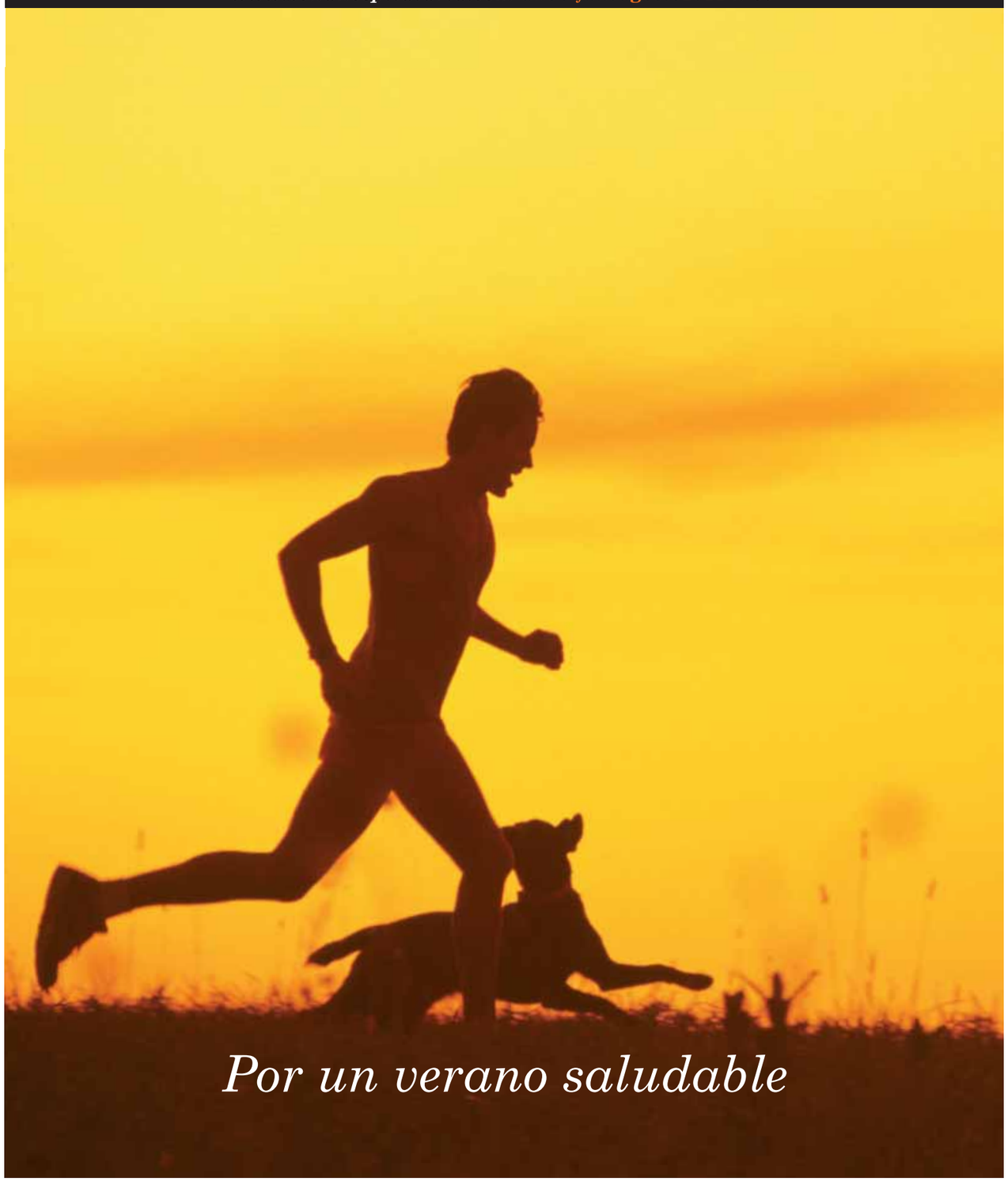
medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoV julioagosto2011 nº30



Por un verano saludable

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 percepción y la re-educación auditiva

5 Me duele la espalda

6 Hidroterapia de colon

7 La naturaleza es caprichosa

8 ¿Por qué les cuesta a los padres hablar de sexo con sus hijos?

10 Bocadillos: tómate la vida entre pan y pan

11 Habilidades para relacionarnos adecuadamente con los demás

12 Cuidados postanestésicos

14 ¿Por qué se tiene miedo?

16 Dieta mediterránea: alimentos saludables y muy navarros

18 Solución para las deformidades de la cara

19 Etiquetado nutricional

22 Comunicación en la pareja e interferencia en los hijos

24 La alimentación de los mayores: fuente de salud

26 Cómo puedo sospechar que estoy padeciendo un problema cardiaco

28 La demencia se puede prevenir

31 Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama

34 ¿Qué hacer cuando un niño se traga una moneda?

36 Adicciones sin sustancia: enfermedades psiquiátricas del siglo XXI

38 Deporte y alergia

Agenda zh
39 Agenda zh: Para anunciarse económicamente

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 percepción y la re-educación auditiva

Gregorio Lancina
Bachelor en Optometría por la Universidad de Pennsylvania, USA, O.O.D
Director de Óptica&Visión

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

CEO
CENTRO DE ESPECIALIZACION OPTOMETRICA

Durante años en el Centro de Especialización Optométrica hemos trabajado con niños que presentan problemas de aprendizaje, lectura y comprensión, los cuales muchas veces estaban acompañados de dificultades en la atención y concentración en clase. Pensábamos que al tener una buena audición no tenía por qué presentar ningún problema en ese área. Con el tiempo, nos hemos dado cuenta que estábamos equivocados.

Aunque muchos casos mejoran hasta alcanzar los resultados esperados con Terapia Visual, algunos no lo consiguen. Por está razón, comenzamos a valorar la percepción auditiva como posible causa de la falta de concentración en clase.

¿Qué quejas aparecen cuando no hay una buena percepción auditiva?

Estos niños presentan una serie de síntomas asociados los cuales nos ayudan a determinar si puede existir algún problema en esta área:

- Se ponen nerviosos cuando chillan a su alrededor.
- Hay ruidos que les molestan, como bocinas, chillidos, aspiradoras, etc.
- Se tapan los oídos con petardos, fuegos artificiales, etc.
- Tienen dificultades para leer o estudiar con música o ruidos alrededor.
- Se le tiene que repetir las cosas varias veces.
- Puede escuchar conversaciones aunque no esté en la habitación.
- Se despista fácilmente en clase.

¿Cómo se realiza el examen auditivo?

Para evaluar la percepción auditiva utilizamos el Método Berard por su eficacia, rapidez y comodidad. Este método consiste en el análisis de la curva de audición buscando picos de hipersensibilidad entre las distintas frecuencias y diferencias entre ambos oídos.

Este tipo de examen nos ayuda a detectar las distintas anomalías funcionales auditivas, de las cuales destacamos las más comunes:

- Lentitud en el procesamiento de la información auditiva. Puede manifestarse en problemas de atención, dificultad en la comprensión oral, fatiga y desinterés.
- Audición dolorosa. Está provocada por una hipersensibilidad relativa en alguna frecuencia. Los síntomas son: aislamiento en ambientes ruidoso, rechazo de alguna persona con voz muy aguda, no soportan el ruido de los fuegos artificiales y se tapan los oídos.
- Mala lateralización. Se puede ser diestro en unas frecuencias y zurdo en otras. Esto puede provocar retrasos en el procesamiento de algunos fonemas, inversiones, etc.
- Distorsiones auditivas. Para el procesamiento auditivo lo ideal es la uniformidad en los umbrales de volumen de todas las frecuencias. La presencia de diferentes curvas entre ambos oídos, aunque sean leves, pueden entorpecer el procesamiento de la información y afectar al rendimiento escolar.
- Bloqueo emocional. Consiste en una falta de adecuación al mundo sonoro. Suelen ser personas con baja autoestima. Si la calidad auditiva es mala, no es fácil entender ni seguir las explicaciones orales, lo cual afecta al estado emocional y a la conducta.

¿En qué consiste el tratamiento de la Re-educación auditiva de Berard?

La terapia de Berard se realiza a través de un aparato que filtra la música, de tipo clásica, con el que se eliminan las frecuencias seleccionadas para cada caso en particular. El programa consta de dos sesiones de media hora con un intervalo de al menos tres horas, dos semanas seguidas, de lunes a viernes. Las revisiones se hacen en la sesión 10 y 20 para evaluar la progresión del tratamiento.

El método Berard ha demostrado ser un tratamiento eficaz para mejorar la capacidad funcional auditiva, lo cual ayuda a OIR con mejor calidad y mejorar el rendimiento escolar y en general en todos los ámbitos.

"No basta con oír bien si no se percibe y se comprende sin esfuerzo lo que se oye"

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

OPTICA & VISION

QUIRÓN GRUPO HOSPITALARIO

Me duele la espalda

Cuántas veces hemos pronunciado esta frase al levantarnos de la cama por la mañana, o después de varias horas sentados frente al ordenador: incontables. Y es que las patologías de la columna vertebral son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, debido a los hábitos de vida sedentarios, pero sobre todo a causas genéticas y al envejecimiento de la población.

Cuando el dolor de espalda persiste y no nos permite llevar a cabo nuestra actividad diaria, es hora de acudir a un médico especializado en columna para un estudio completo que permita llegar a un diagnóstico preciso de la patología que está causando los dolores y de su origen. "La exploración clínica es fundamental para establecer un diagnóstico acertado" explica el Dr. Alfonso Riojas, del Instituto de la Columna Quirón Pamplona. El especialista se apoya también en pruebas de diagnóstico por imagen para determinar el grado de la lesión.

Hernia de disco, la patología más frecuente

La hernia discal se detecta de forma relativamente habitual en la resonancia magnética de la población adulta sana, que en la mayoría de casos no se asocia a síntomas. Forma parte del proceso de envejecimiento fisiológico del ser humano, y está relacionado con factores constitucionales. En algunas ocasiones se asocia a dolor incapacitante y puede requerir tratamiento quirúrgico, siendo muy probablemente la discectomía, la técnica quirúrgica de columna más realizada actualmente en nuestro país.

Siempre que sea posible y que no haya un daño neurológico, se aplica un tratamiento conservador. "Las infiltraciones con ozono y antiinflamatorios dan muy buenos resultados" indica el traumatólogo del Instituto de la Columna Quirón Pamplona, "en un estudio que hemos realizado con 200 pacientes, cerca del 90% notó una mejoría de los síntomas, que además perdura en el tiempo". Este tratamiento se combina con tracciones informatizadas sobre la zona dañada que ayudan a relajar la musculatura, descomprimen los nervios afectados y favorecen la penetración del ozono, que a su vez mejora la circulación, reduce la inflamación y favorece la reabsorción de material herniado.

Cirugía de columna

El envejecimiento de la población, el desarrollo de mejores técnicas de imagen y diagnóstico así como la sofisticación de las técnicas quirúrgicas y anestésicas se han asociado a un incremento exponencial en las tasas de cirugía vertebral. En la actualidad los especialistas son capaces de resolver deformidades vertebrales muy complejas del paciente adulto, como tumores, secuelas de fracturas o infecciones y otras patologías que hace pocos años parecían inabarcables.

Los cirujanos de columna vienen de la Cirugía Ortopédica o de la Neurocirugía y comparten la dedicación exclusiva a la cirugía de columna y foros científicos de discusión y formación comunes. "En España y Europa las sociedades líderes son sin duda el GEER (Sociedad Española de Patología de Columna) y EuroSpine, The Spine Society of Europe" afirma el doctor. Estas entidades tienen como objetivo principal mejorar la atención y los resultados del tratamiento de los pacientes con patología vertebral.

Además, la cirugía de columna hoy en día no es lo que era. Actualmente contamos con novedosas técnicas de cirugía mínimamente invasiva, la cementación vertebral y el control tricolumnar de la columna vertebral por abordajes posteriores, que permiten solventar situaciones insolubles hace muy pocos años.

Sin embargo, las técnicas mínimamente invasivas, que permiten una recuperación más rápida del paciente, no están ampliamente extendidas en nuestro país. "Requieren un aparataje complejo y caro, y una amplia experiencia por parte del cirujano" apunta el Dr. Riojas, que lleva más de diez años realizando este tipo de intervenciones en Francia, donde, al igual que en Estados Unidos están totalmente implantadas. "De todas formas" señala, "no hay que olvidar que éstas técnicas no son válidas para todos los pacientes, y que como cualquier cirugía de columna, presenta sus riesgos, al verse involucrados importantes nervios".

Pida cita: 948 290 690

Hidroterapia de Colon

Nuestro segundo cerebro: Sistema Nervioso Entérico (SNE)

Dra. Eva Cristina Bernal Rodriguez
Directora del Centro Médico de Medicina Integral-Gaia

Por inaudito que pueda parecer, en el tracto gastrointestinal se aloja un segundo cerebro muy similar al que tenemos en la cabeza. No es algo nuevo en la historia de la medicina, nuestros antepasados ya prestaban una especial atención al vientre y a la relación que existe con el cerebro y sus funciones.

Para ellos el vientre era el centro de energía y vitalidad del organismo y actualmente así se ha demostrado gracias al investigador de la universidad de Columbia el Dr.Michael Gershon y otros científicos, el sistema nervioso entérico, el tracto gastrointestinal, es un gran almacén emocional y energético que interactúa directamente con el cerebro (SNC).

Desde el punto de vista estructural, los neurólogos dividían el sistema nervioso en dos componentes: el central y el periférico (SNP). Este último incluye las neuronas sensitivas, que conectan el SNC con los receptores sensitivos; Gershon autor del libro "The Second Brain", explica como el sistema nervioso entérico (SNE), está compuesto por capas de neuronas ubicadas en las paredes del tubo intestinal. En él se encuentran unos cien millones de neuronas que funcionan en conexión con el cráneo. Confirmando esta directa vinculación entre el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso entérico (SNE). El Dr. Gershon , para numerosos científicos es el padre de la NEUROGASTROENTEROLOGÍA, una disciplina científica dedicada al Estudio del Sistema Nervioso Entérico y descubridor de la SEROTONINA ENTÉRICA.

La medicina psicosomática y ayurvédica que integra cuerpo mente y espíritu, entiende los síntomas intestinales como el reflejo de la personalidad, los procesos psíquicos y emocionales. Al igual que el que se aloja dentro de las paredes craneales, el cerebro entérico produce sustancias psicoactivas que influyen en el estado anímico, como los neurotransmisores serotonina y dopamina, así como diferentes opiáceos que modulan el dolor.

La hidroterapia de colon es un procedimiento cuyo objetivo es desintoxicar el organismo y devolverle al cuerpo su vitalidad, eliminando con eficacia las heces estancadas, acumuladas y los productos de putrefacción de las paredes del intestino. Como dice el Dr. Jean Seignalet " la limpieza intestinal sería para el cerebro del bajo vientre algo así como una cura de sueño para el sistema nervioso central".

Este proceso de depuración natural a través del agua, permitirá una mejora directa e indirecta del funcionamiento del intestino y del Sistema Nervioso Central. Los beneficios y virtudes de este método son muchos y de largo alcance en todo el cuerpo y la mente humana.

El lavado intestinal es un método eficaz para mejorar el tránsito intestinal, el tono vital, ayuda a mejorar y reducir el vientre, mejora las flatulencias, el estreñimiento, el sistema inmunológico, los trastornos de la piel, las piernas cansadas, la celulitis, obesidad, cansancio, resistencia a la fatiga, el estado anímico del sueño entre otros beneficios.

Además los dos cerebros pueden beneficiarse de una gran relajación después de haber recuperado el estado natural de limpieza interior, más ligero y sin cargas emocionales y psicológicas.

Podremos concluir que el conocimiento e información de la estrecha vinculación entre nuestro tubo intestinal y nuestro cerebro es de gran importancia para comprender mejor el funcionamiento de nuestro cuerpo y mente y poder gozar, día a día, de un equilibrio y bienestar en nuestra vida.

La naturaleza es caprichosa

Lorena V. Galarregui.
Marketing Balneario Elgorriaga

Siempre se ha dicho que la naturaleza es caprichosa. Plantas, rocas, piedras o agua, en los lugares más insospechados, inhóspitos, con formas muy diversas, algunas raras, otras excéntricas, pero todas ellas con un denominador común: la naturaleza, lo que el hombre no lo ha hecho de forma artificial. Bien cierto es que muchas veces se trata de un prisma óptico, de cómo se mire o cómo se vea.

Uno de esos maravillosos fenómenos lo encontramos en Elgorriaga, este pequeño pueblo de la montaña navarra, a escasos kilómetros de Pamplona, San Sebastián y de Francia.

Hablamos de las aguas mineromedicinales del manantial del Balneario de Elgorriaga. Un manantial declarado de utilidad pública en 1919. Hasta aquí es un fenómeno poco normal pero aún menos corriente es que en medio de la montaña navarra, del pirineo navarro nos encontremos con AGUA SALADA. Sí, sí, han entendido bien, agua salada. No esperen ver una salina en medio de la montaña, el agua brota de un manantial. Para poder probar estas maravillosas aguas tienen que acudir al Balneario.

Salud natural y masajes

De la mano de la salud natural van los masajes. En el Balneario ELGORRIAGA contamos con una extensa carta de masajes, desde la salud natural y terapias orientales como shiatsu, sotai, Sabai, reflexología podal, masajes con gemas, puntos de equilibrio energético, tratamientos con plantas, hierbas, hasta masajes para embarazadas, de bambú, pindas energéticas de Elgorriaga, perlas y oro del Pacífico, aceite de orquídeas, olivoterapia, chocolate-rapia, piernas cansadas cielo y tierra (podal y craneal), vichy, parafangos, especial embarazadas.

En nuestra zona de hidroterapia encontrará: bañeras, bañera + jet, vinoterapia, baños de azahar, baños de tomillo. En nuestro espacio de belleza le ofrecemos: facial con savia de bambú, facial completo con mascarilla térmica, olivoterapia, chocoterapia, fangos Elgorriaga, manicura y maniluvio y pedicura y pediluvio con aguas de Elgorriaga.

Aguas beneficiosas para los niños y cuidada gastronomía

Las familias con niños también tiene su espacio en este Balneario. Habitaciones comunicadas y habitaciones familiares. Los niños pueden disfrutar de las aguas al igual que los mayores, ya que son muy beneficiosas para ellos.

Como dijo Hipócrates "Somos lo que comemos". Por eso, en el apartado de restauración y gastronomía de nuestro restaurante-buffet encontrará un amplio menú en donde el equilibrio entre el disfrute culinario y los productos sanos conviven con una perfecta presentación para nuestra salud y bienestar.

Entorno especial y mágico

Disfrute de la naturaleza que nos rodea, de los ríos, montes, valles, bosques y sendas. Reencuéntrese consigo mismo en este entorno especial y mágico, y si lo desea puede organizarse una excursión a escasos minutos a playas y poblaciones francesas como San Juan de Luz, Hendaya, Biarritz, o bien saborear de los pintxos en Donosti mientras pasea por su casco viejo, o puede visitar nuestra bella capital, Pamplona.

