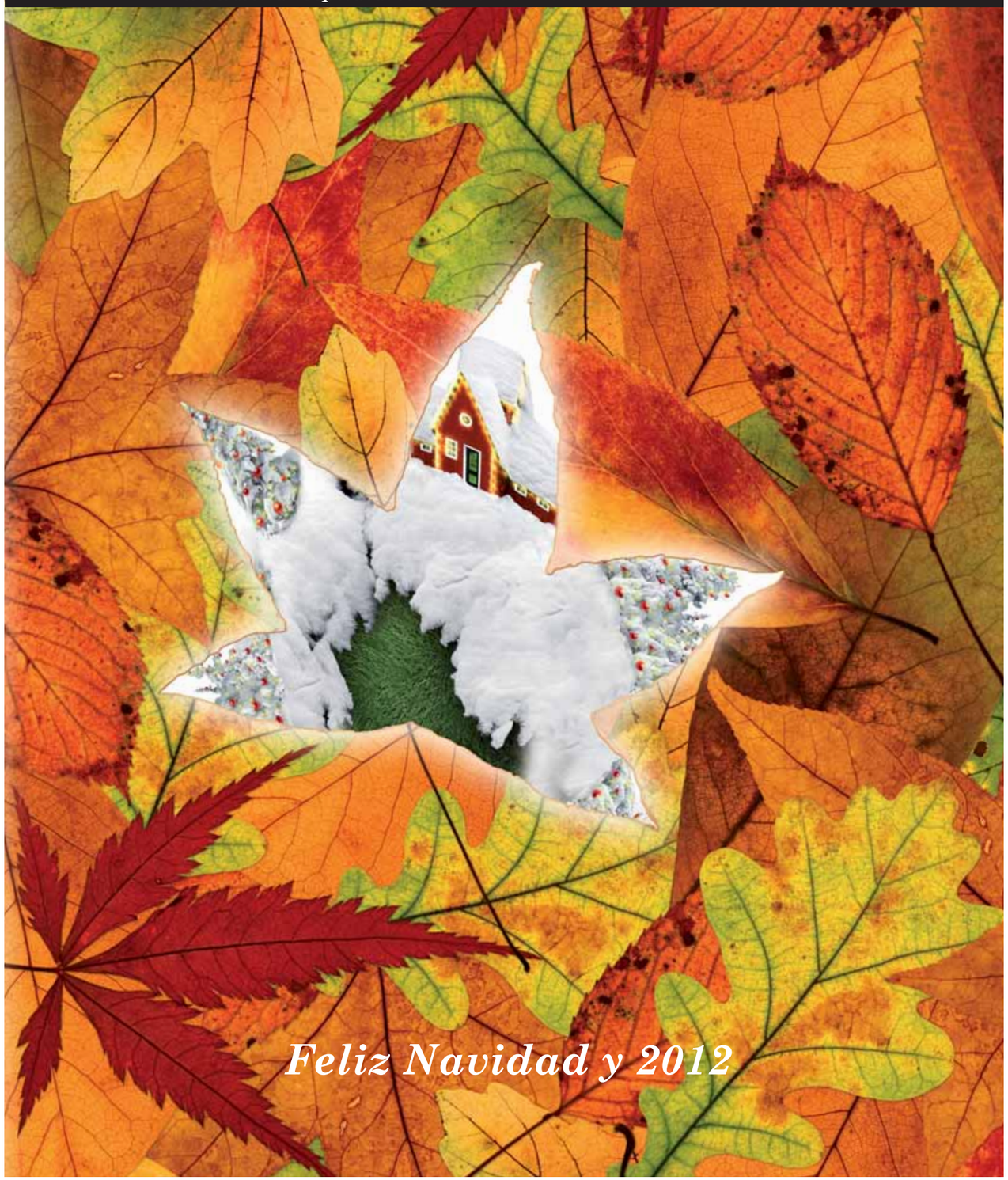
medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoVI noviembrediciembre2011 nº32



Sumario

4
Cambios en la dieta para mejorar el estreñimiento

5
Me duele la espalda

6
Hidroterapia de Colon

7
Congreso Síndrome Up: Un abrazo a la discapacidad

8
Crioterapia de verrugas en Atención Primaria

9
Implantes dentales ¿Exito a largo plazo?

10
Los niños que comen pan padecen menos sobrepeso y obesidad

12
La información al paciente oncológico II

14
Colesterol malo y colesterol bueno

16
En Navidad, menús "Reyno Gourmet": Deliciosos, nutritivos y tradicionales

18
Fundamental el aporte de yodo

20
La salud de los dientes hay que planificarla

22
La importancia de la caricia y el abrazo en el ser humano

24
Litiasis renal ¿Se pueden prevenir los cálculos?

26
¿Y si vuelve el dolor?

28
Somatizaciones en población infantil

30
Cáncer de mama: Tratamiento sistémico

33
¿Es el cerebro un gran desconocido?

34
¿Se sueña durante la anestesia?

36
Salud mental en la infancia y adolescencia

38
1.000 días cruciales para cambiar la vida

39
Colocación de implantes dentales guiados por ordenador

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.

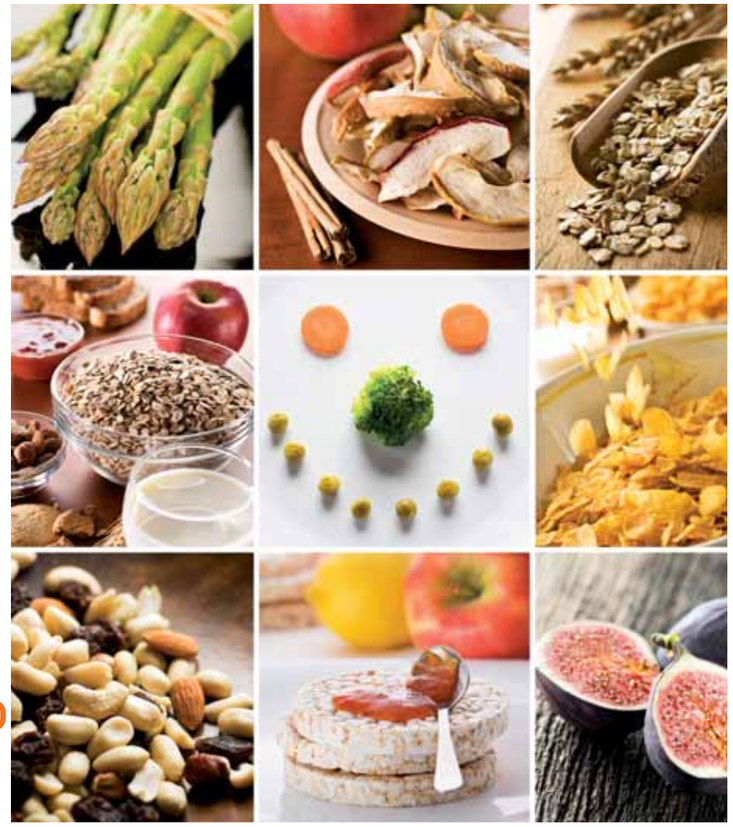
La información que usted necesita...

