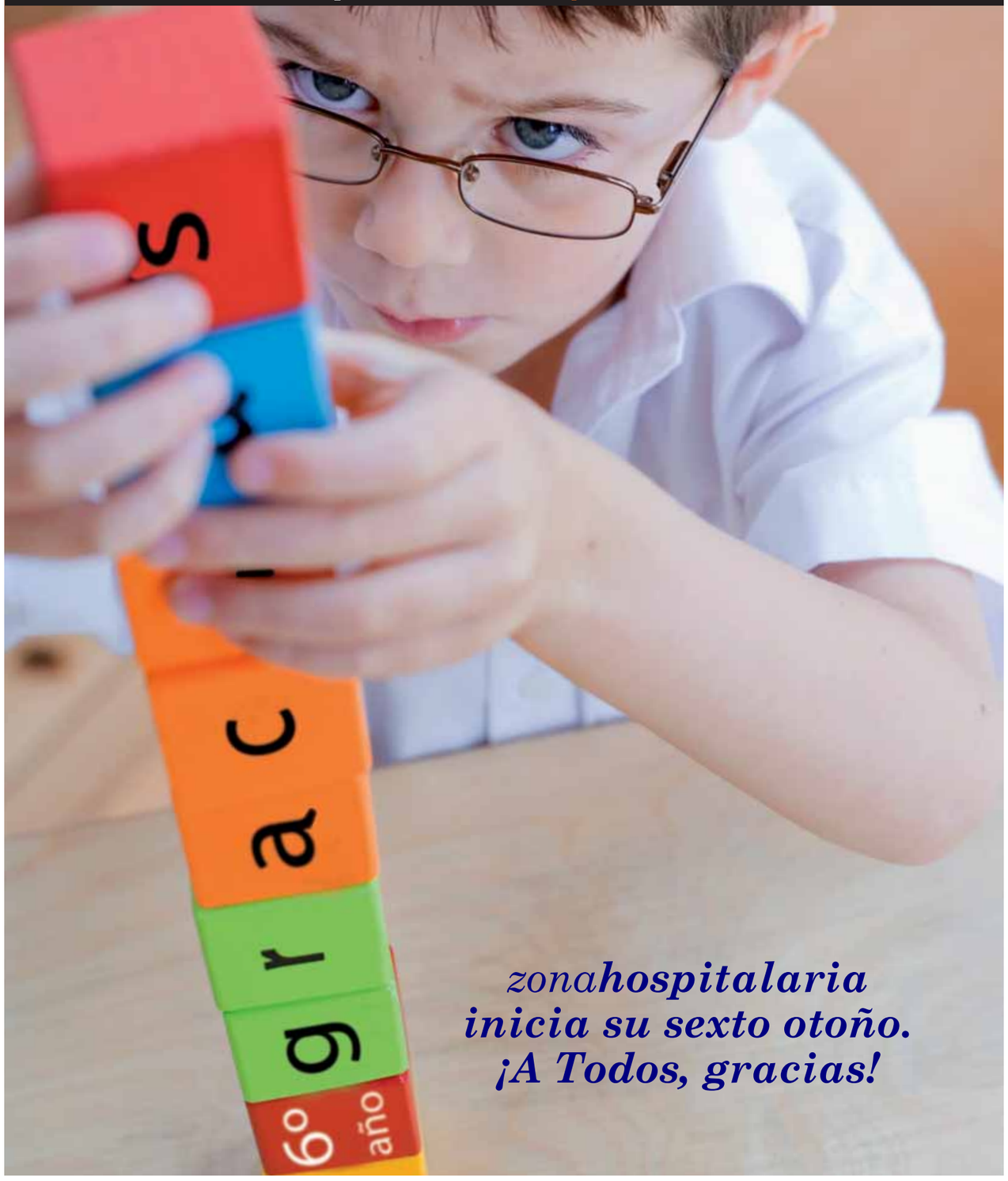
medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoVI septiembreoctubre2011 nº31



zonahospitalaria inicia su sexto otoño. ¡A Todos, gracias!

Sumario

3
La soledad en nuestros mayores

4
Influencia del desarrollo motor en la visión

5
Tratamientos contra el dolor de espalda

6
Hidroterapia de Colon

7
Balneario de Elgorriaga

8
La implantología oral en el paciente geriátrico. Una alternativa en el tratamiento

10
Obesidad y diabetes

11
La educación en los niños: premios y castigos

12
La información al paciente oncológico I

14
Cuidado con los errores en la alimentación

15
Ergonomía en el trabajo

16
Carnes: consumo moderado y responsable dentro de una dieta equilibrada

18
La exclusión del pan en una dieta de adelgazamiento no está justificada

20
¿Se puede regenerar el esmalte?

22
¿Qué es la prótesis endovascular?

23
La tarea de cuidar

24
Anestesia epidural y anestesia raquídea

26
Cambios en el estilo de vida después de un infarto de miocardio

28
¿Cuál es la función principal de los riñones y cómo funcionan?

30
Reconstrucción mamaria I: El papel de la cirugía plástica en el tratamiento del cáncer de mama

32
Reconstrucción mamaria II: Opciones técnicas para la reconstrucción mamaria

34
¿Es caro comer sano?

36
La salud mental está en mis manos

37
El cuidado como respuesta a la necesidad. La dimensión espiritual en situación de debilidad

Zona Hospitalaria Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L.
Dirección Alfredo Erroz **Redacción** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción** PubliSic
Fotografía portada Archivo **Publicidad** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L.** NA2471/2006.

© PubliSic S.L. El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista.

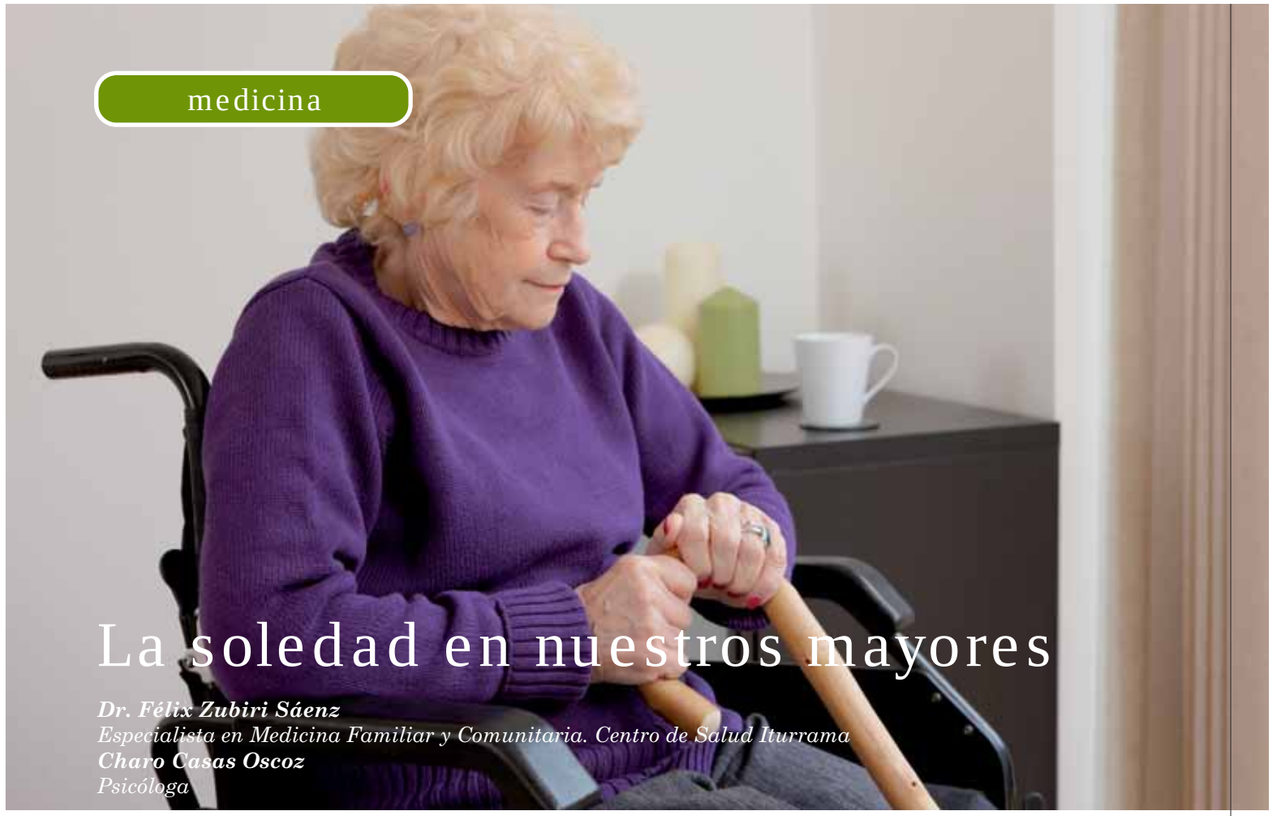
La información que usted necesita...

www.zonahospitalaria.com

zona hospitalaria *trabaja cada día para ofrecerle una información de actualidad sobre medicina, salud y cultura*

A través de nuestra web, usted puede:

- *Suscribirse gratuitamente a nuestro boletín* ***e-zh*** *y recibir en su correo electrónico la revista en versión digital.*
- *Acceder a todos los artículos publicados sobre medicina, salud y cultura.*
- *Consultar nuestra* ***Guía de Servicios*** *para planificar sus compras, reservar un restaurante...*
- *Expresar sus opiniones y sugerencias a través de nuestro Buzón de atención al lector.*
- *Proponer temas referentes a la medicina y salud que le interese ver publicados.*
- *y mucho más...*



medicina

La soledad en nuestros mayores

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

La soledad es una condición natural en el ser humano. Nacemos, vivimos y morimos, solos. Nadie puede vivir por nosotros esas experiencias tan íntimas.

A pesar de que somos seres sociales, la soledad es necesaria en la vida... Es el ámbito en el que podemos profundizar en nosotros mismos, en nuestras experiencias, en nuestro recorrido vital. Nos permite conversar interiormente, tomar grandes decisiones, cambiar el rumbo de nuestra trayectoria cuando es conveniente y encontrar nuestra individualidad fuera de la vorágine exterior. En definitiva, nos ayuda a ser "nosotros mismos".

No obstante, la soledad es algo muy distinto del aislamiento en el que uno, por decisión propia o por circunstancias de cualquier tipo, se queda sin relaciones, sin personas con las que compartir sus vivencias, alegrías y preocupaciones. La soledad bien entendida y en su justa dosis, nos sirve para avanzar, para crecer como personas, para saber analizar desde la tranquilidad lo que somos, lo que hacemos y hacia dónde nos dirigimos. Su complemento es la compañía, las relaciones afectivas, la amistad.

¿Se sienten solos nuestros mayores?

A lo largo de la vida, desde la infancia hasta la tercera edad, el entorno suele propiciar que estemos rodeados de personas. Desde el niño, que recibe el cuidado de sus familiares hasta el adulto, que encuentra sus fuentes de relación en el trabajo, aficiones, hijos, etc. Ahora bien, cuando llegamos a determinada edad las circunstancias hacen que todo esto vaya cambiando. Llega la jubilación, los hijos se van (el "nido vacío"), algunas amistades o la pareja fallecen, divorcios, enfermedades que llegan a limitar nuestra vida o a incapacitarnos...Todo un rosario de situaciones que provocan una reducción o ausencia de amistades. Se trata de una soledad no elegida que nos hace perder la ilusión y nos produce insatisfacción y decepción ante la vida.

En muchos casos, el aislamiento llega porque no hemos sabido adaptarnos a esta nueva etapa, pero en otros es la vida misma la que reduce nuestras relaciones. La pareja que ve cómo los hijos, a los que se han dedicado durante la mayor parte de la relación, emprenden su rumbo fuera del hogar y ambos miembros sienten como un "vacío" que no saben llenar. El jubilado, que ve cómo lo que teóricamente iba a ser una etapa de ocio y descanso, se queda en interminables días sin aliciente, sin la compañía que suponía el entorno laboral. La persona que no ha cultivado amistades profundas y siente cómo cada cuál hace su vida y se va encerrando cada vez más en su mundo. O el caso frecuente de la enfermedad y la viudedad, que supone el ingreso en una residencia o una rotación pactada a través de las casas de los hijos.

Todas estas situaciones crean soledad no deseada y pueden llegar a producir trastornos de ansiedad y depresión. La persona siente que todas las experiencias que ha atesorado no pueden ser compartidas con nadie, que no tiene a un amigo de verdad con quién hablar, que lleva una vida rutinaria y sin metas.

Además, la sociedad no valora lo suficiente esta etapa de la vida. Se rinde culto a lo joven, a la productividad. Cuando se deja de estar en activo parece como si el resto de la vida no mereciera la pena y sólo fuera una antesala al gran final, a la muerte. Se intenta llenar de ocio la vida de los mayores con excursiones, viajes...pero no se piensa en que todavía pueden aportar su experiencia. Cuando no nos sentimos útiles es como si nos muriésemos un poco, la vida va perdiendo sentido.

¿Cómo podemos evitar el aislamiento?

Es muy importante que pensemos que aún quedan objetivos que perseguir y personas a las que conocer cuando uno se hace mayor. Podemos ampliar nuestro medio social buscando personas afines que nos apoyen y comprendan, así mejoraremos nuestra calidad de vida. La actitud de apertura de cada cual es fundamental a la hora de relacionarse. Se pueden cultivar nuevas amistades si no nos encerramos en nosotros mismos. También es interesante esforzarse en mejorar las relaciones que aún se poseen o tratar de rescatar aquellas a las que no vemos hace tiempo.

Actualmente existen actividades en las que podemos participar y conocer personas que compartan nuestros intereses. También hay iniciativas en las cuales los mayores se asocian para ofrecer su experiencia y servicios, así como labores de voluntariado. Todo ello, cuando la persona se encuentra en buenas condiciones, es enormemente enriquecedor para la sociedad.

Influencia del desarrollo motor en la visión

Gregorio Lancina
Bachelor en Optometría por la Universidad de Pennsylvania, USA, O.O.D
Director del Centro de Especialización Optométrica en Pamplona

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

CEO
CENTRO DE ESPECIALIZACION OPTOMETRICA

En nuestro centro vemos muchos niños con trastornos del aprendizaje que se manifiestan como alteraciones en la lectura y la escritura. Al realizar un examen global de las habilidades básicas motoras, sensoriales y cognitivas, nos encontramos frecuentemente con un desarrollo motor inmaduro que ha contribuido a que el niño tenga más dificultades a la hora de realizar las tareas escolares.

Relación entre el desarrollo motor y la visión

Ya sabemos que el cerebro es el que ve, oye, escribe, lee, habla, etc. y que los ojos, la boca y los oídos son los delegados para desarrollar estas funciones.

Es durante el desarrollo de la psicomotricidad donde el cerebro aprende a usar estos delegados y a realizar interconexiones neuronales entre las diferentes áreas del cerebro para poder comprender el mundo que le rodea y ordenar la entrada de información para poder procesarla. Por esto es tan difícil reeducar algo que en su día no fue bien integrado y que tiene tanta transcendencia en la labor educativa.

Es necesario conocer los mecanismos y las etapas del desarrollo motor que utiliza el cerebro de un niño para realizar una determinada tarea. De esta manera podemos evitar o entender porque un niño no es capaz de realizar una labor propia de su edad y así intentar desarrollar una terapia adecuada para él.

¿Cuáles son las fases más importantes del desarrollo motor?

1. Reflejos Tónico Cervical Simétrico y asimétrico. Estos patrones de coordinación permiten las primeras relaciones óculo-manuales, importantes en el futuro a la hora de aprender a escribir. La activación es monocular alternante. La maduración visual de la capacidad de acomodación y el aumento de las agudezas visuales permiten al bebe elaborar respuestas de fijación y seguimientos visuales de un estimulo colocado a la altura de su cara y alrededor de la línea media del cuerpo.
2. Arrastrado contra lateral. Coordina el brazo derecho con la pierna izquierda. En el sistema nervioso central se activan las vías cruzadas y se activa la actividad del cuerpo calloso. Se incorpora el patrón contra-lateral y se inicia la percepción de profundidad a nivel de visión, audición y tacto.
3. Gateo contra lateral. Con el gateo el bebé es capaz de despegar el cuerpo del suelo y mantener el apoyo en 4 puntos utilizando su sistema de equilibrio. Las dos imágenes visuales se funden en una sola, lo cual contribuye a que perciba el espacio en tres dimensiones, a que pueda sortear obstáculos, elevar la cabeza y dirigir la escucha y la mirada a una mayor distancia.

Si trata de coger un objeto que esta distante en el suelo primero lo localiza, lo busca con la mirada y luego se dirige hacia el gateando. Los cambios de distancia activan los ajustes dióptricos y desarrollan la amplitud, flexibilidad y precisión de la acomodación visual.

Por esta razón la acomodación y las vergencias no se pueden desarrollar sin la vinculación de la locomoción y la manipulación. Si existe algún bloqueo por falta de de estimulación en el desarrollo neuro-psicomotriz se pueden alterar esta habilidades, siendo estas capacidades fundamentales para los movimientos visuales durante la lectura.

De todo esto se desprende la gran importancia que tiene para los optometristas funcionales el desarrollo motor. La valoración de cómo se desarrolla el niño, conocer su paso por las etapas evolutivas, ayuda a comprender en qué nivel de madurez se encuentra su sistema visual, el por qué de sus dificultades y en qué punto se quedaron estancadas su visión y su desarrollo neuro-funcional.

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

OPTICA & VISION

Tratamientos contra el dolor de espalda

QUIRÓN GRUPO HOSPITALARIO

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

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

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

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

Descompresión axial

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

Terapia con ozono

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

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

Técnicas quirúrgicas

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

Pida cita: 948 22 76 52

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.

Nueva carta de servicios en el Balneario de Elgorriaga

Lorena V. Galarregui. *Marketing Balneario Elgorriaga*

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

Siempre las comparaciones son odiosas, pero muchas de ellas son necesarias para poder expresar lo desconocido, lo nuevo. No siempre es fácil de entender de lo que se nos está hablando, la imaginación de vez en cuando nos hace una mala pasada.

Se historia, dice, comenta, rumorea que la Reina Cleopatra, durante la conquista de Egipto, obtuvo los derechos exclusivos de la Zona del Mar Muerto para fabricar fármacos y cosméticos puesto que estaba completamente convencida de sus efectos terapéuticos.

El Mar Muerto no tiene salida alguna, está rodeada de montañas. La única manera que tiene de aflorar es por medio de la evaporación, lo que hace que contribuya a enriquecer la atmósfera y que las aguas sean más densas, tanto que llegan a contener 320 gramos de sales por litro. Los efectos de sus aguas son relajantes, calmantes, hidratantes, antialérgicos, nutritivos, revitalizan la piel y fortalece el organismo.

Las aguas del Mar Muerto y del Balneario de Elgorriaga

Las aguas del Mar Muerto y las del Balneario Elgorriaga tienen muchas cosas en común, para poder disfrutar de las primeras se ha de ir hasta Jordania pero para disfrutar y beneficiarse de las segundas lo tenemos fácil, las tenemos en casa; las tenemos en Elgorriaga. Tenemos la extraña necesidad de hacer kilómetros y kilómetros para hacer cosas que teniéndolas cerca no les damos la importancia que se merece.

El agua es como los seres vivos, según ciertas circunstancias nos afectan de diferentes maneras. La luna llena no solo afecta al supuesto hombre lobo, a las brujas o a los hongos, sino que también al agua. El 70% del ser humano es agua, así es que la luna, sobretodo la luna llena nos afecta. Pero no solo la luna afecta el agua, también los sonidos.