En el Balneario ELGORRIAGA deseamos que su estancia sea lo mas agradable posible y que su salud sea sinónimo del bienestar que le proporcionamos. Nuestra temperatura tan agradable en verano le permite disfrutar de lo que le rodea y de usted mismo.

¿Por qué les cuesta a los padres hablar de sexo con sus hijos?

Dr. Félix Zubiri Sáenz
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Iturrama
Charo Casas Oscoz
Psicóloga

"He observado que mi hijo de cinco años se toca los genitales, ¿es eso normal?". "El otro día sorprendí a mi hija jugando con sus primos a médicos, ¿qué debo hacer?". Como padres, todos nos hemos encontrado ante situaciones similares que no siempre sabemos manejar adecuadamente. ¿Tenemos que explicarlo todo? ¿En quién debe recaer la responsabilidad de la educación sexual de nuestros hijos? ¿En la familia o en la escuela?

Enmarcando la sexualidad

Cuando hablamos de sexualidad solemos referirnos a conductas (relaciones sexuales) o a partes del cuerpo (genitales). Sin embargo, es algo mucho más amplio, se trata de una dimensión humana que va más allá de meros comportamientos y que tiene que ver con nuestra identidad (sentirse hombre o mujer), con los roles que atribuimos a nuestro sexo, con los afectos y con un sinfín de matices relacionados. No hay que olvidar que somos seres sexuados.

Si es algo tan natural, ¿por qué nos cuesta hablarles a nuestros hijos?

Las anteriores generaciones de padres, posiblemente no poseían formación suficiente en materia sexual. Lo paradójico es que actualmente la tenemos en exceso. No obstante, ante tal avalancha de criterios, en ocasiones dispares, no sabemos cual seleccionar para educar a nuestros hijos. La confusión pues, está servida.
Otra causa a considerar en la reticencia a hablar sobre sexualidad sería nuestra propia inseguridad. Sucede, a veces, que en materia sexual no estamos seguros de qué valores vamos a transmitir y cómo y en qué momento lo vamos a hacer. Solucionamos las situaciones a golpe de improvisación, "dando largas" o incluso delegando la educación en la escuela.
Quizá en este sentido, algunos padres recordarán con un pequeño rubor aquel desconcierto sufrido cuando sus hijos les preguntaron por primera vez sobre algún tema sexual. Es posible que, entonces, la incomodidad o la vergüenza hicieran su aparición ante la sola idea de explicarles los diferentes aspectos de la sexualidad humana y de la reproducción.

La vergüenza y el tabú

Hablar de sexo con nuestros hijos acaba siendo un tema inevitable. La buena información sexual es importante y necesaria para su desarrollo. Cuando empiezan las preguntas sobre la sexualidad y sobre las diferencias entre hombre y mujer, es preciso estar preparados para no cometer errores y transmitirles, de manera adecuada, las respuestas que nos demandan. Unas respuestas que deberán ser acordes con su edad y nivel evolutivo a fin de que las puedan asimilar. Pero siempre con franqueza, naturalidad y en términos apropiados a su desarrollo.
Entre otras cosas porque los adolescentes no son muy amigos de "sermones". La opción es clara: o los padres les proporcionan información verdadera y sana sobre la sexualidad, o ellos la buscarán por otros medios que, posiblemente, estarán llenos de inexactitudes.

La vergüenza

Muchos padres sienten vergüenza al hablar de estos temas con sus hijos. La vergüenza es un sentimiento consustancial a la naturaleza humana y difícil de evitar. Al margen de las connotaciones, psíquicas, neurológicas, psicoanalíticas, sociales etc., que los investigadores atribuyen hoy día a la vergüenza, lo cierto es que hay algo de innato y algo de adquirido en todos los mecanismos por los que aquélla se manifiesta. Muchos investigadores sostienen que tiende a presentarse con más facilidad en personas que han sido educadas en culturas algo restrictivas o con más tabúes y que, por lo tanto, guardaría una relación directa con una formación rigurosa.
Otros especialistas, por el contrario, consideran que la vergüenza es un sentimiento positivo, gracias al cual nos mantenemos dentro de unos márgenes que nos evitan entrar en conflicto con las leyes, las normas sociales o los preceptos morales. Si no fuéramos capaces de ruborizarnos en determinadas situaciones, tal vez perderíamos la conciencia de nuestros límites razonables. En el polo opuesto, se sitúan las concepciones psicoanalíticas de la vergüenza entendida como manifestación de los sentimientos de culpa. Para confundir más la cuestión, hay estudios que indican un origen congénito de este sentimiento. Pero sea como fuere, y dicho de una manera simple, la vergüenza es una emoción muy compleja de nuestro psiquismo que podría evidenciar la existencia de cierta dualidad en nosotros mismos.

El tabú

La sociedad y la cultura han configurado diferentes tabúes a lo largo de la historia. Uno de ellos es el sexo, del que supuestamente no sería adecuado hablar de él ni mencionarlo en diferentes circunstancias dado que así lo establecieron las normas, actitudes y conveniencias sociales basadas, a veces, en principios irracionales. La palabra tabú tiene mucho que ver con prohibición. Romper el tabú, ha sido considerado como un delito gravísimo por la sociedad que lo impone. Posiblemente en culturas primitivas los tabúes sirvieron para acostumbrar al hombre a la obediencia. Los pueblos que forman la "sociedad civilizada" actual seleccionaron determinados tabúes y permitieron la hegemonía de aquellos que habían demostrado servir para "modelar" diferentes comportamientos sociales. La tradición, la costumbre y diversas creencias erróneas, han hecho el resto y, así, el silencio sobre temas sexuales ha sobrevivido bajo el aspecto de etiqueta o precepto moral, impidiendo, en ocasiones, una correcta información

¿Cómo evoluciona la sexualidad en nuestros hijos?

Es muy importante tener en cuenta que la sexualidad de cada momento evolutivo tiene sus propias características.

Durante los dos primeros años de vida

Los niños poseen la capacidad de experimentar placer, especialmente por medio del contacto corporal, a través de la piel. Resulta muy relevante en esta etapa la relación del niño con las figuras de apego, que generalmente son sus padres. Si el vínculo afectivo del niño con las personas que están a su cargo es satisfactorio, esto repercutirá en un correcto desarrollo de su sexualidad, y favorecerá su seguridad emocional, la confianza en sí mismo y en los demás.

De los 2 a los 6 años

En este periodo comienza a aparecer la curiosidad sexual, se descubren las diferencias anatómicas entre niño y niña, se cuestionan de dónde vienen los niños y van definiéndose los roles de cada sexo.

De los 7 a los 11 años

Puede haber un gran interés por los juegos con contenido sexual. En muchos casos, se descubre el placer sexual.

De los 12 a los 15 años

Se produce un gran cambio originado por las modificaciones físicas y cognitivas. Se inician los enamoramientos y la atracción sexual. En lo referente al desarrollo físico, procurarán identificarse con modelos idealizados de mujeres y hombres. A nivel cognitivo, utilizan la recién estrenada capacidad de abstracción para cuestionarse todo, especialmente el mundo de los adultos. Se sienten incomprendidos, circunstancia que les empuja a mirar fuera de sí. Buscan la cuadrilla como medio de compartir su soledad y su crítica al mundo de los mayores. Surge la necesidad de aceptación.

¿Qué podemos hacer como padres para educar a nuestros hijos?

La educación sexual no consiste únicamente en responder a una serie de cuestiones que nos plantean nuestros hijos. La sexualidad abarca más dimensiones que la meramente informativa. Se trata de planificar qué valores transmitimos ayudándoles a desarrollar correctamente su sexualidad, sus afectos, sus relaciones con otros, su autoaceptación, sus actitudes y comportamientos.
Las siguientes orientaciones pueden ayudarnos a reflexionar sobre cómo vamos a llevar a cabo la educación de la esfera sexual.

- Es oportuno que asumamos la responsabilidad de formarnos en aspectos relacionados con la sexualidad, tales como su evolución en las distintas edades, el mundo afectivo y relacional, para poder ayudar a nuestros hijos y comprenderles.
- Pensar detenidamente y hablar en pareja sobre los valores que deseamos transmitir y el tipo de explicaciones vamos a dar cuando se presente la ocasión. Debemos procurar tener criterios comunes para dar una imagen de coherencia.
- Promover un ambiente de confianza en el hogar, en la familia, desde pequeños, para que puedan charlar, compartir sus inquietudes y preguntar con naturalidad.
- Son importantes la espontaneidad en las muestras de cariño y en las relaciones afectivas de la familia para educar la sexualidad como cualquier otro tema, sin forzar las situaciones, solucionándolas conforme se vayan presentando.
- Tener en cuenta el momento evolutivo de nuestro hijo a la hora de responder a sus preguntas. No es necesario explicarlo todo sino adaptarlo a su edad y personalidad.
- Respetar el pudor, la necesidad de intimidad de nuestros hijos, No avergonzarles e intentar transmitirles ideas y valores positivos acerca de una sexualidad responsable.

En definitiva, la actitud que adoptemos al educar a nuestros hijos influirá en su seguridad y expectativas en materia sexual. Si nos esforzamos en transmitir afectividad, naturalidad y criterios firmes y coherentes, estaremos proporcionándoles estabilidad y evitaremos muchas inseguridades y problemas en el futuro.

Bocadillos: tómate la vida entre pan y pan

Arantza Ruiz de las Heras de la Hera
Dietista-Nutricionista

El bocadillo ha sido durante generaciones la manera más común de dar forma a los almuerzos y meriendas de los más pequeños de la casa. En los últimos tiempos, esto ha empezado a cambiar y han sido sustituidos por otro tipo de productos como bollería y repostería industrial. En general este cambio no ha sido en absoluto beneficioso para la salud de los niños, ya que el contenido de grasas no demasiado saludables, azúcares, sal y kilocalorías se ha multiplicado en la dieta.

Por otro lado, también existe cierta tendencia de la cultura del bocadillo entre los jóvenes y adultos. Y no sólo para picar entre horas o como tentempié, sino para realizar las tomas principales de comida o cena.

El bocadillo ¿Por qué sí?

Existe la opinión, por otro lado no fundamentada en nada serio, de que comer a base de un bocadillo resulta incompleto, poco saludable, muy energético y nada nutritivo. Esta idea proviene del consumo de bocadillos repetitivos y con ingredientes excesivamente grasos o con bajo contenido nutricional.

Pero hay muchísimos bocadillos que cumplen todas las características de una dieta normal: completa (que incluya todos los grupos de alimentos), suficiente (que introduzca los grupos de alimentos en cantidad adecuada para cubrir las necesidades), equilibrada (respete los porcentajes de consumo recomendados de proteínas, hidratos de carbono y grasas), variada (que combine y mezcle los distintos grupos de alimentos) y que resulte agradable a los sentidos y atractiva de comer.

En esencia el bocadillo incluye, por un lado el pan, alimento básico con una recomendación de consumo diaria, y por otro lado el contenido o ingredientes.

Respecto al pan, hoy en día, existen multitud de variantes de pan que pueden aportar mucha diversidad a los bocadillos. Con una diferente consistencia, sabor, tamaño, con adición de ingredientes como semillas, frutos, etc. y con la posibilidad de elegir pan refinado o blanco y pan integral, más rico en vitaminas, minerales y fibra, en general, que el refinado.

El segundo ingrediente del bocadillo engloba alimentos vegetales, tanto crudos (lechuga, tomate, cebolla, zanahoria, etc.), como cocinados (setas, berenjena, pimientos, calabacín, etc.). También se pueden encontrar alimentos propiamente proteicos: carne magra como pollo, pavo, cerdo magro, fiambre; también pescados blancos y azules; derivados lácteos, entre ellos quesos, yogures, etc.; huevos en todas sus variedades de elaboración.

Pan, el secreto del bocadillo

De esta forma, con la combinación entre pan y relleno formando un bocadillo se puede conseguir tomar una comida o cena realmente sabrosa, variada e igualmente ajustada en kilocalorías y nutrientes. La fórmula consiste en no abusar de embutidos y tener un poco de imaginación y conocimiento de la dieta mediterránea.

Además el pan sirve de molde para retener y ensamblar todos los ingredientes en su interior y así poder disfrutar de todos los alimentos en un mismo mordisco. Por otra parte, el sabor del pan, no demasiado intenso, realza y deja salir al resto de guarniciones que contenga.

Así, el bocadillo tomado con moderación e ingredientes variados, sin abusar de productos grasos, resulta tan interesante como una comida más tradicional. Asimismo, la explosión de aromas y sabores en cada bocado resulta muy sabrosa y alternativa.

Habilidades para relacionarnos adecuadamente con los demás

Maite Pascual Vergara
Psicóloga
Gabinete Psicológico Maite Pascual Vergara

No es ningún secreto que una de las partes más importantes de nuestra vida son las relaciones sociales. En cada una de las cosas que hacemos hay un componente de relaciones con los demás que determina en gran medida (facilitando o entorpeciendo) nuestra búsqueda de la felicidad.

Raramente en nuestra vida vamos a poder escapar de los efectos de las relaciones sociales, ya sea en nuestro lugar de trabajo, de estudios, nuestros ratos de ocio o dentro de nuestra propia familia. Una interacción placentera en cualquiera de estos ámbitos nos hace sentirnos felices, desarrollando nuestras tareas con mayor eficacia. De hecho, una baja competencia en las relaciones con los demás puede llevar al fracaso en un trabajo, los estudios o en la familia.

Situaciones en las que es imprescindible un buen repertorio de habilidades sociales

Hay algunas situaciones en la vida diaria en las que especialmente debemos desplegar todas nuestras habilidades para relacionarnos de forma adecuada y tener más posibilidades de conseguir lo que queremos, algunos ejemplos son:

- Integrarnos en un grupo nuevo de amigos.
- Establecer una relación adecuada con nuestros hijos adolescentes.
- Decir no sin que la relación se sienta perjudicada.
- Actuar correctamente ante una entrevista de trabajo.

Una habilidad imprescindible: la asertividad

Como estrategia y estilo de comunicación, la asertividad se diferencia y se sitúa en un punto intermedio entre otras dos conductas polares: la agresividad y la pasividad (o no asertividad). Suele definirse como un comportamiento comunicacional maduro en el cual la persona no agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos.

Es una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros legítimos derechos sin la intención de herir o perjudicar, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia.

¿Por qué algunas personas no son habilidosas socialmente?

Puede haber varias razones.

- La persona nunca las ha aprendido porque o bien no ha tenido un modelo adecuado o bien no hubo un aprendizaje directo. Las habilidades sociales suelen aprenderse durante la infancia y a lo largo de la vida, a veces nuestros modelos no facilitan este aprendizaje.
- Estas habilidades existen, pero hay factores que inhiben o interfieren con las conductas. Un ejemplo de esto podría ser los pensamientos negativos que impiden que las habilidades adquiridas se puedan poner en marcha de forma adaptativa (por ejemplo pensar que no tenemos derecho a pedir un aumento aunque si sepamos cómo hacerlo).

Una buena noticia: las habilidades sociales se aprenden

Todo el mundo es capaz con el entrenamiento adecuado de aprender a desenvolverse en la vida de forma práctica, sana y satisfactoria. Esto se consigue mediante las Técnicas denominadas Entrenamiento Asertivo o también Entrenamiento en Habilidades Sociales, aunque esto engloba un mayor número de competencias.

Este entrenamiento consiste en:

- Enseñar conductas concretas e integrarlas en el repertorio del sujeto.
- Reducir la ansiedad en situaciones sociales problemáticas.
- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en solución de problemas.

Las técnicas más utilizadas por haber demostrado más eficacia en el entrenamiento de habilidades sociales son las cognitivas, conductuales y de control de estímulos.

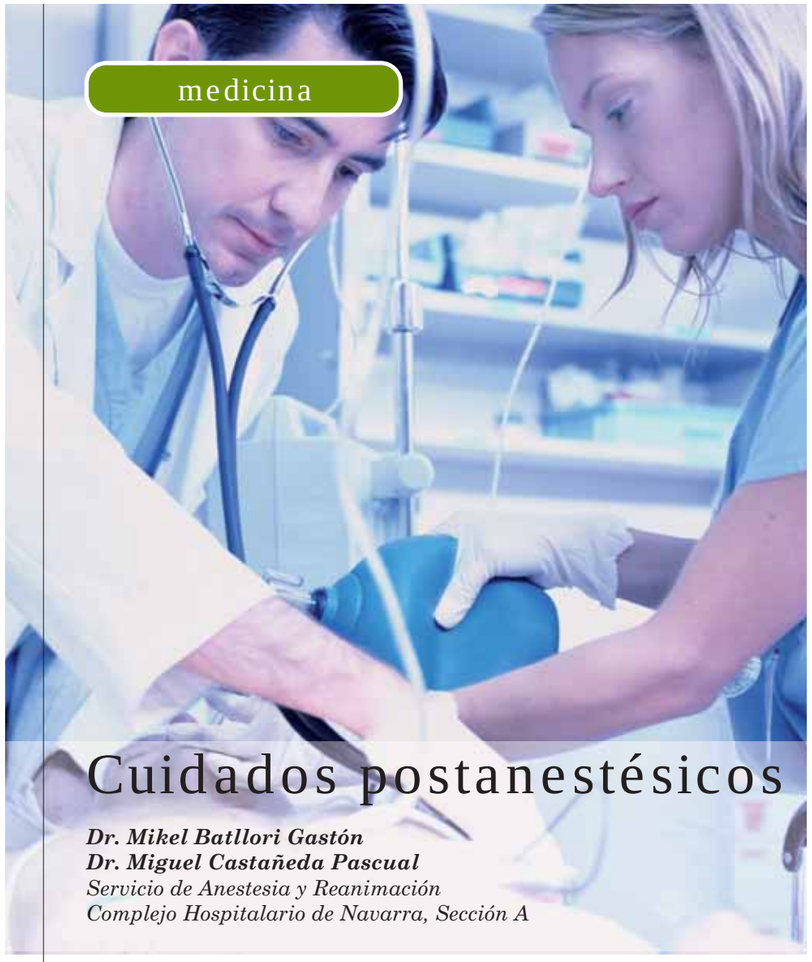
GABINETE PSICOLÓGICO MAITE PASCUAL
Avda. Carlos III, 37-1º | 31004 Pamplona
T. 622 10 40 00 – 948 10 16 41
maite@maite-pascual.com
www.maite-pascual.com

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



Cuidados postanestésicos

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

Al contrario de lo que mucha gente pueda pensar, la salida del paciente del quirófano tras finalizar una intervención quirúrgica no supone el final de la relación del enfermo con el anestesiólogo. Es a partir de entonces cuando empiezan los cuidados postanestésicos, una fase del perioperatorio, de duración variable, cuya importancia queda fuera de toda duda.

¿Qué es la recuperación postanestésica?

Es el proceso de recuperación gradual de las funciones orgánicas y reflejos vitales que pueden quedar abolidos tras cualquier acto anestésico. Suele cursar sin incidencias en la mayoría de pacientes, pero se pueden presenciar distintos eventos que amenazan sus vidas y requieren la rápida actuación de médicos y enfermeras.

¿Todo proceso anestésico-quirúrgico precisa de cuidados postanestésicos?