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...*



Cambios en la dieta para mejorar el estreñimiento

Leire Ezquer Sanz
Dietista-Nutricionista. CODINNA

En algún momento de nuestras vidas todas las personas padecemos estreñimiento. Se calcula que un 15% de la población sufre estreñimiento crónico, siendo más frecuente entre el sexo femenino (suele agravarse durante el embarazo) y en personas mayores. Existen diferentes causas patológicas que llevan a esta situación como tumores intestinales, enfermedades metabólicas, la toma de ciertos medicamentos (ej.: sales de hierro, analgésicos...), aunque la causa más común es el déficit de fibra en la dieta. Éste está asociado a un riesgo aumentado de padecer enfermedades como cáncer intestinal, enfermedad diverticular o diversas alteraciones anales.

¿Qué entendemos por estreñimiento?

Se habla de estreñimiento cuando existe dificultad en la defecación al menos en el 25% de las ocasiones y/o se produce con una frecuencia inferior a 3 deposiciones/semana.

¿Qué podemos hacer al respecto?

La dieta es un pilar fundamental tanto en la prevención como en el tratamiento. El objetivo es estimular la motilidad intestinal a través de los alimentos que se ingieren. Pero... ¿Cómo lo hacemos?:

• Aumentar el consumo de fibra (25- 30g. /día) de la dieta de manera gradual y repartida a lo largo de las diferentes tomas del día para evitar la formación de gases y las molestias intestinales. Para ello se debe incluir en la dieta diaria:

• Verduras y hortalizas, 2 raciones al día (ej.: alcachofas o puerros). Siempre que sea posible incluir una de las raciones en crudo (en ensalada o preparadas al dente).

• Frutas, a ser posible crudas y con piel, entre 2-3 piezas al día (ej.: ciruelas o kiwi), evitando la toma de zumos en sustitución de las piezas de fruta.

• Legumbres preferentemente enteras (ej.: lentejas o garbanzos).

• Cereales en sus formas integrales (ej.: pan integral o muesli). Como principal medida de recomienda sustituir el pan blanco por integral.

• El yogur y otras leches fermentadas contienen bacterias que ayudan a equilibrar la flora intestinal, mejoran las secreciones y estimulan el peristaltismo, por lo que están especialmente recomendados.

• Es fundamental la toma de líquidos (1.5-2 litros/día) bien sea en forma de agua, infusiones, caldos...., para que la fibra contenida en los alimentos absorba el agua y aumente así el volumen del bolo fecal facilitando el tránsito intestinal.

• La toma de suplementos dietéticos ricos en fibra como salvado de trigo, avena o germen de trigo pueden contribuir a la mejora del estreñimiento.

Para tener en cuenta...

El consejo dietético dirigido a las personas mayores debe ser un componente básico dentro de las actividades de promoción de la salud con el fin de aumentar sus conocimientos y modificar sus actitudes en los aspectos relacionados con la alimentación.

Cualquier intervención dietética debe de ser evaluada periódicamente para comprobar la eficacia de la misma.

No todo es dieta

Como ya hemos visto la dieta juega un papel importante en el estreñimiento pero, si estos cambios dietéticos van acompañados de medidas higiénicas y de actividad física, la eficacia es mayor.

Como medidas higiénicas se recomienda crear un hábito horario para la defecación, yendo al baño todos los días a la misma hora, aunque no se sienta necesidad. Cada paciente tiene que buscar un momento tranquilo del día para ello. Además, es importante que el paciente no posponga el momento de ir al baño cuando tenga ganas.

La práctica diaria (20-30 minutos) de ejercicio físico, adaptado siempre a cada persona (tener en cuenta la edad y las posibilidades de cada paciente), favorece el peristaltismo intestinal y por tanto la evacuación, fortaleciendo además la musculatura abdominal.

En la mayoría de los casos seguir estas medidas presentadas es suficiente para aliviar el estreñimiento. En la medida de lo posible, se recomienda evitar el uso de laxantes ya que pueden crear hábito, procurando que su uso sea una medida coadyuvante y temporal.

QUIRÓN GRUPO HOSPITALARIO

Me duele la espalda

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

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

Hernia de disco, la patología más frecuente

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

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

Cirugía de columna

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

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

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

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

Pida cita: 948 22 76 52

Hidroterapia de Colon

"El mejor remedio para el estreñimiento"

Dra. Eva Bernal Rodríguez
Nº colegiado 6139
Médica de familia, especialista en Homeopatía, niños, adolescentes y adultos

CENTRO SIRIUS
CUERPO MENTE ESPÍRITU

El estreñimiento es uno de los desórdenes más comunes en nuestra sociedad actual. El hecho es que el estreñimiento es la primera afección subyacente a casi cualquier problema de salud. Se le puede imputar ser la causa inicial y primaria de casi cualquier alteración en el cuerpo humano. El consumo de alimentos desvitalizados y refinados que no logran nutrir el organismo, y la errónea conducta de no ir a defecar cuando nuestro organismo nos lo pide; son los dos grandes causantes del estreñimiento en nuestra sociedad.

El estreñimiento es uno de los desórdenes más comunes, lo padece un 27% de la población; dependiendo de los criterios con los que se diagnostique.
Las mujeres sufren más de estreñimiento (2 a 3 veces más) que los hombres. También está claramente establecido que la prevalencia de estreñimiento se incrementa con la edad.
Muchos pacientes tienen formas mixtas de estreñimiento de tránsito lento y desórdenes de la defecación.
Cuando nuestro colon está limpio y sano, las bacterias saludables controlan a las bacterias patógenas. Cuando en el colon se generan demasiada putrefacción y fermentación como resultado de no mantenerlo libre de heces y de productos de desecho como sea posible, las bacterias patógenas proliferan y aparecen las enfermedades.
Por otro lado es importante considerar que ciertas circunstancias clínicas y la ingesta de ciertos fármacos pueden tener un efecto nocivo sobre el tránsito intestinal y enlentecerlo.
El estreñimiento crónico favorece la retención de toxinas presentes en las sustancias de deshecho del colon, el aumento de la reabsorción del colesterol, la retención venosa o los trastornos biliares. También se ha relacionado con aumentos de crisis de migrañas o de trastornos de la piel y del sueño, falta de energía y vitalidad.
Un tratamiento verdaderamente limpio, seguro y eficaz para mejorar nuestro funcionamiento interno, es la hidroterapia de colon, por su acción específica en la desintoxicación general.
La hidroterapia de colon es un método eficaz que se desarrolla a través de enemas mecánicos, en los que se utiliza agua previamente filtrada, purificada, ozonizada.
El paciente está cómodamente tumbado en la camilla en un ambiente relajado y tranquilo. El agua va entrando lentamente en nuestro intestino grueso a diferentes temperaturas 25º a 37º, consiguiendo así, activar el movimiento peristáltico del intestino para ayudar a restablecer su función normal de una forma progresiva y en varias sesiones según sea el caso.
Ya muchas personas en todo el mundo conocen los resultados satisfactorios de este tratamiento y muchos especialistas en la medicina alopática estamos aconsejando y recomendando el uso de la hidroterapia de colon por sus beneficios y virtudes.