El estudio que realizó el japonés Masaru Emoto sobre el agua, demuestra que tanto a los humanos como al agua les afecta la musicoterapia, las palabras, los ruidos, murmullos, etc... Las moléculas se ponen oscuras y amorfas con una música heavy, con la música clásica o palabras bonitas como "amor" hace que las moléculas se vean de forma cristalina. De ahí que cuando escuchamos música tenemos diferentes sentimientos de unas a otras, o que nos digan algunas palabras no nos gustan o sientan bien y otras, todo lo contrario.

Nueva carta de servicios

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

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

La implantología oral en el paciente geriátrico

Una alternativa en el tratamiento

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col.6114-NA

El mundo de la cirugía oral y maxilofacial cuenta actualmente con gran cantidad de técnicas preventivas y de restauración con las cuales hacer frente a las necesidades que la población nos plantea. No obstante, la pérdida de diente sigue siendo un problema común que se intenta resolver con la prótesis.

Las distintas técnicas protésicas consiguen una restauración de la función y estética aceptable. El resultado depende, fundamentalmente, del número de dientes a sustituir. Así, a mayor número de dientes perdidos las dificultades se incrementan, necesitamos utilizar las prótesis removibles, produciéndose unos resultados, desde el punto de vista funcional, no plenamente satisfactorios para los pacientes. Fundamentalmente se pierde estabilidad y sujeción, disminuyendo la fuerza de masticación que se puede aplicar. Se sabe que, aunque es difícil definir la satisfacción que el paciente tiene con la prótesis que utiliza, un número significativo de ellos se encuentran descontentos.

Por otra parte, una de las características de la sociedad a la cual atenderemos es el incremento de la población de la tercera edad. Esto hace que las autoridades sanitarias y los profesionales se muestren interesados en la influencia que esto puede tener en los patrones de salud y enfermedad. El campo de la cirugía oral y maxilofacial se enfrenta a problemas nuevos y está realizando esfuerzos para adaptarse a las peculiaridades propias de ese grupo de población.

La masticación, esencial para una adecuada digestión y nutrición

Enfermedades avanzadas y pérdidas importantes de dientes se tratan con éxito en pacientes geriátricos. Además, la instauración de programas de mantenimiento garantiza la permanencia de denticiones muy deterioradas. Es lógico suponer que en un futuro muy próximo se incrementará en las consultas este grupo de pacientes.

La masticación es esencial para una adecuada digestión y nutrición. En el paciente anciano esto se encuentra agravado porque en muchas ocasiones está inapetente y el hecho de comer ha dejado de ser un placer para él. Es necesario conservar su función oral en unos niveles adecuados que no desequilibren su organismo. Todo ello hace muy importante el que todas las profesiones sanitarias, especialmente la cirugía oral y maxilofacial, comprometan esto y sepan hacer frente al reto que representa.

Para conseguir una adecuada capacidad de masticación, uno de los requisitos que se exige a la prótesis es una adecuada estabilidad. En el paciente parcialmente edéntulo esto se consigue con el apoyo en los dientes remanentes, si éstos se encuentran sanos. En el desdentado total es necesario un volumen adecuado de hueso alveolar, sobre todo en la arcada inferior. En la arcada superior tenemos el paladar duro, que con grados avanzados de reabsorción se puede conseguir una buena adhesión y estabilidad. En cambio, en la arcada inferior la presencia de la lengua y la movilidad en el habla del labio inferior hace necesario contar con un hueso alveolar no reabsorbido.

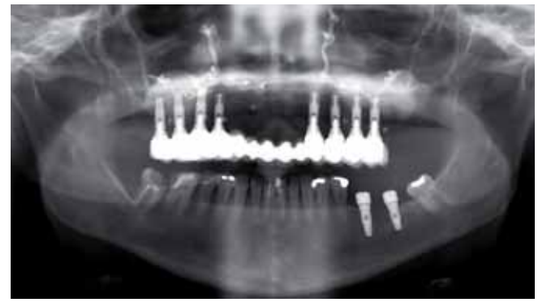
En el paciente geriátrico la perdida de dientes en la mayoría de los casos ha ocurrido hace mucho tiempo, con lo que la pérdida de masa ósea alveolar es mayor. Además, como esa pérdida no se ha producido en un mismo momento conduce a que existan distintos grados de reabsorción y por tanto el hueso sea irregular. Por otra parte, tenemos que considerar la causa de la extracción dental. Si es por caries se conserva un buen volumen óseo, pero si es por enfermedad periodontal existe disminución muy importante del volumen del hueso alveolar. Hemos de tener en cuenta que la pérdida de dientes en la peridontitis es debida a la reabsorción del hueso de soporte. Esto conduce a que en el enfermo periodontal se agrave la estabilidad que se puede conseguir con la prótesis. Si tenemos en cuenta que la enfermedad periodontal es más prevalente en la población adulta y que el anciano ha dado tiempo a producir unos efectos avanzados, hace que en el paciente geriátrico sea un problema muy frecuente la falta de soporte óseo adecuado.

En estos pacientes ha sido un objetivo prioritario de la cirugía oral y maxilofacial el conseguir un método eficaz para estabilizar la prótesis. La única solución que existe para conseguir un mayor soporte es conseguir un nuevo anclaje en el maxilar remedando de alguna forma a la articulación alveolo-dentaria perdida. Para ello debería tener sus mismas características: un anclaje y estabilidad adecuados que permita soportar las presiones de la masticación, adaptación a los cambios que ocurran en la oclusión y mantenimiento de un correcto aislamiento impidiendo el paso de gérmenes. Hemos de tener en cuenta que la cavidad oral es una cavidad séptica por definición, en la cual se encuentran gran cantidad y variedad de microorganismos. El medio interno es aséptico, con lo que la mucosa debe proporcionar una barrera adecuada para evitar el acceso y la consiguiente infección. La implantología se ocupa de todos los sistemas de anclaje en el hueso que intentan conseguir una estabilidad de la prótesis.

Paciente 1 antes de iniciar el tratamiento

Paciente 1 tras elevación bilateral de seno

Paciente 2 antes de iniciar el tratamiento



Paciente 2 tras elevación bilateral de seno y cirugía ortognática

Los implantes

La cirugía oral y maxilofacial es una ciencia dependiente de la técnica, en mayor medida que en otras áreas de la salud, sus avances son el resultado de la aplicación sobre todo de la ciencia de los materiales. Se puede afirmar que la implantología es parte de la cirugía oral y maxilofacial que más ha sufrido estos cambios desde principios de los años ochenta. Una vez sentadas las bases científicas se ha producido una verdadera explosión de la industria, se ha incrementado enormemente el número de implantes que se utilizan y las distintas marcas. Se ha asumido como un tratamiento más que se puede hacer a nuestros pacientes, incluso ellos mismos los suelen pedir, en la sociedad se encuentra difundida esta posibilidad. Se ha pasado de indicaciones mínimas a poderse ofrecer en casi todos los tratamientos prostodóncicos destinados a restituir las pérdidas de dientes. Se pueden establecer que existen tres fases en la historia de la implantología con respecto a sus indicaciones:

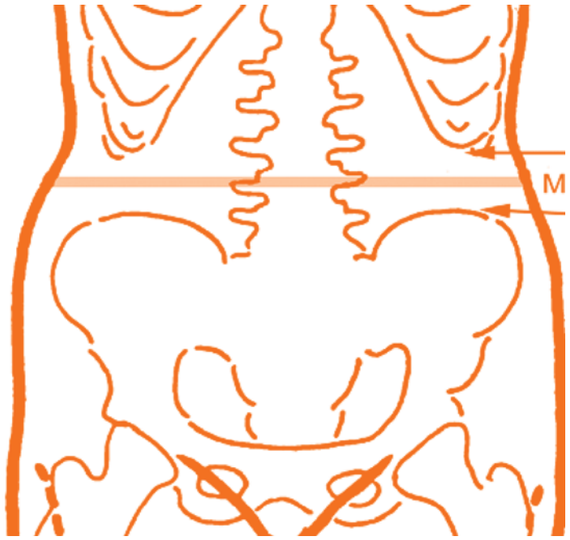
- Fase de estabilidad. En ella el principal objetivo a conseguir era una oseointegración y por tanto un punto de anclaje de la prótesis removible.
- Fase de estética. Una vez dominada la oseointegración se hizo más énfasis en el acabado estético, la prótesis debía remedar en lo posible la dentición natural, sin verse partes metálicas y remedando la forma del diente sano. Se idearon soluciones técnicas que han conseguido dar una apariencia de diente natural a la prótesis sobre implante. Ello consigue que los tejidos blandos periimplantarios puedan tener el color y la textura del periodonto natural y permitan una adecuada higiene.
- Fase de discrepancia alveolar. La pérdida de diente provoca una reabsorción del mismo en altura y anchura, que además al producirse la pérdida de dientes en distinto momento es irregular. Las técnicas de regeneración ósea, de levantamientos de senos y de trasposición del dentario inferior corrigen y solucionan estas anomalías.

Como resultado de todo ello, actualmente las indicaciones se han universalizado, se aconseja una prótesis implantosoportada en desdentados parciales, como pilares de un puente e incluso en desdentados unitarios. En el caso de desdentado total y de una prótesis a extremo libre, la ventaja de la prótesis implantosoportada, en cuanto a eficacia masticatoria, supera ampliamente a la prótesis clásica.

Se debe informar al paciente de que tiene dos posibilidades: la prótesis implantosoportada y la prótesis convencional con tallado de diente natural. El paciente debe poder escoger.

Obesidad y diabetes

Dr. Luis Mendo Giner
Consultorio de Cadreita. Semergen Navarra
Dr. Ignacio Martín Pascual
C. S. Corella. Semergen Navarra



La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad caracterizada por hiperglucemia (aumento del azúcar en sangre) crónica, resistencia a la insulina y secreción insuficiente de insulina. Además de la hiperglucemia también se caracteriza por alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Es una enfermedad muy frecuente que afecta al 6% de la población pero aumenta hasta el 15% o más en mayores de 75 años.
El aumento de la obesidad y el sedentarismo son factores clave en esta epidemia de DM2. Es una causa importante de muerte prematura.
Se diagnóstica si la cifra de glucemia es mayor o igual a 126 mg/dl en dos ocasiones.
En 2010 se ha incluido como diagnóstico la hemoglobina glicosilada si es mayor o igual de 6.5 % en dos ocasiones. Este valor nos da información de cómo ha estado el nivel de glucosa en sangre los tres meses anteriores.
El objetivo de control de la hemoglobina glicosilada es del 7%, aunque se debe individualizar este objetivo en función de las características de la persona diabética, teniendo en cuenta el tiempo de evolución de la diabetes, su edad y la presencia de otras enfermedades como infarto de corazón o cerebral
¿Qué es la resistencia a la insulina?
Significa que la insulina no puede llevar a cabo su función, que consiste en llevar la glucosa de la sangre a los órganos como, hígado, músculo y tejido graso.
En el hígado se produce un aumento de la producción de glucosa, en el músculo no se aprovecha la glucosa que llega, con lo que aumenta el azúcar (glucosa) en la sangre.

Al existir esta resistencia, nuestro páncreas como mecanismo de compensación produce más insulina, durante un tiempo esto compensa esa resistencia pero se van agotando las células de nuestro páncreas, cuando se han perdido la mitad de estas células del páncreas productoras de insulina, en ese momento se empiezan a detectarse en los análisis cifras elevadas de la glucosa.

¿Relación entre obesidad y resistencia de insulina?

La obesidad abdominal es la grasa que se acumula entre las vísceras del abdomen, no hablamos del popular" michelín", que es la grasa subcutánea (debajo de la piel). Esta obesidad abdominal se asocia a un mayor riesgo de DM2, porque produce resistencia a la insulina.
Todos los obesos tienen un mayor o menor grado de resistencia a la insulina, sin embargo NO todos las personas que tienen obesidad visceral tienen diabetes, con lo que hace falta un factor genético que favorezca que desarrollen diabetes.
En resumen, sobre una predisposición genética, se unen unos factores externos como alimentación excesiva o inadecuada, falta de ejercicio físico que da lugar a obesidad abdominal, esto produce resistencia a insulina y finalmente diabetes tipo 2.

¿Cómo medimos la grasa abdominal?

Podemos usar el perímetro de cintura para hacernos una idea, como se ve en el dibujo.
El perímetro de cintura se medirá con cinta métrica.
El perímetro se medirá en centímetros, tomando como punto medio el situado entre la última costilla y la cresta ilíaca, pasando por el ombligo.
El paciente debe permanecer con los brazos situados en los costados o bien
cruzados sobre los hombros.
La medición debe realizarse al final de una espiración normal.
El médico puede entablar conversación con el paciente si hay sospecha de que
éste intenta contraer los abdominales.
La cinta métrica debe mantenerse tensa.

¿Cómo medimos la obesidad?

Se usa el índice de masa corporal (IMC), que se obtiene dividiendo el peso actual en kilogramos por la altura medida en metros al cuadrado.
Por ejemplo: si pesa 81 kilos y mide 1,68 metros de altura su IMC es:
81/ 1,68 x 1.68=28 .72 Kg. /m2.
El valor normal del IMC 18,5 hasta 24,9 Kg. /m2, los diferentes grados de obesidad los puede ver en la tabla.

CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD según el IMC (OMS)

	Clase de Obesidad	IMC(Kg/m²)
Infrapeso		<18,5
Normal		18,5-24,9
Sobrepeso		25,0-29,9
Obesidad	I	30,0-34,9
	II	35,0-39,9
Obesidad extrema	III	≥40

¿Qué medidas debemos tomar al detectar esta obesidad abdominal-visceral?

La principal medida es perder peso, incluso sin llegar al peso normal, va a evitar la progresión a diabetes y si ya tiene diabetes va a reducir la mortalidad cardiovascular y total. Mejora el control del azúcar en sangre, de la hipertensión y del colesterol.

¿Cómo podemos perder peso?

La medida principal es el ejercicio físico diario 30-45 minutos.
El ejercicio debe ser aeróbico es decir, de baja intensidad y larga duración como caminar, correr, nadar, montar en bicicleta. Tiene un efecto beneficioso en la prevención y en el tratamiento de la diabetes, disminuyendo la glucemia, aumentado la sensibilidad a la insulina y reduce las posibles complicaciones crónicas.
Reducir la ingesta alimenticia tanto en cantidad como en calorías que comenos cada día, lo podemos resumir en esta frase: POCA CAMA; POCO PLATO Y MUCHO ZAPATO.

La educación en los niños: premios y castigos

Maite Pascual Vergara
Psicóloga
Gabinete Psicológico Maite Pascual Vergara

Un niño aprende la mayor parte de las cosas que conocerá en su vida desde que nace hasta los cinco años, y este aprendizaje queda grabado profundamente porque se adquiere en una etapa del desarrollo que está estrictamente vinculada a las necesidades afectivas. Encontrar el punto medio para criar a un niño no es fácil. La disciplina demasiado severa y rígida no permite la independencia y atenta contra la creatividad, en tanto que la falta absoluta de límites puede acarrear todavía peores consecuencias.
En este sentido la psicología se ha preocupado mucho de cómo educar a nuestros hijos de forma que se conviertan en las personas que deben ser; felices, conscientes de sí mismos, respetuosos, motivados y capaces.

Premio o castigo ¿Cuál es la estrategia más eficaz?

Los premios constituyen unos estímulos que se utilizan y se aplican para aumentar conductas en la educación de los niños. Ver la tele, recibir dinero, ir de excursión, las sonrisas, abrazos, elogios, etc. son premios. Dar a un niño un euro cuando acabe de hacer sus deberes o ver la tele cuando ordene su habitación, serían ejemplos del uso de una recompensa o premio.
Los premios que más motivan y que mantienen las conductas más tiempo son la alabanza, la atención, el cariño y el afecto, la preocupación por sus cosas, etc....
La psicología se ha preocupado mucho por el mal uso y abuso que se hace del castigo, ya que esto favorece problemas en niños y adolescentes. El castigo frecuente no se asocia con mejor conducta, al contrario, tanto el castigo físico como verbal (reprimendas) pueden incrementar las propias conductas (desobediencia, agresión) que los padres desean suprimir.
En cualquier caso castigar a un niño no es la mejor manera de educarlo. Mediante el castigo, pese a que la conducta se extingue de manera puntual, la raíz del problema no se soluciona y son muchos los niños que, pese a haber sido castigados por una conducta, siguen haciéndola cuando pueden o cuando creen no ser vistos.
En otras palabras, los efectos del castigo son momentáneos. El castigo no provoca el desaprendizaje del comportamiento que se desea modificar ni ofrece una alternativa más adecuada y ello hace que la conducta tienda a repetirse.

¿Siginifica esto que no se debe utilizar el castigo en la educación de nuestros hijos?

Por supuesto que debe utilizarse, pero no de cualquier forma, el castigo físico y la reprimenda no educan, si debemos utilizar el castigo debemos saber cómo:
1.Hay que informar al niño de cual o cuales van a ser las conductas a castigarse.
2. Debe igualmente informársele de cuál será el castigo a la conducta concreta.
3. El castigo se aplicará en la primera oportunidad que el niño emita la conducta y cada vez que lo haga. Esto implica que se debe castigar siempre y no a veces.
4. La aplicación del castigo debe ser lo más próximo posible (en tiempo) a la emisión de la conducta en cuestión.
5. El castigo debe ser siempre de la misma intensidad y no depender del estado emocional de quién lo aplica.
6. No se debe generalizar el castigo, debe aplicarse de forma individual y dependiendo de las características del niño.
7. Padre y madre deben de estar de acuerdo cuando premian o castigan.

Cómo eliminamos conductas problemáticas

• El retiro de atención.
Esta técnica consiste en dejar de prestar atención al niño cuando está haciendo la conducta problemática. Si sólo nos fijamos en el niño con regañinas y reproches él tenderá a portarse mal para recibir nuestra atención.
• El refuerzo de conductas incompatibles con la conducta a eliminar.
Consiste en reforzar al niño sólo las conductas contrarias con la conducta problemática. Si el niño se levanta sistemáticamente de la mesa cuando está comiendo, utilizaremos el refuerzo positivo cuando realice la conducta de estar sentado en la mesa.
• El aislamiento.
Significa colocar al niño en un lugar que no exista ninguna posibilidad de recompensa, durante un período de tiempo fijado de antemano que, en general, no excederá de 2 a 5 minutos.
• El retiro de recompensas.
Cuando al niño se le retiran reforzadores que tiene en su poder. Ejemplo: Al realizar una conducta problemática al niño se le retira la paga del domingo.
• El contrato.
Es un acuerdo entre ambas partes en cuanto a conductas a modificar y los premios a conseguir. Se utiliza con niños más mayores y adolescentes.

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

La información al paciente oncológico I

Juan Ignacio Arraras. Red de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud. UNED Pamplona
Uxue Zarandona. Servicios de Oncología. Complejo Hospitalario de Navarra.

La administración de informacion al paciente oncológico es una de las áreas claves de la atención que reciben los pacientes. En este artículo nos gustaría presentar algunos de los principales aspectos relacionados con dicha información.

Una información adecuada es uno de los componentes principales de los cuidados de soporte que se puede ofrecer a los pacientes. En este sentido, en el área de la Oncología hay un interés muy importante no solo en administrar los mejores tratamientos, si no, además, en manejar los aspectos psicológicos y sociales del paciente y de su entorno, entre los que se encuentra la información.

Ofrecer a los pacientes una información sobre su enfermedad y tratamientos que se ajuste a su situación y a sus necesidades, puede aportar importantes beneficios. Puede ayudar a que entiendan mejor su enfermedad y tratamientos; a que el estado emocional (su ánimo, nivel de ansiedad) de los pacientes sea más adecuado; a aumentar su confianza en los profesionales; puede incrementar su participación en sus cuidados; puede ayudar a los pacientes a tomar mejor las decisiones sobre aspectos como qué tratamiento elegir o el lugar donde ser tratado; y puede mejorar su comunicación con sus familiares y con los profesionales.

