilas.

Finalmente se efectuará la PALPACIÓN MAMARIA. En medicina, la mama se divide de forma teórica en cuatro cuadrantes: El cuadrante supero externo (CSE) es el cuadrante que más tejido mamario posee, por lo que es ahí donde más frecuentemente ocurren procesos patológicos, el cuadrante supero interno (CSI), el cuadrante ínfero interno (CII) y el cuadrante ínfero externo (CIE) y por último el complejo areola-pezón (CAP). Además hay que tener muy en cuenta el llamado surco submamario, que en algunas mujeres puede presentar una dureza mayor, producto de un acumulo de tejido fibroso o graso, y que puede confundirse con un tumor. En el momento de la palpación. la paciente debe estar tumbada con la mano del lado de la mama a explorar en la nuca y si fuese necesario, con una pequeña almohada debajo de la paletilla de ese lado. Se iniciará la palpación siguiendo un orden, habitualmente en sentido horario, con la finalidad de no olvidar alguna zona y siempre dejando para el final el cuadrante que sospechamos patológico o anormal. La palpación debe iniciarse de forma superficial, después algo más intensa y finalmente de una forma profunda. Se hará con la pulpa de los dedos y con un movimiento en vaivén. El complejo areola-pezón precisará un discreto "pellizco" para descartar tumores en dicha zona, así como una pequeña expresión, para ver si se produce telorrea (salida de líquido por el pezón). Finalmente se le pedirá a la paciente que se palpe la zona sospechosa, para contrastar nuestros hallazgos con los suyos, en caso de que el motivo de la consulta fuera ése.