¿Qué beneficios tiene la limpieza de Colon?

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

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

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

Congreso Síndrome Up: Un abrazo a la discapacidad

¿Te animas a aprender a descubrir capacidades donde algunos sólo ven dificultades? ¿A compartir tus experiencias personales? ¿A escuchar a quienes tienen mucho que decir, bien porque son expertos o bien porque la vida los ha convertido en especialistas de la convivencia y la valoración de la discapacidad?

Asociación Síndrome UP

Somos una asociación de personas que hacen todo lo posible por vivir la vida construyendo desde lo positivo e impulsando a los demás a hacer lo mismo.
Te invitamos a que te acerques a las personas con discapacidad y a que lo primero que veas en ellas sea la persona, no su condición.

Congreso Síndrome UP

Los días 16 y 17 de diciembre, Pamplona será sede del I Congreso Síndrome Up: un abrazo a la discapacidad, organizado por la Asociación Síndrome Up en Civican. Se trata de un congreso que pretende reunir a familiares, afectados, profesionales o asociaciones, con el fin de compartir y aprender de la mano de expertos acerca de la discapacidad y la forma de convivir con ella. Además, tiene como objetivo que las personas que no están relacionadas directamente con la discapacidad tengan la oportunidad de convivir y aprender de ellas, participando en actividades conjuntas.
El congreso se ha estructurado en torno a dos ejes: un congreso técnico y un congreso social. Ambos tendrán lugar en el mismo entorno, y se desarrollarán simultáneamente. En el congreso técnico, los expertos abordarán cuestiones de interés especialmente orientadas para afectados, familias, profesionales y asociaciones. En el congreso social, personas, con y sin discapacidad, sobre todo niños, podrán compartir actividades y aprender a convivir y disfrutar juntos.
Además, la redacción multimedia que contará toda la información del Congreso estará formada por chicos y chicas con y sin discapacidad y periodistas con y sin discapacidad, para que juntos trabajen para hacer llegar a la sociedad todo lo que vaya sucediendo los días del Congreso Síndrome UP.

El efecto contagio

Síndrome Up nace de la iniciativa independiente de dos padres con niños con síndrome de down de Pamplona que deciden compartir su modo de ver la vida. Sus reflexiones van más allá de la discapacidad y se convierten en un modo de afrontar la vida, de hacerse preguntas y tratar de exprimir cada día.
Su entusiasmo ha ido contagiando a un grupo cada vez más numeroso y heterogéneo de personas, quienes a título individual han decidido sumarse y crecer en torno a la Comunidad Síndrome Up.

Bienvenidos a una forma distinta de vivir.

Información e inscripciones

www.sindromeup.org
http://bit.ly/congresosindromeup
twitter: @Sindrome_UP
facebook:
www.facebook.com/asociacionsindromeup

EXPOSICIÓN FOTOGRÁFICA en la calle peatonal García Ximénez del 10 al 16 y en Civican el 16 y 17 de diciembre.

dermatología

Crioterapia de verrugas en Atención Primaria

Naiara Donamaría Oroz
Diplomada en Enfermería.
Centro de Salud de Mendillorri

Las verrugas vulgares son lesiones de la piel de naturaleza benigna producidas por una infección de las células epidérmicas por algunos genotipos del VPH (virus del papiloma humano). Afectan con más frecuencia a personas jóvenes y se transmiten por contacto, tanto directo como indirecto. También puede producirse por diseminación a otras áreas en un mismo paciente. La susceptibilidad individual al contagio es muy variable.

¿Qué es la crioterapi?

Se realiza en consulta de enfermería tras el diagnóstico realizado por el facultativo. Se registran todas y cada una de las intervenciones realizadas, así como la evolución y seguimiento de la lesión.
Se trata de la aplicación de frío sobre la piel, lo que produce una destrucción local de tejido de forma eficaz y controlada.
La mayor destrucción celular se produce al congelarse el tejido de manera rápida y descongelarse lentamente.

¿Cómo se aplica?

Existen diferentes formas de aplicar crioterapia. El fármaco utilizado en Atención Primaria es una mezcla de tres gases: 95% Dimetil éter, 3% Isobutano y 2% Propano a una temperatura de trabajo de – 55ºC. Tiene aplicadores terminados en diferentes formas, por tanto, elegiremos el más acorde a la forma y tamaño de la lesión.
Previamente avisaremos al paciente que puede notar picor, escozor, hormigueo, dolor no severo que cederá pronto, ampolla posterior....
Se fija el aplicador al recipiente y presionamos la válvula hasta empaparlo (3-5´´). En posición vertical se aplica sobre la verruga y un poco de tejido sano alrededor de la misma durante 20-40´´ dependiendo de la profundidad (el diámetro del halo blanquecino que se crea en horizontal corresponde aproximadamente a la profundidad que alcanzamos). En cualquier caso no hay que sobrepasar los 40´´ de aplicación sobre la piel ya que puede provocar una congelación profunda y daños en la dermis (lesión de raíces nerviosas, cicatrices). Se puede utilizar en dos verrugas de distinta localización pero no en los dos lados de un dedo, sólo en uno para evitar la congelación de la arteria y venas bilaterales.
El aplicador mantiene la temperatura efectiva de crioterapia unos 120´´. A los pocos minutos el halo blanquecino cambia a un eritema del mismo tamaño. Posteriormente se formará una ampolla la cual durará varios días y habrá que mantenerla limpia y cubierta. La zona en tratamiento no debe exponerse directamente a los rayos solares y hay que utilizar filtros solares de protección total.
Se repiten las sesiones cada 1-2 semanas.
Según un reciente meta-análisis y análisis conjuntos de ensayos controlados aleatorios (publicado en enero 2011), existen evidencias de que el uso de ácido salicílico (líquido antiverrugas de venta en farmacias) asociado a crioterapia agresiva es el método más eficaz para el tratamiento de verrugas cutáneas.
En el tratamiento de las lesiones benignas (no se deben tratar las malignas) en Atención Primaria tendrá prioridad el resultado estético sobre la curación, siendo preferible un tratamiento escaso y con ciclos posteriores, a un sobretratamiento inicial.

¿Cuándo está contraindicada?