Todo ello puede ayudar a que su salud –entendida en sus diferentes dimensiones física, psíquica y social– sea mejor. Por ejemplo, tal como decíamos, puede aumentar las emociones positivas del paciente y disminuir las negativas; o también, una buena información puede favorecer una mayor adherencia al tratamiento, lo que redunde en una mejor evolución de su enfermedad.

En las últimas décadas han aumentado de manera clara las fuentes por las que el sujeto puede recibir información. Además de los datos que ofrecen los profesionales sanitarios directamente, también se incluye información en los documentos de consentimiento informado, documentos en los que se explican los procedimientos que se van a llevar a cabo con el paciente; en internet, donde hay páginas que ofrecen una información adecuada, como la de la Asociación Española contra el Cáncer (que pueden convivir en algunos casos con otras páginas no tan claras); las asociaciones de ayuda; los documentos escritos que los propios profesionales pueden dar o que se pueden obtener de otras fuentes.

Sin embargo, existe todavía en muchos casos una distancia entre los deseos de los pacientes sobre la información que quieren obtener (cuánta y en qué áreas de la enfermedad y tratamiento) y cómo quieren recibirla (en qué momento, si desean toda la información a la vez o progresivamente...), y la información que realmente obtienen y de qué manera les llega dicha información.

A esta distancia contribuyen factores como la propia tendencia que muestran las personas a preguntar en las consultas. Hay pacientes que no suelen realizar todas las preguntas que desearían porque entienden que su papel debe ser más el de escuchar al profesional. En este sentido, pueden tener una falta de costumbre de mantener una relación de colaboración con los profesionales.

Autonomía y Paternalismo

Por otro lado, en países de nuestro entorno incluyendo el nuestro, ha habido una tendencia a que los familiares filtren la información que reciben los pacientes oncológicos. Dicho filtro se ha producido por entender que es mejor para el paciente no darle toda la información. Sin embargo, en algunos casos ha podido favorecer que el paciente no reciba suficiente información, e incluso llegar a una conspiración de silencio –el que no se hable de la enfermedad entre los pacientes y sus cuidadores. Todo ello ha podido tener un efecto negativo en el apoyo que reciben dichos pacientes.

En este sentido, se han considerado dos grandes modos de entender el cuidado de los enfermos oncológicos, incluyendo la información que se les administra. Estos modelos serían los de la Autonomía y el Paternalismo. En el modelo de Autonomía, los profesionales tienden a ofrecer a los pacientes información honesta y completa y a entender que los pacientes tienen un papel clave en la toma de decisiones sobre su tratamiento y su futuro en general. En el modelo de Paternalismo, los profesionales y los cuidadores pueden no ofrecer noticias que ellos consideran como que podrían ser negativas para los pacientes (en especial en el caso de los pacientes que se encuentran en enfermedad avanzada), en un intento de protegerles y de mantener su esperanza y su estado de ánimo. En este modelo además, los pacientes no tienen un papel activo en la toma de decisiones. Este modelo de Paternalismo se ha dado con más frecuencia en nuestro entorno y ha podido contribuir a que los pacientes reciban menos información y a que estos mismos la soliciten con menor intensidad.

Sin embargo, podemos entender que se está dando un cambio en nuestro entorno hacia una mayor autonomía del paciente y hace que se hable más en las consultas y en las familias sobre la enfermedad y los tratamientos.

Necesidades del paciente relacionadas con la información

La administración de información no se debería entender como una mera dicotomía por la que los pacientes oncológicos reciben toda o ninguna información sobre su enfermedad y su tratamiento. Es importante, primero, considerar sus necesidades de información. En este sentido puede haber diferencias entre los pacientes en relación a las áreas de la enfermedad y tratamiento sobre las que desean ser informados: ejemplo, las posibles causas, el diagnóstico, la extensión de su enfermedad, el pronóstico. Además, cada paciente puede tener diferentes grados de deseo de información en cada una de estas áreas. Por ejemplo, algunos pacientes pueden desear más información sobre el diagnóstico, y menos detalles sobre la posible evolución de la enfermedad.

Es importante también tener en cuenta que las necesidades de los pacientes de recibir información pueden persistir a lo largo del periodo de tratamiento y seguimiento, y no terminar justo cuando el médico explica al paciente su diagnóstico y tratamiento por primera vez. Los pacientes se pueden beneficiar de contar con explicaciones sucesivas, en las que además se incluyan nuevos detalles que les permitan entender mejor su situación. Además a lo largo del proceso de tratamiento pueden entrar en juego elementos nuevos que requieran de información nueva. Por ejemplo, los pacientes pueden recibir información sobre cómo se a va llevar a cabo el seguimiento una vez que se ha terminado el tratamiento. Además, las necesidades de información de los pacientes pueden cambiar con el tiempo: por ejemplo, si el estado clínico del paciente empeora, este puede desear recibir menos información sobre su pronóstico.

¡Cuidado con los errores en la alimentación!

María Fernández Ortiz
Diplomada en Dietética y Nutrición Humana.
Diplomada en Enfermería.
Mirian Ruedas Batuecas
Diplomada en Enfermería.
Amaia Sevigne Itoiz
Licenciada en Pedagogía.
Diplomada en Enfermería.
Begoña Morrás Laita
Diplomada en Enfermería.

Son muchos los factores que influyen en la conducta alimentaria de una persona a la hora de seleccionar, preparar y consumir los alimentos. Aspectos culturales, sociales, religiosos, el nivel adquisitivo, las preferencias alimentarias, la disponibilidad de alimentos en el mercado y los conocimientos sobre alimentación y nutrición son algunos de estos factores que pueden llevarnos a cometer importantes errores en nuestra alimentación diaria.

No desayunar, comer con mucha prisa y olvidarnos de ingerir líquidos son algunos ejemplos de los malos hábitos alimenticios que hay que evitar. Todos cometemos errores por exceso o por omisión, voluntaria o involuntariamente o porque nos dejamos guiar por los muchos falsos mitos que existen en la alimentación. Lo principal es identificar y corregir estos errores más frecuentes o, lo que es lo mismo, debemos modificar nuestros hábitos alimentarios y mantenerlos de por vida.

Saltarse el desayuno

La comida más importante del día es el desayuno que debe contener el 20-25% del valor energético total del día. Debe ser una comida equilibrada, como las del resto del día, y tiene que aportar proteínas, lípidos, hidratos y vitaminas... Si no desayunamos adecuadamente o nos saltamos el desayuno no sólo llegaremos más ansiosos a la hora de la comida, sino que nos faltará la energía para asumir toda la mañana.
Es frecuente que la gente salga de casa por las mañanas sin haber ingerido ningún alimento o, en su defecto, un simple café bebido. Las razones que se alegan son muy diferentes, desde que no se tiene hambre o tiempo, hasta que les sienta mal comer nada más levantarse.
Hay que desayunar todos los días e intentar hacer esta comida de forma regular para que no podamos prescindir de ella.
Dedicar a esta comida entre 15 y 20 minutos, intentar levantarse un cuarto de hora antes de la cama, sentándonos a la mesa. Una buena idea es dejarse el desayuno preparado en la mesa la noche anterior.

Cena demasiado copiosa

En muchas ocasiones la cena se convierte en la "comida" por excelencia. Muchos días comenzamos nuestra jornada con un desayuno escaso, apenas tenemos tiempo en el trabajo para realizar una comida adecuada, por la tarde tenemos miles de recados que hacer y cuando llegamos a casa por la noche nos relajamos y realizamos cenas que nos proporcionan una energía que no nos va a dar tiempo a consumir en lo que queda del día. La cena debe proporcionar el 25-35% del valor energético total.
En ocasiones es cuestión de organizarse y saber que un plato único que contenga algo de hortalizas y proteínas puede solucionar una cena ligera y equilibrada.

No tomarse tiempo para comer

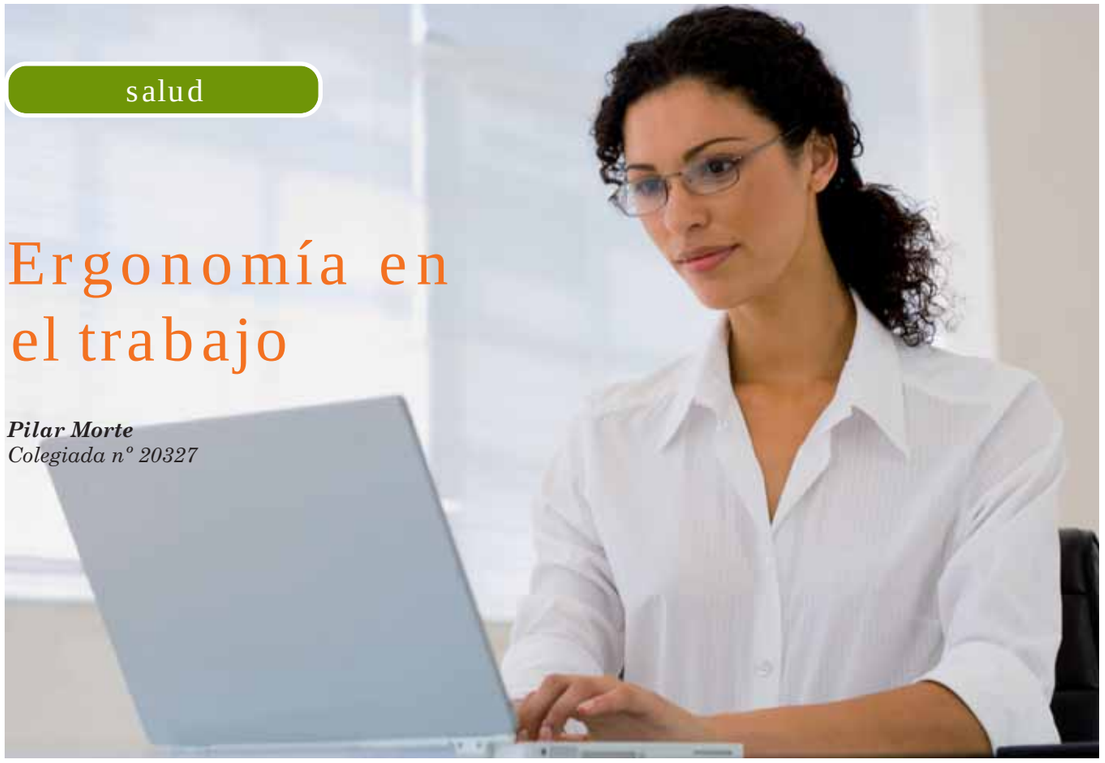
Por diferentes circunstancias hay ocasiones en los que nos saltamos alguna de las principales comidas del día. La principal consecuencia de esto es en el momento en el que nos aparezca el hambre recurriremos a lo primero que tengamos a nuestro alcance y que, generalmente, suelen ser alimentos de alto contenido energético.
Ahora bien, el no tomarse tiempo para comer no sólo se refiere a saltarse alguna comida si no al no dedicarle el tiempo suficiente cuando estamos sentados en la mesa. Hay que comer despacio y tranquilos. Tomarnos el tiempo que sea necesario para saborear y masticar bien los alimentos. De esta manera nuestro organismo se siente satisfecho con más facilidad y vamos a reducir la cantidad de alimentos a ingerir.

Rechazo a algunos alimentos

Hay que partir diciendo que no existen "buenos" y "malos" alimentos. Hoy en día es frecuente que se rechace algún alimento o grupo de alimentos bien porque se consideran malos para la salud o malos para mantener la línea. Los cereales, el pan, las legumbres y la materia grasa son algunos de los alimentos de los que se suele prescindir. Evitar ciertos alimentos no nos va proporcionar ningún beneficio y lo único que podemos conseguir es aumentar indirectamente el consumo de otros alimentos que no necesitemos en tanta proporción.
En alimentación todos los alimentos son buenos y lo único que puede ser malo es el uso que hagamos de ellos. Hay que comer de todo un poco y siguiendo las necesidades de cada persona.

Aporte de agua insuficiente

Si quieres llevar una vida sana, el agua debe ser tu mejor amiga. El cuerpo humano se compone en un 70% de agua y es fundamental ingerir un litro y medio de agua al día para mantenernos hidratados. Un aporte inferior influirá sobre los riñones, secará nuestra piel y se acumularán las toxinas.
Hay que beber regularmente, no hay que esperar a sentir sed. Lo más recomendable es hacerlo durante todo el día y no beber muchísimo justo antes de acostarnos por con esto conseguiremos levantarnos con los ojos y las piernas hinchados por la retención de líquidos. Intentar no beber agua una hora antes de acostarse.
Y hay que beber agua, no vale sustituir ese litro y medio de agua por bebidas alcohólicas o azucaradas.



Ergonomía en el trabajo

Pilar Morte
Colegiada nº 20327

Muchos profesionales padecen de dolores posturales, debidos a las actividades profesionales que realizan diariamente y que terminan disminuyendo su calidad de vida.

La ergonomía consiste en adaptar lo máximo posible el puesto de trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano. Todos los elementos de trabajo ergonómicos son diseñados teniendo en cuenta quiénes van a utilizarlos.
La calidad de vida, hoy en día muy demandada por los trabajadores, es tener unas condiciones de trabajo que no dañen la salud y que, además, ofrezcan medios para el desarrollo personal, como puede ser, mayor contenido en las tareas, participación en las decisiones, mayor autonomía, posibilidad de desarrollo personal, etc.

Consejos útiles según postura de trabajo

Si el trabajo se realiza sentado la posición correcta sería aquella en la que la persona se encuentra sentada con la espalda recta frente al trabajo, los hombros relajados y paralelos al suelo; quedando la superficie de trabajo (por ejemplo la mesa) a la altura de los codos.
En el asiento se debe de poder ajustar la altura y la inclinación del respaldo además de permitir al trabajador inclinarse hacia delante y hacia atrás con facilidad. Las piernas tienen que tener el espacio suficiente debajo de la mesa para poder cambiar de posición con facilidad pudiendo apoyar los pies planos sobre el suelo.
Si el trabajo se realiza de pie puede provocar dolores de espalda, inflamación de las piernas, problemas de circulación sanguínea y cansancio muscular. La distancia para realizar el trabajo debe ser aproximadamente de 20-30 centímetros frente al cuerpo, por lo que la superficie de trabajo tiene que ser ajustable a distintas alturas según la tarea a realizar. Y no se debe doblar el cuello ni encorvar la espalda excesivamente.

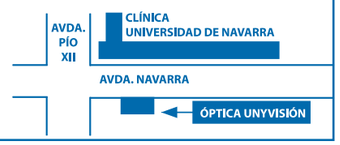
Actualmente los cristales progresivos, en personas con vista cansada, facilitan la ergonomía dando mayor nitidez visual a cada distancia evitando el cansancio ocular y posturas inadecuadas.

20% DTO. CRISTALES PROGRESIVOS

óptica unyvisión

AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • T. 948 178 188

Oferta válida con la presentación de este anuncio
HASTA EL 1 DE DICIEMBRE DE 2011



Carnes: consumo moderado y responsable dentro de una dieta equilibrada

Un producto Reyno Gourmet

Arantza Ruiz de las Heras de la Hera
Dietista-Nutricionista

Ante el consumo de carne en la dieta, actualmente en nuestra sociedad, existen, al menos, dos ideas. La primera sugiere que la carne es un alimento clave e insustituible de la dieta y resulta sumamente nutritiva. Además resulta muy sabrosa, fácil de cocinar con variedad de formas culinarias diferentes y se prefiere tomar antes que otros alimentos como por ejemplo, el pescado, y en cantidad y frecuencia importante. La segunda dice que la carne contiene algunos elementos poco recomendables para la salud y, cuanta menor sea la cantidad que se tome, mejor.

Como la mayoría de las cosas y, siguiendo el refranero, "en el centro está la virtud" y, como tal, la moderación en las dos premisas anteriores que tienen ambas parte de razón y también incorrecciones. Vamos a ver los motivos:

Definición y características

La carne, según el Código Alimentaria Español, se define como el resultado de la transformación experimentada por el tejido muscular del animal a través de una serie de procesos fisicoquímicos y bioquímicos que se desarrollan como consecuencia del sacrificio del animal. Es decir, una vez sacrificado el animal ha de pasar un cierto periodo de tiempo hasta que el músculo se transforme en carne.

Existen muchos tipos y variedades de carne, pero haciendo una media general se puede exponer lo siguiente en cuanto a su valor nutricional.

• Proteínas. Constituye el punto fuerte nutricional de la carne. Las proteínas son el elemento estructural por naturaleza y, en los alimentos cárnicos, las proteínas presentes son de buena calidad, lo que significa que poseen todos los componentes básicos que el organismo no puede sintetizar por sí mismo y necesita tomar del exterior con la alimentación. Además, están presentes en un porcentaje nada despreciable, ya que suponen alrededor del 20% de todo su contenido.

• Hidratos de carbono. Este nutriente prácticamente no está presente en la carne, ya que, la poca cantidad que posee el músculo se pierde en su proceso de transformación en carne.

• Lípidos o grasas. Este es el nutriente más variable dentro de las carnes y es el dato que se utiliza como criterio de clasificación.

Si la carne tiene menos del 10% de su contenido en forma de grasa, se denomina carne magra. Algunos ejemplos de este tipo de carne son: pollo, pavo, conejo, caballo y partes magras de ternera y cerdo. Si la carne tiene más del 10% de grasa, esta es carne es grasa como la del cordero, el pato, el ganso o ciertos cortes de la ternera o del cerdo.

La ternera y el cerdo se pueden encontrar en ambos grupos, ya que existe gran variabilidad en sus cortes y, en ambos animales, se pueden encontrar piezas magras y grasas.

El inconveniente de la grasa que contiene la carne es que es saturada, lo que significa que no es muy recomendable a nivel cardiovascular. Sólo algunos tipos de carne, como el cerdo ibérico, poseen grasas más beneficiosas, en este caso, son monoinsaturadas, similares a las del aceite de oliva. De ahí que algunas veces al cerdo ibérico se le llame el "olivo con patas", debido a la semejanza entre ambos perfiles grasos.

• Vitaminas. En general la carne es rica en vitaminas del grupo B, como por ejemplo B1, B2, B3, B6 y B12.

• Minerales. Respecto a los minerales presentes en mayor proporción son el hierro, el zinc y el fósforo. Además, el hierro que posee la carne posee buena biodisponibilidad, es decir, posee buena absorción por parte del organismo. Se asimila bastante mejor que el hierro presente en otros alimentos, especialmente de origen vegetal. Por ejemplo, el contenido de hierro en las lentejas es elevado, sin embargo, este prácticamente no se absorbe por parte de nuestro cuerpo.

• Agua. La carne posee un contenido acuoso bastante elevado, alrededor del 65-80 %. Este valor, añadido a la rica composición nutricional de la carne, hace que sea un producto perecedero. Necesita algún método de conservación para aumentar su vida útil, el más básico es la refrigeración.

Recomendación de consumo

Los datos más actuales sobre el consumo de carne hablan de tomar carne magra entre 3 o 4 veces por semana, una cantidad similar a la recomendación de tomar pescado. Además, la cantidad recomendada para cada ración de carne no debería superar los 125 g por porción. Suele ser habitual en nuestra cultura gastronómica que los platos cárnicos superen ampliamente esta cantidad, tal vez este error se pude ver acrecentado por el escaso uso de las guarniciones como complemento con el fin de reducir la cantidad de la carne. Respecto a las carnes grasas, la recomendación en su consumo habla de tomarlas de forma ocasional.