Todo enfermo que haya sido sometido a anestesia general, anestesia regional, sedación o vigilancia anestésica monitorizada, debe recibir los cuidados postanestésicos apropiados en una unidad capacitada para ello, excepto si hay una orden contraria del anestesiólogo responsable del cuidado del enfermo.

¿Dónde se ubica al paciente tras ser intervenido?

En el postoperatorio inmediato, el paciente es trasladado a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), donde es vigilado de forma continua hasta su paso a la planta de hospitalización o alta domiciliaria.
Estas "salas de despertar" comenzaron a instaurarse hace 4 ó 5 décadas, lo que supuso una notable disminución en la morbimortalidad postanestésica inmediata. Hoy en día, con el incremento en la complejidad y en el número de intervenciones, la URPA representa un módulo de extraordinaria importancia en cualquier centro hospitalario.

¿Cómo funciona una URPA?

La URPA está regida por el personal médico del Servicio de Anestesiología y Reanimación, cuya principal función es salvaguardar la integridad del paciente durante el postoperatorio inmediato. Igualmente los pacientes son atendidos por enfermeras especializadas en cuidados postoperatorios.
Se trata de una sala dotada de medios humanos y materiales diseñada para asistir de forma satisfactoria a todos los pacientes postquirúrgicos, desde los que sufren los procedimientos más leves, hasta aquellos que precisan apoyo extraordinario (ventilación mecánica, apoyo farmacológico complejo, terapia transfusional, etc), transformándose, en la práctica, en verdaderas Unidades de Cuidados Críticos para pacientes quirúrgicos.

¿Cuáles son las funciones del anestesiólogo responsable de la URPA?

El anestesiólogo presente en la URPA, recibe la información pre e intraoperatoria del paciente de manos del anestesiólogo que ha estado en quirófano, y será el encargado del cuidado continuo del paciente hasta su alta.
Procurará al paciente un agradable despertar tras la anestesia general, pautará la analgesia adecuada a cada procedimiento quirúrgico, comprobará la extinción de todo efecto anestésico y la recuperación de las funciones corporales antes del alta y diagnosticará y tratará aquellas complicaciones que puedan surgir en este periodo.
Durante el ingreso en la URPA el paciente permanecerá monitorizado para vigilar las sus constantes vitales. El anestesiólogo puede solicitar pruebas complementarias para completar el estudio y seguimiento del enfermo si así lo considera oportuno. Asimismo, el anestesiólogo es el responsable de informar a los familiares del paciente de su estado y evolución.

¿Difieren los cuidados postanestésicos según el tipo de cirugía sufrida por el paciente?

Lógicamente los cuidados postanestésicos y el tiempo de estancia en estas unidades variarán dependiendo del tipo de anestesia y de la cirugía practicada. Por la sala de vigilancia postanestésica, pasarán pacientes de diversa consideración: aquellos programados para intervenciones menores que serán dados de alta a su domicilio, pacientes con cirugías mayores en los que no se prevén complicaciones extraordinarias que permanecerán unas horas en la URPA para pasar posteriormente a su cama de hospitalización, y pacientes que, debido a sus antecedentes y/o por el tipo de cirugía realizada o porque hayan presentado alguna complicación grave durante el proceso anestésico-quirúrgico, se consideren pacientes en estado crítico.
Así, estas salas reciben distintas denominaciones: salas de cirugía mayor ambulatoria (CMA) o unidad de cirugía y anestesia sin ingreso (UCASI), unidad de recuperación o cuidados post anestesia (URPA o UCPA), hasta unidades de cuidados críticos o de vigilancia intensiva (UCI, UVI).

¿Pueden estar los pacientes acompañados en las unidades de cuidados postanestésicos?

En unidades de corta estancia (CMA), no suele ser habitual que los pacientes reciban visitas, ya que su tiempo de permanencia en la sala de despertar generalmente es breve; no obstante, se recomienda la presencia de un familiar para el momento del alta al domicilio. En Unidades de recuperación postanestésicas mayores o Unidades de Cuidados Críticos, dada su mayor envergadura por el volumen de pacientes o la complejidad quirúrgica, los pacientes no podrán estar acompañados. Existen unos horarios de visitas establecidos en los que se podrá visitar a los pacientes y recibir la información facultativa.
En casos excepcionales, como pueden ser pacientes disminuídos psíquicos, se puede permitir la compañía de un familiar.

¿Qué tipo de complicaciones se observan con más frecuencia en la URPA?

Las complicaciones postanestésicas observadas en la URPA son muy diversas.
Respiratorias: obstrucción o espasmo de la vía aérea, hipoxemia e hipoventilación provocada por el dolor o la depresión farmacológica.
Cardio-circulatorias: cuadros de hipotensión por fallo cardiaco o secundario a hipovolemia perioperatoria o pérdidas sanguíneas no repuestas, arritmias, cuadros hipertensivos por dolor, hipoxemia o hipervolemia.
Agitación: sobre todo en pacientes ancianos tras ser sometidos a anestesia general y en aquellos con permanencia prolongada en la URPA.
Dolor: en la URPA se disponen de los medios adecuados para aplacar el dolor postoperatorio, y es imperativo para el anestesiólogo controlar el dolor del paciente antes de su alta.
Náuseas y vómitos: muy habituales en determinadas cirugías. Disponemos de un amplio arsenal farmacológico para combatir esta complicación.
Hipotermia y temblor: debido al descenso de temperatura corporal provocado por la anestesia y la inmovilidad del paciente en quirófano. En la URPA se proporcionará el ambiente adecuado para prevenir la hipotermia y los escalofríos mediante diversos medios de calentamiento.
Sangrado: frecuente en algunas cirugías (cardíaca, urológica, traumatológica). El anestesiólogo deberá evaluar su cuantía, su control y la conveniencia o no de realizar transfusión de hemoderivados.

¿Por qué se tiene miedo?

Dr. Félix Zubiri Sáenz
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Iturrama
Charo Casas Oscoz
Psicóloga

El miedo es un estado emocional desagradable que cursa con cambios psicofisiológicos en nuestro organismo como respuesta a una amenaza o a un peligro real. Cuando el miedo alcanza su máxima expresión hablamos de terror. El miedo se manifiesta tanto en el ser humano como en los animales. Biológicamente constituye un sistema adaptativo y un mecanismo beneficioso y de defensa, necesario para la supervivencia del individuo. Gracias al miedo podemos responder con rapidez ante situaciones adversas y de peligro.

¿Qué parte del organismo es la responsable del miedo?

Un área del cerebro llamada sistema límbico es la responsable del miedo. El sistema límbico, y más concretamente una parte del mismo que recibe el nombre de amígdala cerebral (situada en el lóbulo temporal del cerebro) es la encargada de controlar las emociones de miedo y alertar sobre el peligro.

El sistema límbico procesa continuamente todas las emociones que nos llegan de los sentidos y lo hace mediante la amígdala cerebral que, ante una situación de alerta, se activará rápidamente desencadenando la sensación de miedo y de ansiedad. Cuando ocurren estas circunstancias nuestro organismo entrará en alerta y el individuo responderá bien atacando,bien paralizándose o huyendo. Como es lógico, en todo este mecanismo intervienen además sustancias y receptores hormonales y circuitos neuronales.

Se ha observado que la destrucción de la parte central del núcleo amigdalar, suprime las reacciones de miedo y que la amígdala puede intervenir también en respuestas como la ansiedad y la angustia. En los animales, la estimulación eléctrica del sistema límbico produce reacciones de cólera que provocará una respuesta de ataque o huida dependiendo de la intensidad de la estimulación.

Sentimientos de dolor y placer. Las emociones

Los sentimientos de dolor y placer forman los pilares de nuestra mente. Todos los organismos vivos están capacitados para reaccionar emocionalmente a distintas situaciones. Estas emociones proporcionan un medio mediante el cual el cerebro y la mente pueden evaluar lo que sucede dentro y fuera del organismo y que éste responda de manera adaptativa.

Las emociones nos ayudan a evitar los peligros, a saber aprovechar las oportunidades o a facilitar las relaciones sociales. En definitiva, son necesarios para permitir la supervivencia y el bienestar.

¿Qué tipo de emoción es el miedo?

Tradicionalmente, se han clasificado las emociones en tres categorías:

Emociones de fondo: hablaríamos de nuestro estado de ánimo en general (tranquilidad, nerviosismo, entusiasmo, energía...).

Emociones primarias o básicas: miedo, ira, asco, sorpresa, tristeza y felicidad. Todas ellas se presentan en los seres humanos de diferentes culturas y también en otras especies.

Emociones sociales: simpatía, turbación, vergüenza, culpa, orgullo, celos, envidia, gratitud, admiración, indignación y desdén.

Estos tres tipos de emoción cumplen el "principio de anidamiento" es decir, unas forman parte de otras, desde lo simple a lo complejo. De esta manera, el miedo experimentado en una situación, podría surgir del componente de "nerviosismo" que dicha situación nos crea (emoción de fondo) y a su vez, ser el origen de la "vergüenza" que sentimos en esa circunstancia (emoción social). Como vemos, el miedo es una emoción básica del ser humano que a su vez puede incorporar componentes de otras emociones menos elaboradas (de fondo) o también ser la base de otras más complejas (emociones sociales).

¿En qué situaciones se produce?

La mayoría de estímulos que nos rodean, son capaces de desencadenar emociones y, en algunas ocasiones, miedo. Esto puede suceder de forma tanto consciente como bajo los umbrales de nuestra consciencia. En realidad, es el sistema inconsciente el que causa la emoción de miedo antes de que sepamos que estamos en peligro. El mecanismo del miedo opera independientemente de la conciencia

La evolución ha establecido algunos "disparadores" del miedo. Son situaciones potencialmente peligrosas para el organismo y que éste debe evitar para sobrevivir.

Ahora bien, esto no siempre sucede así. Nuestro cerebro es capaz de asociar la emoción "miedo" con la circunstancia que lo produjo, aunque ésta sea no peligrosa. Pongamos como ejemplo que en una ocasión experimentamos un miedo intenso en un supermercado. Es muy posible que si volvemos a ese lugar nos sintamos mal, e incluso que tengamos una sensación de incomodidad en lugares parecidos. A pesar de que esos entornos no son peligrosos nuestro cerebro ha creado la conexión entre ellos y el malestar vivido anteriormente. A este fenómeno se le denomina "condicionamiento" Muchas de nuestras preferencias y miedos nacen así. No olvidemos que conforme vivimos, nuestro cerebro va "condicionando" las situaciones y relacionándolas con las emociones vividas, tanto agradables como desagradables.

Por si fuera poco, la memoria también nos puede jugar malas pasadas. No es necesario que la situación que nos provocó un impacto emocional anterior esté presente, simplemente el recordarla puede desencadenar miedo.

Cuando el miedo no nos ayuda

Ya hemos comentado que el miedo es una emoción básica que a lo largo de la evolución, junto con otras emociones, sirve como mecanismo de supervivencia y adaptación al medio. No obstante, hay ciertos trastornos, cuyo componente fundamental también es el miedo, que cursan con una reacción desmedida al entorno. Hablamos de los trastornos fóbicos y de ansiedad entre los que encontramos:

Crisis de angustia (panic attack): Consiste en la aparición súbita de miedo pavoroso o terror y sensación de muerte inminente, acompañado habitualmente de dificultad respiratoria, opresión torácica, palpitaciones, mareo, sensación de atragantamiento y miedo a volverse loco o a perder el control.

Puede aparecer agorafobia, que se caracteriza por presentar gran ansiedad o evitar situaciones de las que sea difícil escapar en caso de que se presente una crisis de ansiedad.

Fobia específica: Presencia de ansiedad clínicamente significativa cuando la persona está expuesta a situaciones u objetos temidos. Las más comunes son las de tipo situacional (recintos cerrados, medios de transporte...), ambiental (p.ej. tormentas), fobia a la sangre, animales, etc. Muchas de ellas, se inician en la infancia.

Fobia social: Ansiedad extrema ante las situaciones sociales o actuaciones en público, lo que da lugar a comportamientos de evitación.

Proporcionar un tratamiento adecuado, tanto farmacológico como psicológico, puede ayudar a la persona a disminuir los miedos desmedidos, con el objeto de mejorar su vida y manejar mejor su entorno. Esto es especialmente importante en los niños, ya que aunque existen miedos "evolutivos" que desaparecen con la edad, los trastornos de ansiedad pueden llegar a cronificarse sin una intervención oportuna.

Dieta mediterránea: alimentos saludables y muy navarros

Un producto Reyno Gourmet

Arantza Ruiz de las Heras de la Hera
Dietista-Nutricionista

El año pasado la dieta mediterránea fue declarada patrimonio de la Humanidad por la UNESCO. Este nombramiento no hace sino realzar la importancia de este plan de alimentación, además de aportar un punto extra de calidad a la misma.

La dieta mediterránea no es sólo un conjunto de platos, es una característica fundamental de nuestra gastronomía, nuestra cultura, nuestra tradición. Es una seña de identidad que compartimos con varios países bañados por el mismo mar.

Pilares de la dieta

La dieta mediterránea se basa en el uso preferente de tres grupos de alimentos: cereales, aceite de oliva virgen extra, uvas, y sus derivados.

El primero de los tres incluye los productos derivados de los cereales, especialmente del trigo: pasta, harina, pan, etc. Este grupo de alimentos se sitúa en la base de la pirámide de la alimentación saludable y ello quiere decir que posee una frecuencia de consumo recomendada muy elevada: entre cuatro y seis raciones de estos productos al día. Con estos valores aconsejados, resulta fácil incluir pan en las comidas y platos a base de arroz o pasta. Las variedades integrales poseen más cantidad de vitaminas, minerales, fibra alimentaria y componentes saludables no nutritivos que las refinadas. Como alimentos representantes de este grupo en la gastronomía Navarra es obligatorio recordar el arroz y el pan.

El segundo es el aceite de oliva virgen extra, la grasa más adecuada para cocinar, aliñar, además de sus demostradas cualidades cardiosaludables y su acción como antioxidante natural. Es el aceite que aguanta mejor las altas temperaturas de las frituras, por ejemplo, y también más subidas y bajadas de calor. Además es el aceite que posee la capacidad de impregnar menos los alimentos con los que entra en contacto. El aceite de oliva virgen extra de Navarra es el claro exponente de este grupo en nuestra Comunidad.

El tercero de los tres grupos, hace referencia a los alimentos procedentes de la uva. Esta es la recomendación con la que conviene ser más cuidadoso, ya que no es acertado fomentar el consumo de vino a personas abstemias. En personas que ya tienen el hábito previo de tomar una copa de vino tinto en las comidas, se suele mantener este hábito, pero teniendo en cuenta que hay grupos de población que no han de beber en ninguna ocasión y que el consumo de alcohol también está relacionado con una elevada morbi-mortalidad por otras causas que no son cardiovasculares, fomentar en cualquier caso su consumo, no parece recomendable en absoluto. Así que el consejo genérico sobre el vino es: ante todo, vino tinto y no en demasiada cantidad. Navarra es tierra de grandes vinos, reconocidos a nivel internacional, encontrando magníficos blancos, rosados, tintos y dulces.

Alimentos complementarios

Estos tres pilares básicos se ven acompañados de alimentos de origen vegetal: hortalizas, verduras, frutas y legumbres. Además, también se incorporan los pescados.

Respecto al consumo de hortalizas, verduras y frutas las recomendaciones hablan de cinco raciones, como mínimo, al día. Este consejo es sencillo de llevar a la práctica, ya que se traduce, más o menos, en tomar tres piezas de fruta al día y, en la época estival especialmente, hay mucha variedad y diversidad de deliciosas y refrescantes frutas. Tomada de postre en comida y/o cena y una pieza entre horas, bien a media mañana o en merienda, siempre hay una buena ocasión para tomar una fruta, mejor entera y con piel.

Como refuerzo del consumo vegetal, en nuestra tierra es fácil poder tomar excelentes hortalizas y verduras cultivadas aquí como los espárragos de Navarra, los pimientos del piquillo de Lodosa o las alcachofas de Tudela. Así que disfrutar dos veces al día con las delicatessen de los productos vegetales disponibles en nuestros mercados es una auténtica maravilla. Si tomamos la verdura cruda en forma de ensalada, esta mantendrá mucho más intacto todo el contenido nutricional, especialmente el vitamínico, que se destruye fácilmente por acción del calor.

Es aconsejable tomar leguminosas entre dos y cuatro veces por semana. Es difícil cumplir esta recomendación si nos ceñimos al consumo tradicional de este plato, como primero y acompañado después de carne o pescado. Lo cierto es que el completo contenido nutricional de las legumbres, hace de ellas un estupendo y magnífico segundo plato proteico, que debería estar acompañado de un primero consistente en ensalada o verdura cocida. También se puede utilizar la legumbre como ingrediente de otros platos, como parte de ensaladas, de vinagretas, como guarniciones, etc. Este es un grupo de alimentos del que deberíamos hacer más uso porque da mucho más juego del que pensamos.

La frecuencia de consumo de pescado debería ser similar al de la carne, unas tres o cuatro veces por semana. Sobre el pescado es obligado decir que es bueno tomar tanto pescado blanco, muy bajo en grasa, como pescado azul, con un contenido mayor de grasa, pero una grasa beneficiosa a nivel cardiovascular con efectos positivos sobre el colesterol. Respecto a la carne, es preferible tomar de forma habitual carnes magras o con poca grasa como los cortes magros de carne de ternera de Navarra o de cerdo y carnes magras en general como el pollo, el pavo, el conejo. Sin embargo, hay que dejar para ocasiones especiales las carnes más grasas como la de cordero, aunque sea exquisita y tan sabrosa como la carne de cordero de Navarra.

Los lácteos dentro de la dieta mediterránea

A pesar de no ser el grupo más característico de la dieta mediterránea, los expertos aconsejan tomar entre dos y cuatro raciones de leche y derivados lácteos al día. Asimismo, serán principalmente bajos en grasa, aunque la decisión entre semidesnatados o desnatados tendrá que basarse en criterios y situaciones personales. En nuestra Comunidad disponemos de leche con una calidad nutricional excelente para poder cubrir las recomendaciones dietéticas. Además, dentro de este grupo, con una frecuencia de consumo moderada, están incluidos algunos de los mejores quesos de nuestra geografía como el queso de Roncal o el queso Idiazabal y postres tan tradicionales como la cuajada.

Conclusiones

Está ya clara y suficientemente demostrada la buena influencia que el consumo habitual de la dieta mediterránea tiene para la salud. Cuanto más se estudia este plan nutricional, más señales se encuentran de la positiva relación entre los componentes básicos de esta dieta y una mejora en la morbi-mortalidad, lo que se traduce en una mejoría global de la calidad de vida.

Son muchos y variados los productos cultivados y elaborados en Navarra, muchos de ellos con certificación de calidad y amparados con la marca Reyno Gourmet que se incluyen dentro de esta dieta, por lo que nos encontramos en una zona privilegiada y muy afortunada para poder seguir las directrices de este plan. Además, en este caso, será todo un placer para los sentidos cuidar la salud.