No se debe realizar en lesiones malignas, casos de duda diagnóstica, en trastornos de circulación venosa periférica, enfermedades autoinmunes, déficit de plaquetas, diálisis renal, tratamientos con inmunosupresores, mieloma múltiple (cáncer de la medula ósea), piodermma gangrenoso (enfermedad que causa heridas crónicas de piel) y diversas enfermedades de la sangre de origen desconocido.
Se puede realizar pero extremando las precauciones en casos de intolerancia al frío, urticaria a frígore (alergia al frio) y enfermedad de Raynaud (trastorno que afecta a los capilares sobretodo de los dedos de las manos en el cual se contraen de manera exagerada ante el frío).

¿Existen complicaciones?

Las más frecuentes e inmediatas son dolor durante los días posteriores al tratamiento (si se practica en la zona frontal o temporal, dolor tipo migraña) e inflamación que puede ser importante en la zona periorbital, frente y cuero cabelludo en cuyo caso habrá que aplicar compresas frías.
Existen otras menos frecuentes y de aparición más tardía como son el sangrado, la infección, quistes de retención, alteraciones del color de la piel, hormigueo, escozor, daño nervioso, aumento de la sensibilidad al frio, insuflación de gas, fiebre, síncope, angiomas (tumor benigno formado por acumulación de vasos) y a veces puede reaparecer la lesión.
Las anteriores no tienen carácter permanente, es decir, en un periodo de tiempo desaparecen pero si pueden darse ciertas complicaciones permanentes como cicatrices, úlceras, deformidades en uñas por daños en la matriz ungueal al practicar crioterapia en zonas cercanas a la raíz, alopecia, hipo/hiperpigmentacion, ruptura de tendones y neuropatías.

cirugía

Cambio en la estética facial tras tratamiento con implantes dentales

Implantes dentales ¿Éxito a largo plazo?

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col.6114-NA

CLÍNICABUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
SAN FERMÍN, 59 Bajo. T 948152878

La rehabilitación con implantes dentales es un tratamiento que podíamos calificar como "antiguo", pero, modernas son las técnicas, que hacen posible que estos tratamientos sean más predecibles en el tiempo y con unos resultados más satisfactorios para el paciente.

El paciente debería conocer la pérdida de estética facial que conlleva la falta de dientes y del hueso que lo soporta, así como las diferentes técnicas que hoy existen para recuperarla. Prácticamente no existen casos que no puedan ser tratados con implantes dentales. Para realizar los mismos, es necesaria una planificación meticulosa que comienza realizando un escáner para analizar el tipo y la cantidad de hueso, así como su relación con la posición y estética del labio superior, nariz y mentón. El paciente elegirá el tipo de estética que desea, y el cirujano indicará desde el punto de vista funcional, cuantos implantes necesita para que su caso en particular funcione con éxito y si es deseado por el paciente, cómo realizar la colocación inmediata de dientes tras la cirugía.

Uno de los pasos más importantes y hasta hora poco conocido es la elección del tipo de implante que hay que colocar.
Existen en el mercado más de 600 marcas, pero sólo unas pocas están soportadas por estudios científicos a largo plazo. Existen variedad de diseños y de tratamientos químicos de superficie que determinan, el tiempo de cicatrización y la evolución del tratamiento a largo plazo.

Conocimiento y actitud orientada al paciente

La implantología dental exige del cirujano unos conocimientos biológicos, biomecánicos y quirúrgicos consolidados, así como una actitud terapéutica orientada al paciente. Todo aquel que desee establecer una consulta de implantología con buenos resultados a largo plazo debe poseer una experiencia práctica y un conocimiento profundo del área de la cirugía bucal, protésica, periodoncia e higiene dental. Por otro lado, la consulta debe organizar y estructurar de manera que se garantice un sistema riguroso de revisiones. Si no se reúnen estas condiciones en la consulta, se debe compensar esta deficiencia con la colaboración estrecha con los colegas especializados en las distintas materias. Por esta razón, en muchos casos, la colaboración experta entre el especialista en cirugía y el especialista en protésica constituye la alternativa más adecuada.
Por lo tanto, el resultado de los tratamientos con implantes depende fundamentalmente de los conocimientos y de la experiencia del cirujano, de la elección de los pacientes adecuados y de la organización de la consulta, es decir, de un equipamiento adecuado.
Los principios de la asepsia y de la esterilidad son esenciales en la implantología osteointegrada. En la consulta, es imprescindible establecer las condiciones mínimas para actuar de forma correcta y garantizar la asepsia en las intervenciones quirúrgicas que conlleva la implantología. Lo ideal es disponer de un pequeño quirófano aséptico.
Como conclusión podíamos decir que el éxito del tratamiento de implantes depende en gran medida del profesional elegido para el mismo, tenemos suerte ya que en nuestra comunidad foral, existe un número muy elevado de profesionales formados y con medios técnicos y humanos para conseguir resultados óptimos desde el punto de vista funcional y estético.

Los niños que comen más pan padecen menos sobrepeso y obesidad

Rosa Mª Ortega Anta
Catedrática de Nutrición de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid

En la actualidad, las dietas de los niños españoles se caracterizan por un exceso de grasas y proteínas en detrimento de los hidratos de carbono, con un consumo insuficiente de fibra y de diversas vitaminas y minerales. El consumo de pan resulta muy inferior al recomendado y aumentar su presencia en la dieta infantil podría ser de ayuda para conseguir una alimentación más correcta y facilitar el control de peso. Los niños que comen más pan padecen menos sobrepeso y obesidad, registran un menor Índice de Masa Corporal, presentan perfiles calóricos y lipídicos más equilibrados en sus dietas y mejores indicadores de situación nutricional y de riesgo cardiovascular.

En los últimos años se ha producido un aumento de la obesidad infantil, una enfermedad que diversos estudios científicos relacionan con una mayor ingesta de proteínas y grasas y un escaso aporte de hidratos de carbono. Nuestro equipo investigador del Departamento de Nutrición de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid ha llevado a cabo el estudio "Hábitos alimentarios, ingesta de energía y nutrientes y padecimiento de sobrepeso/obesidad, en escolares españoles. Diferencias en función de su consumo de pan" con el propósito de analizar los hábitos alimentarios, la situación nutricional y algunos datos sanitarios y antropométricos de los niños españoles, comparando, además, las diferencias existentes en función de su consumo de pan. Para ello estudiamos la situación nutricional de más de 500 escolares de entre 8 y 13 años procedentes de colegios de A Coruña, Barcelona, Madrid, Sevilla y Valencia. El análisis demostró que los escolares analizados

registraban un consumo inferior al recomendado de cereales y legumbres, frutas y verduras. En el caso del pan, la media del conjunto analizado ha sido de 2,5 raciones frente a las 4-5 que podrían ser convenientes para llegar a las 6 raciones diarias de cereales recomendadas. Para analizar los efectos del consumo de pan en la dieta, los niños fueron divididos en dos grupos según su consumo diario de pan (más y menos de 80 gramos al día), para después analizar los efectos que tendría en todos ellos el consumo de otras dos raciones más al día.