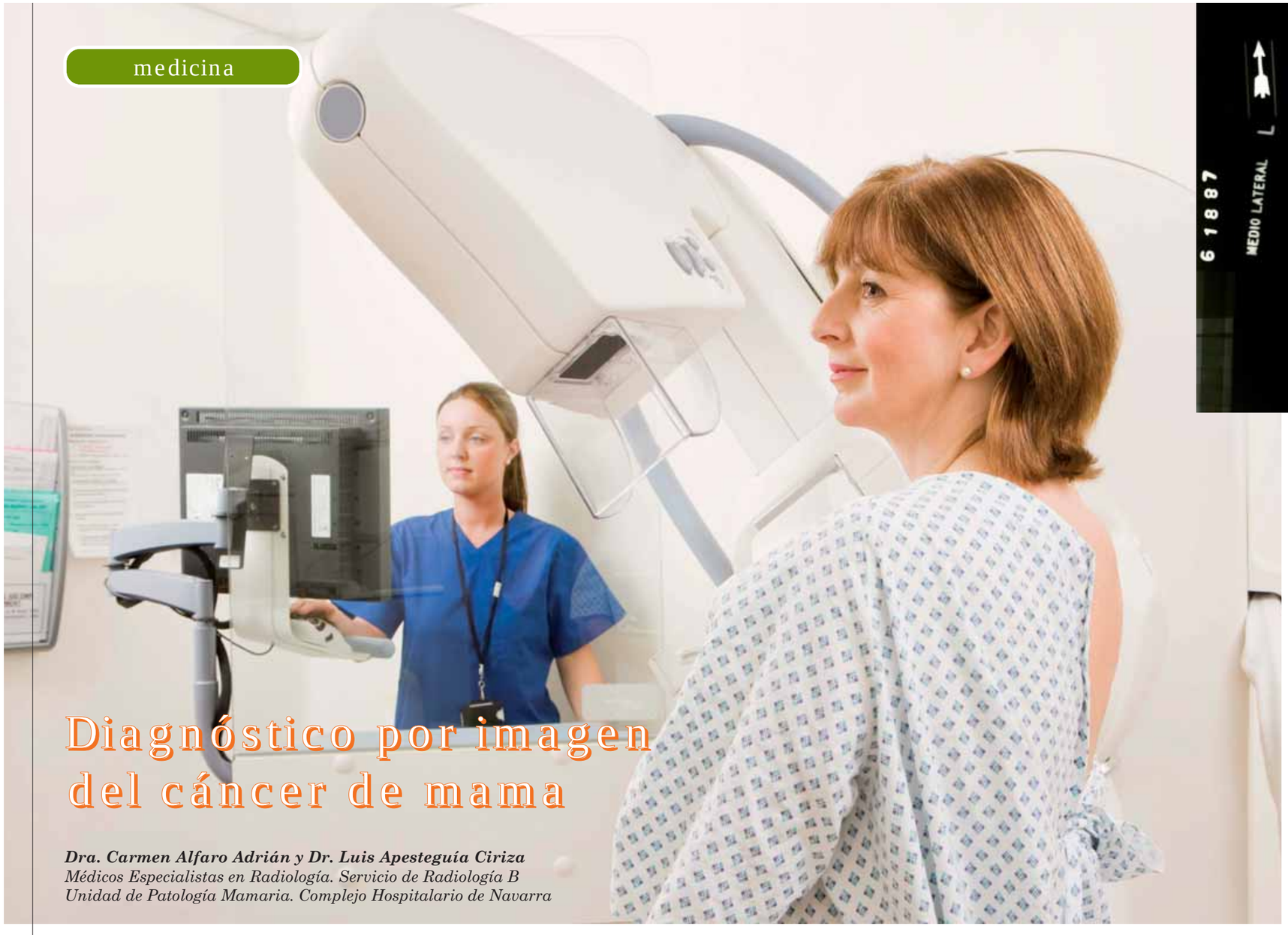
Autoexploración mamaria

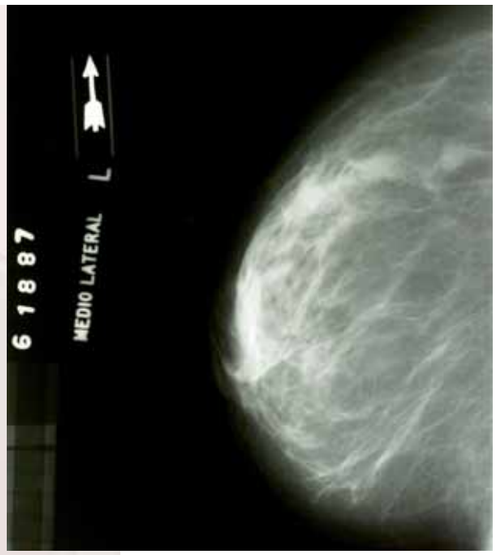
La autoexploración mamaria está recomendada por distintas guías de salud, desde aproximadamente los treinta años de edad y con cierta periodicidad, durante toda la vida. Sin embargo, no existe una evidencia científica de que las mujeres vivan más tiempo por descubrirse de esta forma un tumor de mama, y por otro lado, muchas mujeres van a sufrir un grado de ansiedad importante por la responsabilidad de autovigilarse. Así que nuestro criterio es que la mujer que no lo desee no se efectué una autoexploración, sobre todo en nuestro medio, en el que el acceso al médico es fácil y está establecido un programa de cribado mamográfico de calidad. Lo que sí recomendamos es que toda persona sea conocedora del aspecto y las características de su cuerpo, para que si aparece alguna alteración o cambio, lo detecte cuanto antes y lo ponga en conocimiento de su médico.

La autoexploración se deberá efectuar una vez al mes, y aproximadamente el mismo día del ciclo menstrual, siendo ideal hacerlo entre los días quinto y décimo desde el comienzo de la menstruación. Las mujeres menopáusicas deberán elegir cualquier día del mes, continuando el mismo día toda la vida. Al principio algunas mujeres no notarán nada y otras notarán bultos en todos los cuadrantes, pero la mayoría de ellas llegarán, con el tiempo a conocer perfectamente sus mamas y ante cualquier alteración deberán ponerse en contacto con su médico.

Se iniciará con la mujer mirándose ante un espejo bien iluminado, con los brazos "en jarras", luego en alto y posteriormente relajados a lo largo del cuerpo, girando el tronco para poder ver toda la superficie mamaria y buscando alteraciones en el color o la forma, depresiones, "hoyuelos".... Posteriormente se pasará al palpación, que se podrá efectuar en el momento de la ducha, con la ventaja de tener la superficie enjabonada, lo que facilita dicha palpación, o bien tumbada con la mano de la mama a explorar en la nuca y con el pulpejo de los tres dedos medios de la mano contraria en un movimiento de vaivén o en círculos, cuadrante por cuadrante y finalmente la zona del complejo areola pezón, tomando nota de posibles derrames por el pezón. La exploración de ambas mamas se realizará de la misma manera.

En caso de percibir alguna anomalía, la mujer deberá contactar con su médico a la mayor brevedad.





Diagnóstico por imagen del cáncer de mama

Dra. Carmen Alfaro Adrián y Dr. Luis Apesteguía Ciriza
Médicos Especialistas en Radiología. Servicio de Radiología B
Unidad de Patología Mamaria. Complejo Hospitalario de Navarra

Las causas del cáncer de mama son poco conocidas y por tanto se desconoce también la forma de prevenirlo, de modo que es de gran importancia conseguir diagnosticarlo lo antes posible. Las técnicas de imagen o técnicas radiológicas juegan un papel fundamental en la detección precoz del cáncer de mama. Este adelanto diagnóstico ha sido una de las causas principales de la reducción de mortalidad por esta causa en la última década.

La detección precoz se hace mediante Mamografía, gracias a los programas de cribado realizados cada dos años a las mujeres a partir de los 45. Mediante la interpretación de la Mamografía de cribado se detectan lesiones que por sus características se valoran como más o menos sospechosas de malignidad y posteriormente se indica la realización de otras pruebas complementarias, como la Ecografía o la Resonancia Magnética y en caso necesario, procedimientos de punción y diagnóstico histológico, como las biopsias guiadas por imagen para establecer la benignidad o malignidad de las lesiones.

Así pues, las técnicas principales para cáncer de mama son: Mamografía, **Ecografía** y Resonancia Magnética. Además de ello, el radiólogo especializado debe realizar diferentes tipos de punción para extraer muestras de tejido mamario de la zona que se desee analizar. Es lo que llamamos Biopsia Percutánea, que debe ser controlada también mediante las técnicas de imagen.

Mamografía

La Mamografía es la técnica básica, la más informativa y económica, y por ello la más utilizada. Emplea radiación electromagnética ionizante, los llamados Rayos X, de los que no conviene abusar, y menos aún en mujeres jóvenes o embarazadas, si bien las dosis de radiación que se emplean son muy bajas. Esta técnica tiene menor utilidad en determinados tipos de mamas (las mamas fibrosas y las de mujeres jóvenes), donde la Ecografía es más útil. Sin embargo, aun en mamas densas o juveniles, ambas técnicas son complementarias, ya que una parte importante de los tumores (los que se manifiestan por calcificaciones) son difícilmente visibles en Ecografía.

La Mamografía se realiza con un aparato de Rayos X especial, que cuenta con dispositivos especiales para comprimir y posicionar correctamente la mama, antes de realizar las distintas tomas radiográficas. Como método de detección precoz de cáncer de mama en mujeres sanas a partir de los 40-45 años, es la única técnica que ha demostrado eficacia.

La interpretación de la imagen mamográfica permite detectar tumores muy pequeños, lo que posibilita tratamientos más efectivos y menos mutilantes.

Sin embargo, desgraciadamente, sólo entre un 75 y 95% de los cánceres de mama son visibles en la Mamografía, porcentaje que aumenta en las mujeres de más de 50 años, por las características de las mamas a partir de esa edad.