Solución para las deformidades de la cara

Dr. Carlos Concejo Cútoli.
Cirujano Oral y Maxilofacial.
Dr. Ricardo Ruiz de Erenchun Purroy.
Cirujano Plástico y Estético.
Clínica Cross

- **La Clínica Cross cuenta con la última tecnología en programas de planificación 3D.**
- **La cirugía virtual previa realizada por ordenador nos dará una idea muy precisa de cual será el resultado final.**
- **Cada vez se operan deformidades más leves dado los buenos resultados obtenidos.**

Las deformidades de la cara son relativamente frecuentes y aunque existen deformidades muy severas, estas son poco habituales. Sin embargo, son muchas las personas que presentan deformidades más leves que no ocasionan ningún problema para llevar una vida normal pero no dejan de ser un motivo de preocupación por las connotaciones sociales y/o funcionales que conllevan.

Dentro de estas deformidades menores, están las que afectan a la mandíbula que puede ser desde una ligera asimetría, la falta o exceso de proyección del mentón, hasta una crecimiento excesivo de toda la mandíbula. Lo mismo puede darse en el maxilar superior, donde puede existir una falta o el exceso de pómulos y también puede afectar a la sonrisa en los casos en los que al reír casi no se enseñan los dientes o que enseña la encía de forma exagerada. Todas estas deformidades pueden considerarse ligeras variaciones de una cara normal pero condicionan el que unas personas sean atractivas y otras puedan no parecerlo o incluso pueden condicionar la apariencia de un envejecimiento temprano (no enseñar los dientes al reír es típico de las personas ancianas). Del mismo modo cuando existe una mandíbula poco o demasiado desarrollada los dientes pueden no encajar de forma correcta lo que se traduce en diferentes problemas.

Debido a que vivimos en una sociedad cada vez más preocupada por la imagen y por supuesto también al gran avance de la cirugía maxilofacial y la anestesia, estas operaciones son muy frecuentes y cada vez son más las personas que se animan a pasar por el quirófano para resolver el problema que les preocupa.

Hace años este tipo de intervenciones eran excepcionales y con resultados no siempre deseados. La moderna cirugía ortognática (del griego "orthos" bien colocados, y "gnatos" huesos maxilares) se basa en una planificación muy precisa de estas intervenciones con cálculos de décimas de mm, de esta forma el resultado final es el esperado y muy satisfactorio para el cirujano y el paciente.

El estudio se realiza mediante las fotografías e imágenes 3D del paciente obtenidas mediante los modernos escáneres de baja radiación (CBCT). Estas pruebas se introducen en el ordenador y se estudian mediante sofisticados programas basados en tecnología 3D. Las imágenes tridimensionales sirven para determinar de una manera muy precisa como están colocados los huesos de la cara. La fotografía se superpone como una mascara y de este modo se valora como los huesos afectan a las distintas partes de la cara.

El ordenador permite realizar múltiples medidas y nos muestra las zonas de la cara que no están colocadas correctamente, comparando los datos obtenidos con los valores normales, de manera que se puede establecer de forma muy exacta cuántos milímetros debemos mover el mentón o la mandíbula para conseguir una cara atractiva.

El mismo programa nos permite modificar la posición de los huesos de la cara hasta establecer los valores normales y de este modo obtenemos la "nueva " cara que tendremos después de la operación de un modo muy próximo.

La introducción de esta tecnología para la planificación sistemática de los casos ha conseguido acortar los tiempos de las operaciones, simplificar los procedimientos y disminuir la estancia hospitalaria de forma muy significativa, convirtiendo este tipo de operaciones en procedimientos cada vez más habituales.

Clínica Cross. T. 948 853 668
www.clinicacross.com

Etiquetado nutricional

Dr. Jorge Rojo Álvaro
Médico Interno Residente Endocrinología y Nutrición
Dra. Ana Zugasti Murillo
Especialista en Endocrinología y Nutrición
Sección de Nutrición Clínica y Dietética. Complejo Hospitalario de Navarra

Ante la pregunta de qué se entiende por etiquetado nutricional, los consumidores ofrecen respuestas tan comunes como que se trata de "las calorías que tiene un producto", "lo que engorda y lo que no engorda", etc.

Por etiquetado nutricional entendemos toda información que aparece en la etiqueta de un alimento en relación con su valor energético y su contenido en una serie de nutrientes: proteínas, hidratos de carbono, grasas, fibra alimentaria, sodio, vitaminas y minerales.

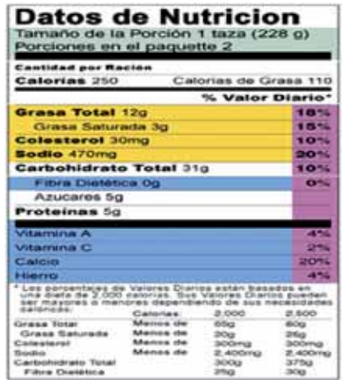
En principio el etiquetado nutricional es voluntario, sólo es obligatorio si en la etiqueta aparecen mensajes publicitarios que atribuyan al alimento propiedades nutritivas como por ejemplo alimentos "bajos en colesterol", "ricos en calcio y vitamina D" y en el caso de los productos dietéticos.

La etiqueta nutricional de un alimento es su tarjeta de presentación. Indicar el contenido nutricional de los alimentos cobra cada vez más importancia, no sólo porque los consumidores tenemos derecho a saber qué contienen los productos que compramos, sino también porque esta información permite realizar elecciones alimentarias correctas, algo necesario en casos de enfermedades que pueden estar relacionadas con la dieta. Por tanto, se trata de una forma establecida de informar sobre la composición de los alimentos. Gracias a esta información está en nuestras manos elegir alimentos sanos que nos permitan seguir una dieta equilibrada. La información debe ser completa, clara y fácil de leer, en caso contrario el etiquetado nutricional resultará una herramienta ineficaz para el consumidor.

En el año 2008 la Comisión Europea adaptó una propuesta de Reglamento para que el etiquetado de los alimentos fuera más claro:

- Los alimentos preenvasados deben llevar obligatoriamente la información sobre el contenido energético, de grasas, grasas saturadas, hidratos de carbono, azúcares y sal en la parte frontal del envase.
- El contenido se expresa por 100 g o 100 ml de producto, o por porción del alimento tal como se vende. También debe indicarse el porcentaje de la CDR (Cantidad Diaria Recomendada) cubierta. *(Sigue pág.20-21)*

• Los productos que tienen sustancias alérgenas en su lista de ingredientes deberán advertirlo, incluso si se trata de alimentos no preenvasados.



Los datos siguientes deben figurar en el etiquetado de los alimentos envasados:

• Nombre del producto, tal y como se denomina en España: no tiene que ver con la presentación o marca comercial, sino con la denominación. Por ejemplo, no es lo mismo un yogur que un preparado lácteo, o un zumo de frutas que un néctar de frutas. En algunos alimentos hay que incluir en la etiqueta la calidad específica, variedad, categoría comercial (extra, primera, segunda...) y el calibre. En frutas, verduras y hortalizas frescas se debe indicar el origen.

• Lista de ingredientes: aparecen por orden de importancia, el de más peso es el primero que aparece. Se podrá comprobar, por ejemplo, como algunos quesos de leche de oveja usan también leche de vaca o de cabra.

• El grado alcohólico para las bebidas con un grado superior al 1,2%.

• La cantidad neta en los productos envasados se expresa en peso para los alimentos sólidos y en volumen para los líquidos.

• Fecha de caducidad: indica el día y el mes en los productos muy perecederos.

• Fecha de consumo preferente, con una de las dos siguientes expresiones según sea la duración del producto: "Consumir preferentemente antes de..." seguido del día y el mes si la duración del producto es entre 3 y 18 meses, "Consumir preferentemente antes de fin de..." seguido del año para productos con duración superior a 18 meses.

Aparte de estos datos, que son los más interesantes, en la mayoría de los casos también deben figurar otros, como condiciones especiales de conservación y de utilización, modo de empleo, identificación de la empresa (nombre, razón social, etc.), lote de fabricación al que pertenece el producto y su origen, si proceden de países no miembros de la Unión Europea.

En el caso de alimentos sin envasar, tanto los productos que se presentan sin envase en los establecimientos comerciales, como los que se envasan a petición del consumidor, deben incorporar mediante etiqueta o cartel en el lugar de venta los siguientes datos obligatorios:

• Denominación del producto, el estado físico o tratamiento al que haya sido sometido y su categoría, calidad, variedad y origen.

• Lista de ingredientes, en su caso.

• Cantidad neta.

• Fecha de caducidad o fecha de duración mínima.

• Identificación de la empresa.

• Condiciones especiales de conservación, en su caso.

• En la carne debe especificarse la clase o tipo de canal de procedencia (por ejemplo, ternera de Navarra) y la denominación comercial de la pieza de que se trate (tapa, rabadilla, etc.). En los pescados debe constar la forma de presentación comercial.

Todos los productos alimenticios deben acogerse a la Norma General de Etiquetado que establece los siguientes principios:

• El etiquetado no debe inducir a engaños con respecto a la naturaleza, identidad, calidad, composición, duración, origen y métodos de fabricación del producto.

• No debe atribuir al producto cualidades o efectos que no posee.

• No debe sugerir que el producto tiene cualidades especiales cuando éstas son comunes a productos similares.

• No debe atribuir al producto cualidades terapéuticas ni preventivas.

Por otro lado con la aprobación del reglamento comunitario núm. 1924/2006, la Unión Europea unifica las declaraciones nutricionales en todos los estados miembros definiendo los requisitos que deben cumplir los productos para poder utilizarlas en sus etiquetados.

	Productos sólidos (por 100g)	Productos líquidos (por 100ml)
Bajo valor ENERGÉTICO	MenOs de 40kcal	MenOs de 20kcal
Valor ENERGÉTICO reducido	Reducción 30% respecto al producto "normal"	Reducción 30% respecto producto "normal"
Sin aporte ENERGÉTICO	Menos de 4kcal	Menos de 4kcal

	Productos sólidos (por 100g)	Productos líquidos (por 100ml)
Bajo contenido en GRASA	Menos de 3g	Menos de 1,5g
Sin GRASA	Menos de 0,5g	Menos de 0,5g
Bajo contenido en GRASAS saturadas	Suma ácidos grasos saturados y trans inferior a 1,5g	Suma ácidos grasos saturados y trans inferior a 0,75g
Sin GRASAS saturadas	Suma ácidos grasos saturados y trans inferior a 0,1g	Suma ácidos grasos saturats y trans inferior a 0,1g

	Productos sólidos (por 100g)	Productos líquidos (por 100ml)
Bajo contenido en AZÚCARES	Menos de 5g	Menos de 2,5g
Bajo contenido en AZÚCARES	Menos de 0,5g	Menos de 0,5g
Sin AZÚCARES añadidos	No se han adicionado al producto	No se han adicionado al producto

	Productos sólidos (por 100g)	Productos líquidos (por 100ml)
Bajo contenido en SODIO/SAL	Menos de 0,12g	Menos de 0,12g
Muy bajo contenido en SODIO/SAL	Menos de 0,04g	Menos de 0,04g
Sin SODIO o Sin SAL	Menos de 0,005g	Menos de 0,005g

	Productos sólidos (por 100g)	Productos líquidos (por 100ml)
Fuente de FIBRA	Más de 3g	Más de 3g
Alto contenido en FIBRA/ Rico en FIBRA	Más de 6g	Más de 6g

	Productos sólidos	Productos líquidos
Fuente de PROTEÍNAS	Mínimo del 12% del valor energético	Mínimo del 12% del valor energético
Alto contenido en PROTEÍNAS/ Rico en PROTEÍNAS	Mínimo del 20% del valor energético	Mínimo del 20% del valor energético

	Productos sólidos	Productos líquidos
Fuente de VITAMINA y/o MINERAL/ Rico en VITAMINA y/o MINERAL	Mínimo del 15% de la CDR	Mínimo del 15% de la CDR
Alto contenido en VITAMINAS y/o MINERAL	Mínimo del 30% de la CDR	Mínimo del 30% de la CDR

No obstante, a pesar de que la etiqueta actual incluye más información nutricional sobre los productos, la terminología y las fórmulas en las que está expresada en la mayoría de los casos resultan confusas o de difícil interpretación. En consecuencia no se consigue el fin para el que está concebida.

Para evitarlo algunas empresas se están centrando en diseñar instrumentos útiles que aporten datos claros, de interés y sencillos para los usuarios. Uno de los ejemplos más recientes es el llamado semáforo nutricional. Esta propuesta consiste en la inclusión en el envase del producto de una etiqueta que permite conocer con un simple vistazo, la cantidad de calorías y de los cinco principales nutrientes que influyen en la salud del consumidor (azúcar, grasa, grasa saturada, sal y fibra). Para todos ellos se ha definido una ingesta máxima recomendada (que implica que su consumo se debe vigilar, no implica prohibición), con la salvedad de la fibra, para la que se ha fijado

una ingesta diaria mínima recomendada (su consumo se debe aumentar en la medida de lo posible). La información aparece por ración del alimento y se incluye el porcentaje de cada uno de los nutrientes según la Cantidad Diaria Orientativa (CDO) que una persona adulta necesita ingerir al día. En cuanto a las CDO conviene recordar que las necesidades nutricionales difieren en función del sexo, edad, nivel de actividad física y otros factores. Hay distintas CDOs para varones, mujeres y niños. En el etiquetado nutricional para adultos se toman como referencia las CDOs para mujeres. En alimentos para niños deberían tomarse como referencia las CDOs para niños. En función de estas proporciones cada uno de los elementos estará acompañado de un color que indicará si una ración de un alimento tiene un contenido de calorías, azúcar, grasa, grasa saturada y sal alto (naranja), medio (amarillo) o bajo (verde). El color verde indica consumo libre, el amarillo consumo con moderación y el naranja anuncia atención y, por tanto, consumo con mesura. En cualquier caso, que un producto presente algún "naranja" en su etiquetado no significa que ese alimento no deba consumirse. Esa información tan sólo indica el nivel de consumo de nutrientes que hacemos a lo largo de un día, y pretende ayudar a que se realicen elecciones de consumo saludables.

En relación al etiquetado nutricional la FESNAD (Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética) estima que es fundamental:

• Instruir a los consumidores acerca de la información nutricional contenida en las etiquetas de los alimentos.

• Promocionar el uso del etiquetado nutricional por parte de los consumidores fomentando en ellos el hábito de leerlo y entenderlo.

• Instar a los responsables políticos a tomar en consideración la puesta en marcha de campañas para homogeneizar la información nutricional contenida en el etiquetado nutricional.

• Exhortar a los responsables políticos a educar a la población acerca de cómo seleccionar una dieta saludable mediante un uso consciente del etiquetado nutricional.

Comunicación en la pareja e interferencia en los hijos

Dr. Adrián Cano Prous.
Psiquiatra. Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar (UDITEF).
Dpto. Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra.
Gloria Sarría Quiroga
Licenciada en Farmacia

A nadie se le escapa hoy día que tanto el matrimonio como la familia se encuentran en una situación difícil. Los datos del Informe de la Evolución de la Familia en Europa del año 2010 revelan que cada vez nacen menos niños, se practican más abortos, se ha retrasado la edad media de maternidad y de matrimonio, se ha perdido uno de cada cuatro matrimonios que se producían hace treinta años, y las separaciones o divorcios son cada vez más frecuentes. Además, se conoce que los matrimonios tienen de media uno o dos hijos, tardan aproximadamente dos años en tener a su primer vástago y quienes que se separan lo hacen tras una media de catorce años. Si bien es cierto que en algunos casos la separación de los padres puede tener un impacto relativamente menor o se da sin demasiados antecedentes traumáticos para los hijos, en la mayoría de las ocasiones la ruptura se produce tras un período de tiempo cuanto menos de cierta tensión familiar, y a una edad –la preadolescencia/adolescencia– crucial para el desarrollo armónico de la persona.

Los datos confirman que en Europa existen más de quince millones de niños afectados por la separación de sus padres, lo que nos conduce a preguntarnos por los motivos de tanta disfunción. La mayoría de los autores apuntan a la comunicación conyugal como uno de los factores clave. Parece comprensible, por tanto, que la mejora de nuestras habilidades de comunicación pueda beneficiar la relación con otras personas tanto en el campo profesional como social, familiar y conyugal, llevando así a una mayor sensación de bienestar personal y plenitud.

¿Cómo podemos mejorar nuestra comunicación?

Un primer paso para mejorar la comunicación con nuestro cónyuge, hijos, amigos, empleados, compañeros, etcétera, pasa irremediablemente por entender lo que los investigadores sobre comunicación interpersonal de la Universidad norteamericana de Denver llaman la regla del 80/20. No es más ni menos que afrontar la resolución de un conflicto conscientes de que el ochenta por ciento de la responsabilidad recae sobre uno mismo, y el resto sobre el interlocutor. Acceder a discutir algo con alguien centrándose en lo que uno mismo puede hacer en lugar de asumir que la culpa es del otro nos situará en una actitud activa, mientras que esperar a que los demás cambien su manera de ver el problema y su comportamiento nos situará en una posición pasiva frente a la resolución del conflicto. Además, si en este último caso se llegara a una solución, muy posiblemente se acercaría más a la deseada por nuestro interlocutor que a la nuestra. Por tanto, es imprescindible tener en cuenta que la mejora de la comunicación depende de cada uno de nosotros, y que la persistencia de los conflictos nos afecta a nosotros mismos y a quienes nos rodean.

En la comunicación interpersonal, siempre entran en juego dos factores. Por una parte, el comportamiento, que hace referencia a las palabras (comunicación verbal) y las acciones (comunicación no verbal) que los demás observan en nosotros y que influyen de manera decisiva en cómo llegamos a ellos y en cómo reaccionan. El segundo factor, la actitud, hace referencia a las creencias, sentimientos e intenciones subyacentes al mensaje, y que transmite a los demás si nos importan o no ellos como personas así como lo que nos están diciendo. La combinación de estos dos factores facilitará o dificultará el proceso comunicativo. Así, en el peor de los casos, una persona con una actitud despectiva hacia el otro sin una adecuada habilidad de transmisión del mensaje fácilmente se situará por encima del otro y caerá en el abuso. Esa persona, con la misma actitud pero con buenos recursos expresivos, podría manipular al otro. Si, por el contrario, nuestra actitud es de respeto e interés hacia la otra persona pero nuestras habilidades comunicativas son escasas, podremos crear malentendidos. Finalmente, si combinamos una buena actitud hacia los demás con las habilidades adecuadas, la comunicación será acertada y, sobre todo, eficaz, además de situarnos en un perfecto punto de partida para resolver el conflicto con éxito.

¿Cómo podemos mejorar nuestro comportamiento y actitud en la comunicación con nuestra familia?