El estudio puso de manifiesto que los niños que comen más pan presentan menos problemas de exceso de peso (15,8% padece sobrepeso y un 13,9% obesidad) mientras que estas cifras aumentan hasta una media del 16,6% en sobrepeso y del 20,5% de obesidad, en el grupo que consumía menos pan. También observamos que los niños que comen más pan registran un menor Índice de Masa Corporal (IMC) (18,8 k/m2 frente a los 19,4 kg/m2 de los que comen menos), así como un perfil calórico más adecuado en sus dietas (porcentaje de calorías procedentes de hidratos de carbono, proteínas y grasas) y mejores parámetros sanguíneos indicadores de riesgo cardiovascular (colesterol, triglicéridos, HDL-colesterol, LDL-colesterol) e indicadores de control de glucemia (glucosa basal e insulina basal).

El consumo de pan también favorece una ingesta más adecuada de nutrientes. En el caso de la fibra, cuya carencia conlleva la aparición de patologías como estreñimiento, enfermedades cardiovasculares o cáncer; los niños que comen más pan ingieren 18,6 g/día, mientras que el resto sólo 16,2 g/día. Con respecto a otros nutrientes, hay que destacar el aumento del aporte de niacina o vitamina B3, 33 mg/día en los que comen más pan y 30,1 mg/día en el resto; magnesio, 270,3 mg/día frente a 249,1 mg/día; o vitamina A, 996,6 mcg/día frente a 850,5 mcg/día.

A la hora de calcular el Índice de Alimentación Saludable (IAS) -que valora la dieta global de los niños con una puntuación de 0 a 100 puntos-, comprobamos que el 18,6% de los niños estudiados presentaba dietas inadecuadas y un 31,7% dietas aceptables, pero no consideradas completamente equilibradas, lo que revela que un 50,3% podría estar en riesgo de sufrir deficiencias y desequilibrios nutricionales.

Si se añaden 2 raciones más

Tras concluir este análisis llevamos a cabo el supuesto teórico de añadir 2 raciones de pan blanco al día con el objetivo de ver cómo cambiaría la dieta del niño. Con esta adición (que aproximaría el consumo de pan al aconsejado) se produce una importante mejora del perfil calórico y lipídico de las dietas al aumentar la energía procedente de los hidratos de carbono y reducirse la de los lípidos. Además, se logra una mayor aproximación a las recomendaciones diarias estipuladas para la ingesta de otros micronutrientes, aumentando la ingesta de vitamina B1, niacina, folatos, calcio, hierro, yodo, zinc y magnesio. En lo que respecta al Índice de Alimentación Saludable (IAS) disminuiría el porcentaje y/o el número de niños que presentaron dietas inadecuadas (de un 18,6% a un 11,5%) y dietas aceptables pero mejorables (de un 31,7% a un 28%), con lo que el porcentaje de escolares en riesgo de tener diversos problemas nutricionales descendería de un 50,3% a un 39,5%, y aumentaría, a su vez, el número de niños con mejor calidad en la dieta (de un 47,5% a un 54,6%). Esta mejora en el aporte de nutrientes que proporciona el pan tiene efectos muy beneficiosos para la salud de los más pequeños, ya que son fundamentales para el correcto funcionamiento de su organismo. En la etapa infantil es muy importante cumplir con las pautas recomendadas para conseguir un desarrollo, salud y capacidad funcional satisfactorios y para establecer unos hábitos alimentarios correctos que puedan mantenerse a lo largo de la vida. Así, el niño que toma más pan, toma más cantidad de vitamina B1 y yodo (importantes en el funcionamiento del sistema nervioso), más ácido fólico (que ayuda a la protección cardiovascular y mejora la función mental) o más zinc (importante para conseguir una mejor respuesta inmunitaria).

Estos datos nos llevan a concluir que el pan es un alimento esencial en la dieta de los niños, con efectos muy positivos para su salud. El aumento del consumo de pan en la alimentación diaria de los escolares contribuye a equilibrar la dieta y a reducir las deficiencias nutricionales, por lo que es un excelente aliado para garantizar el correcto desarrollo de los niños y combatir el sobrepeso y la obesidad infantil.

La información al paciente oncológico II

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

En esta segunda parte del artículo nos gustaría abordar el tema de la administración de información al paciente oncológico.
(Ver Parte I en: www.zonahospitalaria.com).

En primer lugar nos gustaría presentar algunos factores relacionados con el paciente (además de los mencionados en el artículo anterior) que se deberían tener en cuenta al administrar la información. Estos factores pueden orientar a los profesionales y cuidadores sobre cuanta información conviene aportar y como es más adecuado ofrecerla.

Un concepto clave es el de las estrategias de afrontamiento que emplea el paciente. Por dichas estrategias entendemos las diferentes formas que tenemos las personas de hacer frente a los problemas (incluyendo la enfermedad, los tratamientos y las consecuencias de estos) y a los sentimientos que acompañan a dichos problemas (tristeza, ansiedad, soledad, preocupación por el futuro...). Dentro de las dificultades a las que las personas debemos hacer frente, situaríamos la información sobre el cáncer. Entre las estrategias de afrontamiento incluimos las conductas del propio paciente de búsqueda de información, la cantidad de información que los pacientes pueden desear recibir (tal como decíamos antes), y en qué momento les interesa obtenerla.

En este sentido, hay pacientes que se orientan más hacia buscar información (de los profesionales, de otros personas con cáncer, y cada vez más de otras fuentes como internet), mientras que otros tienden a esperar que sea el médico el que se acerque a informarles. En esta misma línea, hay pacientes que llevan un estilo de hacer frente a la enfermedad que va más dirigido a tener *sensación de control sobre ella*. Dentro de este estilo, además de buscar información, las personas pueden desear que esta sea detallada o buscar participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento.

Algunas personas desean recibir explicaciones sobre su enfermedad, las pruebas diagnósticas (scanner...), los tratamientos que podrían recibir, o los posibles resultados de dichos tratamientos *desde los primeros contactos* que mantienen con el profesional. Otras personas prefieren que la información se les de manera *más gradual*, en distintas entrevistas, y ajustando además la información que reciben al estadio en el que se encuentra la intervención: ej. recibir explicaciones sobre los tratamientos cuando estos se van a iniciar; sobre cómo se hará el seguimiento una vez que se han terminado.