Ecografía

La Ecografía utiliza ondas de ultrasonido para formar la imagen. El equipo se basa en la emisión de ondas de alta frecuencia que luego recoge y analiza, obteniéndose una imagen en movimiento o tiempo real. Es una técnica sin efectos secundarios conocidos.

La Ecografía es muy importante como complemento posterior a la Mamografía, sobre todo en mujeres con mamas densas o fibrosas. Dado que no utiliza radiaciones ionizantes, su uso es también apto para mujeres jóvenes, incluso embarazadas. Además, es una técnica ideal para el estudio de las axilas, áreas en las que puede asentar un cáncer de mama o la afectación ganglionar secundaria al mismo.

Por ello, la Ecografía suele ser utilizada como primera y a veces única técnica de imagen en mujeres jóvenes, por debajo de 30-35 años. En las mayores, permite completar el estudio de una alteración mamográfica, pudiendo distinguir los tumores sólidos de los líquidos y analizar las características de dichas lesiones. Al obtener una imagen en directo, es ideal para puncionar lesiones. Sin embargo, no es útil como prueba de cribado masivo, ya que no es apta para visualizar muchos tumores, especialmente los que se caracterizan por microcalcificaciones.

Podemos resumir diciendo que la Mamografía y la Ecografía son técnicas complementarias y no intercambiables, y que con frecuencia, ambas son necesarias para un correcto diagnóstico.

Resonancia magnética (RM)

Es la técnica de imagen más recientemente incorporada. Se considera la más eficaz, pero su inconveniente es que puede mostrar lesiones aparentemente sospechosas que finalmente no se confirman como malignas, por lo que es importante que el estudio de RM se valore con el resto de exploraciones radiológicas y clínicas. La RM es una técnica más complicada y más cara, lo que hace que su uso sea más restringido.

El equipo consta de un potente imán que genera un campo magnético donde se introduce a la paciente tumbada sobre una mesa. Para el estudio de la mama la RM se realiza tras administrar una sustancia intravenosa. Un ordenador procesa las señales y se reconstruye la imagen, permitiendo su visualización en diferentes planos y valorar la intensidad de la captación del contraste en cada área de la mama.

Al utilizar campos magnéticos, esta prueba no puede realizarse en pacientes portadoras de marcapasos o determinadas prótesis auditivas.

En la actualidad se realiza RM para indicaciones concretas como: valorar la extensión de los tumores malignos, investigar la existencia de focos tumorales alejados y también en mujeres con mamas difíciles de estudiar o con alto riesgo por antecedentes familiares. Además, como seguimiento en pacientes con prótesis de silicona, lesiones benignas de riesgo, cáncer en tratamiento médico o por sospecha de recidiva en pacientes ya operadas.

Podemos concluir que ninguna de las técnicas de imagen disponibles es perfecta y que todas deben ser utilizadas con criterio racional, en función de la edad de la mujer, su riesgo personal o familiar, el tipo de mamas y otros factores. El radiólogo es el médico especialista en técnicas de imagen que debe decidir qué técnica ha de ser usada en cada caso y el orden en que deberán ser realizadas para conseguir una mayor eficacia diagnóstica.

Biopsia percutánea

Cuando, finalmente, las pruebas de imagen confirman que existe una lesión sospechosa de cáncer, el radiólogo es también el especialista encargado de realizar una biopsia percutánea, es decir, extraer muestras de tejido de la zona dudosa. Para ello, después de haber inyectado un anestésico local, introducirá una aguja en el centro de la lesión y extraerá muestras de tejido en número y calidad suficientes para que el anatomopatólogo consiga un diagnóstico claro sobre la naturaleza benigna o maligna de la lesión.

Con la información proporcionada por el radiólogo, (sobre la extensión de la lesión), y por el anatomopatólogo (sobre su benignidad o malignidad), el cirujano especializado en Patología Mamaria propondrá a la paciente el tratamiento más adecuado.

Otras técnicas

Continuamente siguen apareciendo nuevas técnicas de imagen para el cáncer de mama. La mayoría de ellas no se demuestran finalmente útiles y son descartadas, tal como ha sucedido en los últimos años con varias. Actualmente se encuentran en periodo de evaluación algunas como la Tomosíntesis, Elastografía, Tomografía computarizada, Resonancia con Perfusión, Difusión, Espectroscopia, equipos híbridos, etc...

Consejos para una alimentación equilibrada para las personas mayores

Esperanza Roldán Alonso
Técnico Especialista en Dietética
Dra. Ana Zugasti Murillo
Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición. Sección de Nutrición Clínica y Dietética
Complejo Hospitalario de Navarra

Gracias a los avances que disponemos hoy en día sobre el conocimiento y control de las distintas enfermedades, la higiene y la alimentación, se ha producido un aumento de la esperanza de vida y del porcentaje de personas de mayor edad en nuestra sociedad.

Según el último informe sobre el envejecimiento de la población de las Naciones Unidas en la actualidad el 19.8 % de la población mundial tiene 60 años o más, es decir, que de cada diez personas hay dos que tienen 60 años o más.

Un objetivo prioritario es hacer que estos años de vida ganados se disfruten gozando de la mejor salud y calidad de vida posibles. En este artículo nos vamos a ocupar de la alimentación en esta etapa de la vida.

Desde siempre se habían considerado las necesidades nutricionales en esta etapa de la vida como similares o incluso inferiores a las de la edad adulta. Sin embargo, hoy sabemos que existen requerimientos específicos que son distintos en esta edad. El envejecimiento es un proceso que conlleva cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos que pueden condicionar el tipo de alimentación e influir en el estado nutricional. Dados los cambios producidos es lógico también que se adapte la alimentación a las situaciones que se vayan presentando.