Abordemos en primer lugar algunos aspectos referentes al habla. Cuando tengamos un asunto en discusión deberemos abordarlo teniendo en cuenta cinco pasos imprescindibles. En primer lugar, analizar los datos que percibo por medio de los órganos de los sentidos respecto de lo que hacen los demás, adquiriendo así una visión objetiva de sus acciones y del entorno. Posteriormente, identificar y expresar los pensamientos que se generan en mi cabeza tras la evaluación de los datos sensoriales. Estos pensamientos variarán en función de nuestras creencias, las interpretaciones que hagamos de la realidad observada y de las expectativas que tengamos respecto a la situación o a la persona con la que discutimos. Otro paso fundamental hace referencia a la expresión de sentimientos. Reconocer las emociones que se generan en nuestro interior y comunicarlas es una forma sencilla y rápida de acercarnos a nuestro interlocutor. El siguiente paso sería comunicar nuestros deseos. Hay que tener en cuenta que en ocasiones lo que deseamos que hagan los demás puede no coincidir exactamente con lo que ellos quieren hacer, generándose a veces confusión. Por último, es preciso analizar y verbalizar las acciones que hemos realizado para solucionar el problema y las que tenemos previsto desarrollar.

Saber escuchar

En cuanto a la escucha, también podemos apuntar algunas cuestiones de interés. No cabe duda de que una escucha eficaz fundamentará la confianza de la relación. El primer eslabón que debemos tener en cuenta para mantener una escucha eficaz es prestar atención al interlocutor: dejar lo que estemos haciendo, centrar la atención en él mediante gestos, contacto visual, etcétera. Básicamente, la clave de una buena escucha es el reconocimiento de la experiencia del otro, y el objetivo debe ser conseguir que el otro sienta que le hemos comprendido y participamos de lo que ha vivido. Para alcanzar este reto podemos invitar a nuestro interlocutor mediante las preguntas pertinentes, a que nos dé más información sobre el problema. De esta forma, profundizaremos en el conocimiento de su experiencia y vivencia y aumentaremos nuestra capacidad de atención. Finalmente, la verbalización de un resumen de la experiencia que hemos oído, sin añadidos ni restricciones, también asegurará al interlocutor que su mensaje ha sido recibido correctamente.

El engranaje de todos estos factores y habilidades es un arte que requiere voluntad y práctica, y cada pequeño avance nos permitirá obtener resultados visibles en nuestras relaciones interpersonales y en las respuestas de los demás. No olvidemos que cada uno es responsable de su forma de comunicarse y de las soluciones que dé a los conflictos que puedan surgir con otras personas.

La alimentación de los mayores: fuente de salud

María Marqués
Dietista-Nutricionista
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra

En los últimos años,, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente situándose por encima de los 70 años, en los países desarrollados. El concepto de calidad de vida ha tomado un mayor protagonismo entre quienes alcanzan la tercera edad, siendo importante no sólo cumplir años, sino hacerlo en el mejor estado físico y mental posible. Una buena alimentación y un estilo de vida saludable son fundamentales para lograr este objetivo, ya que pueden ayudar a prevenir ciertas enfermedades que aparecen a lo largo de la vida adulta, o a mejorar su tratamiento.

La OMS reconoce a la población anciana como uno de los grupos más vulnerables desde el punto de vista de la nutrición, debido a una serie de factores de riesgo que hay que tener en cuenta a la hora de planificar bien el esquema alimentario.

Son frecuentes los problemas de masticación, insalivación y deglución. Se producen alteraciones en la sensibilidad a los alimentos, y en la capacidad digestiva y el apetito, que pueden derivar en un descenso de la ingesta, conocido como "anorexia del envejecimiento". Además, es frecuente la tendencia al estreñimiento.

Se reduce la actividad física y el gasto energético, que lleva a un aumento paulatino de peso, y que supone un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades asociadas: diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Se producen variaciones en la composición corporal y en la distribución de tejidos. Disminuye el contenido en agua, la masa muscular y el tejido óseo, mientras que la grasa corporal aumenta.

La hospitalización, interacciones fármacos-nutrientes. Situaciones de aislamiento, soledad, dificultad económica, poca habilidad culinaria, o factores psíquicos como depresión, demencia senil, etc. Todos ellos pueden conducir a dietas muy restrictivas y monótonas que afecten al estado nutricional.

Requerimientos de energía y nutrientes

Energía. El descenso del metabolismo basal, junto con una menor actividad física supone una reducción de las necesidades energéticas. A los 70 años el aporte energético se reduce un 20% en hombres y un 15% en mujeres, respecto a la edad adulta.

Proteínas. La pérdida de masa muscular se relaciona con el deterioro funcional y una menor autonomía, por lo que la ingesta proteica diaria debe ser de 1g – 1.25g por kg de peso, especialmente a base de proteínas de alto valor biológico (carnes, pescados, huevos, lácteos y legumbres combinadas con cereales).

Grasas. Se recomienda moderar el consumo de grasas y dar preferencia a las grasas de origen vegetal, especialmente el aceite de oliva y las grasas omega-3 (pescado azul y frutos secos). Reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol, presentes en carnes y derivados, lácteos enteros, repostería industrial y mantequilla.

Hidratos de carbono. Mantener un correcto aporte de hidratos de carbono para evitar alteraciones metabólicas (cetosis, hipoglucemia), dando preferencia a los hidratos de carbono complejos (legumbres, cereales, vegetales) y reduciendo el consumo de azúcares simples (mermeladas, azúcar, dulces).

Fibra: Contribuye a mejorar el tránsito intestinal y distintas patologías (diabetes, HTA, hipercolesterolemia). La ingesta diaria debe ser de 25-30g de fibra, a través de legumbres, frutas y verduras, cereales integrales y frutos secos.

Minerales y vitaminas

Calcio y vitamina D. Importantes para la salud de los huesos. Presentes en lácteos, pescado azul y mariscos, vegetales de hoja verde. La vitamina D se puede sintetizar con la exposición solar moderada, y contribuye a una correcta fijación del calcio en los huesos.

Cinc. Es fundamental para el sentido del gusto y su carencia se asocia a una mala cicatrización de las heridas. Se encuentra en frutos secos, legumbres, cereales, mariscos, carnes rojas.

Vitaminas antioxidantes. Protegen frente a las reacciones que pueden conducir a la aparición de cáncer, enfermedad isquémica y cataratas. Presentes en frutas y verduras, frutos secos y aceites vegetales

Agua. Es un elemento vital en la dieta de los mayores ya que con la edad, la sensación de sed está disminuida y el consumo de agua suele ser inferior a las necesidades. Es importante ingerir entre 8 y 10 vasos de agua diarios, aunque no se tenga sed. Los alimentos y preparaciones con alto contenido en agua (zumos de fruta, caldos de verduras, infusiones, sopas y purés), contribuyen a la ingesta diaria de líquidos.

Pautas para comer bien

La dieta debe individualizarse en función de las particularidades de la persona (actividad física, enfermedades, nivel de autonomía, recursos, etc.), recurriendo a la máxima variedad y procurando que la presentación sea agradable y vistosa.

Es importante fraccionar la alimentación en 4-6 tomas, tres comidas principales y dos tentempiés, para repartir la cantidad de los alimentos a lo largo del día. Es preferible comer un poco de todo, en pequeñas cantidades.

En cuanto a las técnicas culinarias, se recomienda emplear las más sencillas (plancha, horno, vapor, papillote) porque así las comidas resultan más fáciles de digerir. El aceite de oliva debe ser la grasa principal para cocinar y aliñar. Los condimentos suaves y aromáticos mejoran el sabor de los platos y se reduce el consumo de sal.

Cuando se presenten problemas de masticación o deglución, será necesario modificar la textura de los alimentos y adaptar las preparaciones culinarias. Por ejemplo, las verduras y legumbres se pueden presentar en forma de puré; las frutas, trituradas, asadas o en compota; las carnes y pescados se pueden picar y preparar albóndigas o hamburguesas caseras, canelones.

Alimentos recomendados

GRUPO DE ALIMENTOS	RACIONES RECOMENDADAS	OBSERVACIONES
CEREALES Y DERIVADOS: PAN, ARROZ, PASTA...	4-6 RACIONES/DÍA	VARIEDADES INTEGRALES
FRUTAS Y VERDURAS	≥ 5 RACIONES/DÍA	1 RACIÓN DE ENSALADA, SI NO HAY PROBLEMAS DE MASTICACIÓN
LEGUMBRES	≥ 3 RACIONES/SEMANA	TRITURARLA SI RESULTA INDIGESTA. COCINAR CON VERDURAS, ARROZ O PATATA
LÁCTEOS	2-4 RACIONES/DÍA	DESNATADOS O SEMIDESNATADOS
CARNES	3-4 RACIONES/SEMANA	ESCOGER CARNES MAGRAS Y REDUCIR CARNES GRASAS, PROCESADAS Y EMBUTIDOS
PESCADOS Y MARISCOS	≥3 RACIONES/SEMANA	1 O MÁS RACIONES DE PESCADO AZUL. LAS CONSERVAS CONTIENEN MÁS SAL.
HUEVOS	3-4 UNIDADES/SEMANA	COCCIONES SENCILLAS
FRUTOS SECOS	>3 RACIONES/SEMANA (15-25G)	SI RESULTAN DUROS SE PUEDEN TRITURAR Y AÑADIR A YOGURES, LECHE, BATIDOS....
ACEITES Y GRASAS	ACEITE DE OLIVA	EVITAR MANTEQUILLA, MARGARINA, ETC.
BEBIDAS ALCOHÓLICAS	SI HAY COSTUMBRE, 1-2 VASITOS DE VINO EN LAS COMIDAS	EVITAR BEBIDAS DE ALTA GRADUACIÓN
AGUA Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS	8-10 VASOS/DÍA	AGUA DE BEBIDA U OTROS LÍQUIDOS

La dieta Mediterránea es un reflejo de nuestra cultura, y este patrón alimentario es un modelo de garantía para mantener una buena calidad de vida, pues no sólo se basa en una alimentación adecuada, sino que se acompaña de un estilo de vida saludable que incluye la práctica regular de actividad física, adaptada a las capacidades individuales, el abandono de hábitos perjudiciales (tabaco, alcohol, auto medicación) y la ocupación del tiempo libre con actividades recreativas.

Cómo puedo sospechar que estoy padeciendo un problema cardiaco

Dr. Miguel Ángel Imízcoz Zubigaray
Cardiólogo del Área Clínica del Corazón
Complejo Hospitalario de Navarra

Cada día son muchas las personas que enferman de su corazón, y las enfermedades cardiovasculares junto con algún tipo de cáncer se encuentran entre las primeras causas de enfermedad y muerte.
El sistema cardiovascular puede enfermar a varios niveles, pero nos limitaremos a conocer alguno de los problemas cardiacos más frecuentes. Las causas pueden ser varias, por una parte está el propio envejecimiento cardiaco, que igual que el resto del organismo, también envejece, y por otra parte podemos decir que en función del tipo de vida que hemos seguido tendremos más riesgo de padecer alguna de las diferentes enfermedades cardiacas.

¿Pero cómo sabemos que estamos sufriendo un problema cardiaco? Sin olvidar que el diagnóstico preciso corresponde al personal sanitario, cada uno de nosotros puede ponerse en guardia si identifica alguno de los síntomas que describiremos a continuación. Con el fin de hacerlo más sencillo contaremos de forma resumida la historia de varios enfermos, con nombres figurados y los síntomas que padecieron.

Infarto de miocardio

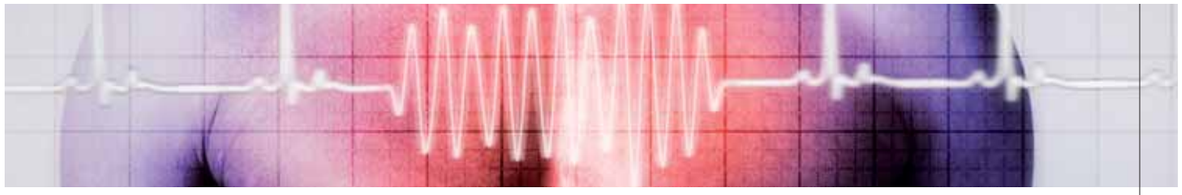
Pedro es un hombre de 59 años, que volvió de trabajar del turno de tarde, cenó y se acostó. Es fumador de 15 cigarrillos al día y en los análisis de empresa alguna vez le habían dicho que tenía el colesterol algo alto. A las tres de la madrugada se despierta con un dolor que nunca había sentido, en el centro del pecho, lo nota como si tuviera un peso sobre él, se encuentra mal y comienza a preocuparse al no desaparecer en unos minutos y comenzar a notar que ambos brazos están como agarrotados. Al cuarto de hora, asustado, despierta a su mujer, que avisa a los servicios de urgencia.
¿Qué está sucediendo? La historia que nos cuenta Pedro es la más típica de un infarto agudo de miocardio. Es un hombre con algún factor de riesgo de padecer enfermedad coronaria (es fumador y tiene el colesterol algo alto), y sin tener ningún aviso previo comienza con dolor en el pecho, que tiene carácter de opresión, y dura más de 15 minutos. Aunque todavía no sabemos cómo están sus arterias coronarias lo más probable es que en alguna de ellas se ha formado un trombo que la ha ocluido completamente y el dolor se produce porque la zona de miocardio que depende de esa arteria se ha quedado sin riego. El objetivo es actuar lo más rápidamente posible para conseguir deshacer el coagulo. Esto se puede hacer con medicamentos o con un catéter. Debemos intentar recuperar la mayor parte de miocardio y cuanto antes se actúe, más musculo cardiaco se salva.

Angina de pecho

Virtudes es una mujer de 67 años. Varios miembros de su familia han padecido problemas coronarios. Hace años que le diagnosticaron hipertensión arterial. Acude a su médico porque desde un mes antes, al salir de casa, sobre todo si hace frio o cuando camina rápido por la calle con algo de peso, nota sensación de malestar en el centro del pecho y la espalda que le obligan a pararse desapareciendo en menos de un minuto. Nunca ha tenido síntomas cuando está en casa y siempre los dolores han sido muy cortos.
Virtudes está sufriendo desde hace un mes angina de pecho, que a diferencia del infarto de miocardio no llega a destruir el músculo cardiaco. Es casi seguro que alguna de sus arterias coronarias está enferma, pero no ocluida del todo. La alternativa que decidirá su médico será comenzar con fármacos o en algunos casos le aconsejará realizar un cateterismo cardiaco para conocer el estado de sus arterias.

Insuficiencia cardiaca

Tiene 79 años, es Carmen. A los 65 años sufrió un infarto de miocardio, que aunque no tuvo complicaciones ya le dijeron que le había dejado su corazón más débil. Estos años los ha pasado bien, cuidándose, pero en los últimos meses, después de padecer una gripe siente que tiene dificultad para respirar. Al principio le costaba subir escaleras, pero ahora tiene que pararse varias veces al pasear por llano. Alguna noche se ha despertado con necesidad de sentarse en la cama, hasta recuerda una noche que durmió varias horas en un sillón. Coincidiendo con esto orina algo menos, se le hinchan los tobillos para final de la tarde y se ha sorprendido porque comiendo menos ha ganado dos kilos de peso en el último mes.
¿Qué le pasa a Carmen? Lo que nos cuenta son síntomas de insuficiencia cardiaca. Alguna parte de su corazón ya quedó débil después de aquel infarto y es frecuente que a lo largo de los años esa misma zona, u otras próximas se debiliten de forma que la función de impulsar la sangre que tiene el corazón se vea alterada, y basta un problema menor como es una gripe la que ponga de manifiesto esta debilidad. A Carmen hay que decirle que no podremos cambiar su corazón, pero que disponemos de medicamentos muy potentes que casi seguro le volverán a permitir hacer la misma vida que hacía antes de este incidente.



Síncope

Llamamos síncope a la pérdida de conocimiento que se produce porque durante un corto periodo de tiempo no llega suficiente sangre al cerebro.
Hermenegildo ya tiene 86 años. Ha trabajado toda su vida en el campo y todavía hace pequeñas labores en su huerto. Nunca ha tenido problemas, pero desde hace un par de semanas tiene mareos bruscos, muy cortos, que no se acompañan de otros síntomas. Consulta porque estando hablando con un amigo, se desploma bruscamente, cae al suelo golpeándose en la cabeza, y en pocos segundos recupera el conocimiento. Sabe dónde está y dice: ¿Qué me ha pasado? .Su amigo nos cuenta que no le notado nada antes de caerse y que aunque no sabe con precisión cuanto tiempo ha estado inconsciente le parece que no ha llegado ni a un minuto.
Lo más probable es que Hermenegildo haya presentado una pérdida de conocimiento porque su ritmo cardiaco se ha detenido durante unos segundos. Son suficientes unos 8 a 10 segundos de pérdida del ritmo para que se pierda el conocimiento. El sistema de control de la frecuencia cardiaca, similar a un sistema "eléctrico", también envejece y se vuelve más torpe dando lugar en algunos sujetos a pausas del ritmo. En ocasiones es muy difícil demostrar este hallazgo, pero si en el electrocardiograma del paciente comprobamos esta alteración el problema se puede resolver implantando un marcapasos. A Hermenegildo, después de colocarle el marcapasos se le puede permitir que siga haciendo pequeños trabajos a los que estaba acostumbrado.

Arritmias

Ana, con 19 años, ya ha visitado el Servicio de Urgencias en varias ocasiones porque brúscamente comienza a notar que su corazón se dispara en el pecho. Suele esperar unos minutos, pero ya sabe por experiencia que si no cede debe acudir al hospital donde le ponen un medicamento intravenoso que rápidamente normaliza el ritmo de su corazón. Después de la crisis se queda un poco más cansada, pero al día siguiente ya hace su vida normal, incluso juega en un equipo de baloncesto y lo lleva bien.
Ana sufre un problema del ritmo del corazón que llamamos arritmia porque posiblemente desde antes de su nacimiento, cuando se está formando el corazón, se produce alguna anomalía que facilita la aparición de alteraciones en el ritmo cardiaco. Si acude a su médico le aconsejará el tratamiento para terminar una crisis cuando se ha producido, pero según el tipo de la arritmia puede proponerle solucionar el problema definitivamente con técnicas de radiofrecuencia aplicadas con catéteres dentro del corazón. Puede merecer la pena aceptar esta técnica si la solución es definitiva.

Consejos generales

- Cuando sienta alguno de los cuadros clínicos descritos CONSULTE. El diagnóstico lo hará el personal sanitario.
- Recuerde que el tiempo es importante para evitar más daño a nivel del corazón.
- Algunas enfermedades se pueden evitar o al menos conseguir que sean menos trascendentes con la PREVENCION de las mismas y el AUTOCUIDADO.

La demencia se puede prevenir

Germán Jusué Erro
Neuropsicólogo Clínico y Responsable de la Unidad de Deterioro Cognitivo de Salud Mental
Uxua Ardanaz Elcid
Psicóloga Clínica de la Unidad de Deterioro Cognitivo de Salud Mental
Estefanía Pérez Vicente
Psicóloga Interna Residente (PIR). Clínica Universidad de Navarra

Se define la demencia como un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido y progresivo con gravedad suficiente como para afectar al funcionamiento social y profesional.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la más común, seguido de la Demencia Mixta (vascular/EA) y la Demencia Vascular (DV).

El impacto de la demencia es de gran alcance y tiene cada vez una mayor repercusión sociosanitaria: no afecta sólo a la salud y al bienestar del paciente, sino que también está asociado a una sobre-carga para el cuidador con repercusión directa en su calidad de vida, a un incremento del uso de los servicios sanitarios, a un aumento de recursos y necesidades de cuidado a largo plazo, además de provocar una progresiva sangría de los recursos sociales y personales.