Tecnologías culinarias

Quizá uno de los motivos de que la carne se consuma en una cantidad algo más elevada que la recomendada, puede ser que la carne queda estupendamente cocinada con todas las técnicas culinarias. Bien sea a la plancha, al horno, frita, guisada o braseada. Como parte de un estofado o rehogado, acompañada con un lecho vegetal o con patatas, pasta, arroz, ensalada o legumbres en vinagreta. Se puede pedir poco hecha, al punto, muy hecha. Asimismo, hay innumerables variedades de carnes, por lo que es difícil que no guste en ninguna de sus versiones o, lo que es más frecuente, en todas.

Además, especialmente los derivados cárnicos, fiambres y embutidos resultan muy adecuados para tomar en bocadillos, tostas y tapas.

Otra de las razones para tomar carne frecuentemente puede ser la excelente calidad y delicioso sabor de los productos forales amparados en la marca Reyno Gourmet como la Ternera de Navarra, el Cordero de Navarra, el lechón de producción integrada del cerdo pío negro o los productos derivados del pato y los embutidos. Resulta complicado ajustarse de las cantidades aconsejadas cuando se trata de tomar estas delicias.

Conclusiones

La carne resulta rica en nutrientes importantes para la nutrición. Este grupo de alimentos es muy versátil a la hora de cocinar y puede ser acompañado por todo tipo de productos haciendo unas mezclas y composiciones estupendas. En Navarra somos afortunados ya que disponemos de un generoso número de carnes con certificaciones de calidad, como las citadas anteriormente, que aseguran el éxito de sus platos.

La exclusión del pan en una dieta de adelgazamiento no está justificada

Viviana Loria Kohen y Carmen Gómez Candela
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética
Hospital Universitario La paz de Madrid. IdiPAZ

Preocupadas por su imagen, muchas mujeres siguen dietas de adelgazamiento que, en algunos casos, pueden ser desequilibradas, entrañando un posible riesgo para la salud y teniendo pocas posibilidades de éxito a largo plazo. Por falsos mitos muy arraigados entre la población, el pan y los alimentos ricos en hidratos de carbono son los primeros en ser eliminados o restringidos de las dietas. Sin embargo, su eliminación no está justificada y no debería formar parte de la práctica clínica.

Desde la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital La Paz de Madrid hemos comparado los resultados obtenidos con dos dietas hipocalóricas equilibradas con pan y sin pan en mujeres con sobrepeso u obesidad, y hemos concluido que la inclusión del pan no interfiere en la evolución de la pérdida de peso corporal y permite cumplir las pautas nutricionales con mayor facilidad y durante periodos de tiempo más prolongados.

La ciencia con el pan

Al inicio del estudio, las participantes, en su mayoría perimenopáusicas, presentaron una ingesta calórica por encima de sus necesidades y un perfil dietético desequilibrado, con ingestas deficitarias en algunas vitaminas y minerales, además de un bajo nivel de actividad física. Tras 16 semanas de intervención se logró mejorar el estado nutricional de las participantes, sin observarse diferencias significativas en la evolución de los marcadores antropométricos, bioquímicos o inflamatorios entre ambos grupos. Las mujeres redujeron significativamente su peso corporal, el porcentaje de masa grasa, la circunferencia de cintura y la grasa visceral, manteniendo su masa muscular y su metabolismo basal. Comparando los resultados obtenidos con los dos tratamientos nutricionales, los investigadores no encontraron diferencias en la evolución de la pérdida de peso corporal, cuya media para ambos grupos fue de 4 kilos.

En ambos grupos se redujo significativamente la ingesta calórica total y se produjo un incremento significativo con respecto al número de comidas al día (al inicio del estudio un 21% de las mujeres hacía tres comidas o menos y este porcentaje se redujo al 4,8% tras la intervención). El picoteo, una práctica muy común entre las personas con sobrepeso y obesidad, también se redujo significativamente, pasando del 37,5% al 14,4%.

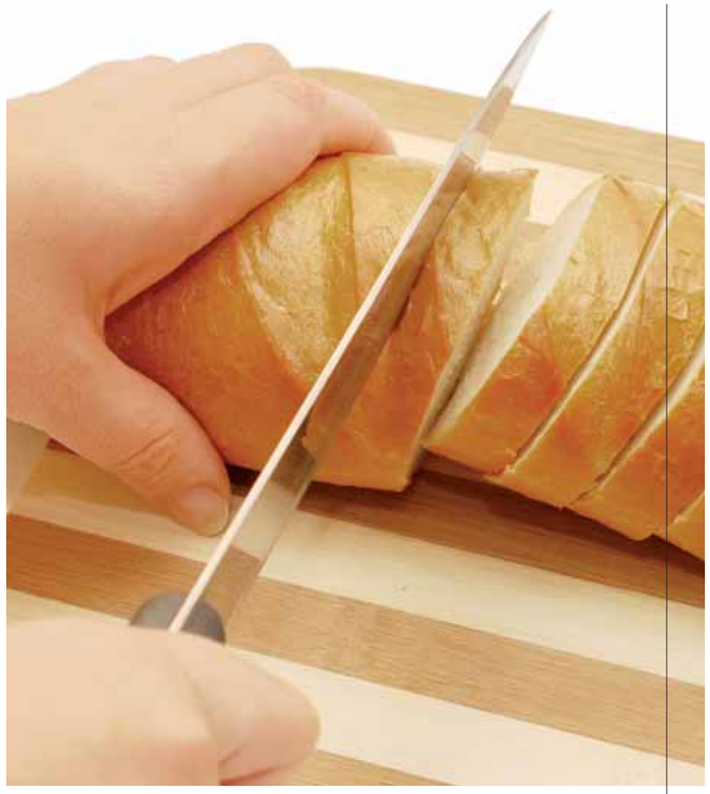
Ventajas de la inclusión de pan

El grupo que siguió la dieta con pan mejoró significativamente su perfil calórico y se aproximó a las recomendaciones nutricionales estipuladas por los expertos, reduciendo el porcentaje de grasa y aumentando el aporte de hidratos de carbono. Esta aproximación a los objetivos nutricionales no fue alcanzada en el grupo sin pan, en el que a pesar de logar la reducción calórica buscada, el perfil calórico no sufrió modificaciones.

El grupo con pan también se acercó al número de raciones recomendadas para el grupo de los cereales, mientras que el grupo sin pan incrementó la discrepancia con la recomendación. Además, se observó un aumento del consumo de carnes en el grupo sin pan y, a pesar de que el consumo de azúcares y grasas se redujo en ambos grupos, la disminución sólo fue significativa en el grupo con pan. Los investigadores concluyeron que la exclusión del pan en la dieta puede desplazar las ingestas hacia los grupos de las carnes y las grasas, repercutiendo de forma negativa en el equilibrio de la dieta y el perfil calórico.

En relación al cumplimiento de la dieta, observamos que en el grupo sin pan el número de transgresiones a la dieta fue aumentando a medida que transcurrían las semanas, mientras que en el grupo de mujeres que siguieron la dieta con pan el cumplimiento se mantuvo estable. La inclusión de alimentos comunes, cotidianos y de alto valor en la cultura alimenticia de nuestro entorno, como es el pan, ayuda a cumplir las pautas nutricionales con mayor facilidad y durante periodos de tiempo más prolongados, mientras que su exclusión puede favorecer la incorporación de alimentos no pautados y de inferior calidad nutricional.

Incluir una ración de pan en las comidas también puede aumentar la sensación de saciedad, según se desprende de los resultados de un test de motivación-saciedad al comer realizado al finalizar la intervención, que reveló una mayor sensación de saciedad tras la ingesta de un menú hipocalórico con pan a los 60 y 90 minutos de la ingesta con respecto a la sensación que tuvieron las mujeres que comieron el mismo menú con otras fuentes de hidratos de carbono, como arroz o pasta, en lugar de pan.



Además, la inclusión del pan en la dieta redujo el número de abandonos del tratamiento. El estudio lo iniciaron 122 mujeres y sólo 104 lo concluyeron, registrándose 18 abandonos: 5 en el grupo de intervención con pan y 13 en el grupo que hizo la dieta sin pan, un porcentaje significativamente mayor.

Conocimientos con respecto al pan

Al inicio y al final del tratamiento las mujeres rellenaron un cuestionario de conocimientos sobre el pan con el objetivo de determinar la evolución en su percepción sobre este alimento básico. A pesar de que desde el inicio de nuestro estudio pudo observarse que un alto porcentaje de la población valoraba de forma positiva la calidad nutricional del pan, tras el programa educativo, se observó un incremento de las mujeres que consideraban como saludable su inclusión en todas las comidas, llegando el porcentaje a ser cercano a la totalidad (94,6%). También mejoraron los conocimientos respecto a sus nutrientes, a los beneficios del pan integral o a su inclusión como componente de la Dieta Mediterránea. En cuanto a su contenido calórico, podemos considerar que continuaron siendo precavidas, ya que sólo respondió correctamente el 34,4% de la población.

Estudio "Comparación de la utilidad de dos dietas hipocalóricas equilibradas con inclusión versus exclusión de pan en el tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad".

¿Se puede regenerar el esmalte de los dientes?

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

El esmalte dental es el material más duro generado por el cuerpo. Está formado principalmente por material inorgánico (90%) y únicamente una pequeña cantidad de sustancia orgánica (2,9%) y agua (4,5%). El análisis de los componentes minerales del esmalte revela que predomina en ellos el calcio bajo la forma de fosfatos, de los cuales el más abundante es el del calcio hidratado, que se denomina por sus características químicas hidroxiapatita (mineral también presente, pero en menor densidad, en huesos).

Se forma en el periodo embrionario de los seres humanos. Cuando se terminan de formar los dientes, erupcionan en la encía y las células que forman el esmalte dental mueren. La desaparición de los ameloblastos (nombre de las células encargadas de la formación del tejido dental) es la causante que provoca que no se pueda regenerar por sí sólo, como pasa con la piel, hueso y otros tejidos del cuerpo humano, sin poder producir nuevo esmalte en caso de caries, desgaste dental, fractura,....

El esmalte dental es un tejido muy duro y resistente para su principal función, la masticación de la comida, pero muy frágil a los ácidos que producen las bacterias o que pasan por la boca (refrescos, zumos, reflujo, vómitos,..), y al uso, golpes, desgastes... Estar expuesto a esta serie de agresiones no le beneficia en absoluto.

¿La calidad del esmalte es siempre la misma?

No todos los esmaltes son iguales, ni del mismo grosor, hay pacientes que presentan defectos en el esmalte lo que les hace más vulnerables a desarrollar caries, sufrir fracturas, sensibilidades dentinarias... Un esmalte "hipo-calcificado" es un esmalte que contrario al "hiper" esta menos calcificado, siendo más poroso y menos resistente, aumentando el riesgo de problemas.

La hipoplasia del esmalte o la alteración que sufren los ameloblastos durante la etapa formativa del desarrollo dental, afecta a la formación de la matriz del esmalte, así como a su calcificación. La naturaleza exacta de la lesión se desconoce, pero hay manifestación histológica de daño celular. Estas anomalías varían en gravedad y se manifiestan clínicamente en su forma más leve como pequeñas manchas blancuzcas u opacas aisladas y diminutas fositas hasta manchas marrones y fosas y escotaduras marcadas que dan al diente un aspecto corroído.

La fluorosis dental es una anomalía de las piezas dentales originada por ingestión excesiva y prolongada de flúor que generalmente se produce en la niñez. La ingesta de flúor vía pastillas, ya prácticamente no se recomienda y en los niños pequeños hay que procurar no se traguen la pasta de dientes para evitar esta alteración del esmalte. Hoy la vía de administración más recomendada de flúor es la tópica (pastas de dientes y colutorios) para remineralizar el diente (endurecerlo).

En la niñez, la época de aparición de los dientes definitivos, se presentan en la boca sin acabar de mineralizar (endurecer). Durante el primer año, posterior a su erupción, finaliza su maduración. Por ello, es una época donde hay que tener especial atención. Otra etapa de riesgo es la edad adulta, como consecuencia del desgaste que ha llevado el diente a lo largo de la vida. Los grosores de esmalte disminuyen y, asociado a otros factores, el cuidado preventivo tiene que incrementarse.

¿Qué diferencia hay entre remineralización y regeneración dental?

La remineralización de los dientes es un proceso en el cual los minerales que faltan (hipomineralización) o perdidos (caries en fase microscópica) son retornados a la estructura molecular del diente. Los dientes con la perdida de minerales se vuelven porosos y permiten fluidos y la desmineralización por debajo de la superficie del diente. Cuando están desmineralizados, estos poros llegan a ser más grandes.[Hoy existen tratamientos de remineralización bastante eficaces que a menudo logran detener o invertir la desmineralización (porosidad que avanza).]Este proceso no puede reemplazar el material perdido del diente: no llenará una cavidad que se ha convertido en un agujero, porque entonces hablaríamos de regeneración que es el restablecimiento de algo que degeneró o se perdió.

Nuevos descubrimientos en genética nos acercan cada día más a lo que hasta pocos años podría parecer ciencia ficción. En este caso la

posibilidad de que se pueda regenerar el esmalte dental y en un futuro próximo la creación de dientes nuevos. La ingeniería genética ha abierto una puerta hacia nuevos conceptos en el tratamiento de los problemas dentales. Habrá que esperar para ver si todo esto se concreta en un futuro no tan lejano.

Importancia de la prevención en la pérdida de esmalte

Son naturales en el ser humano la voluntad de mantener o reemplazar las estructuras anatómicas perdidas y el intento de restablecer los componentes del cuerpo que han sido deteriorados (instinto de auto-conservación).

En vista de la todavía imposibilidad de regeneración dental y ante las limitaciones de cualquier material artificial de sustitución que se utilizan en los tratamientos dentales, donde ninguno sustituye perfectamente al original, la prevención de la perdida de estructura dental pasa a tener importancia capital, ya que, una vez perdida esta estructura biológica es irrecuperable. Dependiendo del tipo de esmalte y de factores ambientales que le rodean, se pueden determinar los factores de riesgo y las medidas de protección necesarias para su prevención.

La detección precoz nos ayuda a identificar lesiones en fases muy iníciales donde si existe la posibilidad de tratamientos no invasivos de remineralización (especie de cicatrización de la lesión) del diente donde no se coloca ningún tratamiento de sustitución. O en casos donde encontramos una lesión cavitada inicial, un temprano tratamiento siempre es menos invasivo reduciendo al máximo todas las posibles complicaciones.

Importante también recordar que, a pesar de un excelente cuidado de la boca, los dientes son frágiles y por eso hay que evitar exponerlos a un medio ácido, usarlos para agarrar objetos, destapar botellas, hacer fuerzas masticatorias indebidas, masticar huesos, comerse las uñas, mordisquear los bolígrafos,... porque pueden desgastarse o fracturarse.

¿Qué es la prótesis endovascular?

María Fernández Ortiz
Diplomada en Dietética y Nutrición Humana.
Diplomada en Enfermería.
Mirian Ruedas Batuecas y Begoña Morrás Laita
Diplomada en Enfermería.
Amaia Sevigne Itoiz
Licenciada en Pedagogía.
Diplomada en Enfermería.

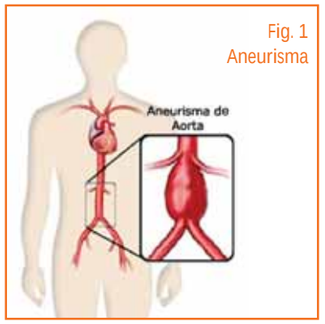


Fig. 1
Aneurisma

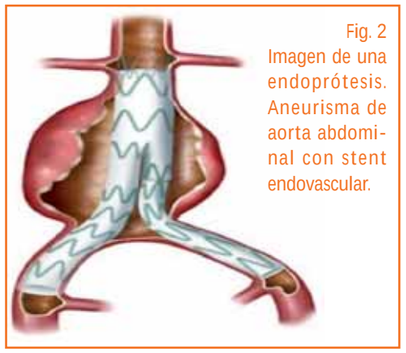


Fig. 2
Imagen de una endoprótesis. Aneurisma de aorta abdominal con stent endovascular.

Fig. 3
Stent

La aorta es la principal arteria del cuerpo humano, que en individuos adultos tiene 2,5 cm de diámetro. La aorta da origen a todas las arterias del sistema circulatorio. La función de la aorta es trasportar y distribuir sangre rica en oxigeno a todas esas arterias. Nace directamente de la base del ventrículo izquierdo del corazón y desciende a través del tórax y abdomen.

El aneurisma es el ensanchamiento anormal de una arteria (Ver Fig. 1), habitualmente provocada por arterioesclerosis (endurecimiento de las arterias), hipertensión o infecciones crónicas (sífilis, tuberculosis). La mayoría de los aneurismas aórticos son asintomáticos. Un aneurisma se puede dar en cualquier arteria del organismo, pero se producen de modo más frecuente en la aorta. Esto puede convertirse en un problema de salud grave, ya que puede ser fatal si el aneurisma se rompe, causando una hemorragia interna masiva.

La nueva técnica quirúrgica para el tratamiento del aneurisma es la colocación de una prótesis endovascular (Ver Fig. 2) que es menos invasiva que la cirugía abierta. Esta endoprotesis se usa para reforzar la pared de la aorta y ayudar a preservar la zona dañada de la rotura.

La palabra endovascular se refiere a la zona interior de un vaso sanguíneo. Con la prótesis endovascular, se coloca un stent (Ver Fig. 3) dentro de la aorta para ayudar a evitar la rotura de un aneurisma.

Comparación de la cirugía endovascular y la cirugía abierta

Tanto la endoprótesis como la cirugía abierta sirven para prevenir la rotura de un aneurisma de aorta. La diferencia es que la endoprótesis se coloca dentro del aneurisma sin retirar ningún tejido de la aorta. No requiere abrir ni el pecho ni el abdomen, ya que se accede a través de la punción de la arteria femoral, aunque cualquier tipo de cirugía conlleva riesgos.

Beneficios. La reparación endovascualr es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo.

La cirugía normalmente dura de 2 a 4 horas, un periodo mucho más cortó que la reparación de un aneurisma mediante cirugía abierta.

Para algunos pacientes, se reduce el tiempo de recuperación en varios días. En algunos casos, los pacientes pueden volver a casa y reanudar sus actividades normales en un plazo de 4 a 6 semanas.

Riesgos. El tratamiento endovascular no requiere la extracción de parte de la aorta, sin embargo, existe un riesgo pequeño pero significativo de rotura de aneurisma que es ligeramente mas alto que en la reparación de el aneurisma en cirugía abierta.

Para controlar las posibles complicaciones, el medico programara visitas periódicas después de la cirugía. Es importante acudir a estas citas para asegurarse que el stent funcione correctamente.

La reparación endovascular no es posible en todos los pacientes

El aneurisma aórtico puede no tener la forma adecuada o estar demasiado cerca de otros órganos. Tener vasos sanguíneos con forma irregular u otras afecciones que su medico tenga que comentarle.

Tampoco es posible realizar una reparación endovascular en una situación de urgencia en la que el aneurisma este roto, siempre se deberá optar por la cirugía abierta.

La endoprotesis endovascular depende de varios factores, que incluyen la edad, raza, estado físico, antecedentes familiares, la afección y tamaño de la aorta, así como la ubicación y tamaño del aneurisma aórtico.

Cuidados después de la cirugía. Deberá permanecer tumbado de 4 a 6 horas, para permitir que las heridas de la pierna empiecen a sanar.

Es posible que experimente efectos secundarios tales como edema del muslo superior, entumecimiento de las piernas, nauseas, vómitos, dolor latente o de piernas, malestar, falta de apetito, fiebre o ausencia de movimiento intestinal durante 1 a 3 días. Normalmente, puede esperar quedarse en el hospital de 2 a 4 días.