Vigilar el aporte de proteínas

En esta etapa de la vida se recomienda vigilar el aporte de proteínas (presentes fundamentalmente en carnes, pescados, huevos), especialmente en situaciones de enfermedad, para evitar la aparición de úlceras en la piel, la pérdida de masa muscular, el retraso en la curación de heridas, debilidad, etc. Asimismo, se deben ingerir hidratos de carbono en cantidad suficiente (especialmente aquellos de absorción lenta que detallaremos más adelante). Trataremos de aportar grasas suficientes y de buena calidad. Vigilaremos la ingesta de líquidos ya que la deshidratación es frecuente y muy peligrosa. Asimismo, se debe asegurar una ingesta suficiente de vitaminas y minerales (vitamina B6, B12, ácido fólico, C y D, calcio, hierro y zinc) y de fibra.

Posibles dificultades en la elección, la compra, la masticación y/o la deglución de los alimentos, así como la toma de múltiples medicamentos, hacen que a veces la dieta no sea todo lo variada y equilibrada que debería ser.

En esta etapa de la vida generalmente disminuye el gasto energético (salvo si se mantiene una actividad física importante) y por diversas razones puede disminuir el apetito y/o aumentar la dificultad para comer adecuadamente. Sin embargo las necesidades de nutrientes son iguales que en los adultos, o incluso se ven aumentadas por la edad (como en el caso del calcio y la vitamina D), por el uso de determinados fármacos o por ciertas enfermedades. Debido a todo ello es fundamental mantener una buena alimentación para evitar carencias. Si no consigue mantener una ingesta adecuada por problemas de masticación, deglución, adquisición y/o elaboración de los alimentos, o patologías intercurrentes no lo deje pasar, consulte a su médico.

Indicaciones dietéticas generales

- Reparta la ingesta en 4 ó 5 comidas al día: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena, llevando un horario regular. Desde la última comida de la noche hasta el desayuno no deje pasar más de 10 horas, en caso contrario debe tomar algo antes de dormir (lácteo o fruta).
- Incluya en su dieta todo tipo de alimentos, evitando restricciones dietéticas innecesarias. El tamaño y el número de las raciones se deben ajustar a las necesidades individuales. Trate de mantener un peso sano y estable.
- Trate de cuidar el sabor, el color, la textura y la presentación de los platos para que resulten apetitosos.
- Consuma frutas y verduras diariamente (5 o más raciones en total). Intente tomar la fruta fresca y ensalada de vegetales crudos al menos una vez al día.
- Tome en cada comida algún alimento rico en hidratos de carbono complejos (pan, cereales, pasta, patata, arroz), y legumbres (lentejas, garbanzos, alubias, soja seca, etc.) 3 o más veces por semana.
- Tome la cantidad de lácteos recomendada (4 raciones al día) para compensar la pérdida de calcio de los huesos. Son preferibles los lácteos semidesnatados o desnatados que aportan los mismos nutrientes limitando el aporte de grasa. Si toma menos lácteos de los recomendados, es aconsejable que consuma leche enriquecida o suplementos de calcio y vitamina D según criterio médico. Si presenta intolerancia a la lactosa puede tomar leche pobre en lactosa o sin lactosa, yogures o quesos curados.
- Elija preferiblemente carnes magras: ternera, pollo, vaca, conejo, codorniz, lomo de cerdo magro, jamón cocido extra o serrano sin tocino, pechuga de pavo, etc.
- Puede tomar pescados de cualquier tipo o mariscos (crustáceos sin la cabeza o moluscos), incluyendo en su dieta 2 - 3 veces por semana pescado azul.

Pescado blanco: bacalao fresco, besugo, breca, cabracho, gallo, lenguado, lubina, merluza, mero, pescadilla, platija, rape, raya, rodaballo, etc.

Pescado azul: congrio, chicharro, palometa, pez espada, salmonete, arenque, atún, bonito, caballa, salmón, sardina, trucha, etc.

Mariscos: crustáceos sin la cabeza (gamba, langostino, centollo, etc.) o moluscos (mejillón, berberecho, almeja, etc.).

- Tome al menos 3-4 huevos por semana.
- Si no tiene problemas de control de peso puede tomar 2 ó 3 veces por semana un puñado de frutos secos (nueces, almendras, avellanas, cacahuetes, etc.) o 2 ó 3 pastillas de chocolate negro con alto contenido en cacao (>70%). Estos alimentos contienen grasas beneficiosas y antioxidantes pero, a su vez, son muy calóricos. Es preferible tomar los frutos secos crudos y sin sal.
- Modere el consumo de azúcar, miel, mermeladas o confituras, chucherías y refrescos azucarados.
- Prefiera repostería y/o postres caseros, sobre todo aquellos elaborados con aceites vegetales en lugar de mantequilla o margarina.
- Limite la ingesta de grasas animales saturadas: embutidos o fiambres grasos, carnes grasas (pato, cerdo, cordero, etc.), manteca, nata, mantequilla, helados cremosos, etc.