Se calcula que la población mundial con demencia es actualmente de 35,6 millones. Las perspectivas futuras, teniendo en cuenta el continuo incremento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población, superarán los 100 millones en el año 2050. En este sentido es de trascendental importancia el dato, según estudios epidemiológicos realizados, de que retrasar un año su inicio mediante esfuerzos de prevención puede reducir la prevalencia total en 9,2 millones en el 2050. Y sólo cinco años de retraso en su aparición clínica suponen una disminución de la mitad de su prevalencia.

Por tanto, la pregunta clave es ¿se puede prevenir actualmente la demencia? La respuesta rotunda es SI. Una afirmación radical que no podría haberse hecho en la década pasada, pero que requiere algunas matizaciones:

• La primera es precisar el subtipo de demencia. Nos referimos obviamente la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la Demencia Vascular y que conforman con mucha frecuencia una unidad, la Demencia Mixta.

• La segunda matización es la "relativa calidad científica" de las pruebas que sustentan esta manifestación. Provienen de meros estudios longitudinales de cohortes, pero que también están admitidos por la comunidad científica.

• Otra matización necesaria es que los estudios sobre los factores de riesgo prevenibles en la DV y EA, son aún escasos y recientes.

Los estudios ya existentes de la última década, como los de Hughes y Ganguli, señalan de forma consistente la existencia que factores de riesgo en la edad media de la vida (factores de riesgo vascular, del estilo de vida y sus variables) que pueden facilitar la aparición de demencia y que son prevenibles, despertando todo ello gran interés.

La demencia en general y la EA en particular se comportan como enfermedades crónicas multifactoriales, donde la prevención parece que tiene que ser razonablemente posible. Es muy verosímil que una sociedad con mejor salud y educación desde la infancia y con una prevención de los factores de riesgo vascular y un estilo de vida más saludable en la adultez genere un retraso en la aparición de la demencia o su disminución. Si es así, estamos ante una excelente noticia porque en las décadas venideras van aumentar las personas en riesgo por el envejecimiento de la población. Si se consigue retrasar la edad de aparición, la epidemia futura disminuirá y con ello, la carga sanitaria, social y económica.

El riesgo de sufrir demencia se asocia tanto a factores no-modificables (genéticos, edad, sexo,..) como modificables o ambientales. Los factores ambientales pueden modificar el riesgo de sufrirla, contribuyendo, por ejemplo, a la 'reserva cerebral'o 'reserva cognitiva'.

Factores de riesgo

Para hacer prevención primaria de la demencia hay que conocer primero los factores de riesgo de la misma, si estos son modificables y en que grado. Y si hay evidencia suficiente de que modificar estos factores va a dar lugar a una reducción de su incidencia. También hay que conocer los factores protectores para potenciarlos.

Antes de pasar a exponer los principales factores de riesgo modificables y las correspondientes actuaciones preventivas, señalaremos brevemente los principales factores de riesgo no-modificables sobre los cuales no cave, ni es posible por ahora, llevar a cabo actuaciones preventivas.

A. Factores de riesgo no-modificables de la demencia.

1. *La edad*

Es el mayor factor de riesgo no-modificable para la demencia por Enfermedad de Alzheimer (EA), Demencia Vascular (DV), Demencia de Cuerpos de Levy (DBL). En general, la prevalencia de la EA y de la DV se duplica cada cinco años aproximadamente a partir de los 65 años.

2. *Sexo femenino*

Varios estudios relacionan el sexo femenino con mayor riesgo de padecer demencia, especialmente EA. Aunque otros estudios no observan dicha asociación hasta edades muy avanzadas donde hay mayor población femenina.

3. *Antecedentes familiares*

Los familiares de primer grado de pacientes con EA tiene un 10% y un 30% más de probabilidad de desarrollar la enfermedad.

4. *Factores genéticos*

Menos de un 1% de los casos de demencias neurodegenerativas se encuentran genéticamente determinadas, esto es, una alteración genética concreta es la causa de la enfermedad.

Estos casos presentan una sintomatología similar a las formas no-genéticas, excepto la "edad de inicio" que es habitualmente de "inicio precoz" (< 65 años) en los casos genéticos.

B. Factores de riesgo modificables de la demencia.

Pero lo que nos interesa en esta exposición es señalar los factores de riesgo modificables que se relacionan con la aparición de la enfermedad. Así como las actuaciones realizadas sobre ellos y su efecto preventivo. Haré una exposición detallada de los más conocidos y estudiados, el grado en que son modificables y su incidencia en la reducción de la demencia. Deteniéndome más específicamente, por mi condición profesional de psicólogo clínico, en aquellos factores relacionados con la conducta o "estilos de vida".

B.1. Factores de riesgo vascular.

1. *Accidente vascular cerebral*

• Haber sufrido un accidente cerebro-vascular (ACV) previamente a la demencia es un criterio diagnóstico de DV. También aumenta el riesgo de padecer EA y demencia en general

• Así mismo, la presencia de infartos cerebrales silentes se ha asociado a mayor riesgo de DV y de cualquier otra demencia.

2. *La hipertensión arterial*

• La HTA se asocia a mayor riesgo de EA y de demencia en general.

• Los mecanismos potenciales que explican la relación entre la hipertensión en la edad media y el aumento del riesgo de sufrir demencia incluyen ateroesclerosis, lesiones de la sustancia blanca (indicativo de isquemia), además de un aumento de placas neuríticas y ovillos en el neocórtex y el hipocampo, y atrofia hipocámpica y amigdalar.

• Aunque los datos disponibles de "estudios clínicos" no apoyan contundentemente que el tratamiento de la HTA reduzca el riesgo de demencia.

3. *Hipercolesterolemia*

• Estudios longitudinales han demostrado que le elevación del colesterol total en la edad media se asocia a mayor riesgo de demencia y EA; pero no en edad avanzada.

• Se necesitan más estudios prospectivos y ensayos clínicos que empiecen en las etapas medias de la vida para determinar si los fármacos para controlar la hipercolesterolemia pueden reducir la prevalencia del deterioro cognitivo y la demencia.

4. *Diabetes Mellitas (DM)*

• En varias revisiones sistemáticas la incidencia de demencia (EA y DV) se comprobó que era mayor en individuos con DM que sin DM. Aunque no en todos los estudios.

• Se ha demostrado que la diabetes mellitus de tipo II en la edad media esta asociada a un aumento del riesgo de sufrir demencia.

• También aquí, se necesitan más estudios prospectivos y ensayos clínicos que empiecen en las etapas medias de la vida para determinar si los fármacos para mejorar el control glucémico pueden reducir la prevalencia del deterioro cognitivo y la demencia.

5. *Hiperhomocisteinemia*

• Algún estudio prospectivo ha relacionado la hiperhomocisteinemia con aumento de la incidencia de demencia y EA

• Pero no se ha visto mejoría cognitiva al normalizar los niveles de homocisteina con la toma del complejo B.

En general, los datos sobre la existencia de relación entre las enfermedades vasculares y la demencia sugieren una relación no lineal, en la que unos niveles altos en la adultez y unos niveles bajos en la vejez se asocian a una elevada probabilidad de sufrir demencia posteriormente.

B.2. Otros factores biológicos.

6. *Hipertiroidismo*

Pocos estudios. Un estudio relaciona niveles bajos de TSH con mayor riesgo de padecer EA

7. *Niveles de hormonas sexuales en sangre*

Pocos estudios. Un estudio longitudinal relaciona los niveles altos de estradiol total con un mayor riesgo de padecer demencia en mujeres. Otro estudio longitudinal relaciona el índice de testosterona libre con menor riesgo de padecer EA.

B.3. Factores de riesgo relacionados con los "estilos de vida".

8. *Depresión*

• Un meta-análisis concluye que la Depresión no sólo es un síntoma prodrómico de la Demencia, sino que también es un factor de riesgo de padecer EA.

• Importancia de su detección, diagnóstico y tratamiento apropiado, principalmente en edades medias de la vida.

9. *Dieta alta en grasa y pobre en omega-3*

• La dieta es una parte importante de un estilo de vida saludable e influye en el riesgo de padecer varias enfermedades, incluido demencia y en el proceso de envejecimiento en general.

• Una dieta reducida en grasas y un mayor consumo de ácidos grasos poli-insaturados omega-3 (pescado) en las etapas medias de la vida se asocian a un menor riesgo de EA entre los portadores de ApoE e4, mientras que la grasa saturada aumenta el riesgo.

• Se está examinando la influencia de patrones de dieta como la mediterránea (con elevada ingestión de frutas, hortalizas, productos integrales y pescado) en la vejez, asociándose a una disminución del riesgo de padecer EA.

10. *El uso de fármacos*

• Meta-análisis de estudios observacionales y prospectivos han mostrado un menor riesgo de demencia en los usuarios de AINE (ibuprofeno o naproxeno). No se ha observado efecto en estudios con aspirina.

• Estudios observacionales con vitamina C o E han mostrado resultados variables y poco consistentes que apoyen su uso para reducir el riesgo de demencia.

• Hay estudios que sugieren que la "terapia hormonal sustitutoria" (THS) podría reducir el riesgo de demencia en la época perimenopáusica, pero que aumentaría el riesgo a partir de los 65 años.

• Los sujetos vacunados de difteria, tétanos, poliomielitis o gripe tuvieron menor riesgo de demencia que los no-vacunados.

11. *Consumos*

• Aunque estudios pasados sugerían que fumar reducía el riesgo de demencia, estudios más recientes longitudinales han identificado un mayor riesgo de EA en fumadores.

• El consumo moderado de alcohol (no el excesivo y/o abusivo) se asocia a un menor riesgo de EA, según un meta-análisis de 23 estudios longitudinales.

(Sigue pág.30)

• Se ha constatado que un consumo alto de cafeína esta asociado a una disminución del riesgo de sufrir EA. Los efectos beneficiosos de la cafeína pueden generarse a través de mecanismos que reducen la producción de A o mediante el aumento del nivel de proteínas cerebrales importantes para el aprendizaje y la memoria.
• Aumento del riesgo de demencia por obesidad y también por infrapeso.

12. *Actividad física*

• La importancia de la actividad física en la salud es bien conocida, pero, hasta hace poco, no se había prestado atención al papel que juega en la salud cerebral y cognitiva.
• En un estudio aleatorizado reciente, realizado para confirmar el efecto que la actividad física tiene sobre la función cognitiva de las personas mayores, se observó una disminución moderada del declive cognitivo en los pacientes que participaron en un programa de actividad física de seis meses de duración en comparación con el grupo control con actividad habitual, durante un periodo de seguimiento de 18 meses.
• Se han publicado también recientemente en la revista Proceedings of the National Academy of Sciences USA los siguientes resultados: El entrenamiento aeróbico continuado en adultos mayores sedentarios aumenta el tamaño del hipocampo (en un 2,12% el izquierdo y en un 1,97% el derecho) y mejora la memoria (esta mejoría se asoció con el aumento del tamaño del hipocampo), un año después de haber empezado con el entrenamiento. Por el contrario en el grupo control, sin entrenamiento aeróbico continuado, se observó una disminución de un 1,40% y 1,43% en el hipocampo izquierdo y derecho, respectivamente.
• En una revisión sistemática también se ha observado relación entre actividad física y menor riesgo de desarrollar demencia.
• La actividad física puede beneficiar a la salud cognitiva mediante: (a) Los beneficios observados en el sistema cardiovascular, que se extienden al sistema cerebro-vascular. (b) El incremento de la neurogénesis, principalmente a nivel del hipocampo. (c) La mejora de la citoarquitectura cerebral y de las propiedades electrofisiológicas. (d) El aumento de los factores de crecimiento cerebrales. (e) Una disminución de la formación de las placas amiloides en la EA.

13. *Actividad intelectual*

• Hay un inusitado interés en saber si la actividad mentalmente estimulante beneficia a la salud cerebral y cognitiva, de forma análoga a los beneficios establecidos de la actividad física sobre la salud cerebral y cognitiva.
• En estudios longitudinales, el enfrentarse a actividades intelectuales desafiantes de forma periódica, se ha asociado a una disminución del riesgo de padecer demencia. Especialmente si desarrollan tareas novedosas, como aprender otro idioma, resolver problemas, actividades creativas,..
• También se ha asociado una disminución del riesgo de padecer demencia con el desarrollo de trabajos más desafiantes y complejos.
• Dos estudios han examinado prospectivamente el papel de las actividades cognitivas en la edad media sobre el riesgo de sufrir demencia en la EA. Ambos estudios incluyen un análisis doble para controlar la genética y el entorno no controlado de las primeras etapas de la vida. Los resultados de cada uno de estos estudios sugieren que una mayor participación en actividades cognitivamente estimulantes se asocia a una disminución del riesgo de sufrir demencia y de padecer EA en las mujeres.
• Participar en actividades mentalmente estimulantes puede considerarse como la estrategia más directa para: (a) Aumentar la reserva cerebral mediante la inducción de neurogénesis y sinaptogenesis. (b) Aumentar la reactividad sináptica del hipocampo. (c) Mejorar la vasculatura cerebral. (d) Disminuir el depósito de A en el cerebro. (e) Reorganizar las redes neurocognitivas. (f) Atenuar las reacciones adversas de las hormonas del estrés en el cerebro. (g) Modificar la asociación entre la densidad de las lesiones de la sustancia blanca, que refleja microangiopatia. (h) Mejorar el rendimiento cognitivo.
• Aunque los resultados actuales son francamente prometedores en relación con los efectos protectores de las actividades intelectuales contra la demencia, los datos procedentes de los ensayos controlados aleatorizados con estimulación cognitiva son muy variados. Sigue sin haber datos aún suficientes para realizar una recomendación específica sobre qué actividades cognitivas realizar, con que frecuencia, dosis y duración de las mismas.

Conclusiones

Mantener la salud cognitiva en la vejez es una prioridad de salud pública, ya que la población de personas mayores crece a un ritmo sin precedentes.
Esta revisión se centra en los datos que parecen indicar la existencia de conductas modificables en las etapas medias de la vida, que pueden reducir el riesgo de sufrir demencia mediante la contribución a la reserva cognitiva/cerebral y el retraso de la expresión clínica de sus síntomas.
Somos conscientes de que los datos son aún escasos para afirmar con contundencia de que el riesgo de sufrir demencia se pueda modificar mediante cambios de comportamiento en las edades medias. Se necesitarán más estudios bien diseñados antes de hacer indicaciones muy específicas (aunque si caben ya recomendaciones) a los adultos de mediana edad en relación con los cambios de comportamiento que pueden reducir el riesgo de padecer demencia en el futuro.
Con todo, este conocimiento sobre los factores de riesgo modificables, en relación con la reducción del riesgo de padecer demencia en el futuro, es el gran logro aportado por la neurociencia. De nuevo se constata que no parece existir ningún "elixir mágico" (pastilla milagrosa) capaz de mejorar / prolongar nuestra vida sin esfuerzo o disminuir el riego de demencia. Los cambios positivos que se produzcan son producto de un cambio en el estilo de vida, que está gobernado por nuestras capacidades.
En conclusión, el ejercicio físico continuado y moderado, el control de la ingesta alimentaria con un aporte calórico moderado, el ejercicio y estimulación intelectual y el desterrar hábitos nocivos, son piezas fundamentales para conseguir un envejecimiento saludable y satisfactorio, además de reducir el riesgo de demencia.
(Ver Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)

Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. ¿Técnicas conservadoras o mastectomía?

Dr. Fernando Domínguez Cunchillos
Cirujano de la Unidad de Patología Mamaria
Complejo Hospitalario de Navarra B

Tratamiento conservador por un cáncer de mama de tamaño pequeño, realizado en el cuadrante superior y externo de la mama derecha

Introducción

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

Abordamos en este número todos los aspectos relacionados con el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Tanto si se decide una técnica mutilante (mastectomía) como si se opta por la extirpación del tumor maligno y sus márgenes (tratamiento conservador), la terapia quirúrgica ha sido y constituye todavía actualmente, el pilar fundamental de la terapia de esta enfermedad.
Excluimos la parte de tratamiento quirúrgico reconstructivo y la cirugía oncoplástica, que están orientados a restablecer la forma y la estética de la mama, afectadas por el tumor maligno y por el tratamiento.
Estas técnicas son también de la máxima importancia y serán tratadas en capítulos posteriores.
La extirpación quirúrgica de los cánceres de mama se puede realizar antes o después de los tratamientos que actualmente llamamos complemetarios (radioterapia, quimioterapia y terapias hormonales). Habitualmente se realiza como primer tratamiento en tumores de tamaño pequeño o mediano, mientras que en los cánceres de mayor tamaño, la cirugía se indica después de haber conseguido una reducción tumoral mediante quimioterapia.

En el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, que junto a la radioterapia, forma parte de su tratamiento local y/o regional, se diferencian dos tipos de técnicas, las conservadoras y las mastectomías. Es conveniente, para facilitar la exposición, dividirla en dos partes; la primera, las técnicas sobre la mama y, la segunda, las técnicas sobre las cadenas ganglionares (fundamentalmente linfadenectomía axilar y biopsia de ganglio centinela). Ante el diagnóstico de cáncer de mama, el médico siempre debe plantearse si es posible conservar la mama; dicho de otro modo, si puede hacerse tratamiento conservador o es obligada la mastectomía.

Lejos quedan, afortunadamente, los años en los que el diagnóstico de cáncer de mama implicaba sistemáticamente un tratamiento mutilante mediante mastectomía. Actualmente, a toda paciente diagnosticada de un cáncer de mama debe ofrecérsele la posibilidad de ser tratada con técnicas conservadoras de la mama por múltiples razones:
a) Se diagnostican tumores de menor tamaño gracias a la sensibilización de la población, a las campañas de detección precoz, y al avance de las técnicas diagnósticas.
b) Existe un mayor grado de información en la sociedad, acerca de las distintas opciones terapéuticas, de modo que las pacientes demandan, cada vez más, técnicas menos mutilantes.
c) El tratamiento conservador facilita el diagnóstico temprano, ya que si las mujeres que sienten, o temen padecer un cáncer de mama, supieran que no se les va a realizar una mastectomía, acudirían antes al médico ante la aparición de cualquier síntoma sospechoso.
d) Finalmente, y este es el argumento de mayor peso para mantener una actitud conservadora, no se han observado diferencias en cuanto a resultados de supervivencia entre las pacientes tratadas mediante técnicas quirúrgicas conservadoras complementadas con radioterapia y las pacientes sometidas a mastectomía.
Sin embargo, el cirujano siempre debe tener presente cuál debe ser el objetivo del tratamiento conservador del cáncer de mama, que no es otro que obtener un resultado estético aceptable, pero logrando al mismo tiempo un tratamiento oncológico correcto; es decir, se deben alcanzar, al menos, iguales resultados que con los tratamientos mutilantes. Se trata de una patología maligna y lo esencial es realizar un tratamiento oncológico correcto y conservar la mama sólo cuando sea posible. Existen, por tanto, una serie de requisitos mínimos necesarios para poder abordar un tratamiento conservador.
1.- El Centro debe tener capacidad técnica para efectuar el seguimiento con medios suficientes y personal especializado, y contar con una Unidad de Patología Mamaria que elabore protocolos, evalúe resultados y garantice el seguimiento de las pacientes.
2.- El tumor y la paciente también deben cumplir varios requisitos.
a) Es de la máxima importancia que exista una relación adecuada entre el volumen de la mama y el volumen del tumor, que permita un resultado estético aceptable. La posibilidad de aplicar quimioterapia antes de abordar el

(Sigue pág. 32-33)

tratamiento quirúrgico para reducir el tamaño del tumor (quimioterapia neoadyuvante) facilita que puedan hacerse técnicas conservadoras en pacientes que sin ser tratadas de esta forma no podrían beneficiarse de las ventajas que proporciona el tratamiento conservador.

b) El tumor no debe tener varios focos alejados entre sí (no debe ser multifocal), ni debe existir discordancia entre su tamaño clínico y el radiológico; y la mama no tumoral ha de tener características clínicas y radiológicas que no dificulten excesivamente el seguimiento posterior de la paciente.

c) Además, la paciente debe recibir información veraz y exenta de subjetividad por parte del médico, acerca de las distintas opciones de tratamiento, evitando que el estado psicológico de la paciente condicione su decisión. El médico debe comprobar que la paciente ha comprendido y aceptado los inconvenientes del tratamiento conservador (necesidad de radioterapia, posibilidad de una segunda intervención en caso de no obtener márgenes libres de tumor en la primera intervención o en caso de recidiva local, etc..).

d) Es absolutamente necesario hacer siempre valoración individual, pero sobre todo en casos de cáncer bilateral y cáncer de mama coincidente con embarazo, situación ésta especialmente difícil tanto para el médico como para la paciente porque la decisión que se adopte finalmente tendrá repercusión en distintos aspectos, médico, ético y moral.