Es importante tener en cuenta que hay personas que hacen una *negación de su situación* como forma de afrontar la enfermedad. Estas personas pueden desear no ser informados e intentar olvidar todos los detalles relacionados con la enfermedad que hayan podido percibir. Dicha negación puede ayudar a reducir las emociones negativas del paciente (ansiedad..), y en todo caso, conviene respetarla. Esta negación sería diferente de no estar pensando continuamente (rumiar) en la enfermedad, lo cual sería una estrategia que podría ayudar al paciente a no desgastarse.

Otro aspecto importante a tener en cuenta son las representaciones que se hacen los pacientes (y también sus cuidadores) sobre su enfermedad. Dichas representaciones son las ideas y las expectativas que las personas tienen sobre la salud, la enfermedad, las causas de esta, el tratamiento y la posible evolución de la patología. Dichas representaciones pueden influir entre otras cosas en el estado emocional del paciente, en su manera de hacer frente a la enfermedad, y en el manejo que hace de la información. Por ejemplo, si una persona cree que todos los protocolos de quimioterapia son iguales, no preguntará por las posibles alternativas de tratamiento que podría recibir; o si confía en la efectividad del tratamiento, probablemente preguntará más en detalle sobre él. Entendemos como importante tener en cuenta que las representaciones sobre la enfermedad de los pacientes pueden no coincidir con las de los profesionales y las de los cuidadores.

Estrategias para manejar la información

Una primera herramienta que puede ser útil la hora de administrar información es la de realizar una **evaluación de las características del paciente** relacionadas con la información. Algunas de estas características, como los deseos de información o el afrontamiento las hemos comentado previamente. Además podríamos añadir otros aspectos a tener en cuenta como su estado emocional (niveles de ansiedad y depresión). Dicha evaluación nos va a permitir ajustar mejor la información que podemos ofrecer. Para que dicha evaluación sea más efectiva, al igual que para orientar en cómo ofrecer la información, puede ser adecuado contar con la figura del Psicólogo Clínico dentro de los Servicios que atienden al paciente oncológico.

Otra herramienta de ayuda es la de contar con varias entrevistas con el paciente, de tal manera que entre ellas la persona pueda repasar la información que ha recibido y plantear en los siguientes encuentros otras dudas que pueda tener. Además, las entrevistas en las que se da información, en especial el diagnóstico, pueden ser una situación estresante, lo cual puede favorecer que el paciente no pueda entender –asimilar todos los datos que se le ofrecen.

En este sentido, nos gustaría presentar el proceso de administración de información como una interacción entre dos personas, el médico y la persona con cáncer, que trabajan en equipo, y no tanto como un mero dar información sobre la enfermedad y los tratamientos.

Otra intervención que puede ser de ayuda es el entrenamiento de los profesionales en habilidades de comunicación. Este entrenamiento puede ayudar a entender las necesidades de los pacientes, y a ajustar la información ofrecida y la comunicación a dichas necesidades. La evidencia indica que las habilidades de comunicación se pueden mejorar, y que dicho entrenamiento puede ser útil para manejar informaciones difíciles o las emociones intensas de los pacientes.

Hay además intervenciones que se pueden trabajar con los propios pacientes. Por ejemplo, el paciente antes de la consulta puede pensar y anotar que desea comentar en ella. Incluso estos deseos se pueden evaluar a través de un pequeño listado de áreas que el paciente completa antes de entrar en la consulta.

Otra herramienta son las ayudas en la toma de decisiones: estas ayudas son guías que recogen información sobre diferentes opciones de: tratamientos, lugares de residencia, y otras áreas. Ayudan al paciente a conocer, a deliberar y tomar decisiones entre dichas opciones. Tal como decíamos, la administración de información al paciente oncológico es una de las áreas en las que más le podemos ayudar.

Colesterol malo y colesterol bueno

Luis Mendo Diner
Médico de familia en Cadreita
Ignacio Martín Pascual
Medico de familia en Corella
SEMERGEN Navarra

El colesterol es producido por nuestro organismo, también lo obtenemos de los alimentos que comemos a través de su absorción en el intestino.

En los análisis de sangre vemos el colesterol total, pero también el colesterol HDL o colesterol bueno y el colesterol LDL o colesterol malo, además nos dan los triglicéridos (otra de las grasas de la sangre).
El colesterol malo lo obtenemos aplicando la siguiente fórmula: Colesterol total – (colesterol bueno (HDL) + triglicéridos/5).
En caso de triglicéridos por encima de 250 mg/dl se usa el colesterol No-HDL, resultante de restar el colesterol total- colesterol bueno (HDL).
Las cifras normales son:
• colesterol total menor de 200 mg/dl, valor limite colesterol entre 200 y 250 mg/dl
• colesterol bueno mayor de 40 mg/dl en hombre y 50 mg/dl en mujeres
• colesterol malo menor de 130 mg/dl, en diabetes menor de 100 mg/dl
• triglicéridos menor de 200 mg/dl
Los análisis deben hacerse tras 12-14 horas de ayuno y deben confirmarse con una segunda determinación.
El colesterol malo tiene un efecto perjudicial para la salud porque se va metiendo en nuestras arterias y formando placas de arterioesclerosis, cuando se rompen estas placas se pegan las plaquetas (células de nuestra sangre) y obstruyen las arterias, dando lugar al infarto de corazón y cerebral.
Cuanto mejor controlado esté nuestro colesterol malo menor riesgo de enfermedades cardiovasculares.
EL colesterol bueno tiene un efecto protector sobre nuestras arterias, de tal forma que tener cifras altas de colesterol bueno nos protegen.

Recomendaciones para tener un nivel óptimo de salud cardiovascular

Evitar tabaco. Dieta saludable. Ausencia de sobrepeso. Presión arterial por debajo de 140/90 mmHg. Colesterol total menor de 200 mg/dl.

Cómo mantener un adecuado control de colesterol

DIETA. El consumo total de grasas de la dieta debe ser un 30% del total de calorías de la dieta.
1-Reducir el consumo total de colesterol, ácidos grasos saturados (perjudiciales) y grasas "trans".
Las grasas "trans" son grasas modificadas que se añaden a los alimentos para aumentar su estado de conservación por ejemplo la bollería industrial.
Las grasas saturadas no deben superar el 7-8 % de la dieta.
En el etiquetado de los alimentos podemos ver la cantidad de grasas saturadas que llevan los alimentos
2-Consumir grasas poliinsaturadas presentes en pescados azules que reducen el colesterol total y el colesterol malo (LDL). Un 5% del total de calorías de la dieta
3-Consumir grasas monoinsaturadas presentes en el aceite de oliva que aumentan el colesterol bueno, un 15-20% del total de calorías de la dieta.
En la tabla vemos qué alimentos están recomendados a diario, esporádicamente y a evitar.
4-Ingesta de fibra no digerible que reduce los niveles sanguíneos de colesterol porque disminuye su absorción intestinal, para ello hay que comer frutas, verduras, legumbres, salvado y avena.
5-Ingesta de antioxidantes presentes en pimiento, espinacas, zanahorias, calabaza, cítricos, fresas, kiwis...
6-Consumo moderado de frutos secos, leche desnatada, huevos sin pasar de 4 a la semana,
7-Escasa frecuencia y cantidad de carne roja

OTRAS MEDIDAS
• Practicar ejercicio físico a diario, reduce la tensión arterial, reduce colesterol malo y triglicéridos, sube colesterol bueno, recomendado el ejercicio aeróbico como caminar, bicicleta o natación, 30 minutos por sesión, a los menos 3 días a la semana.
• Se puede hacer combinado con ejercicio isométrico, en función de las características individuales de cada persona.
• No fumar.
• Perder peso, reduciendo ingesta de calorías y aumentando el gasto energético con ejercicio.
• Ingesta de vino entre 10 y 30 gramos día, aumenta el colesterol bueno y reduce el riesgo cardiovascular.