- Limite la ingesta de grasas hidrogenadas (trans): bollería industrial, margarinas que no indiquen estar exentas de ellas, alimentos precocinados, bolsas de aperitivos, etc.
- Utilice aceite de oliva para cocinar y aliñar. Evite preparaciones que requieran mucha cantidad de aceite. Si toma frituras, déjelas escurrir sobre un papel absorbente.
- Utilice sal yodada para cocinar, en cantidad moderada y no añada sal a los alimentos en la mesa. Limite la ingesta de alimentos salados (conservas, ahumados, etc.). Puede añadir como condimentos: ajo, cebolla, perejil, hierbas aromáticas, limón, vinagre y especias.
- Para mantener una hidratación adecuada tome agua, infusiones, agua mineral aromatizada, caldos sin grasa, etc. a intervalos regulares, incluso aunque no sienta sed (4-8 vasos de líquidos al día).
- La mejor bebida para acompañar la comida es el agua. Adicionalmente, si lo prefiere y no lo tiene contraindicado, puede tomar una copa de vino tinto o una cerveza.
- Si lo precisa, elija alimentos y elaboraciones de fácil masticación: carnes picadas (albóndigas, filetes rusos, salsa boloñesa, etc.), filetes de pescado sin espinas (acompañados de tomate, sofrito, salsa verde, koskera, etc.), croquetas, cremas de verduras, patatas y legumbres, gazpacho, papillas de cereales o galletas con leche, frutas maduras batidas o en macedonia, compotas, pan tierno o de molde ligeramente tostado, etc.
- Si la ingesta de alimentos es insuficiente trate de enriquecer los platos añadiendo: queso rallado, quesitos, bechamel, leche en polvo, carne picada con tomate, jamón picado, huevos duros picados, nata, maicena, tapioca, etc.

El mejor complemento de una alimentación sana es que mantenga, en la medida de sus posibilidades, una actividad física regular (por ejemplo, caminar al aire libre todos los días al menos durante 30 minutos), nunca en ayunas. Asimismo son innumerables los beneficios de no fumar.

En caso de estreñimiento

Intente aumentar el contenido de fibra en su dieta tomando mayor cantidad de cereales integrales (pan integral, avena, muesli, galletas integrales, maíz, etc.), verduras (alcachofas, acelga, espinacas, espárragos, puerros, alubias verdes, berza, pella, lechuga, escarola, setas, champiñones, etc.), legumbres (lentejas, garbanzos, alubias secas, etc.), frutas crudas y con piel (pera, ciruelas, frambuesas, moras, kiwi, etc.), frutas secas (ciruelas, dátiles, pasas, etc.), y frutos secos (almendras cacahuetes, nueces, etc.).

Es fundamental beber la cantidad de líquido recomendada para que la fibra contenida en los alimentos se “hinche” y aumente el volumen del bolo fecal.

También puede incluir en su alimentación habitual lácteos comerciales (leches fermentadas) que contengan bífidobacterias o lactobacilos con o sin fructooligosacáridos.

Trate de mantener una actividad física regular.

No posponga el momento de ir al baño cuando tenga ganas. Intente crear un hábito horario yendo al baño todos los días a la misma hora (por ejemplo, después de desayunar), aunque no sienta la necesidad.

No utilice laxantes sin consultarlo previamente con su médico

Las personas mayores deben prestar especial atención a su alimentación, pues los problemas nutricionales son frecuentes y sus repercusiones mucho más graves que en otras etapas de la vida. El consejo dietético dirigido a las personas de edad debe ser un componente básico dentro de las actividades de promoción de la salud con el fin de aumentar sus conocimientos y modificar sus actitudes en los aspectos relacionados con la alimentación. Cualquier intervención dietética debe basarse en un adecuado conocimiento de la situación y debe evaluarse periódicamente para comprobar la tolerancia y la adherencia a la misma.

Aparato genital masculino.

Próstata. Funciones y enfermedades más comunes

Dra. Daime Pérez Feito
Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria.
Miembro de Grupo de Trabajo Nacional de Urología de SEMERGEN.

La próstata pertenece a las llamadas glándulas sexuales accesorias del hombre. Localizada por debajo de la vejiga, alrededor de la uretra (conducto que comunica la vejiga urinaria con el exterior) y por delante del recto (lo que permite examinarla mediante el tacto rectal) y cuya función principal es la producción del líquido prostático durante la eyaculación. Este líquido nutre y protege el esperma durante el acto sexual y constituye el principal componente del semen.

En el hombre joven, la próstata normal tiene el tamaño de una castaña, sin embargo, con el paso del tiempo se produce un aumento progresivo del tamaño.

Enfermedades más frecuentes

La prostatitis. Es una inflamación de la próstata que puede ser de causa infecciosa o no. Las prostatitis agudas pueden ser causadas por enfermedades de transmisión sexual. A menudo dan muchos síntomas e incluso fiebre. Las prostatitis crónicas suelen asentarse en las próstatas grandes, de personas de más de 50 años con hipertrofia prostática benigna. Los síntomas pasan generalmente desapercibidos. El tratamiento antibiótico suele realizarse durante semanas en las prostatitis.

La hipertrofia benigna de próstata (HPB). No se trata de cáncer, son cambios normales que sufre la próstata en los hombres a medida que envejecen y está directamente relacionada con la edad. Su presencia favorece la aparición de infecciones urinarias. Puede causar síntomas de irritación de la vejiga (irritativos) o de obstrucción de la uretra por el crecimiento de la glándula (obstructivos).
A pesar de ser una patología frecuente sólo un 50% de estos pacientes con cambios histológicos van a presentar manifestaciones clínicas prostáticas y solicitarán consejos a su médico de cabecera o Urólogo.

Los dos grupos de síntomas son:
Síntomas obstructivos
- Reducción del calibre y de la fuerza del chorro de orina.
- Alargamiento del tiempo de micción.
- Dificultad en el comienzo de la micción.
- Goteo post-miccional.

Síntomas irritativos
- Aumento del número de frecuencia de las micciones.
- Necesidad de levantarse por la noche para orinar.
- Dolor en el bajo vientre, con irradiación a los testículos.
- Sensación de peso en el bajo vientre.
- Escozor durante la micción.
- Necesidad urgente de orinar.

Su médico le puede suministrar un fácil cuestionario sobre todos estos síntomas donde se valora la intensidad de los mismos y la repercusión que conllevan sobre su calidad de vida.