Vida con una prótesis endovascular. Si tiene un aneurisma de aorta, vivirá con el resto de su vida. La prótesis endovascular puede ayudar a prevenir la rotura del aneurisma, pero debe ser consciente de su afección y hacer los cambios necesarios en su estilo de vida para evitar complicaciones. Cuídese y haga lo posible por adoptar un estilo de vida sano:

- Dejar de fumar: fumar daña las arterias, contribuye a la oclusión de las arterias y a la tensión arterial alta, y puede favorecer el crecimiento de aneurismas.
- Comer una dieta sana: siga una dieta baja en grasas saturadas y colesterol. Los niveles altos de grasa y colesterol aumentan la probabilidad de enfermedad cardiaca debida a la oclusión de las arterias.
- Hacer ejercicio diario: el ejercicio regular ayuda a controlar la tensión arterial y los niveles de colesterol. Empiece poco a poco y consulte sus planes con el médico. No levante objetos pesados.
- Riesgos a largo plazo: todavía no se conocen los riesgo a largo plazo del implante de la endoprótesis, así que tendrá que someterse a un reconocimiento al menos una vez al año, durante toda su vida, con dispositivos de imagen (TAC o escáner).

La tarea de cuidar

Dr. Manuel Martín Carrasco
Psiquiatra
Clínica Padre Menni

En paralelo a la transición política o económica, nuestro país se ha visto implicado en una transición sociológica muy notable en los últimos cuarenta años. Uno de los cambios más importantes corresponde a la manera en que la Sociedad se ocupa de la atención de las personas con dependencia, entendiendo por tales a las que necesitan la supervisión o ayuda directa de otros para realizar las tareas básicas de preservación de la salud – es decir, de la vida -, tales como alimentarse, vestirse, cuidar de la higiene, realizar actividades, o deambular. Las grandes categorías de individuos que integran este grupo de población son los niños, los ancianos y los enfermos.

En la sociedad española tradicional, la atención a estos grupos correspondía a la familia, y específicamente a las mujeres. Solo los muy ricos o los extremadamente pobres escapaban a esta regla, a través de la contratación de mujeres para ser atendidos en casa, en el primero de los casos, o para ser confiados a instituciones como asilos, orfanatos, casas de misericordia o similares. Esta última opción se consideraba una vergüenza para la familia, que marcaba tanto a los familiares sanos como a los propios afectados. Y la vergüenza era un estigma terrible en una sociedad en la que los viejos códigos de honor todavía tenían una importancia considerable. Se trataba de un contexto en que la familia era más importante que el individuo, porque las posibilidades de supervivencia de éste sin la ayuda de aquella eran limitadas. La religiosidad también jugaba un papel fundamental en el mantenimiento de este sentido familiar y grupal de la existencia humana.

Este orden de cosas ha cambiado fundamentalmente en las últimas cuatro décadas. La familia tradicional, el núcleo fundamental en la etapa anterior, se ha visto suplantada por formas muy diversas de convivencia, a raíz del auge del divorcio y de la vida en pareja sin matrimonio. El individuo ha pasado a considerarse el elemento fundamental, por encima de la familia. Y las mujeres, afirmándose como individuos, han repudiado un sistema que negaba su derecho a elegir una vida distinta a la de ama de casa, supeditadas en todo a los varones de la familia. Recuerdo ahora un comentario apócrifo atribuido a Juan José López Ibor, acerca de que en la España franquista, las únicas mujeres que tenían libertad eran las religiosas y las prostitutas. Es decir, aquellas que se sustraían a la posibilidad de formar una familia propia.

La salida de la mujer al trabajo, necesaria por otra parte para impulsar el desarrollo económico y material, se ha visto alentada desde la élite política y social como un signo de la evolución y el progreso de la sociedad española, al unísono con la de las sociedades occidentales. Pero alguien ha salido perdiendo con el cambio. ¿Quién se ocupa ahora de los dependientes, de los niños, ancianos y enfermos? El mensaje de la élite era que se desarrollaría un Estado de Bienestar, en el que la Administración Pública crearía y mantendría un sistema de centros e instituciones, desde guarderías hasta centros de día y residencias, o bien de atención a domicilio, que se haría cargo de las personas con dependencia. Pero a pesar de que efectivamente se avanzó en esa dirección, el Estado de Bienestar en nuestro país nunca llegó a cubrir realmente esas necesidades; por el contrario, se quedó muy atrás, si lo comparamos con el desarrollo experimentado en otros países cercanos. La crisis económica ha supuesto el ocaso definitivo de aquellos mensajes optimistas: bastante será si mantenemos lo que tenemos. Y sabemos que el número de dependientes no va hacer sino crecer en los próximos años, a partir del envejecimiento de la población y la falta de tratamiento eficaz de problemas como la enfermedad de Alzheimer.

Por lo tanto, la pregunta retorna con más fuerza: ¿quién se va a hacer cargo de los niños, los ancianos y los enfermos? La nueva generación, educada en el individualismo y en el hedonismo, no parece muy dispuesta a asumir la tarea de cuidar. No es raro que los niños o jóvenes comenten a sus padres, con el tono medio jocoso de los temas embarazosos, que a qué residencia querrán ir cuando sean mayores. Nos veremos obligados a reflexionar muy seriamente sobre este problema, porque, evidentemente, nuestra sociedad tiene que encontrar una respuesta específica. No podemos copiar modelos ingleses, suecos o alemanes porque en nuestro país no hay suficientes ingleses, suecos o alemanes. Y cuanto antes comencemos la reflexión, mejor.

Anestesia epidural y anestesia raquídea

Sara Albina Carretero, Zaloa-Izar Martínez Cincunegui, Esther Albina Carretero y Teresa Juaniz Luri
Enfermeras de quirófano. Complejo Hospitalario de Navarra

Dentro de la anestesia regional no hay un claro conocimiento sobre la diferencia entre la anestesia epidural y anestesia raquídea. Entre la población, se habla de anestesia epidural aún no siendo ésta la técnica utilizada en todas las situaciones. Se cree que ésta apreciación tan difundida se debe al auge de la utilización de este procedimiento en el proceso del parto.

Con ánimo de resolver dudas y de que queden claramente explicadas estas dos técnicas, exponemos a continuación sus procedimientos, diferencias e indicaciones.

Anestesia Raquídea

Definición. Es la administración de un anestésico local en el espacio subaracnoideo o intradural, con el fin de bloquear el estímulo nervioso (sensitivo, autonómico y motor).
El espacio intradural se localiza entre las meninges piamadre y aracnoides. Contiene el líquido cefalorraquídeo, los nervios y los vasos que irrigan la médula. Este líquido es claro, incoloro, de "agua de roca" y baña el espacio subaracnoideo.
Con esta anestesia se consigue un bloqueo secuencial, comenzando por las fibras nerviosas más delgadas (autonómicas y termoalgésicas) y terminando por las mas gruesas (tacto, presión y motricidad).
Técnica. La posición del paciente puede ser en sedestación o decúbito lateral. Se comienza localizando el punto de punción mediante las tomas de referencia de los niveles anatómicos que son las crestas iliacas antero superiores (L3 – L4). Aunque ese es el nivel habitual se puede pinchar a otro nivel, buscando mayor o menor nivel anestésico. De esta manera se asegura la no lesión de la médula espinal que solo llega hasta L1 - L2 en el 90% de los casos.
Tras una correcta desinfección y manteniendo una técnica estéril, se procede a la infiltración de un anestésico local en la piel y en el tejido celular subcutáneo. A continuación se realiza la punción con una aguja raquídea (calibre 24-25G) atravesando las siguientes estructuras: piel, tejido celular subcutáneo, ligamento supraespinoso, ligamento interespinoso, ligamento amarillo y duramadre, hasta comprobar la salida del líquido cefalorraquídeo.
A continuación y sin mover un solo milímetro la aguja, se procede a la inyección del fármaco anestésico elegido. Se retira la aguja raquídea y se finaliza con la colocación de un apósito. Si durante la inyección el paciente aquejase dolor, se debería parar la inyección, ya que se puede estar dañando directamente una raíz.
Complicaciones y efectos secundarios. Las más frecuentes son:
• Punción hemática: salida de sangre a través de la aguja.
• Parestesias: sensación desagradable asociada a la punción (hormigueo, calambres...)
• Hipotensión arterial: debida a la vasodilatación provocada por el bloqueo simpático.
• Naúseas y vómitos: secundarios generalmente a la hipotensión.
• Retención urinaria: por bloqueo del músculo detrusor vesical.
• Lumbalgia: sobre todo tras intentos repetidos con agujas de gran calibre.
• Cefalea post-punción: por la continua pérdida de LCR a través del orificio dural.

Anestesia Epidural

Definición. Es la administración de anestésico local y/o derivados opioides en el espacio epidural, con el beneficio de la posibilidad de colocar un catéter en dicho espacio para la posterior infusión de fármacos, prolongando el efecto de los mismos en el tiempo.
El espacio epidural es un espacio virtual localizado entre el ligamento amarillo y la duramadre, ocupado por grasa, vasos sanguíneos y nervios.
Permite graduar la profundidad del bloqueo (estímulo vegetativo, sensitivo y motor).
Técnica. Al igual que en la anestesia raquídea, la posición puede ser en decúbito lateral o sedestación.
En cuanto al punto de punción a elegir será en función de la zona que se desea anestesiar, siendo más habituales las punciones vertebrales lumbares y torácicas, aunque también puede haber casos de punciones cervicales.
Para la toma de referencias del punto de punción se utilizan las siguientes: C7: apófisis prominente de la vértebra, T3: unión del ángulo que forman las escápulas, T7: vértice inferior de las escápulas, L2: unión de las costillas y L4: cresta iliaca.
Mediante desinfección, técnica estéril y anestesia local de la piel en el lugar de punción, se introduce una aguja (tipo Tuohy, exclusiva para punción epidural, calibre 17-18 G) conectada a una jeringa de baja resistencia llena de aire o suero fisiológico. Se continua con la introducción de la aguja epidural a la vez que se aprieta el émbolo. Mientras, se atraviesa músculo y ligamento percibiendo una resistencia. Al llegar al espacio epidural, tras atravesar el ligamento amarillo, ésta resistencia desaparece y permite vaciar el aire o suero de la jeringa en el espacio. Esta es la señal de que se ha llegado al espacio epidural. En este lugar se introduce el fármaco a administrar y el catéter si procede.
Para terminar se retira la aguja y se coloca un apósito. Si se coloca un catéter se fijará a la piel y se mantendrá protegido. Hay que empeñarse en tener el máximo cuidado en el catéter para su buen funcionamiento y para evitar que se convierta en un vehículo de infección.

Diferencias entre la anestesia Raquídea y la Epidural

RAQUÍDEA	EPIDURAL
Técnica anestésica	Técnica analgésica
Inyección única	Infusión continua
Atraviesa la dura	No atraviesa la dura
Aguja fina	Aguja gruesa
Punción por debajo de la médula	Punción a cualquier nivel
Bloqueo completo (V,S,M)	Bloqueo selectivo
Duración definida	Duración prolongada (catéter)

Complicaciones.
• Hipotensión arterial.
• Temblores y escalofríos.
• Toxicidad sistémica por sobredosificación o paso intravascular del anestésico.
• Bloqueo extenso por migración cefálica del anestésico pudiendo provocar parada cardiorespiratoria.
• Bloqueo intradural inadvertido.
•Cefalea.
•Migración del catéter.
• Lumbalgias.
• Anestesia unilateral.
• Punción dural.
(Ver cuadro: Diferencias entre la anestesia Raquídea y la Epidural)

Conclusión

Podemos concluir que en la actualidad las dos técnicas son utilizadas por su eficacia, ventajas y disminución de complicaciones frente al uso de la anestesia general, sin infravalorar otro tipo de técnicas dentro de la anestesia regional. La comunmente denominada "anestesia de cintura para abajo", raquídea o intradural, es la que se utiliza habitualmente en quirófano. La epidural en cambio, suele emplearse casi exclusivamente para analgesia, tanto en el trabajo del parto como en los postoperatorios de diversas cirugías (traumatológica, torácica, urológica, ginecológica, etc) mediante sistemas de PCA (analgesia controlada por el paciente) a través del catéter.
Por lo tanto, creemos que es importante el conocimiento claro de estas dos técnicas para una información adecuada de cara a nuestros pacientes.

Cambios en el estilo de vida después de un infarto agudo de miocardio

Lucía Lorenzo Domínguez y María Gorosquieta Alfonso
Enfermeras del Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Navarra

Luis, de 62 años está ingresado en el Servicio de Cardiología porque ha sufrido un infarto agudo de miocardio. Al principio en la unidad coronaria, nos cuenta que pasó miedo ya que el dolor en el pecho era muy fuerte y le hicieron muchas pruebas. Han pasado los días y al conocer su diagnóstico poco a poco empieza a afrontar su enfermedad.

A lo largo de este tiempo de ingreso en la planta de hospitalización en cardiología, algunas de las preguntas más frecuentes que nos plantean los pacientes antes de irse al domicilio son sobre los cambios en el estilo de vida; ejercicio, trabajo, medicación, tabaco y dieta a seguir.
En este sentido, el Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario de Navarra lleva a cabo desde Junio del 2009 un programa educativo grupal dirigido al paciente coronario y a su entorno familiar que está coordinado con Atención Primaria y tiene como objetivo dar continuidad en el plan de autocuidados al alta hospitalaria. Las sesiones impartidas por enfermería al paciente coronario y familia en nuestro servicio se realizan dos días por semana (martes y jueves) con una hora y media de duración aproximadamente.

Una pregunta frecuente es: ¿qué tipo de ejercicio voy a poder hacer?

Antes de plantear el ejercicio a realizar, debe hablar con su cardiólogo y/o médico de cabecera para conocer si existen limitaciones. En líneas generales, es aconsejable de 30-45 minutos de ejercicio; caminar, bicicleta o nadar. Al menos 5 días por semana de intensidad moderada y aumentar progresivamente. Es importante tener continuidad para mantener la forma física y para obtener beneficios.

La situación laboral de Luis es difícil y nos comenta que se siente estresado

Es beneficioso contar con el apoyo de la familia y amigos. Reflexionar acerca de las circunstancias difíciles y aceptar lo que no se puede cambiar, compensando si es posible, con lugares, pensamientos y actividades que produzcan placer y alegría. Las alternativas que pueden ser más útiles para manejar el estrés son utilizar técnicas de relajación; respiración, masajes, ejercicio de tensión muscular- relajación.

Las pastillas que estoy tomando en el hospital ¿deberé seguir tomándolas?

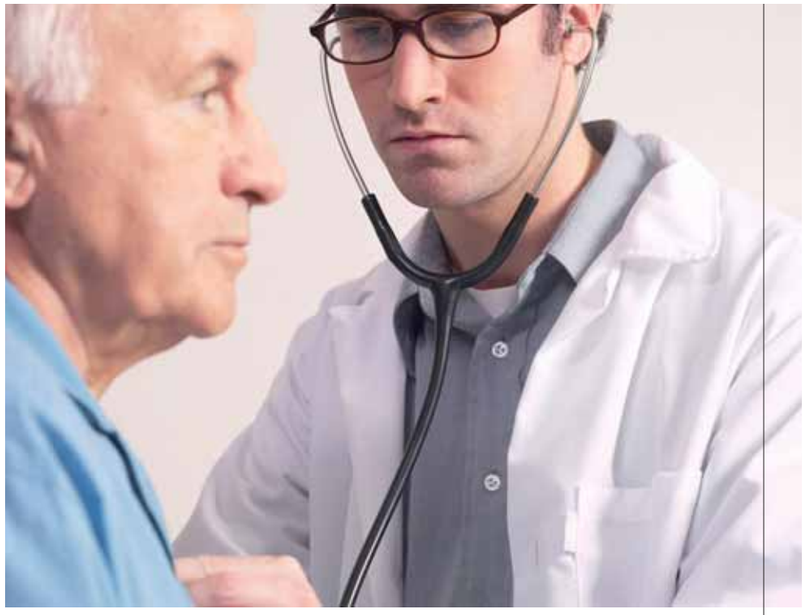
Sí, es necesario que tome la medicación en la forma y dosis indicadas. No dejar nunca de tomar el tratamiento aunque se encuentre mejor. Si tiene algún problema en todo caso, consulte con su médico. Es interesante hacer un listado de medicamentos. Procurar siempre un horario fijo (en relación con las comidas) para no tener olvidos. Recuerde que no debe duplicar dosis.

Luis sabe que dejar de fumar es imprescindible, y a veces lo ha intentado pero ahora ¿Cómo puedo lograrlo?

Tiene que estar convencido de que dejar de fumar es una de las medidas imprescindibles y sin duda de la que más se va a beneficiar para evitar recaídas. La concentración de CO del aire que espiramos aumenta en las personas fumadoras y esto hace que se aceleren los mecanismos de la arteriosclerosis, y a su vez provoca la disminución de la oxigenación de las células.
Sabemos que no es fácil, porque aparecen efectos asociados a la falta de nicotina como la ansiedad, irritabilidad, etc, pero poco a poco van desapareciendo. Podemos buscar alternativas evitando circunstancias que abocan al deseo de fumar (no beber café, ni té). Se recomienda relajarse, salir a pasear, beber zumos, agua.
Tiene que reforzarse a si mismo en la decisión de dejarlo, su familia debe apoyarle, y saber que la mayoría de las personas lo consiguen, o por propia voluntad, o solicitando ayuda (en su centro de salud) para que le den otras pautas y/o medicamentos.

Luis también tiene un problema de sobrepeso, en el que influyen sus hábitos alimenticios, no le gusta el pescado y suele ir a cenar mucho con los amigos a la sociedad ¿cómo puede cambiar?

Es necesario cambiar algunos hábitos, para evitar recaídas y mejorar nuestra salud.
No hay que obsesionarse, pero sabemos que la dieta mediterránea es la mejor y más sana. Lo mejor es hacer 5 comidas al día, evitando largos periodos de ayuno. Los lípidos o grasas y los hidratos de carbono (azúcares) son necesarios para nuestro organismo, pero hay que evitar las grasas animales (carnes rojas, bollería) que aumentan el LDL (malo)y consumir las del pescado, frutos secos etc que aumentan el HDL (bueno) y nos protegen de las enfermedades vasculares. Es muy beneficioso comer fruta y verdura diariamente: ensaladas, legumbres, evitando alimentos precocinados, conservas y embutidos. Los lácteos mejor desnatados. Consumir aceite de oliva virgen a ser posible y disminuir el consumo de sal y azucares de absorción rápida como por ejemplo; dulces, chocolate, zumos envasados, bollería industrial, etc
La preparación de los alimentos es más saludable, si se cocina a la plancha, vapor o al horno.
Se debe evitar el consumo excesivo de alcohol, un vasito de vino tinto en las comidas (si se tiene costumbre) está bien.
Hay que valorar lo beneficioso del cambio, para toda la familia, así se sentirá más apoyado y podrá conseguirlo más fácilmente.
En su caso deberá reducir la cantidad de las raciones, comer más pescado y beber menos, sus amigos deberán apoyarle (no incitándole) y evitar que parezca el "raro".
El sobrepeso se produce cuando se gasta menos de lo que se ingiere en la vida cotidiana, la obesidad se relaciona, con un aumento de la aparición de Diabetes Hipertensión y Dislipemia, o también llamado síndrome metabólico, que está relacionado estrechamente con las enfermedades cardiovasculares.