En función de los factores de riesgo cardiovascular de cada persona, y el objetivo de colesterol que deba tener cada persona, si con las medidas de estilos de vida no se alcanza el nivel de colesterol malo deseado su médico valorará iniciar tratamiento farmacológico para alcanzar dicho objetivo.

ALIMENTOS	CONSUMO DIARIO	CONSUMO 2-3 VECES POR SEMANA	CONSUMO MUY ESPORÁDICO
Cereales	Mejor integrales: pan, arroz, pastas, maíz, harinas.	Galletas y bollería preparada con aceite oliva, pastas con huevo	Bollería industrial
Fruta, hortaliza y legumbres	De todo tipo	Aguacate, aceituna, patatas fritas en aceite oliva o semilla	Patatas chips. Coco
Huevos, leche y derivados	Leche desnatada y productos elaborados con ella. Clara huevo	Queso fresco o con bajo % grasa Leche semidesnatada Huevos enteros <3 por semana	Leche entera. Nata, quesos grasos, flanes y cremas
Pescado y marisco	Pescado blanco y azul, atún en conserva, almejas, chirlas, ostras	Bacalao salado, sardinas y caballa en conserva, calamares, mejillones, gambas, langostinos, cangrejos	Huevas, mojama, pescados fritos en aceites o grasas no recomendables
Carnes	Conejo, pollo y pavo sin piel	Ternera, vaca, buey, cordero, cerdo, partes magras de jamón	Embutidos, beicon, hamburguesas salchichas, víscera, pato ganso, patés
Grasas y aceites	Aceite oliva	Aceite de semillas	Mantequilla, margarina sólida, manteca cerdo, tocino, sebo, aceites de coco y palma
Postres	Mermelada, miel, azúcar, sorbetes. Repostería casera hecha con leche desnatada	Flan sin huevo, caramelos, mazapán, turrón, bizcocho casero, dulces hecho con aceite oliva o semilla	Chocolate y pastelería. Tartas comerciales. Postres con leche entera, nata, huevo, mantequilla
Bebidas	Agua, refrescos sin azúcar, zumos naturales e infusiones. Café y té.	Refrescos azucarados	Alcohol
Frutos secos	Almendras, avellanas, castañas, nueces, dátiles, ciruelas, pasas.	Cacahuetes	Cacahuetes salados, coco, pipas girasol saladas
Especias y salsas	Pimienta, mostaza, hierbas, sobritos, vinagre, alioli.	Mayonesa y besamel	Salsas mantequilla, margarina, leche entera y grasa animales

Los alimentos subrayados deben limitarse en obesos y dietas hipocalóricas

En Navidad, menús “Reyno Gourmet”: Deliciosos, nutritivos y tradicionales

Un producto Reyno Gourmet

Arantza Ruiz de las Heras de la Hera
Dietista-Nutricionista

La Navidad ya está aquí de nuevo. Se acaba un año y recibimos con ilusión al Año Nuevo. Nos reunimos en familia y celebramos acontecimientos gratificantes. Y lo hacemos habitualmente alrededor de la mesa, a través de comidas, cenas, aperitivos, brindis, sobremesas, tertulias, etc. Todo relacionado con la comida.

No es el momento más oportuno para andar haciendo cálculos de calorías, pero tampoco consiste en abandonarse a todos los abusos y excesos que estos días propician.
Con un cierto control sobre los alimentos, raciones y complementando las tomas, se pueden hacer unos menús estupendos y que no desajusten demasiado nuestra línea.

Consejos para hacer los menús más adecuados

La primera recomendación es disfrutar de la compañía, bien sea familia, amigos, compañeros de trabajo, estudios, ocio, etc. Tomarse también estos días con tranquilidad y evitar los excesos tanto en la comida como en la bebida. Esto parece fácil de decir, escribir en este caso, y difícil de llevar a la práctica, pero vamos a ver cómo con unos consejos y ejemplos prácticos es mucho más llevadero.

- Moderación en las raciones. Es mejor servirse por segunda vez de algún plato que echarse gran cantidad de todo desde el inicio.
- Complementación de alimentos. De igual manera que hacemos en nuestra vida cotidiana, evitamos repetir el mismo grupo de alimento con la misma comida, como primero y guarnición o en comida y cena.
- Control en las bebidas. Elegir preferentemente agua. Dejar para ocasiones muy especiales las bebidas refrescantes o alcohólicas. En cualquier caso, son menos peligrosas las bebidas fermentadas: vino, cerveza, sidra o champán.
- Dulces sí, pero con cabeza. Por supuesto que los dulces son los reyes de la Navidad y no vamos a dejar de tomarlos. Pero lo haremos moderadamente, evitando picar constantemente y tenerlos eternamente sobre la mesa.
- Las ensaladas y vegetales nunca deben faltar. Son platos que complementan muy bien con los demás, aportan frescura y ligereza a las comidas. Además, hacen que nos llenemos antes y no son calóricos.

Alimentos de la marca Reyno Gourmet

La variedad, oferta y calidad de estos alimentos es tan amplia que nos permite elaborar unos menús muy especiales y adecuados a estas fechas.
Reyno Gourmet engloba diferentes grupos de alimentos.

- Siete Denominaciones de Origen Protegidas
- Seis Indicaciones Geográficas Protegidas
- Tres Certificaciones de Calidad
- Cuatro Normas Técnicas Específicas

Todo ello apoyado en la gastronomía Navarra tradicional, auténtica y muy cuidada, tanto en los ingredientes como en la elaboración y presentación final, que hace que estos productos cumplan con creces con las expectativas que de ellos esperamos.