Técnicas quirúrgicas conservadoras en el cáncer de mama

I.- Sobre la mama.

En función de la cantidad de tejido extirpado se diferencian distintas técnicas, llamadas: tumorectomía ampliada, segmentectomía o cuadrantectomía. Todas ellas extraen el tumor con márgenes quirúrgicos libres, incluyendo o no la resección de un fragmento de piel y/ o de la fascia del pectoral mayor.

Si el tumor es pequeño, (en torno a 1 cm), se podrá hacer una tumorectomía. Muchas veces en estos casos, el tumor no es palpable y es necesaria la colaboración del radiólogo para su marcaje mediante colocación de un arpón o inyección de isótopos radiactivos.

Cuando el tumor es mayor, pero todavía permite un tratamiento conservador, se realizará una extirpación mayor, y hablaremos de segmentectomía o cuadrantectomía. Estas técnicas suelen hacerse a través de incisiones que buscan lograr el mejor resultado cosmético posible.

Se utilizan con frecuencia técnicas de Cirugía Oncoplástica, como por ejemplo reconstrucciones mamarias con colgajos parciales de músculo y piel denominados miocutáneos (por ejemplo del músculo dorsal), pensadas para conciliar el conflicto entre la extensión de la resección y el resultado estético final, evitando así deformidades o asimetrías. Estas técnicas, junto a la posibilidad de tratar a la paciente con quimioterapia antes de la cirugía, han ampliado las indicaciones del tratamiento conservador del cáncer de mama, consiguiendo buenos resultados oncológicos y cosméticos.

II. Sobre cadenas ganglionares.

1.- Linfadenectomía axilar.

Durante años, ante el diagnóstico de un carcinoma infiltrante de mama se indicaba linfadenectomía axilar (extirpación de la grasa axilar conteniendo la totalidad de ganglios axilares), para averiguar el estado ganglionar, como factor de pronóstico, e incluso como tratamiento, ya que en el caso de que los ganglios estén afectados, su extirpación constituye un excelente control regional de la enfermedad.

Sin embargo, presenta inconvenientes. Por un lado, produce complicaciones y/o secuelas (seromas o acúmulos de liquido linfático en la axila; alteraciones de la sensibilidad en la zona; disminución de la movilidad y de fuerza en la extremidad superior; riesgo de linfedema, etc..). Por otro lado, obliga a ingresos hospitalarios más prolongados. Todos estos riesgos e inconvenientes de la linfadenectomía axilar y el hecho de que los tumores se diagnostican cada vez más pequeños y con axilas libres de tumor, hacen que actualmente la limpieza axilar total resulte innecesaria en muchas ocasiones, por lo que se han buscado técnicas alternativas.

De entre todas, la biopsia del ganglio centinela es el procedimiento que más ventajas ofrece.

2.- Determinación, localización y biopsia del ganglio centinela.

Aunque en este capítulo se incluye la biopsia de ganglio centinela dentro de las técnicas conservadoras, también puede hacerse en el transcurso de mastectomías.

Se trata de una técnica en la que se requiere obligatoriamente la colaboración entre los Servicios de Medicina Nuclear, Anatomía Patológica, Cirugía y, en muchas ocasiones, Radiodiagnóstico.

Se basa en que el drenaje linfático de cada zona de la mama se dirige hacia una determinada zona ganglionar y, por lo tanto, un tumor de mama drenará líquido linfático y se extenderá hacia una determinada zona y dentro de esa zona en un determinado ganglio, que es el denominado ganglio centinela. En estos momentos se está en condiciones de determinar cuál es el ganglio centinela, localizarlo y analizarlo. Esta biopsia es capaz de reflejar el estado de afectación ganglionar sin necesidad de realizar una linfadenectomía axilar completa (que se hará sólo cuando el ganglio centinela esté afectado).

Sin embargo, no en todos los casos se puede realizar esta técnica. Se requiere que el tumor no sea mayor de 4- 5 cm de diámetro y que no exista sospecha clínica ni radiológica de afectación axilar. Si hubiera sospecha de afectación, se deberá realizar una punción dirigida con ecografía del ganglio sospechoso para proceder a su análisis. Si se confirma que está afectado, la linfadenectomía axilar completa es obligada.

La localización del ganglio centinela se hace habitualmente mediante la inyección en el tumor, o en sus proximidades, de radiofármacos o de colorantes, considerándose más eficiente la inyección de Tecnecio que la de colorantes.

Cuando la inyección se ha hecho con Tecnecio, durante la intervención quirúrgica se localiza el ganglio centinela utilizando una gammacámara portátil y/o una sonda de detección de rayos gamma. Una vez extirpado el ganglio se envía al Servicio de Anatomía Patológica en donde se puede estudiar con distintas técnicas como son estudios citológicos, histológicos convencionales, e inmunohistoquímicos. Recientemente algunos centros, entre los que se cuentan los integrados en el Complejo Hospitalario de Navarra, disponen de la técnica denominada OSNA, que permite con precisión llegar al diagnóstico intraoperatorio del grado de afectación del ganglio centinela. En líneas generales, puede decirse que si el estudio revela que el ganglio centinela está libre de tumor no se realiza linfadenectomía axilar, mientras que si está afectado por metástasis de carcinoma, se practica linfadenectomía axilar.

Mastectomías

Allá por los noventa, en unos pocos años, se pasó de tener que justificar el tratamiento conservador a tener que justificar la mastectomía. Actualmente la mastectomía se considera por la mayoría de los autores la alternativa al tratamiento quirúrgico conservador complementado con radioterapia.

Existen distintos tipos de mastectomías. Los más frecuentes en el momento actual, de menor a mayor agresividad, son la mastectomía subcutánea (extirpa sólo la glándula mamaria), la mastectomía simple (extirpa glándula mamaria, aponeurosis del músculo pectoral mayor y piel), y la mastectomía radical modificada en sus diversas variantes (extirpa la glándula, aponeurosis del músculo pectoral mayor, piel y tejido linfograso axilar). Una técnica muy interesante es la mastectomía conservadora de piel. Su principio quirúrgico es resecar la totalidad de la glándula mamaria conservando el máximo de piel para proceder a continuación a la reconstrucción mamaria en el mismo acto quirúrgico.

El tipo de mastectomía más adecuado dependerá de la patología que se pretenda tratar (alguna de ellas benignas o premalignas) y de las condiciones generales de la paciente. En ocasiones, se tiene la sensación de que el desarrollo de las técnicas reconstructivas postmastectomía, con las que se obtienen buenos resultados cosméticos, está conduciendo actualmente a indicaciones demasiado frecuentes de las mastectomías.

Técnicas mínimamente invasivas

Teóricamente el tratamiento ideal del cáncer localizado es aquél que cause directamente la muerte irreversible de las células tumorales, sin provocar alteración o daño en el tejido normal.

Para acercarse a lograr ese objetivo en el cáncer de mama se han aplicado algunas técnicas de ablación no quirúrgicas, llamadas mínimamente invasivas (radiofrecuencia, crioterapia, ultrasonidos focalizados de alta intensidad, láser intersticial, microondas), que podrían ofrecer un tratamiento eficaz de los tumores mamarios, con menor repercusión estética y psicológica que los tratamientos convencionales. La ablación tumoral mediante radiofrecuencia consiste en provocar la destrucción de las células tumorales mediante el calor producido por la aplicación de corriente alterna a través de un electrodo colocado en el tumor.

Un grupo de radiólogos y cirujanos del antiguo Hospital Virgen del Camino, actualmente integrado en el Complejo Hospitalario de Navarra, publicaron un artículo en 2009 cuyos resultados sugieren que la radiofrecuencia en tumores menores de 2 cms de diámetro, es un procedimiento seguro, prácticamente indoloro, con pocas posibilidades de complicaciones y que podría aplicarse como tratamiento local del cáncer de mama a pacientes con anestesia general contraindicada o de alto riesgo (muy ancianas, con mal estado general, enfermedades intercurrentes, etc...).

¿Tratamiento conservador o mutilante en el cáncer de mama?

Como resumen y respuesta a esta pregunta puede decirse:

1.- Ante el diagnóstico de carcinoma de mama la primera actitud, siempre que se den las condiciones necesarias, debe ser conservar la mama.

2.- Sin embargo, no deben hacerse indicaciones abusivas, ya que siempre deben tenerse en cuenta los principios oncológicos básicos (resección completa del tumor y obtención de márgenes libres).

3.- El extraordinario desarrollo alcanzado por la cirugía reconstructiva después de mastectomías, no justifica adoptar de forma sistemática una actitud mutilante.

4.- El tratamiento del cáncer de mama, más que el de ningún otro proceso patológico, debe ser individualizado.

¿Qué hacer cuando un niño se traga una moneda?

Dra. Susana Clemos Matamoros
Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
Grupo de Urgencias Semergen Navarra

Tanto en el lactante como en el niño más mayor, el espíritu explorador lleva en ocasiones al alojamiento de una amplia variedad de cuerpos extraños (CE) en diferentes lugares. Entre ellos, donde con más frecuencia se alojan los CE son el aparato digestivo y el árbol traqueo bronquial (vía respiratoria).

La mayoría de los cuerpos extraños (CE) que se ingieren se eliminan espontáneamente, estimándose en un 10-20% los casos que van a requerir intervención médica. Solamente el 1% de los casos necesitarían intervención quirúrgica, siendo excepcional la ocurrencia de un desenlace fatal.
Podría ser una moneda, un tornillo, una batería alcalina o hasta un imperdible abierto, pero la verdad es que la naturaleza instintivamente exploratoria de los infantes alrededor de su medio ambiente es propicia para que se traguen objetos pequeños que se pongan en la boca.
Aunque la mayoría de los cuerpos extraños que nuestros niños ingieren no traen consecuencias funestas, generalmente causan un pesar y angustia en los padres.
En cuanto a la edad pediátrica, dos tercios de los casos ocurren entre los 6 meses y los 6 años. En niños más mayores se asocia con más frecuencia a desórdenes mentales.

Clínica

La mayoría de los niños, o sus familiares, van a ser capaces de identificar el objeto ingerido. En los casos de niños muy pequeños, el antecedente puede pasar desapercibido, siendo la clínica de presentación un episodio de asfixia, negativa a ingerir alimentos, vómitos, babeo, emisión de saliva sanguinolenta o dificultad para deglutir o incluso para respirar. En estas situaciones es importante mantener un alto índice de sospecha para llegar a un correcto diagnóstico. Muchos de los niños se van a encontrar asintomáticos.
Cuando por causa de esta ingesta existe un compromiso de la vía aérea, se está ante una urgencia de riesgo vital, en la que es necesario realizar maniobras destinadas a que el objeto salga del cuerpo y deje de impedir la respiración.

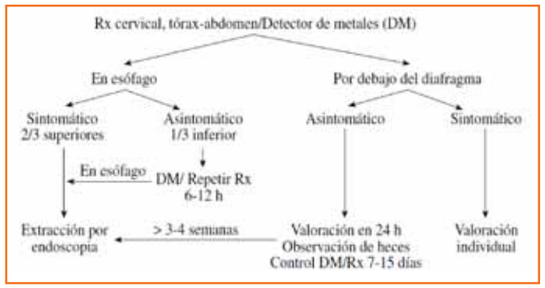
Manejo de situaciones concretas

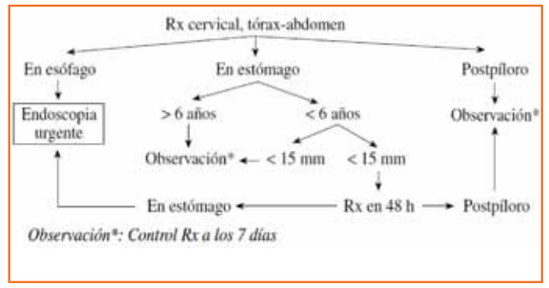
INGESTA DE MONEDAS
Es el caso más frecuente. Actualmente se recomienda realizar un estudio radiográfico a todos los niños con sospecha, ya que hasta un 30% de las monedas alojadas en esófago son asintomáticas.
Si se encuentran por debajo del diafragma y están asintomáticos, los niños deben ser observados las siguientes 24horas, para asegurarse de que no aparezca ningún síntoma.
El 95% de ellas serán expulsadas espontáneamente en el transcurso de una semana, recomendándose control domiciliario de las deposiciones.
Si no se ha constatado la eliminación en el plazo de15 días se debe repetir el estudio radiológico. Las alojadas en esófago serán indicaciones de extracción urgente, excepto las localizadas en tercio inferior en el que se puede adoptar actitud expectante 6-12 horas.
En la última década algunos servicios de urgencias han empezado a usar detectores manuales de metales, como método de screening para localización de monedas y otros objetos metálicos. El beneficio principal es la disminución de exploraciones radiológicas realizadas en el diagnóstico o seguimiento.

INGESTIÓN DE PILAS
Las pilas de botón constituyen el tipo más frecuente. Su contenido alcalino puede producir lesiones cáusticas mucosas si se escapa de su compartimento. Esto es más probable si la pila

queda detenida en esófago, por lo que en estos casos está indicada siempre la extracción endoscópica urgente. Una vez superado el esófago, habitualmente atraviesa el resto del tubo digestivo sin problemas, eliminándose en 48-72horas, por lo que no será necesario tomar ninguna medida.
En estómago pueden tener problemas para atravesar el píloro y quedar detenidas si el diámetro es mayor de 15 mm.

INGESTA DE CE PUNTIAGUDOS, AFILADOS O ALARGADOS
Deben ser extraídos siempre, incluso aunque hayan atravesado el estómago. Algunos ejemplos son: huesos de pollo, espinas, clips metálicos de cierre de bolsas de plástico, palillos de dientes, imperdibles, alfileres, clavos, alambres. El riesgo de perforación llega hasta el 35%. Para los niños se consideran alargados los de más de 6cm y los de más de 10 para adolescentes.
Si el objeto se localiza radiológicamente en esófago o estómago está indicada la extracción urgente mediante endoscopia. Si está a nivel intestinal hay que vigilar estrechamente la





aparición de síntomas que nos orienten a una perforación (dolor abdominal, vómitos, fiebre...) y realizar Rx de abdomen diaria.

¿ QUÉ HACER SI EL CUERPO EXTRAÑO PRODUCE ATRAGANTAMIENTO CON COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA?
Se trata de una situación que puede acarrear graves consecuencias, representando en ocasiones una amenaza inmediata para la vida. La repercusión de un cuerpo extraño implantado en la vía aérea va a depender de su naturaleza, de su localización y del grado de obstrucción que origine, pudiendo provocar patología tanto de forma aguda (fallo respiratorio) como crónica (atelectasia, bronquiectasia, etc).
La mayor parte de los episodios de atragantamiento ocurren cuando el niño está comiendo o jugando, y en presencia de otra persona.
Se inicia con el "síndrome de penetración", que consiste en atragantamiento súbito y tos de expulsión, al que sigue asfixia brusca con pérdida de voz, dificultad respiratoria y cianosis. Finalmente produce estridor (pitido audible en inspiración característico de la obstrucción de vía aérea alta) y retracción del tórax con la inspiración.

A.-NIÑO CONSCIENTE, RESPIRANDO ESPONTÁNEAMENTE, CON TOS EFICAZ Y ESFUERZOS PARA ELIMINAR EL CE
Mantener una actitud de vigilancia estrecha, sin intervenir salvo para animar al niño a seguir tosiendo.
Nunca se debe realizar un barrido digital a ciegas dado que podría promover el empuje del objeto hacia vía aérea.
Únicamente, y sólo si el objeto es visible, se intentará su extracción con el dedo en gancho con muchísimo cuidado evitando que se desplace hacia abajo.

B.-LACTANTE (MENORES DE 1 AÑO) CON OBSTRUCCIÓN DE VÍA RESPIRATORIA Y SIGNOS DE ATRAGANTAMIENTO
La primera medida a tomar, siempre será alertar al servicio de Urgencias llamando al 112 informando de la situación.

Figura 1

Figura 2

Colocar al lactante en decúbito prono (boca abajo), apoyándolo sobre el antebrazo, sujetándolo firmemente por la mandíbula, y con los dedos pulgar e índice, mantener la cabeza ligeramente extendida, procurando que esté en posición más baja que el tronco. Ver Figura 1.
Golpear 5 veces con el talón de la otra mano en la zona interescapular con golpes rápidos y moderadamente fuertes.
A continuación se cambiará al lactante al otro antebrazo poniéndolo en decúbito supino (boca arriba), sujetándole la cabeza con la mano y en posición más baja que el tronco.
Se efectuarán 5 compresiones torácicas con dos dedos (índice y medio) en la misma zona e igual que el masaje cardíaco pero más fuerte y más lento. Se comprobará si el niño respira espontáneamente; si es así hay que colocarlo en posición de seguridad comprobando continuamente la respiración.
Si el bebé no vuelve a respirar por sí solo se recomienda practicar la respiración boca a boca, o la técnica boca a boca y nariz administrándola dos veces. Si no tenemos éxito tras esta actuación, se debe iniciar la secuencia completa de nuevo hasta la llegada de la ayuda medicalizada.