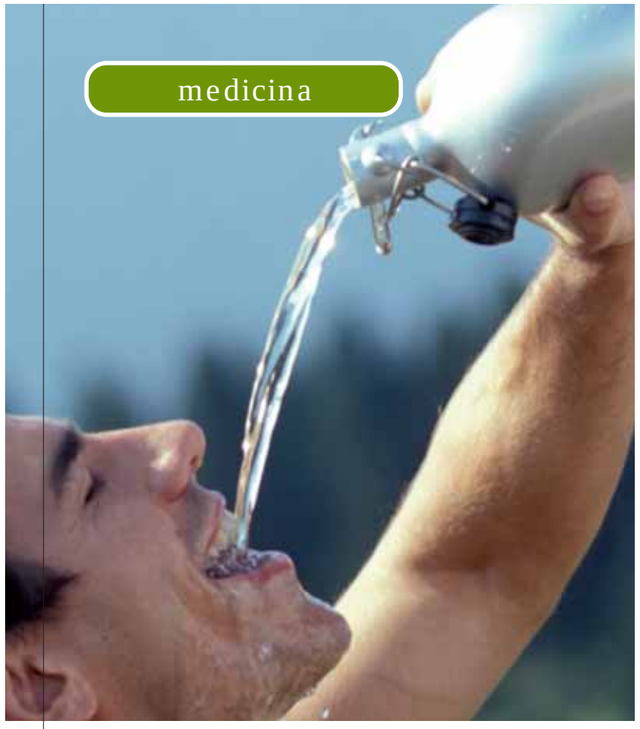
La reducción de peso pasa por hacer, una dieta y a su vez, aumentar el ejercicio diario. Deben rechazarse las dietas drásticas y las dietas milagrosas porque esta rápida perdida de kilos, con frecuencia supone una recuperación mucho más rápida cuando la dejas: Si se necesita perder peso ha de ser de forma gradual bajando entre, 0.5-1 kg por semana; lo más complicado es mantenernos en ese peso cuando lo logremos.
Para saber si tenemos el peso adecuado usamos el IMC (índice de masa corporal) que es Peso en Kg. dividido por la Talla en metros, al cuadrado Ej. 80/ 1,65 .1,65, este valor debe de estar por debajo de 25kg/m2

En resumen, para contribuir a una vida más saludable con el fin de evitar la progresión de arteriosclerosis las recomendaciones básicas son; una alimentación basada en la dieta mediterránea, hacer ejercicio físico de manera regular, mantener el peso equilibrado, controlar el estrés, dejar y mantenerse sin fumar y tomar la medicación indicada.

25 años EN COMUNICACIÓN CONSTANTE Y POSITIVA ASESOREN COMUNICACIÓN EFICIENTE

¡GRACIAS!
Es la palabra que más nos gusta oir de nuestros clientes

PubliSic ESTUDIO DE COMUNICACIÓN
Benjamín de Tudela, 35 bajo / 31008 pamplona
T 948 276 445 / F 948 273 108
aerroz@publisic.com / www.publisic.com



¿Cuál es la función principal de los riñones y cómo funcionan?

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

Los riñones son órganos vitales que realizan funciones de limpieza, equilibrio químico de la sangre y producción de hormonas.

El conocimiento de la forma en que funcionan los riñones puede ayudarnos a mantenerlos sanos.
Forman parte del aparato urinario que incluye los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra.
Los riñones son un par de órganos del tamaño del puño de un niño y con forma de alubia que se encuentran en la parte posterior de la cavidad abdominal justo por encima de la cintura.
El riñón derecho descansa exactamente debajo del hígado y el izquierdo debajo del diafragma y junto al bazo, estando el riñón derecho levemente más abajo que el izquierdo. (Fig. 1).
El riñón de un adulto mide aproximadamente: largo: 13 cm; ancho: 8cm; grosor: 3 cm, llegando a pesar unos 150 gramos cada uno. (Fig. 2).

Fig.2. Imagen de un riñón

Fig.1. Localización anatómica de los órganos del sistema urinario

Los riñones: purificadores de la sangre

Considerados como una compleja maquinaria de purificación, tienen una función tanto de eliminación como de regulación de los líquidos internos. Excretan agua, pero también la conservan; eliminan a través de la orina todos los productos del metabolismo de los alimentos que pueden ser potencialmente dañinos, antes de que alcancen niveles tóxicos y devuelven a la sangre: agua, glucosa (azúcar), sal, potasio y otras muchas sustancias vitales en las cantidades adecuadas para mantener el medio interno estable a pesar de las variaciones de clima, dieta y otros factores externos.
La parte anatómica que realiza esta función es la nefrona (Fig. 3) que contiene un "filtro" denominado glomérulo, que, a su vez, contiene una red de diminutos vasos sanguíneos denominados capilares.Contamos con más de 2 millones de nefronas formadas por esos microscópicos filtros y túbulos que abarcarían más de 80 km si se extendieran uno a continuación del otro. Allí se produce un complicado intercambio de sustancias químicas de manera que los desechos y el agua sobrante salen de la sangre y entran al sistema urinario. No es un simple proceso de filtrado, es algo más complejo donde se realiza además un proceso de reabsorción y luego de excreción. Tras el filtrado la mezcla de desechos y sustancias químicas es "revisada" con el objetivo de "recuperar" (mediante un proceso de reabsorción) aquellas que aún pudieran ser útiles.
Esta orina es transportada de manera involuntaria y continua a una cavidad con forma de embudo (pelvis renal), de donde pasa a los uréteres que la conducen a la vejiga donde se acumula y de donde es eliminada a través del acto voluntario de la micción (orinar).
A pesar de ser tan pequeños, procesan y purifican toda la sangre cada 50 minutos, llegando a filtrar alrededor de 180 litros de líquido al día, de los cuales sólo se eliminan 1.5 litros en forma de orina. Un adulto necesita producir y excretar por lo menos un tercio de esta cantidad a fin de eliminar adecuadamente los productos de desecho del cuerpo. Orinar demasiado o demasiado poco puede ser un indicador de enfermedad. Los desechos de la sangre se forman a partir de la descomposición normal de los tejidos activos y de los alimentos consumidos. Si los riñones no retiraran esos desechos, se acumularían en la sangre siendo perjudiciales para el organismo.

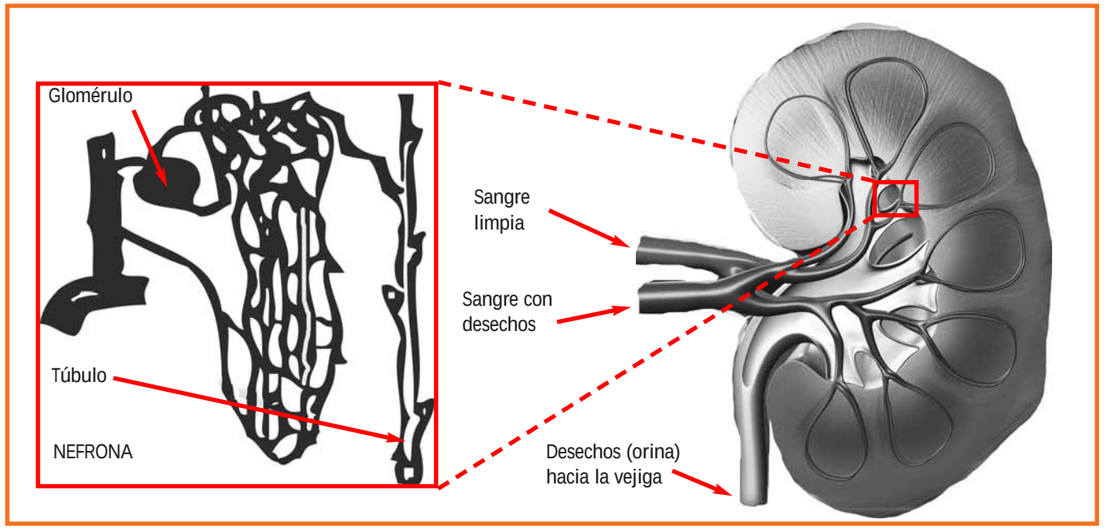


Fig 3. Riñón y su unidad funcional, la nefrona

¿Qué contiene una orina normal?

La composición química varía según el tipo de alimentación, el agua ingerida y la cantidad de orina. El término medio habitual en cada litro de orina existe: Urea 24 g; Cloruro de sodio (sal común): 10 g; Sulfatos: 3g; Fosfatos: 2,3 g; Creatinina: 0,9 g; Sales de amonio: 0,7 g; Ácido hipúrico: 0,6 g; Ácido úrico: 0,5 g; Otros compuestos: 4 g.
La orina normal es estéril, o sea no contiene bacterias, virus ni hongos. La presencia de sangre, proteínas o glóbulos blancos en la orina podría indicar la existencia de alguna lesión, infección o inflamación en los riñones, y la existencia de glucosa en la orina podría ser un indicador de diabetes.

¿Por qué fallan los riñones?

Casi todas las enfermedades de los riñones atacan las nefronas y les hacen perder su capacidad de filtración y/o reabsorción, lo que conduce a alteraciones de las concentraciones de los diferentes productos en sangre y en la orina.
La lesión a las nefronas puede suceder rápidamente, a menudo como resultado de lesión o intoxicación. Pero casi todas las enfermedades de los riñones destruyen las nefronas lenta y silenciosamente. Quizá pasen muchos años antes de que se manifieste el daño.
Las dos causas de enfermedad de los riñones más comunes son la diabetes y la hipertensión, aunque existen otras enfermedades hereditarias y congénitas, las del sistema inmunológico, infecciosas o traumáticas que pueden afectar el normal funcionamiento de los riñones.
Algunos fármacos, especialmente los antinflamatorios, si se toman de manera indiscriminada, pueden ser causa de alteraciones renales. Cualquier persona que tome analgésicos en forma regular deberá consultar a un médico para asegurarse de que sus riñones no corren ningún riesgo.
Algunas personas nacen con solo un riñón, pero pueden vivir una vida normal y sana. Cada año, miles de personas donan uno de sus riñones para trasplante a un familiar o amigo.

¿Son los riñones únicamente "limpiadores de la sangre"?

Además de retirar los desechos, los riñones liberan tres hormonas importantes:
Eritropoyetina: (estimula la producción de glóbulos rojos por la médula ósea): sin ella sufriríamos de anemia.
Renina: (regula la tensión arterial de manera indirecta al regular los niveles de sales en sangre): en ocasiones para controlar la hipertensión se usan fármacos que actúan directamente sobre esta sustancia.
Calcitriol: La forma activa de la vitamina D (para mantener el calcio para los huesos y para el equilibrio químico normal en el cuerpo).

Puntos por recordar

Los riñones son dos órganos vitales que mantienen limpia la sangre y con un equilibrio adecuado.
La enfermedad renal puede detectarse a través de una comprobación rápida de la presencia de proteína o albúmina en la orina, y un cálculo de la tasa de filtración glomerular.
La progresión de la enfermedad renal puede resolverse, pero no siempre se puede revertir.
La diálisis y un trasplante pueden extender la vida de personas con insuficiencia renal.
La diabetes y la presión arterial alta son las dos principales causas de la insuficiencia renal.
Las personas con función reducida de los riñones deberán visitar a su médico con regularidad. Los médicos que se especializan en enfermedades renales se llaman nefrólogos.
La enfermedad renal crónica (ERC) aumenta el riesgo de ataques al corazón y derrames cerebrales.
Es posible que quienes están en las etapas iniciales de la ERC puedan mantener su función renal restante durante varios años si controlan sus niveles de glucosa y colesterol en sangre, controlan su presión arterial y no fuman, si siguen una dieta baja en proteínas y cumplen el tratamiento médico.

Reconstrucción mamaria (I): El papel de la cirugía plástica en el tratamiento del cáncer de mama

Introducción

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

En el presente número tratamos las técnicas de tratamiento quirúrgico reconstructivo y la cirugía oncoplástica, realizados por médicos especialistas en Cirugía Plástica y orientados a restablecer la forma original e incluso mejorar si es posible la estética de la mama, afectada primero por el tumor maligno y luego por el tratamiento quirúrgico local.

A pesar de que la tendencia es cada vez mayor hacia la indicación de tratamientos conservadores, con extirpación de volúmenes mamarios tan pequeños como sea posible, lo cierto es que con bastante frecuencia se requiere una extirpación completa de la glándula mamaria para conseguir un adecuado tratamiento local. Ello se debe a que a veces, la relación entre el tamaño del tumor y el tamaño de la mama no permite un tratamiento conservador con buen resultado cosmético y también al hecho de que, en ocasiones, los cánceres de mama tienen dos o más focos diferentes, separados entre sí.

Como veremos en los artículos que componen esta entrega, las técnicas de reconstrucción post-mastectomía pueden emplearse también ocasionalmente después de tratamientos conservadores (no solamente mutilantes) e incluyen técnicas quirúrgicas muy variadas, desde la inclusión de implantes de silicona a la remodelación con tejidos procedentes de otras regiones anatómicas de la propia paciente.

Las técnicas quirúrgicas que se exponen en este número son de gran importancia para lograr una adecuada recuperación de la imagen corporal y del bienestar físico y psicológico de la mujer afectada por cáncer de mama y constituyen el complemento indispensable al tratamiento quirúrgico curativo.

Dr. Antonio Bazán Álvarez
Jefe de Servicio de Cirugía Plástica. Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud. Pamplona

Especialistas del Servicio: ***Dr. Javier Oroz Torres, Dra. Mª Josefa Pelay Ruata, Dr. Francisco José Escudero Nafs, Dr. José Ángel Lozano Orella, Dra. Ana de la Concepción García, Dr. Javier Castro García, Dra. Andrea San Martín Maya, Dr. José Rey Vasalo.***

El cáncer de mama constituye actualmente uno de los problemas de salud más importantes en la mujer, tanto por su frecuencia como por su relevancia. De hecho, en las últimas décadas se han invertido grandes esfuerzos y recursos en la investigación, diagnóstico, tratamiento y, sobre todo, en la concienciación social de cara a conseguir una detección cada vez más precoz, mayores tasas de curación y menor impacto global sobre las pacientes.

Navarra es buen ejemplo de esto, con un programa de diagnóstico precoz pionero y que se ha demostrado de gran éxito a lo largo de los años. Pero las repercusiones del cáncer de mama van más allá de la mera y lógica afectación de la perspectiva vital, sobre todo teniendo en cuenta que los resultados en la curación y supervivencia son cada vez mejores; además de esto, la mama implica un elemento fundamental en la imagen corporal de la mujer, que define en gran medida la feminidad y cuya influencia se extiende desde el ámbito social hasta parcelas más íntimas y personales. Sin duda, la reconstrucción de la mama tras la cirugía del cáncer puede mejorar radicalmente la imagen corporal de la mujer, su sensación de "restauración de la integridad corporal perdida", su autoconfianza y, en general, su calidad de vida. Y es aquí donde entra en juego la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

Por desgracia, con frecuencia comprobamos cómo sobre la reconstrucción mamaria circulan diversos mitos, teorías o incluso dogmas, que no son a menudo sino opiniones puntuales o leyendas urbanas, sin respaldo científico o consenso. La causa de esto seguramente podríamos encontrarla en la falta de información correcta o incluso en el desconocimiento sobre las distintas posibilidades de reconstrucción o reparación que la cirugía plástica puede aportar para cada caso concreto de cada paciente, con sus circunstancias particulares. Por eso, y antes de pasar a comentar con más detalle otros aspectos del tema, resulta fundamental -y de justicia- dejar una idea clara: "la reconstrucción mamaria es una parte indiscutible del tratamiento integral del cáncer de mama"; siempre se puede reconstruir una mama, aunque la decisión de la técnica a emplear o del momento en el que acometerla deben ser establecidas para cada paciente individual y concreta, en base a las circunstancias particulares de su enfermedad, a su configuración corporal y anatomía, su salud y estilo de vida y, cómo no, a su elección personal (decisión informada y expectativas).

Reconstrucción inmediata o diferida

Hay dos cuestiones básicas a considerar ante una reconstrucción mamaria: en primer lugar, el momento para realizarla -inmediata o diferida respecto a la cirugía oncológica-; en segundo, el tipo de técnica reconstructiva -implantes o tejidos propios-. Aunque cada caso debe ser evaluado individualmente, en general, el mejor momento para llevar a cabo la reconstrucción de la mama -o, al menos, de iniciarla- es el mismo de la cirugía de extirpación del tumor, ya sea ésta completa (mastectomía) o parcial (tumorectomía), y esto, con independencia de la técnica que se utilice.

Acometer la reconstrucción de forma inmediata permite una recuperación de la imagen corporal más rápida, con menor convalecencia global, bajas social y laboral más cortas, y menor impacto psicológico para la mujer. Además, desde el punto de vista sanitario, es un hecho comprobado que permite una mayor optimización de los recursos humanos y materiales, con una reducción global de los costos de la asistencia.

Por el contrario, la reconstrucción diferida conlleva un proceso globalmente más largo, con mayor "sensación de enfermedad", más prolongada distorsión de la imagen corporal y, en general, mayor impacto psicológico para la paciente. Además, los costos globales del proceso terapéutico y reconstructivo son claramente mayores, y no sólo en términos económicos, sino también de oportunidad y disponibilidad de medios (quirófanos, listas de espera, camas y demás recursos materiales). Cierto es que la reconstrucción inmediata requiere de una mayor flexibilidad y coordinación entre los distintos equipos implicados en el tratamiento -cirujanos generales, ginecólogos, cirujanos plásticos, coordinadores de quirófano, etc.- pero sus beneficios son innegables. La cirugía plástica es, por naturaleza, una especialidad volcada a la colaboración con otras ramas de la Medicina, de modo que "disponibilidad y versatilidad" son rasgos que definen al plástico. Pero por desgracia, no todos los responsables de la gestión sanitaria tienen claro el papel que la cirugía plástica tiene como parte integral del tratamiento del cáncer de mama, lo que puede aportar a la calidad de vida de las pacientes y los beneficios globales para el sistema.

Por eso -y más allá de la dedicación y el buen hacer de cuantos profesionales han de tratar a diario con el cáncer de mama-, con frecuencia encontramos pacientes a las que, bien no se les ha planteado la reconstrucción de la mama -por falta de información o de recursos- o bien se les ha aplicado una opción limitada, generalmente de baja complejidad, sin considerar todas las alternativas posibles y decidir cuál de ellas pudiera ser la idónea para cada caso concreto.

"Siempre" se puede reconstruir una mama

Afortunadamente, esto no ocurre en Navarra, donde la Cirugía Plástica está plenamente integrada en los protocolos de tratamiento del cáncer de mama, pudiendo ofrecer a las pacientes todo el abanico de distintas técnicas reconstructivas, desde las más clásicas o simples basadas en la utilización de expansores e implantes mamarios hasta las más modernas y técnicamente más complejas mediante el transporte de tejidos de una parte a otra del cuerpo (colgajos), utilizando a veces para este fin la microcirugía reparadora. Además, hay que considerar siempre la posibilidad de tratamiento complementario en la mama sana, mediante reducción, elevación o incluso aumento, con el objetivo de posibilitar la mayor simetría, e incluso la reconstrucción del complejo areola-pezón perdido.

Así pues, desmontemos un mito: "siempre" se puede reconstruir una mama, aunque la decisión del "momento" (inmediata o diferida) y de la técnica a utilizar (implantes o tejidos propios) ha de establecerse individualmente para "cada paciente", a través de un trabajo en equipo consensuado y coordinado. El tratamiento del cáncer de mama debe incluir la reconstrucción de la misma o, al menos, el planteamiento de la posibilidad reconstructiva a la paciente para que pueda participar de la decisión de manera informada. Las motivaciones para someterse a una reconstrucción son variadas: el daño en la imagen corporal, la sensación de verse incompleta o menos femenina, las limitaciones e incomodidades que supone el uso de prótesis externas, la necesidad íntima de sentirse mejor e incluso la ilusión en cerrar un capítulo duro, negativo, y de plantearse un nuevo comienzo en la vida. Toda intervención sobre la mama implica un gesto plástico, de modo que la reconstrucción mamaria es una opción que, a día de hoy, debe ser irrenunciable para cualquier mujer que sufra un cáncer de mama.