Escala internacional de síntomas prostáticos

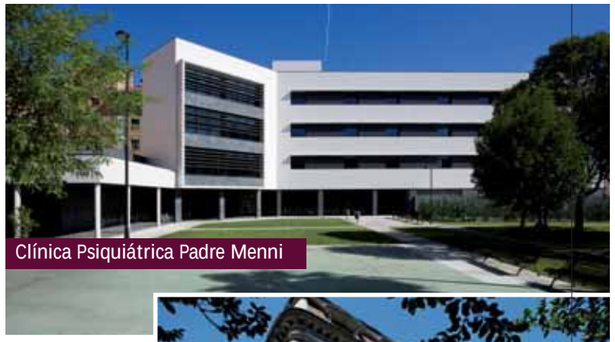
Con estos datos, un adecuado interrogatorio, un examen físico (incluye Tacto Rectal) y una analítica de sangre (incluye PSA) y orina se decide la conducta a seguir y el tratamiento más adecuado.
La propia escala realizada en momentos diferentes (antes o durante) del tratamiento nos valorará la eficacia del mismo.
Los objetivos del tratamiento en HBP son: disminuir los síntomas del paciente, mejorar su calidad de vida y evitar que aparezcan complicaciones.
Entre las opciones terapéuticas tenemos: vigilancia expectante y medidas higiénico-dietéticas, tratamiento médico o tratamiento quirúrgico. La elección de uno u otro dependen de los síntomas y de los resultados de los exámenes complementarios.
El cáncer de próstata. Es muy común en los hombres. En la mayoría de los hombres evoluciona paulatinamente (mueren por causas naturales muchos años después) sin que el cáncer les afecte la calidad de vida. No obstante el diagnóstico precoz es siempre de vital importancia para el tratamiento adecuado y más efectivo en cada caso.

Lo escuchamos con frecuencia, pero realmente…¿Qué es el PSA?

Es una sustancia proteica producida por el tejido prostático y aunque habitualmente se utiliza para detectar la presencia o no de cáncer debemos señalar que NO es un marcador tumoral por lo que su elevación no traduce únicamente la presencia de cáncer. Es muy sensible ante cualquier alteración de la glándula, por lo que no es específico de enfermedad tumoral.
El PSA también podría aumentar normal y lentamente conforme avanza la edad del hombre, incluso si la próstata es normal o en las inflamaciones (prostatitis o HBP). Existen tablas para valorar dichas elevaciones según en rango de edad en que se encuentre el paciente.
Por esta característica se prefiere su control en todo hombre mayor de 50 años de edad, con o sin síntomas haciendo particular énfasis si el paciente presenta antecedentes familiares de cáncer prostático en los que se podría aconsejar dicha medición incluso antes de esta edad.

Casos particulares donde tenemos que solicitar PSA:
- Hombres mayores de 50 años que consulten por los síntomas descritos.
- Hombres mayores de 45 años con antecedentes de un familiar con cáncer de próstata.
- Hombres mayores de 40 años con antecedentes de 2 ó más familiares con cáncer de próstata.
- Hombres de raza negra, de más de 45 años con síntomas.

Actualmente la medición del PSA en varones mayores de 70 años con esperanza de vida inferior a 10 años no está recomendada, tampoco en aquellos en los cuales una alteración del valor no nos hará modificar el tratamiento que se lleva en ese momento.



Clínica Psiquiátrica Padre Menni

Centro Hospitalario Benito Menni

Hospitalidad, un valor para la salud

Manuel Martín Carrasco
Director Médico.
Clínica Psiquiátrica Padre Menni (Pamplona)
Centro Hospitalario Benito Menni (Elizondo)

A lo largo de la última década ha ido tomando fuerza la necesidad de una "medicina basada en los valores", que contraponga el peso de la "medicina basada en los hechos" (o en las "pruebas", o en la "evidencia"). Este fenómeno surge del carácter social y cultural de la práctica médica, que obliga a que los valores y creencias de los actores en el proceso asistencial sean tenidos en cuenta. La Bioética ha consagrado la importancia de la Autonomía como el principio fundamental que rige la práctica asistencial, lo que equivale a poner en primer plano los valores que se expresan a través de dicha autonomía. La importancia de los valores se pone especialmente de manifiesto cuando existen discrepancias en los mismos, un hecho cada vez más frecuente en la sociedad multicultural en la que nos hemos convertido casi sin darnos cuenta.

No tenemos que irnos a casos extremos, como el aborto o la eutanasia, para encontrar conflictos de valores. Puede aparecer en un acto aparentemente tan simple como prescribir un analgésico. Y en caso de conflicto ¿Qué valores priman? ¿Los del paciente únicamente? ¿Los del personal asistencial? ¿Los de los dirigentes políticos de los Servicios de Salud? La importancia creciente de los valores nos obliga a plantearnos de forma personal y colectiva cuáles son los valores sobre los que se asienta nuestra práctica asistencial. Uno de ellos puede ser el valor de la Hospitalidad.

La Hospitalidad, valor y virtud

La Hospitalidad puede ser considerada simultáneamente como un valor y como una virtud. Desde un punto de vista antropológico, hunde sus raíces en el carácter migratorio e itinerante de la especie humana, y se halla en el origen mítico de las culturas – Hebrea, Griega, Romana – que se han conjugado para dar lugar a la cultura occidental. La Hospitalidad también se encuentra en el origen medieval de nuestros hospitales, como una manifestación de la caridad cristiana. Pero a la vez, su vigencia e incluso su necesidad en el postmodernismo parecen evidentes. Al tratarse de un valor universal puede entenderse desde distintos puntos de vista, pero entre sus componentes más importantes se encuentran la acogida, la dignificación de la persona atendida, la potenciación de la libertad y la autonomía del que la recibe, y el enriquecimiento mutuo, tanto del que la recibe como del que la presta. La Hospitalidad supone la ruptura del aislamiento y de la exclusión del grupo social del enfermo, quizás la consecuencia más grave de la enfermedad.
El valor de la Hospitalidad parece especialmente necesario en la atención a los enfermos mentales, y dentro de ellos a los ancianos, sobre los que recae el dudoso privilegio de una doble marginación. Lo mismo podemos decir de los enfermos terminales. O de los discapacitados, tanto intelectuales como físicos. En general, para la atención a todas las enfermedades crónicas, que se ven arrojadas de los servicios de salud "porque ya no se puede hacer nada por ellos": es decir, porque ponen de manifiesto las enormes lagunas de conocimiento que todavía tiene la ciencia médica. Para todos los que sobran en las estructuras asistenciales, la Hospitalidad es un valor necesario, casi una reivindicación.