C.- OBSTRUCCIÓN EN EL PACIENTE MAYOR DE 1 AÑO DE EDAD
Aunque en los más pequeños se pueden realizar compresiones torácicas, lo recomendable son las compresiones abdominales o maniobra de Heimlich:
Si el paciente está consciente el reanimador se sitúa de pie sujetando al paciente por detrás, pasando los brazos por debajo de las axilas y rodeando el tórax del paciente; colocando las manos sobre el abdomen se efectúan cinco compresiones hacia arriba y hacia atrás. Ver Figura 2.
Si el niño está inconsciente, colocado boca abajo, se deben dar cinco golpes en la espalda; seguidamente se realizarán cinco compresiones abdominales con el paciente en decúbito supino.
Tras estas maniobras se examinará la boca y se comprobará si hay o no cuerpo extraño para extraerlo si es posible.
Si tras abrir la boca el paciente no espira espontáneamente, se realizarán cinco insuflaciones boca a boca, y si no es posible ventilarlo, se repetirá la secuencia anterior.

Recomendaciones para prevención de accidentes

1-No perder al niño de vista. Los niños son curiosos y exploradores. No basta con ocultar los objetos peligrosos, acaban encontrando otros...
2-No ofrecer al niño bolitas, monedas, dados, botones y objetos pequeños para jugar.
Tampoco, muñecos con ojos que puedan desprenderse.
3-La alimentación de los pequeños, aunque coman solos, debe estar supervisada por un adulto.
4-Tener especial cuidado con las pilas botón, y guardarlas fuera del alcance de los niños.

Adicciones sin sustancia: enfermedades psiquiátricas del siglo XXI

Dr. Pablo Luis Moreno Flores
Coordinador de las Áreas de Psiquiatría y Consultas Externas
Clínica Padre Menni

La sociedad occidental actual genera continuamente nuevos estímulos que a su vez promueven nuevos comportamientos. Incita de forma constante al consumo de actividades y de objetos para alcanzar satisfacción. Además libera un exceso de tiempo que hay que ocupar. Esto supone un proceso evolutivo en el que es frecuente que existan distorsiones que en su máxima expresión se configuran en trastornos adictivos. Así nuevos hábitos y comportamientos en principio adaptativos, aparentemente inofensivos, pueden acabar complicando la existencia a las personas, igual que lo hacen sustancias como el alcohol o las drogas.

En las últimas décadas se da un aumento de lo que se denomina adicciones sin sustancias, también llamadas adicciones comportamentales y/o conductuales, adicciones sin drogas, adicciones psicológicas o trastornos adictivos sociales. Son situaciones que, al igual que las adicciones a sustancias químicas, merman las capacidades de la persona llegando a producir síntomas parecidos: afectación orgánica, pérdida de control, ansiedad, síndrome de abstinencia y deterioro personal, familiar, laboral y social.

En estos procesos podemos incluir el juego patológico o ludopatía, las compras compulsivas, adicciones al trabajo, al ejercicio físico, a internet, al sexo o al uso del móvil. Aunque no se incluyen en las clasificaciones internacionales (excepto el juego patológico, incluído en los trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados), según un estudio de la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 4 personas sufre trastornos de la conducta relacionados con nuevas adicciones.

La adicción sin sustancia supone un gran gasto de recursos, psicológicos y de otro tipo (tiempo, dinero, salud física...) para la persona, por ser incapaz de controlar el consumo o romper el vínculo con el objeto de su dependencia, a pesar de las consecuencias negativas. Estas dependencias no marginalizan como las drogodependencias, sino que al ser procesos de uso habitual son más aceptadas socialmente. Así, en el caso del trabajo, del ejercicio o del uso de nuevas tecnologías es una cuestión sólo de tiempo dedicado: la mayoría de la gente tiene estos comportamientos pero el adicto los mantiene durante mucho más tiempo.

La ludopatía, adicción muy extendida

Igual que en las drogadicciones se considera que hay una vulnerabilidad neurobiológica personal y una similitud en los procesos neuroquímicos y en las sustancias cerebrales implicadas (dopamina, serotonina, endorfinas y ácido gammaaminobutírico). Esta predisposición personal influye en que estas adiciones concurran entre sí o con otras adicciones químicas, así vemos personas adictas al juego y también al alcohol, adictos al trabajo o al ejercicio físico y también a la cocaína, o personas que abusan de medicamentos y sufren trastornos de bulimia y de compras compulsivas.

Desde el punto de vista clínico existen semejanzas con las adicciones a sustancias: se dan procesos psicológicos similares con patrones conductuales consolidados y resistentes al cambio, como el impulso de repetir una conducta perniciosa o desadaptativa que se incrementa de forma directamente proporcional al tiempo de privación, provocando tensión, que se alivia una vez se ejecuta la conducta adictiva y con el tiempo se reinicia de forma gradual el nuevo impulso.

La ludopatía es la adicción sin sustancia más extendida y una de las que conlleva consecuencias más graves para el individuo y la familia. Sus manifestaciones clínicas son variadas: negación o minimización del problema, pensamientos obsesivos con el juego, trastornos de ansiedad o del ánimo con ideación suicida y síntomas físicos variados.

Las compras compulsivas son más frecuentes en las mujeres (80%). La persona no puede evitar el deseo de comprar, lo que le reporta un bienestar pasajero que se sigue de culpabilidad y baja autoestima. Se acompaña de engaños a la familia (esconder la compra) y problemas económicos. El comienzo suele ser alrededor de los 18 años, pero los pacientes no buscan tratamiento hasta pasados varios años, cuando son evidentes los problemas económicos. El proceso suele cronificarse con recaídas.

Trabajar en exceso y tener un elevado compromiso puede dar lugar a la adicción al trabajo, un riesgo psicosocial que en contra de lo que pudiera creerse genera conflictos entre trabajadores y en las organizaciones. En España se estima que sufre esta adicción el 10% de la población. Se caracteriza por una exagerada dedicación laboral, trabajando todos los días del año y muchas horas al día; por la compulsión y esfuerzo en el trabajo con desinterés hacia otras actividades no laborales como la vida cotidiana familiar y social.

Las consultas por adicciones relacionadas con nuevas tecnologías se están incrementando en el tiempo. Suelen ser adolescentes o jóvenes traídos por sus familias debido a que han abandonado sus actividades habituales y pasan muchas horas encerrados en su habitación con Internet. La adicción a Internet, a la red o a su contenido, se ve facilitada por factores como el anonimato y la interactividad lo que le hace muy estimulante y reforzador de las conductas adictivas. La adicción se instaura cuando altera aspectos importantes en la vida como los lazos familiares, el trabajo o la situación económica, pasando en ese momento a ser centro de interés permanente, relegando la "vida real" a un segundo plano. El objetivo del tratamiento no es la abstinencia completa de Internet, sino conseguir adaptarse a un uso limitado y adecuado. Pueden pasar varios años desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se realiza el diagnóstico porque el paciente no suele tener conciencia de enfermedad y los familiares pueden tardar en darse cuenta de la situación.

Tratamiento personalizado

El tratamiento de estos trastornos se personaliza en función del entorno y del tipo de adicción, siendo de vital importancia la entrevista clínica y el acuerdo terapéutico. Al inicio del tratamiento el paciente puede negar su problema o no reconocer la gravedad del mismo, por eso la principal premisa es conseguir la suficiente concienciación. Después, a través de técnicas psicoterapéuticas cognitivo-conductuales se pueden corregir las distorsiones cognitivas, ayudando al paciente a la toma de decisiones racionales y a reducir el tiempo dedicado a la conducta adictiva. La psicoterapia interpersonal puede mejorar la actitud del paciente hacia sus relaciones con los demás. Además hay que tratar enfermedades asociadas si existen (sobre todo depresión). A veces también utilizar fármacos que faciliten el control de la adicción.

Las recaídas pueden ser frecuentes sobre todo en los tres primeros meses tras finalizar el tratamiento, siendo más improbables pasados los 2 años sin conducta adictiva.

Los indicadores sociales, económicos y medioambientales ponen de manifiesto que se espera un agravamiento de las adicciones actuales y la aparición de otras nuevas, pero también es esperable un incremento en la concienciación social por el problema, una evolución en los mecanismos de detección y el desarrollo de nuevos programas de tratamiento especializados.

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

En colaboración con
Gobierno de Navarra

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

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

Deporte y alergia

Dr. Alfredo Resano Lizaldre
Médico Alergólogo.
Hospital San Juan de Dios y Clínica San Miguel

El ejercicio físico constituye un aspecto muy importante en la educación global del niño y una actividad saludable para el adulto. El deporte está considerado como uno de los fenómenos sociales más importantes y con el paso del tiempo sigue en auge, no sólo por la publicidad que hoy en día tiene al formar parte de un estilo de vida saludable, sino por constituir también una fuente de ocio en la población con la repercusión económica que ello conlleva, así como por ser fuente de relaciones interpersonales y, en algunos casos, estar profesionalizado.

Las enfermedades alérgicas afectan en la actualidad a más de una cuarta parte de la población en nuestro continente y se estima que este porcentaje continúe incrementándose en los próximos años. El padecimiento de ciertas enfermedades alérgicas como la rinitis alérgica, la dermatitis atópica o el asma bronquial pueden interferir en el rendimiento deportivo. Y a su vez, con la realización de ejercicio físico algunas enfermedades alérgicas pueden empeorar, fundamentalmente tres: el asma bronquial, la urticaria (sobre todo la denominada colinérgica) y la anafilaxia. Así que el deporte y la alergia cada vez más a menudo van a tener que coincidir en las próximas décadas.

La urticaria colinérgica

La urticaria colinérgica es más frecuente en adolescentes y jóvenes adultos del sexo masculino. Aunque existen diferentes tipos de urticaria colinérgica la más frecuente es la de tipo generalizado. Se caracteriza por el desarrollo de pequeños habones, asentados sobre un área de enrojecimiento cutáneo de predominio en tronco, cara y cuello y que se pueden extender por todo el cuerpo, acompañados de picor en la piel. Se desencadena por el aumento generalizado de la temperatura del cuerpo debido principalmente al ejercicio físico. También puede aparecer con el sudor, el calor, las situaciones de estrés y ansiedad y, en algunos casos, se presenta tras la ingesta de ciertos alimentos. El cuadro tiende a resolverse espontáneamente entre 30 minutos y 4 horas, con un período refractario de 12 a 24 horas. En los casos graves puede también asociarse rubefacción, palpitaciones, cefalea, dolor abdominal, hipotensión y broncoespasmo. Su prevención debe intentar realizarse mediante un precalentamiento adecuado, evitando la exposición a temperaturas elevadas y tomando la medicación antes del ejercicio o bien de forma continuada.

La anafilaxia

La anafilaxia, es el proceso de mayor gravedad. La reacción anafiláctica es fácil de identificar por su rápido desarrollo y por la aparatosidad de sus manifestaciones: picor generalizado, lesiones diseminadas de urticaria, hinchazón facial (angioedema), tos, pitos y fatiga en el pecho e incluso con afectación del sistema gastrointestinal. En los casos más graves (shock anafiláctico) se produce una caída brusca de la tensión arterial, palpitaciones, edema de la laringe y/o obstrucción de la vía aérea alta o baja, que puede conllevar finalmente a la pérdida de conciencia. Se trata de una urgencia vital, habitualmente mediada por un mecanismo inmunológico, pero no siempre, de liberación sistémica de mediadores de mastocitos y basófilos. La anafilaxia inducida por ejercicio se trata de una forma de alergia física, aunque se asocia con frecuencia a otras causas como alimentos (pescado, marisco, trigo...) y medicamentos (ácido acetil salicílico o antiinflamatorios no esteroideos).
Cuando en la anafilaxia por esfuerzo el agente causal es una alergia alimentaría, la prevención deberá realizarse evitando la ingestión de los alimentos implicados. Estos pacientes deben abstenerse de realizar esfuerzos físicos hasta dos horas después de comer. Si el paciente detectase inicio de síntomas y sobre todo en caso de presentar sensación de mareo debe suspender el ejercicio, sentándose o tendiéndose en el suelo. Cuando aparece algún signo de gravedad (dificultad para tragar o respirar, lipotimia...) el tratamiento de la reacción anafiláctica debe ser inmediato; en muchas ocasiones es necesario administrar adrenalina inicialmente subcutánea y que está disponible incluso en formatos autoinyectables. El paciente o los monitores/entrenadores, deben adiestrarse previamente en el manejo de estos medicamentos. En el caso de no disponer del tratamiento, se actuará como en otros casos de urgencia vital con aviso previo a los servicios de Urgencias y traslado inmediato a un Centro de Salud. Si el paciente realiza cuidadosamente todas las medidas preventivas, la realización del ejercicio físico es una actividad segura.

El asma bronquial

El asma bronquial es una enfermedad caracterizada por la aparición de episodios de estrechamiento de las vías aéreas, principalmente de los bronquios, con carácter transitorio y reversible. Esta constricción de las vías aéreas compromete el paso del aire produciendo dificultad respiratoria, accesos de tos y ruidos en el pecho. Numerosos niños asmáticos ven limitada su actividad física porque cuando ejercitan algún deporte o efectúan ejercicios, aquejan dificultad respiratoria, sibilancias o tos aunque suelen revertir a los 20 o 30 minutos de cesar la actividad.
La alergia constituye el factor ambiental de mayor riesgo para desencadenar asma que, junto con la susceptibilidad genética del paciente, interactuarán como mecanismos principales en el desarrollo de la enfermedad. No debemos olvidar que existen otros factores ambientales que se deben tener en consideración, como el tabaco, la obesidad, factores neonatales, la contaminación o el tipo de alimentación. En un sujeto con un sustrato genético proclive, las probabilidades de aparición de asma bronquial se verán incrementadas ante la existencia de factores ambientales favorecedores y la concurrencia de factores desencadenantes que son capaces de provocar exacerbaciones asmáticas en aquellos individuos que ya han desarrollado la enfermedad: infecciones víricas, irritantes ambientales, ejercicio, clima, reflujo gastroesofágico, fármacos...

Alergia y deporte de élite

En el ámbito del deporte de alto rendimiento, es significativo observar en la práctica clínica diaria que un elevado porcentaje de deportistas de élite acuden manifestando síntomas distintos a los de la población general. La sintomatología clásica del asma bronquial consiste en disnea o ahogo, sibilancias o "pitos en el pecho", tos seca o productiva que empeora por la noche y opresión torácica. El deportista profesional puede únicamente referir alguno de estos síntomas en el momento de la realización del esfuerzo físico y llevar una vida cotidiana completamente normal. En otras ocasiones la sintomatología "clásica" pasa muy desapercibida, siendo las manifestaciones clínicas más habituales: la disminución del rendimiento físico en una determinada temporada del año, la elevación de las pulsaciones de reposo sin más justificación, la imposibilidad de alcanzar la frecuencia cardíaca máxima en el esfuerzo o el abotargamiento de las extremidades inferiores sobre todo en ciclistas ("se me hinchan las piernas o todo el cuerpo y cuando se me pasa puedo perder entre 1-2 kg"). Además de ello, como el deportista de élite suele realizarse controles analíticos periódicos, no es raro que en la primera consulta médica ya existan algunos signos indirectos de posible etiología alérgica como aumento de eosinófilos o elevación de IgE en sangre periférica. No obstante, es muy importante destacar que no siempre estas alteraciones analíticas van asociadas a patología alérgica e incluso, sus valores normales, tampoco excluyen dicha etiología.
Algunos autores como Drobnic han dado una serie de recomendaciones para la prevención de síntomas en el deportista asmático:

- Considerar el tratamiento ante la posible presencia de un estímulo provocador.
- Controlar y tratar el asma basal en el deportista que lo presente.
- Evitar la actividad física en períodos de asma no controlados.
- Evitar la actividad física en situaciones ambientales propicias a provocar una crisis (polución, contaminación, aire frío, etc.) y que no sean controlables o modificables.
- Utilización de medicación preventiva (broncodilatador y/o cromona).
- Calentamiento intenso y duradero previo al ejercicio.
- Si es posible:
  - Ejercicio en ambiente caliente y húmedo
  - Deportes cuya acción se desarrolle a intervalos (deportes de equipo)
  - Deportes donde el trabajo sea submáximo y no muy mantenido.

Sin embargo, estas recomendaciones son complicadas de llevar a cabo en el ámbito profesional, donde se exige la realización de ejercicio físico según un programa de entrenamiento a diario, y sobre todo en aquellos deportes que se realizan al aire libre independientemente de las condiciones climáticas, y que por su condición (movilización de grandes grupos musculares, exigencia cardiopulmonar...) tienen una mayor capacidad de manifestar el asma bronquial subyacente. Es por ello que el control del asma en dichos deportistas es un gran reto tanto para el médico como para el propio profesional del deporte, que vive de su trabajo y para quien no rendir en buenas condiciones físicas, puede llegar a suponer una merma en su rendimiento deportivo y una repercusión para su futuro profesional.
El manejo de dichos pacientes exige un mayor esfuerzo para el médico, no solamente en cuanto al diagnóstico se refiere, por las pruebas específicas a realizar y que están recogidas en la propia página web del Consejo Superior de Deportes en el apartado de Deporte y Salud, como por la documentación que se nos pide cumplimentar (autorizaciones de uso terapéutico en el caso del CSD o pasaporte biológico para asociaciones internacionales como la WADA). Afortunadamente, desde el año 2010 no es necesaria la realización de dichas pruebas con frecuencia anual, ya que las autorizaciones médicas están siendo concedidas con una caducidad de 4 años, sino que además, desde este año 2011 el paciente asmático no necesita solicitar autorizaciones de uso terapéutico (los conocidos AUT) para el empleo de medicaciones como salbutamol, salmeterol o corticoides inhalados. También cabe reseñar que esta medida tiene su pequeño peligro de caer en la tentación de "falta de necesidad" que tienen ahora algunos deportistas en acudir a las revisiones médicas, ya que se autoconsideran buenos conocedores de su patología e intentan autocontrolarse la medicación de mantenimiento y/o de rescate según necesidades... Sin embargo, para un adecuado seguimiento y control de la funcionalidad respiratoria y del tratamiento etiológico con inmunoterapia antígeno-desensibilizante, así como para optimizar al máximo el rendimiento deportivo, una revisión médica anual con el especialista puede ser factible en los apretados calendarios deportivos.

Agenda zh

Dr. Alfredo Resano
ENFERMEDADES ALÉRGICAS
Y ASMA BRONQUIAL
Solicite consulta:
Hospital San Juan de Dios
T. 948 290 690
Clínica San Miguel
T. 948 296 111

Gestoría Administrativa Iruña
MARTA FERRER NAVARRO
Pz. Obispo Irurita 6, 2º Izda. 31011 Pamplona
T. 948 276 039 • 650 172 752
www.gestoriairuna.com

zalba
CLÍNICA DENTAL
CPS-00453C/1-11-NA
Dr. JOSÉ IGNACIO ZALBA ELIZARI
CENTRO AVANZADO EN PREVENCIÓN
www.capdental.net
C/ Gorriti 34 Bajo ■ Pamplona 31003 ■ T. 948152284

Agenda zh
Su Clínica, Consulta, Gabinete o Negocio
puede anunciarse en esta sección
948 27 64 45

Todo para tu baño

En agosto y septiembre financiación hasta 12 meses sin intereses

Cerámicas, duchas, sanitarios, grifería, mobiliario, mamparas, accesorios...
Para tu comodidad y seguridad,
las mejores marcas a los mejores precios

OL

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