Reconstrucción mamaria (II): Opciones técnicas para la reconstrucción mamaria

Dr. Antonio Bazán Álvarez
Jefe de Servicio de Cirugía Plástica. Complejo Hospitalario de Navarra.
Servicio Navarro de Salud. Pamplona

Especialistas del Servicio: ***Dr. Javier Oroz Torres, Dra. Mª Josefa Pelay Ruata, Dr. Francisco José Escudero Nafs, Dr. José Ángel Lozano Orella, Dra. Ana de la Concepción García, Dr. Javier Castro García, Dra. Andrea San Martín Maya, Dr. José Rey Vasalo.***

Como en otras parcelas de la cirugía plástica, no existe un método único para la reconstrucción de la mama, pudiendo conseguir resultados satisfactorios por vías distintas. Cada caso y cada mujer es diferente, por lo que la decisión de utilizar una u otra técnica debe estar basada en factores tales como: el tipo de tumor, su tamaño y localización; el tipo de cirugía de resección que se ha de realizar; la posible necesidad de tratamientos complementarios a la cirugía (quimio y/o radioterapia, sobre todo ésta última); el tamaño y morfología de su mama originaria; la complexión corporal, altura y peso de la paciente; la cantidad y calidad de la piel y el tejido restante tras la cirugía; y, como no, también la elección personal de la paciente, en función de sus expectativas y estilo de vida. En cualquier caso, la decisión última debe establecerse de forma individualizada, tras el análisis del caso y la información a la paciente.

Hay básicamente dos tipos de técnicas reconstructivas para la mama: por un lado, los implantes (prótesis mamarias), por el otro la movilización de tejidos del propio cuerpo, también llamados "colgajos".

Expansión Tisular y Prótesis

Aunque de forma poco frecuente, en algunos casos cabe la posibilidad de implantar una prótesis mamaria en el bolsillo cutáneo que ha quedado tras la mastectomía, sobre todo si la mama a reconstruir es de tamaño pequeño o medio. Sin embargo, la mayoría de las veces la piel que queda es insuficiente para dar una adecuada cobertura al implante que sería necesario utilizar.

En estos casos se hace preciso "ganar" piel localmente de forma previa a la implantación de la prótesis, lo que se consigue mediante los denominados expansores tisulares.

Estos son dispositivos a modo de bolsa o globo que se colocan vacíos bajo la piel del tórax y, tras unas cuantas semanas de llenado progresivo con suero en la consulta, permiten la generación local de piel de características similares a la perdida en la mama.

Una vez conseguida la cobertura, en una segunda cirugía se procede al recambio de dicho expansor (provisional), por la prótesis mamaria definitiva, generalmente de gel de silicona y de confomación anatómica. Hay una amplia variedad de prótesis mamarias, con distintos formatos, medidas y tamaños, lo cual permite personalizar mucho la elección en función de las peculiaridades anatómicas de cada paciente. Si bien es cierto que son dos intervenciones (tres, si la reconstrucción se hace diferida, tiempo después de la mastectomía), la realidad es que se trata de cirugías relativamente cortas y con una agresividad y complejidad técnica comparativamente menor que con otras opciones.

Por este motivo está muy extendida la idea de que la reconstrucción mamaria pasa básicamente por la expansión tisular en dos tiempos, y esto no es así de ningún modo.

Para que los resultados de la reconstrucción con expansores sean óptimos, la calidad de los tejidos a expandir (piel y músculo) ha de ser igualmente buena: si partimos de unos tejidos "malos", cicatriciales, escasos o, sobre todo, con signos de daño más o menos crónico, los resultados a los que podremos aspirar serán igualmente pobres o, cuando menos, subóptimos. En este sentido, sin duda el factor más importante para determinar el daño crónico de los tejidos y su calidad de cara a la expansión es la radioterapia: si un tejido ha sido radiado -o va a serlo, en los casos de reconstrucción inmediata-, la expansión tisular no dará los mismos resultados que de tratarse de un tejido no radiado.

Expansión Tisular

Dorsal Ancho con prótesis

TRAM clásico, pediculado

DIEP

Que un tejido esté radiado no quiere decir que no se pueda expandir, de igual modo que un tejido ya expandido y con un implante puede recibir radioterapia; Sin embargo, de forma general y en opinión prácticamente unánime de todos cirujanos plásticos, la expansión tisular no es la mejor opción reconstructiva para estos casos que requieren radioterapia, por mucho que las cirugías sean más cortas, técnicamente menos complejas y de recuperación más rápida, o que incluso el aspecto de la piel haya mejorado mucho tras incluso años de recuperación, pareciendo normal.

El efecto biológico sobre los tejidos es mucho más duradero de lo que parece al exterior, de modo que no se comportan a la hora de expandirse o de interactuar con una prótesis definitiva del modo que podría imaginarse al ver el aspecto de la piel. Así pues, si ha habido radioterapia, o se prevé que sea necesaria en el tratamiento oncológico de la mama, la mejor opción será la de realizar la reconstrucción con tejidos trasladados de otra parte del cuerpo, concepto que técnicamente denominamos "colgajos".

Transferencias de tejidos: los colgajos

Mover tejidos de un sitio a otro del cuerpo constituye la base de la cirugía reparadora: solemos hablar de "plastias de tejidos". Para la reconstrucción de la mama con tejidos propios disponemos de múltiples opciones, aunque básicamente se resumen o agrupan en dos principales según la zona donante: la espalda y la región abdominal.

La espalda: Colgajo de dorsal ancho. El dorsal ancho es un músculo aplanado que se extiende por la espalda bajo la escápula. Los vasos que lo irrigan vienen de la región axilar y, a través del músculo dan ramas a la piel que lo cubre, de modo que podemos levantar un "colgajo" de dicho músculo junto una isla de piel unida a él y trasladar estos tejidos hacia delante, al tórax, pivotando sus vasos en la axila. Es lo que llamamos un colgajo "músculo-cutáneo pediculado". Ya en el tórax, la isla de piel nos permite reponer la piel perdida con la mastectomía (sin necesidad de expansión), mientras que el músculo y la grasa acompañante nos sirven para recrear el volumen y forma de la mama a reconstruir. Como generalmente no suele ser un volumen suficiente para una mama de tamaño medio, casi siempre asociamos al colgajo la implantación de una prótesis mamaria complementaria, que queda totalmente recubierta por el músculo y la piel nuevas.

Colgajos del Abdomen: Colgajos TRAM y DIEP. La pared abdominal tiene un sistema vascular doble (superior e inferior) a través de los músculos rectos del abdomen (los típicos abdominales), desde los que pasan vasos hacia la piel y la grasa. La ventaja fundamental de obtener un colgajo de la región abdominal estriba en que, habitualmente, suele haber grasa suficiente como para hacer una mama sin necesidad de prótesis complementaria; además, se trata de grasa, con lo que la similitud es aún mayor. Clásicamente, la isla de piel y grasa de la parte baja del abdomen se trasladaba hacia la mama utilizando al menos uno de los músculo rectos, que se sacrificaba. Esta es la técnica del colgajo TRAM clásico, con sus variantes. Sin embargo, aún siendo una excelente opción reconstructiva, la técnica clásica implicaba dos problemas potenciales: 1º, el sacrificio del músculo recto tiene más relevancia que el del dorsal ancho, y aunque reparemos la pared abdominal puede quedar una zona de debilidad y posible hernia; y 2º, la vascularización basada en el pedículo superior a veces no es tan buena como sería necesario, pudiéndose dar problemas de cicatrización o pérdidas más o menos extensas del colgajo.

Para paliar estos problemas potenciales se depuró la técnica haciendo que el transporte del tejido abdominal se base en los vasos inferiores (más gruesos e importantes), y se obtenga el colgajo sin sacrificar el músculo (esto es, sólo de piel, grasa y el pedículo vascular).

Esta es la técnica denominada DIEP, y en ella se requiere revascularizar el colgajo, reconectar los vasos de su pedículo (arteria y venas) con otros análogos en la zona receptora, generalmente a nivel de las costillas, utilizando para ello técnicas de microcirugía vascular.

Ciertamente se trata de una cirugía de mayor complejidad técnica, más larga y más agresiva, no exenta de problemas (como cualquier cirugía) y que requiere de un entrenamiento específico del equipo en microcirugía, pero sin duda sería la opción más ambiciosa de todas las disponibles, en términos de recrear una mama con los "materiales" más parecidos a la original (piel y grasa) y con el menor daño residual en el cuerpo. Además del DIEP, disponemos de otros colgajos similares, denominados "colgajos de perforantes" microquirúrgicos, tomados del abdomen, la región glútea o la cara interna de muslo, entre otras.

Ahora bien, que sea una excelente técnica no implica necesariamente que sea la mejor para "una paciente concreta". Como hemos comentado, la decisión de elegir una u otra técnica depende de muchos factores, a los que hay que añadir la experiencia personal de cada equipo quirúrgico.

El tratamiento debe ser siempre personalizado y, de hecho, con una buena indicación y una adecuada coordinación entre los distintos equipos, se pueden alcanzar resultados muy satisfactorios tanto con expansión tisular y prótesis, como con un colgajo de dorsal ancho o un DIEP, y esto, tanto de forma diferida como, especialmente, inmediata.

Este es el objetivo de cuantos formamos parte del Servicio de Cirugía Plástica del Complejo Hospitalario de Navarra: ofrecer a las pacientes todas las alternativas reconstructivas disponibles a día de hoy para que puedan tomar parte en la "decisión informada", y tratar de que la reconstrucción inmediata llegue a ser, no la excepción, sino lo habitual en el tratamiento del cáncer de mama, de forma que reduzcamos el impacto que esta enfermedad tiene en las pacientes y posibilitemos una mejor, más completa y más rápida recuperación tanto personal como familiar, social, y laboral.

¿Es caro comer sano?

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

Cada vez que salimos del supermercado nos sorprendemos del elevado precio de nuestra cesta de la compra. Sin embargo, es preciso valorar si todo aquello que hemos comprado es realmente necesario y lo que es más importante, si se trata o no de alimentos saludables.

A priori nos puede parecer que alimentar a una familia entera a base de alimentos frescos y sanos (frutas, verduras, carnes y pescados) encarece muchísimo el precio, si bien esto no es del todo cierto siguiendo las pautas que se indican a lo largo de estas líneas.

¿Una alimentación completa, equilibrada, saludable y variada para toda la familia sin gastar mucho dinero? Sí que es posible.

Analicemos uno a uno los siguientes grupos de alimentos.

Frutas y verduras

El consumo de 5 raciones diarias de frutas y verduras es la recomendación que establece el Ministerio para obtener una serie de nutrientes indispensables para la salud.

Hoy en día se dispone de casi la totalidad de frutas durante todo el año, si bien el precio puede variar mucho según la época en la que nos encontremos. Elegir todos aquellos productos que sean de temporada va a reducir mucho el precio de los vegetales. En cambio si optamos por comprar piña o mandarinas en verano o sandía o melón en invierno, no solo el precio sino también su sabor se verán afectados.

Conviene comprar la cantidad justa de fruta no excesivamente madura para evitar que se deteriore. Antes de que esto ocurra conviene separarla de otras piezas para no estropear todas y emplear las más maduras para elaborar macedonias, compotas, batidos o helados. Cualquier utilidad es buena antes de tirar la fruta a la basura que eso sí sale realmente caro.

Carnes, pescados y huevos

Las carnes y los pescados frescos sin duda son alimentos caros, pero también se ha comprobado, a través de los patrones de consumo de la población española, que se abusa de estos alimentos tanto en frecuencia como en cantidad. Se podría prescindir de ellos si 3 ó 4 días a la semana se incluye en el menú de la comida como plato principal una ración completa de arroz, pasta o legumbre, añadiendo una ensalada por delante. El resto de días las raciones de consumo de carnes y pescados debieran ser de 125 y 150 gramos respectivamente para una persona adulta. En cambio si los 7 días de la semana se consume una ración de carne, pescado o huevos en la comida y otra en la cena y algo de embutido en tomas intermedias, el precio del menú se incrementa muchísimo. Generalmente el precio de estos alimentos es inferior si se adquieren piezas más grandes. Se puede aprovechar esta oportunidad para comprar más cantidad y congelar las piezas que no se vayan a consumir de inmediato. En otras ocasiones incluso unas conservas de pescado (sardinas, mejillones, atún, etc.) pueden servir para solucionar algunas cenas rápidas por poco dinero.

Cereales y tubérculos

¿Qué ocurre con estos dos grupos de alimentos? Son los grupos de alimentos más económicos que además deben constituir la base de nuestra alimentación. Arroz, pasta, pan, patatas, fideos o cereales diversos han de estar presentes en todas las comidas del día.

Legumbres

Las legumbres son también un alimento muy barato y con excepcionales cualidades nutritivas. Eso sí, existe además una gran diferencia económica si compramos un paquete de legumbres crudas o en bote de conserva ya cocinadas. El precio de estas últimas es muy superior más aun si tenemos en cuenta las raciones que se obtienen de ese único envase. También es cierto que el tiempo que empleamos en cocinar tiene su precio, en cambio si las cocinamos en una olla a presión y aprovechamos para preparar comida para varios días no resulta tan costoso.

En definitiva conviene recuperar los platos de cuchara que durante años en España han formado parte de la alimentación en la post-guerra. Se consiguen así platos muy nutritivos y a bajo precio.

Lácteos

Cada vez es mayor la variedad de productos lácteos que nos ofrecen los supermercados, como por ejemplo leche enriquecidas, yogures con frutas, yogures líquidos, batidos en monodosis, bebidas lácteas que no necesitan refrigeración, quesos de infinidad de variedades, etc. Todos estos productos tienen un precio bastante elevado si se compara con los clásicos lácteos que de toda la vida se han comercializado.

Aceite de oliva

Y qué decir tiene el aceite de oliva, uno de los alimentos que más se ha encarecido en los últimos años. Éste resulta todavía más caro si abusamos de la cantidad de aceite, lo que incrementa mucho el valor calórico de los platos. Es así que no resulta tan caro si utilizamos la cantidad mínima necesaria, evitando frituras que son las técnicas que más aceite requieren. Es mejor comprar un buen aceite de oliva y consumirlo en pequeñas cantidades que un aceite mediocre que resaltará menos el sabor de los alimentos y aportará menos beneficios para la salud.

Mucha precaución con...

Los alimentos congelados. Adquirir pescados en la sección de congelados resulta cómodo pero quizás no tan económico como nos puede parecer. Además del precio hay que fijarse en la cantidad de pescado que nos queda una vez descongelado el producto, ya que gran parte de su volumen es hielo. Por muy barato que resulte un alimento si la cantidad no es suficiente acabará resultando caro.

Las conservas. Principalmente de verduras o de legumbres pueden resultar muy cómodas si bien esa comodidad también se paga muy cara. Los alimentos frescos a proporción resultan mucho más económicos si se cocinan en casa.

Los alimentos precocinados. Que se trata de alimentos muy cómodos que nos facilitan el trabajo en la cocina nadie lo pone en duda, en cambio su costo es más elevado en relación a los ingredientes que los componen. Sin duda alguna, los ingredientes por separado resultan mucho más económicos. Hagamos la prueba de comprar por ejemplo una lasaña precocinada o los ingredientes uno a uno para elaborarla en casa.

Las ofertas. No dejarse tentar por ofertas especiales como el 3x2. Las ofertas especiales sólo nos ayudarán a ahorrar dinero si el alimento se encuentra en nuestra lista; de lo contrario, es probable que no lo necesitemos.

Incluso, muchas de las ofertas que nos brindan los comercios se refieren a alimentos cuya fecha de caducidad está muy próxima. Si compramos cantidades demasiado grandes corremos el riesgo de que se deterioren antes de consumirlos.

Alimentos funcionales. Leche y huevos con omega 3, margarinas enriquecidas con esteroles vegetales, cereales de desayuno enriquecidos en vitaminas y minerales, productos con isoflavonas, etc. Todos estos alimentos son caros y no siempre imprescindibles para mantenerse sano ya que con una dieta variada y equilibrada se pueden obtener los nutrientes que nuestro organismo necesita.

Nos puede ayudar mucho...

Utilizar lista de la compra. Si nos ceñimos a comprar los alimentos que realmente se necesitan evitamos caer en la tentación de meter en el carro impulsivamente todo aquello que nos apetece en ese momento sin saber realmente si los vamos a consumir ni cuándo.

Además, planificar lo que vamos a comer en unos días y hacer una lista con lo estrictamente necesario nos ayudará a tirar menos comida por haberse estropeado.

Una vez en el supermercado, no está de más cambiar un alimento de la lista por otro similar si vemos que su precio es excesivo en ese momento puntual o que la calidad no es del todo buena.

Ir a la compra recién comido. La 1 del mediodía o las 8 de la tarde son horas muy peligrosas para entrar en un establecimiento lleno de comida y de caprichos apetitosos. Es preferible elegir aquellas horas en las que acabamos de comer y tenemos el estómago lleno para evitar así tentaciones innecesarias.

Aprovechar las sobras de comida. Toda la comida sobrante e incluso emplearla para elaborar platos diferentes y darle así mayor variedad a la dieta es una práctica muy inteligente.

Elegir marcas blancas. Muchas personas se equivocan si piensan que los productos de marca son los peores, ya que en muchas ocasiones la calidad de los productos de marcas blancas es incluso superior. Para ello es importante saber interpretar correctamente el etiquetado de los alimentos y no dejarse guiar por estrategias de marketing que utilizan muchos fabricantes.

Comparar los precios de los alimentos. Ojear y comparar precios para ver qué tiendas ofrecen los mejores precios para cada producto es muy interesante para ahorrarse un dinero. La tienda más cercana puede resulta muy cómoda pero quizás no muy barata. Los alimentos frescos suelen ser más baratos en los mercados municipales o en mercadillos que en otras superficies al poder comprarlos directamente a los productores.

Recuerda, no siempre lo más barato es lo más económico

Como se suele decir "lo barato sale caro" y esto es cierto cuando compramos mucha cantidad de un producto de baja calidad, que finalmente desecharemos. Lo más caro tampoco es siempre lo mejor y, por eso, debemos planificar nuestras compras eligiendo aquello que nos gusta, conociendo nuevos productos seleccionándolos por su calidad, anteponiendo los más naturales a los elaborados, evitando los envases más llamativos o los productos que estén especialmente publicitados ya que el costo de la publicidad repercute directamente en el valor del producto.

Si después de leer estas líneas no estamos del todo convencidos hagamos la prueba y llenemos un carro de la compra a base de botes de conserva, alimentos precocinados y productos congelados y otro carro de alimentos naturales y poco procesados. Si seguimos estos sencillos consejos nuestro bolsillo y nuestra salud nos lo agradecerán.

La salud mental está en mis manos

Dr. Garrido-Landívar, E.
Especialista en Psicología de la Salud

Cada vez es más cierto, que solo vive el que quiere vivir, solo disfruta el que quiere disfrutar, solo cura el que quiere curar... ¡No hay más que hablar! Cuanto más mayor te haces más recuerdas las enseñanzas de los viejos profesores en la Universidad y me resuena en mi cabeza, con más fuerza: "No existe la enfermedad, existe el enfermo".