En Navarra hay tres centros, la Clínica Psiquiátrica Padre Menni, el Centro Hospitalario Benito Menni de Elizondo y el Hospital San Juan de Dios, que afirman tener la Hospitalidad como su valor fundamental. Quizás puedan ofrecer a la Sanidad Navarra algo más que camas a menor coste que el sistema público.

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
En colaboración con: Gobierno de Navarra

La presbicia es un problema inevitable pero con solución

Dra. Rosa Rodriguez-Conde
Clínica Baviera. Pamplona

La presbicia, más conocida como vista cansada, es el defecto visual más común entre la población española mayor de 45 años. Es un problema degenerativo asociado a la edad que nos impide ver correctamente los objetos cercanos, y realizar actividades cotidianas como leer, ver la pantalla del móvil, la carta de un restaurante o enhebrar una aguja sin gafas.

Esto se debe a que, con el paso de los años, el cristalino va perdiendo su elasticidad, y con ello su capacidad para enfocar las imágenes, lo que provoca, inevitablemente, la presbicia o vista cansada, es decir la imposibilidad para ver nítido de cerca. Esta pérdida de elasticidad, no ocurre de "golpe", sino que empieza a partir de los 45 años, y se va reduciendo progresivamente durante unos 10 años, hasta perderse por completo.
Se estima que en la actualidad, el 65% de los españoles, más de 30 millones de personas, lo sufren. Además el progresivo envejecimiento de la población hará que su prevalencia sea aún mayor en los próximos años.

Soluciones para corregir este defecto

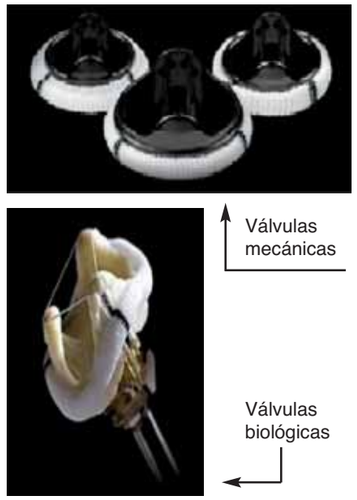
Por un lado, hablamos de la visión multifocal (lente intraocular multifocal). Este tratamiento consiste en extraer el cristalino, que ha perdido o esta perdiendo su capacidad para enfocar de cerca, y sustituirlo por una lente intraocular que hará la función de cristalino artificial. Se trata de una solución definitiva que posibilita un rango de visión excelente, próxima y lejana, sin gafas. Asimismo, con esta técnica podemos, además de la presbicia, eliminar otros defectos asociados, como la miopía o hipermetropía (corrección de la graduación tanto de lejos como de cerca).
Y por otro lado, el tratamiento con láser-presbicia (láser LASIK visión combinada). Es un tratamiento láser, similar al utilizado para corregir la miopía, con el que podemos corregir la presbicia, mejorando mucho la visión intermedia y próxima. Aunque al mirar vemos con ambos ojos, uno está más especializado en ver de lejos (ojo dominante), y otro en ver de cerca (ojo lector). Mediante esta técnica se potencia esta especialización natural, facilitando la visión próxima y lejana sin necesidad de recurrir a las gafas.
Ambas técnicas tienen como finalidad poder alcanzar un grado de visión, próxima y lejana, adecuado para la vida cotidiana, con independencia de las gafas y lentillas. Ambos tratamientos son ambulatorios (no precisan hospitalización) y el tiempo de recuperación es rápido. Será el oftalmólogo quien, de forma personalizada, decida qué técnica es más adecuada para cada paciente.
Las personas que se realizan estas intervenciones suelen tener un grado de satisfacción muy alto que supera el 95%. Además en un 88% de los casos se elimina totalmente la utilización de gafas o lentillas y en el resto únicamente son necesarias en momentos puntuales.

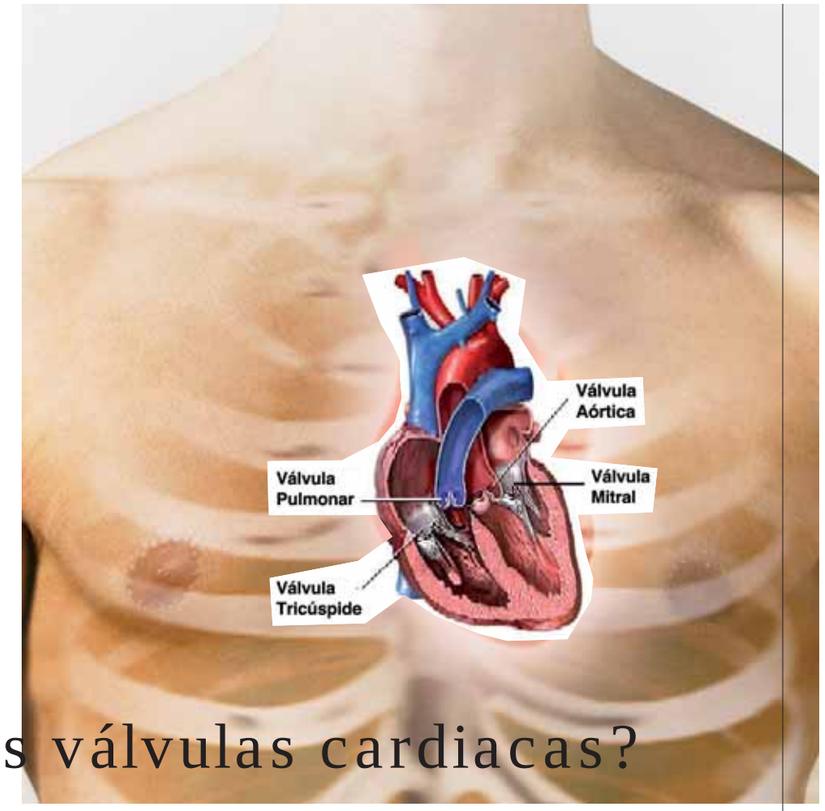
Datos básicos de la presbicia

La presbicia es un trastorno visual inevitable y es consecuencia del proceso de envejecimiento
Prácticamente todas las personas mayores de 50 padecen vista cansada. Pero pueden agravar el problema si:
- Se padece anemia.
- Si el paciente es diabético.
- Algunos medicamentos pueden potenciar la enfermedad.
- Tener un estilo de vida que nos obligue a utilizar continuamente la visión cercana.

Los primeros signos de la vista cansada son:
- Si se necesita más luz que antes para leer.
- Si a la persona le cuesta ver nítidamente objetos cercanos. Entonces, comenzará a tender los brazos para ir alejando los objetos de manera que en cueste menos enfocar.

La vista cansada tiene solución. El oftalmólogo es quien puede estudiar cada caso y eligir el tratamiento más adecuado.





¿Qué son las válvulas cardiacas?

Amaya Sevigne, Begoña Morras, Miriam Ruedas y María Fernández
Enfermeras de quirófano. Complejo Hospitalario de Navarra

El corazón se divide en cuatro cavidades que se comunican a través de las válvulas cardiacas que permiten el paso de la sangre a través del corazón, según los latidos, y que la sangre se bombee en una sola dirección.

El corazón consta de cuatro válvulas y se dividen en dos tipos:
- Las Válvulas semilunares, compuestas por la válvula aórtica que controla la salida de la sangre del corazón hacia la arteria aorta y la válvula pulmonar que regula la salida de sangre del ventrículo derecho hacia la arteria pulmonar para que se oxigene la sangre a través de los pulmones.
- Las Válvulas auriculoventriculares son la válvula mitral que comunica la aurícula izquierda con el ventrículo izquierdo y la válvula tricúspide que comunica la aurícula derecha con el ventrículo derecho.

Tipos de enfermedades valvulares

El funcionamiento de las válvulas cardiacas se puede ver afectado por una enfermedad congénita o porque se deterioran con la edad, lo que puede provocar o bien una Estenosis o una Insuficiencia Valvular.
La Estenosis es una estrechez del canal que produce una resistencia al paso de la sangre a través de la válvula. La válvula no se abre completamente lo cual disminuye el flujo de sangre. Produce síntomas antes de que el corazón falle.
La Insuficiencia es una valvulopatía en la cual la válvula se debilita o se abomba, impidiendo que dicha válvula cierre herméticamente. Produce una dilatación del ventrículo por lo que el corazón falla antes de dar sintomatología.
Las válvulas que más patología suelen dar son la válvula aórtica y la válvula mitral.
La solución a estas enfermedades valvulares es la sustitución valvular, mediante cirugía a corazón abierto.

¿Qué tipos de válvulas se utilizan para la sustitución?

Válvulas mecánicas, que normalmente están hechas de materiales tales como el plástico, el carbono o el metal. Las válvulas mecánicas son resistentes y duraderas. Como la sangre suele adherirse a las válvulas mecánicas y formar coágulos, los pacientes que tienen estas válvulas deben tomar diluyentes de la sangre (anticoagulantes) el resto de su vida.
Válvulas biológicas, que están hechas de tejido animal (lo que se denomina «xenoinjerto») o del tejido de un corazón humano donado (lo que se denomina «aloinjerto» u «homoinjerto»). A veces es posible usar el tejido del propio paciente en la sustitución valvular (lo que se denomina «autoinjerto»). Los pacientes con válvulas biológicas típicamente no necesitan diluyentes de la sangre. Sin embargo, estas válvulas no son tan resistentes como las mecánicas, y podría ser necesario cambiarlas aproximadamente cada 10 años. Las válvulas biológicas se desgastan con mayor rapidez en los niños y adultos jóvenes, por eso se emplean con mayor frecuencia en los ancianos.

Mecánica o biológica ¿De qué depende?

La elección de una válvula u otra se realiza en función de varios aspectos:
- La edad del paciente: si el paciente tiene una esperanza de vida corta se sustituirá por válvula biológica ya que se evita la anticoagulacion y los riesgos que conlleva. Y si la esperanza de vida del paciente es media- larga se sustituirá por válvula mecánica para evitar una reintervención.
- Estilo de vida: se pondrán válvulas biológicas en pacientes que practiquen de portes de riesgo, personas que tengan previstos embarazos y según tipo de profesión.
- La patología previa del paciente: se recomiendan implantar válvulas biológicas en endocarditis y las válvulas mecánicas en pacientes que por su patología previa ya están tratados con anticoagulantes.
- Preferencia del paciente: el paciente tendrá que valorar los riesgos de la anticoagulación o la posibilidad de una reintervención en los próximos años.

Una vez valorado todo lo anterior, el cirujano es el que toma la decisión que considera más adecuada para el paciente.

Todo para tu baño

Ayudas, cerámicas, sanitarios, grifería,
mobiliario, accesorios...
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