Con el mismo cuadro clínico, unos reaccionan de una manera y otros de muy distinta forma. Unos se aprovechan solapadamente de la enfermedad y otros la evaden, la oscurecen, pasan de alto y lógicamente –como no quieren sufrir ni dar sufrimiento-, sufren menos con lo mismo que tienen otros y "arman tanto ruido".
La actitud con la que uno se enfrenta al proceso de la enfermedad sea física o mental, hace que dicho cuadro físico o mental, evolucione de muy distinta manera. Puede usted tener un profesional como la copa de un pino, seguro que sí; pero si usted no tiene una predisposición a hacer algo por usted mismo, difícilmente saldrá del túnel donde se encuentra. ¡Se hace muy cómodo para muchos pacientes, decir: "Aquí vengo doctor para que me cure..." y el profesional hará todo lo que esté de su parte, pero "la parte de usted no la puede abandonar u olvidar". Tiene usted que hacer algo por sí mismo, para que su proceso sea menos agresivo, evolucione mejor, y dure menos tiempo. Si le han dicho que no lea el prospecto, no lo lea... ¡No se da cuenta, que si le han dicho que no, es por algo! Pues va usted y lo lee, y ya tiene la primera duda en su cabeza, "no me tomo estas pastillas que me van a matar, que se las tome él"... Así es imposible ayudarle, confíe en su profesional, tiene que saber que su responsabilidad de enfermo es algo muy serio, y debe llevar a cabo todas las recomendaciones que le han dado.

El ejercicio físico es fundamental para prevenir el estrés tanto psíquico como físico, es el mejor antídoto contra la vulnerabilidad al estrés. "No tengo ganas de nada, y menos de hacer ejercicio"; puedo entenderlo, comprendo la dificultad, pero debe intentarlo para lograr una mayor efectividad en su tratamiento y evolución. Cuando uno no puede, cuando uno no tiene tiempo, es cuando hay que hacer ejercicio físico.
El médico, no lo puede hacer todo, y la medicación tampoco... Ahora bien, si usted le ayuda a la medicación y a su médico, todo será mucho más rápido y fácil. Le han dado un hipnótico para que le ayude a dormir, pero además de eso debe no echarse siestas largas y de varias horas, porque no dormirá ni aun tomando el hipnótico. Le han dicho que tiene que caminar por lo menos –ahora que está de baja, una hora a la mañana y otra a la tarde... ¡A caminar, y punto! Caminando metaboliza mejor la medicación que lleva, se cansa y duerme mejor a la noche, estimula los neurotransmisores y le aumenta el nivel del ánimo, viene mucho más relajado y con mejor humor, cada vez que viene de caminar... ¡Eso es hacer algo por usted mismo!
Pero son cosas muy sencillas, vale; pero no se le pide más, cosas sencillas que puede hacer y ayuda mucho a favorecer la evolución positiva de mi enfermedad: Por eso decimos que solo cura el que quiere curar.

Tener confianza

Otra cosa que ayuda mucho es tener confianza en que "va a salir de esta", "que quiere salir", "que aunque me cueste voy a procurar hacer todos los deberes que me manda el terapeuta"; "que cada día estoy un poco mejor", "que quiero estarlo" y que cuando me preguntan los demás cómo estoy, contesto: "Voy cada vez mejor, he acertado con este médico, me entiende de maravilla, pronto me toca con él y estoy deseándolo..." A este proceso le denominamos "diálogo interior", que no es otra cosa que meter pensamientos positivos los cuales me ayudan a segregar sustancias químicas positivas y no corrosivas... Además el precio es el mismo, pues haga un esfuerzo para que así sea, no lo eche en saco roto, inténtelo, merece la pena.
¡No es ciencia ficción, puede parecerlo, es pura ciencia, es real; solo basta hacerlo! Por eso decimos que la salud está en nuestras manos, pero si hace algo por usted mismo. ¿No tiene bastante mi cerebro con los virus y bacterias como para que se ocupe de mis pensamientos? Así es, nuestro sistema inmunológico "escucha nuestros pensamientos, nuestros monólogos internos" y reacciona según sean ellos... Si son positivos, protege todo nuestro sistema de defensas, si por el contario, son negativos, nos daña o nos lo debilita. No olvide que nuestro cerebro no descansa ni de día ni de noche.

Ser activo para que no siga la enfermedad

Fíjese usted, si es importante que usted haga algo por usted mismo, sobre todo cuando esté enfermo o con un trastorno mental del tipo que sea. En los casos graves parece que esto es más lento, pero sigue siendo igual de importante, aunque cuando tenemos emergencias emocionales severas, tarda más en hacer efecto, pero no deja de ser una actitud positiva la que nos favorece una mejor evolución en cualquier proceso mórbido.
Estamos tan acostumbrados a una terapia pasiva, "me tomo la pastillica y todo está tomado"... La terapia es otra cosa muy diferente, yo soy activo en mi proceso de la salud, para que no siga la enfermedad. Yo puedo y de hecho debo hacer cosas positivas en mi favor, para contrarrestar a ese proceso doloroso que es toda enfermedad.

El cuidado como respuesta a la necesidad

La dimensión espiritual en situación de debilidad

Don José Ignacio Martín
Responsable del Servicio Religioso del Complejo Hospitalario de Navarra y Delegado Pastoral de la Salud

Con motivo de la celebración del II Seminario de Humanización y Pastoral de la Salud: "El cuidado como respuesta a la necesidad", estamos publicando en ZONA HOSPITALARIA, las entrevistas realizadas por D. José Ignacio Martín (Responsable del Servicio Religioso de los Hospitales y Delegado Pastoral de la Salud) a los doctores Juan Pedro Arbizu (Psicólogo clínico y Psicooncólogo del Hospital de Navarra) <publicada en ZONA HOSPITALARIA Nº24>, Dra. Juana Mª Caballín (Médico Gerontólogo del Hospital San Juan de Dios) <publicada en ZONA HOSPITALARIA Nº25> y el Dr. Jesús Mª Viguria (Fue el Fundador y Jefe Clínico de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios) <publicada en ZONA HOSPITALARIA Nº26> Todas ellas se pueden leer o descargar en <www.zonahospitalaria.com>. En este número le toca a Don José Ignacio Martín para tratar el tema de la dimensión espiritual en el contexto de la salud.

¿Cómo definirías dentro de los cuidados, la Asistencia integral en la enfermedad y en la ancianidad ?

Con verdad y humildad, es importante que partamos de esta realidad: Nuestro mundo científico y tecnológico, de forma individual, no da la respuesta global de satisfacción que el ser humano requiere y necesita.

¿Qué ocurre cuando aparece una enfermedad grave o terminal o una discapacidad física y/o mental por la enfermedad o por los años?

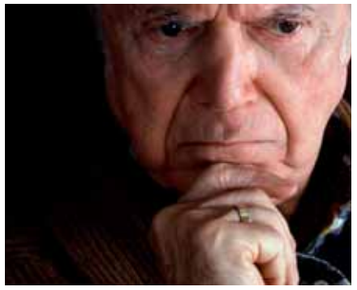
Puede ocurrir que la mayoría de las veces las emociones se alteran y la capacidad de pensar se distorsiona. Las relaciones interpersonales se lesionan. Con frecuencia, las experiencias negativas se convierten en concretas somatizaciones con cierta virulencia en nuestro organismo.
Por eso, hay que afirmar en contra de corrientes cristianas doloristas, que la enfermedad no es un bien a invocar, sino un mal a superar.

Para fundamentar una asistencia integral al enfermo y anciano, ¿podrías describir sus objetivos y contenidos?

Desde mi experiencia con los enfermos la asistencia integral se tendría que apoyar en cuatro puntos:
1. Explorar las distintas dimensiones de la persona y ver cómo estas dimensiones, inciden sobre la enfermedad, los sentimientos de culpa, la soledad, la agonía y la muerte.
2. Dedetectar las Necesidades Espirituales que presenta el enfermo y seres queridos.
3. Proponer un plan de cuidados desde el equipo interdisciplinar.
4. Importante reconocer y responder al estrés (fatiga), distrés (estrés con consecuencias negativas) y al eustrés (estrés con consecuencias positivas.

Si Confrontamos al enfermo de ayer y de hoy, en aproximadamente 50-60 años de historia, ¿qué connotaciones destacarías?

Ayer, enfermedades como la polio y la tuberculosis... disminuían la media de vida y aumentaban las enfermedades físicas. Hoy, estas enfermedades prácticamente han sido erradicadas, subiendo la media de vida pero al mismo tiempo aumentando las enfermedades de origen psicosomático.
Ayer, las personas vivían más gregarias y la ancianidad y enfermedad se vivía en casa. Hoy, la enfermedad se vive en los Hospitales y la ancianidad en las Residencias.
Ayer, las familias eran más sólidas; los Hospitales eran pequeños pero se gestionaban con criterios humanos; en casa se vivía del nacimiento a la muerte; el médico de cabecera conocía tanto al enfermo como a la familia. Pienso que se trabajaba con menos técnica pero con más Escucha y Empatía. Se hacía desde una tendencia humanizadora. Hoy, el entramado social es más complicado, las familias son más frágiles y vulnerables, nos rodean grandes Hospitales gestionados con criterios economicistas y más fríos; el nacimiento y la muerte se viven en el Hospital donde puede que haya grandes equipos multidisciplinares en ocasiones despersonalizados donde no se conoce ni al enfermo ni a la familia, quedando el enfermo relegado a una patología, a un número de historia o a un número de cama. Hay que reconocer que se trabaja con mucha más técnica y ciencia pero quizá con menos Empatía y Escucha que en ocasiones desemboca en una asistencia poco humanizadora.
Pienso que esta tendencia deshumanizadora ha provocado que aparecieran medicinas alternativas, es decir, grupos de ayuda por patologías; acompañamientos personalizados, que han despertado recursos internos y externos. Añadir la potenciación desde 1.960 de la Psicología Transpersonal (Búsqueda de Sentido, Trascendencia, Espiritualidad...) denominada la cuarta fuerza. Todo este cambio de alguna manera también está provocando que pasemos de una solidaridad familiar (ayer) a una solidaridad comunitaria (hoy).



Según lo apuntado anteriormente, ¿qué reto sugieres para ir trabajando e introduciendo esos criterios en los cuidados de los enfermos y ancianos?

Partimos de esta afirmación: La ancianidad y la enfermedad, no crea inválidos existenciales, por tanto, estamos llamados a ayudar siempre a los enfermos, ancianos y sus familias desde una atención integral –Tetradimensional- y de calidad. Pero para llevar esto a cavo, necesitamos disponer de unos instrumentos eficaces y lo debemos hacer, respetando tanto la integridad como la dignidad de la persona. Desde Hospitales y Residencias, tenemos que intentar acompañar a nuestros ancianos, enfermos y sus familias y lo tenemos que hacer, desde una acción interdisciplinar ofreciendo un acompañamiento y una terapia que facilite su salud integral y de calidad, importante hacer incapié que para garantizar una asistencia digna y de calidad, no sólo basta la buena voluntad, sino que hace falta formación.

Nos hablas de una asistencia integral, pero ¿qué es o en qué consiste la Tetradimensionalidad de la persona?

El ser humano es un todo integral, somos un todo tetradimensional, esto significa que al ser humano hay que contemplarlo, tratarlo y cuidarlo desde cuatro dimensiones básicas: (Biológica- Psicológica- Sociológica y Espiritual) ya que todas estas dimensiones entretejen nuestro ser. Por eso tenemos que atender y cuidar a los enfermos y ancianos como una Unidad Pluridimensional, de manera integral y con calidad.

Según lo mencionado, en las estructuras y planificaciones sanitarias ¿Cuenta la parte o el todo de la persona?

Tengo la impresión, de que a veces, tendemos a centramos con exclusividad en la dimensión biológica o fisiológica, y con frecuencia olvidamos el "todo" de la persona y esto hace que aunque obtengamos a primera vista eficacia, los resultados no sean los esperados. Hay que buscar el todo de manera integral.

Mencionas que las cuatro dimensiones inciden en nuestro estado de salud integral y calidad de vida ¿Cómo definirías cada una de éstas dimensiones?

a.- La Dimensión Biológica / Fisiológica, tiene como misión regular las leyes de la vida. Se compone de necesidades básicas, donde prima lo corporal. En nuestra cultura, predomina el mito de mantener un cuerpo sano y joven y con esta mentalidad, es difícil convivir con un cuerpo enfermo o simplemente que envejece, porque es caduco. Por eso, muchas personas cuando envejecen o enferman vemos que entran en una crisis existencial y se preguntan o nos preguntamos ¿Es que ya se acabó todo? ¿Qué es lo que no funciona? ¿Es posible que sea caduco?

b.- La Dimensión Psicológica, esta dimensión se encarga de regular los pensamientos, los sentimientos, las emociones, también los mecanismos de defensa y los mecanismos de evasión. La ancianidad y la enfermedad pueden desestabilizar nuestra dimensión intelectiva, por tanto, necesitamos ayudar a nuestros enfermos y mayores a que drenen y canalicen adecuadamente, sus preocupaciones, sus dudas y sufrimientos, como parte del dolor total provocado por la enfermedad o cuando se les comunica un diagnóstico no deseado o por la suma de años, pero esto es importante hacerlo respetando siempre su ritmo de integración y crecimiento personal, implicándole personalmente en su proceso. También la enfermedad y la ancianidad puede desestabilizar nuestra dimensión emotiva, es decir, nuestra capacidad de sentir y de expresar los sentimientos ya que éstos se resienten, en esta situación puede aparecer la desesperación y el desasosiego creándonos confusión haciendo tambalear nuestro proyecto de vida.

c.- La Dimensión Sociológica, Es la encargada de regular nuestras relaciones interpersonales. Cuando se presenta la enfermedad o uno se hace mayor, con frecuencia se pone en crisis nuestras relaciones personales que casi siempre afectan a nuestro proyecto de vida desajustando tanto los compromisos familiares como profesionales, y esta situación nos obliga a mirar a nuestro interior y muchas veces a preguntarnos con verdad ¿Y ahora qué?

d.- La Dimensión Espiritual, regula el Sentido de nuestra Vida (creencias, espiritualidad, valores y convicciones,). Victor Frankl, psiquiatra y neurólogo, en su famoso libro: "El hombre en busca de sentido", manifiesta parafraseando a Nietzsche: "El que tiene un por qué vivir, encuentra el cómo" [puede resistir casi cualquier cómo incluida la enfermedad y la vejez]. Es importante que ayudemos, a que nuestros enfermos y mayores recuperen paulatinamente sus tareas y compromisos, siempre adaptados a sus limitaciones. Así muchos de ellos encontrarán su cómo.

En lo más íntimo de cada ser humano -creyente o no- hay un profundo y misterioso anhelo de relacionarnos con la Trascendencia -llámese como se le llame- -Los cristianos lo llamamos Dios- y también de comprender nuestra presencia en el mundo y en los acontecimientos de la vida como TAREA.

En la enfermedad o en la ancianidad, existe el riesgo de que una persona creyente puede salir herida en su experiencia de Fe. Incluso puede, sentar a Dios en el Banquillo de los Acusados y preguntarle ¿Y Tú eres el Señor del Bien y de la Vida? Cada uno de nosotros, recorremos itinerarios de búsqueda de sentido de manera personal y con recursos diferentes como: buscando afecto; repasando nuesta biografía; cerrando temas que no hemos concluido; en ocasiones nos abandonamos a la providencia; si somos creyentes obteniendo fuerza en los Sacramentos; otros lo hacen desde el silencio, otros desde la protesta... La meta es que todos en situaciones de debilidad (ancianidad-enfermedad), puedan llegar a su ritmo y de manera gradual a una aceptación e integración de sus pérdidas donde se incluye la pérdida principal que es la vida biológica.

Dentro de este novedoso plan de Atenciones y Cuidados ¿Cuál sería la tarea del Sacerdote o Agente de Pastoral en los Hospitales y Residencias de Ancianos?

El objetivo principal, será el de respetar el entramado laberinto de salidas, que se le presentan a estas personas en la enfermedad o ancianidad, pero con la actitud de no juzgar ni dar consejos morales a nadie ayudando y de-

seando que cada Enfermo o Anciano encuentre su salida. Nuestra tarea, por tanto, será la de ofrecerle pistas, despertarle sus recursos tanto internos como externos, hasta que encuentre su propia expresión o salida a la dura experiencia de pasar por el "Dolor o la Soledad Total"

Para llegar a esto, los Equipos de Pastoral tenemos que trabajar con rigor, incluyendo la Historia de Pastoral en la Historia de Cuidados, haciendo Protocolos de actuación que nos facilite el Diagnóstico Pastoral para detectar las Necesidades Espirituales o Religiosas e instaurar la terapia o el Tratamiento Pastoral. Todo este proceso tiene que estar contemplado e incluido en el Equipo Interdisciplinar que atiende al enfermo o anciano.

A modo de conclusión, ¿que aconsejarías a los profesionales de la Salud?

Fundamentalmente les aconsejo que procuren ayudar al enfermo y al anciano a que caminen hacia la aceptación e integración de su situación real y concreta que está viviendo en ese momento. Para conseguir este objetivo, necesitamos estar atentos ante los vaivenes que provoca una enfermedad o la suma del número de años. Para ello, necesitamos aprender a paliar en todos los sentidos y dimensiones la realidad de estos procesos.

Por último, les recomiendo que acojan las preocupaciones de su mente y las necesidades afectivas de su corazón. Valoremos sus responsabilidades sociales e interrelacionales. Despertemos sus recursos espirituales y religiosos. Acompañemos al enfermo o al anciano en su totalidad. Tenemos que ayudarles a que se despidan de este mundo con paz y serenidad reconciliándose con ellos mismos y con el entorno que les ha tocado vivir, pidiendo perdón, perdonándose a sí mismo y agradeciendo.

Para Atender y Cuidar las necesidades primero hay que detectarlas. ¿Nos podrías mencionar cuales serían las principales Necesidades Espirituales que se presentan en el Enfermo y Anciano?

Nombro las más importantes

Necesidad de ser reconocido como persona. Necesidad de volver a leer la vida, necesidad de buscar sentido a la vida y al acontecimiento que se está viviendo; de liberarnos de viejos sentimientos de culpa; de reconciliarnos: consigo mismo, con los demás y para los creyentes con Dios. Necesidad de establecer la vida más allá de sí mismo. Necesidad de orden espacio – temporal; de Verdad; de libertad; de arraigo; de soledad – silencio, necesidad de finalizar temas inconclusos, necesidad de gratitud, de abrirnos a la Trascendencia, de conectar con el tiempo (pasado, futuro, presente), de expresar religiosamente las Necesidades Espirituales... Es necesario subrayar, que la dimensión espiritual y la dimensión religiosa, aunque estén íntimamente relacionadas y sean incluyentes, no tienen que ser necesariamente coincidentes entre sí.

La Dimensión Espiritual pertenece al dominio interior del ser humano, es decir, pertenece a su conciencia y a la percepción de cómo se ve en este mundo. Se percibe como vinculado al significado, al proyecto de vida personal, al sentido último de las cosas.

Y esta dimensión espiritual, también se asocia a la necesidad de perdón, de reconciliación y afirmación de los valores.

Y en esta dimensión espiritual que todas las personas tenemos se conjugan tres elementos:

1.-Los valores que dan sentido y razón a la vida.

2.-Los ideales que mantienen viva la motivación para elegir con libertad las metas y el sentido último de las cosas.

3.-Las opciones fundamentales como pueden ser: matrimonio o vida en pareja-paternidad, maternidad, etc.

Las Necesidades Religiosas, comprenderían la vivencia de la persona, es decir, de sus relaciones con Dios muchas veces dentro de Grupos religiosos que sintonizan y practican modos concretos de expresar la fe y de relacionarse con Dios.

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
Dr. JOSÉ IGNACIO ZALBA ELIZARI
CENTRO AVANZADO EN PREVENCIÓN
www.capdental.net
CPS-00453C/1-11-NA
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

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