Menús festivos

Uno de los millones de ejemplos de menús que se pueden elaborar a partir de los alimentos pertenecientes a todas las certificaciones de la marca Reyno Gourmet es este

• Menú de cena

Entrantes: Espárragos de Navarra en vinagreta; Hojaldritos rellenos de foie; Copa de endibias con gambas a la plancha; Carpaccio de ternera de Navarra con puré de manzana.
Primer plato: Cardo a la Navarra.
Segundo plato: Lubina al horno con panaché multicolor de cebolla, berenjena y calabaza.
Postre: Bizcocho almendrado con merengue acompañado de macedonia de frutas al natural.
Acompañamientos: Aceite de Oliva Virgen Extra de Navarra; Pan artesano (chapata); Vino y cava navarro.
Sobremesa: Licores artesanos; Turrones, polvorones y guirlaches; Repostería y pastelería artesana (milhojas y tejas) y bombones.

• Menú de comida

Entrantes: Pimientos del piquillo de Lodosa con ajetes; Delicias de queso del Roncal caramelizadas; Dados de txistorra a la sidra; Escarola con jamón de pato y granada.
Primer plato: Corazones de alcachofa de Tudela salteados con nueces, piñones y pasas.
Segundo plato: Cordero de Navarra asado en su jugo acompañado de patata panadera y gajos de tomate.
Postre: Cuajada con virutas de piña y chocolate
Acompañamientos: Aceite de Oliva Virgen Extra de Navarra; Pan artesano (pan de centeno); Vino y cava navarro.
Sobremesa: Pacharán navarro; Turrones, mazapanes y polvorones; Repostería y pastelería artesana (soletillas y rosquillas) y bombones.

Características de los menús

Se trata de un par de menús, uno más adecuado para comida y otro para cena, en los que se dan cita exponentes de la gama de productos artesanos o con certificaciones, indicaciones, denominaciones o normas técnicas específicas.
Asimismo, se ha cuidado el tema dietético y nutricional, introduciendo alimentos de origen vegetal y animal en proporciones adecuadas y combinando diferentes grupos entre sí para no repetir y tampoco dejar ninguno fuera.
Así, en los entrantes hay dos platos con base vegetal: espárragos, endibias, pimientos y escarola, que se complementan con otros ingredientes. Se reparten también los entrantes de carne y pescado para no reunir en la misma comida demasiados de uno u otro tipo. El primer día aparecen gambas y ternera y el segundo encontramos txistorra y queso.
A pesar de haber sugerido la presencia de cuatro entrantes, con el fin de aportar variedad y diversidad, la cantidad servida será reducida, para no incrementar demasiado el contenido total de la comida.
Respecto al primer plato, está basado en ambos casos en la magnífica huerta Navarra: cardo en una ocasión y alcachofas en la otra. No por ser platos vegetales, resultan menos festivos, ya que son dos verduras de temporada que se encuentran en pleno auge de sus cualidades.
Como plato principal se ha optado en el menú nocturno por un pescado, blanco en este caso, aunque también podría haberse colocado un pescado azul o una carne no muy grasa, como por ejemplo un corte magro de ternera, pollo o pavo, muy navideño también. Como guarnición de la lubina, un toque vegetal que añade color y sabor en el conjunto final, haciendo una composición ideal que satisface hasta el paladar más exigente.
En el menú de mediodía se elige cordero de Navarra, un alimento tradicional, sabroso y con muchos adeptos, muy acorde, además, a los días de tanta celebración, para acompañarlo con un lecho vegetal a base de patata y tomate que aportan jugosidad, frescura y colorido al plato.
Respecto a los postres se han escogido dos ejemplos diferentes de combinaciones entre un postre dulce o un lácteo y fruta. Con el fin de complementar los alimentos y reducir cierto contenido graso y dulce de estos ingredientes, se incorpora en los postres una parte de fruta que los aligere (macedonia y piña).
Respecto al aceite para cocinar y aliñar la primera elección será usar aceite de oliva, si puede ser virgen extra, mejor. Ante la amplia oferta de

pan artesano, se han escogido dos, pero podrían haber sido muchos más.
Para beber, una copa de vino navarro y para el brindis final, escogemos cava de la misma procedencia.
Ya en la sobremesa, adornamos la mesa con una bandeja repleta de dulces navideños, dando opción al comensal de poder picar pequeños fragmentos de los mismos.
Y, como colofón y acompañamiento del café, té y otro tipo de infusión, una variedad de repostería artesana y un bombón.
También los alimentos de producción ecológica e integrada están presentes en el menú a través de la elección de los ingredientes básicos de los platos.

Conclusiones

Estos menús navideños elaborados a partir de productos de la marca Reyno Gourmet, y siguiendo las directrices básicas de la dieta saludable y equilibrada, ofrecen garantía, calidad y autenticidad en la elaboración y en el sabor tradicional del plato que componen. De esta forma nadie puede resistirse a un menú para chuparse los dedos con total confianza.

Fundamental el aporte de yodo en la dieta

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

Durante los últimos años ha aumentado nuestro conocimiento sobre la función de los oligoelementos o elementos minerales traza en la salud humana. Actualmente, está bien establecido que los oligoelementos pueden ser sustancias limitantes del crecimiento y del desarrollo, no sólo a causa de deficiencias ambientales, sino también por la ingesta de dietas desequilibradas.

Desde la publicación en 1973 del documento nº 532 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre "Elementos Traza en la Nutrición Humana", las autoridades de salud pública han tomado conciencia de la extensión de la deficiencia de yodo (I) en más de 100 países y de sus consecuencias patológicas.

Fisiología tiroidea

El tiroides es uno de los órganos endocrinos más grandes del organismo y está ubicado en la región cervical anterior. Se encarga de la síntesis de las hormonas tiroideas, responsables de regular el metabolismo basal y que afectan al crecimiento y grado de funcionalidad de otros sistemas del organismo.

Las hormonas tiroideas contienen átomos de yodo en su molécula, por lo que este elemento es fundamental para su síntesis.

El déficit de yodo puede provocar distintas alteraciones conocidas como trastornos por déficit de yodo, tanto más graves cuanto mayor es el déficit y cuanto antes se presente en el curso del desarrollo.

El exceso de yodo también provoca distintas alteraciones funcionales en la glándula tiroidea. Estos efectos pueden ocurrir por una alimentación con productos ricos en yodo o por un exceso en la suplementación del mismo.

Yodo

El yodo forma parte de las hormonas tiroideas y es capaz de regular la síntesis hormonal del tiroides. Tanto su exceso como su defecto producen alteraciones funcionales. Los efectos del yodo son diferentes en los pacientes con una glándula tiroidea normal que en aquellos en los que la glándula tiroidea está alterada.

La cantidad de yodo en los alimentos es variable y depende de la concentración de yodo de la tierra. Los productos de origen marino son los más ricos en yodo. En las áreas costeras las fuentes más importantes de yodo son los mariscos, el agua y la niebla procedente del océano. La población de las áreas de montaña es la que presenta más déficit de yodo. En estas zonas el contenido de yodo de los productos vegetales y animales varía dependiendo del medio ambiente, del tipo de fertilizantes empleados, de los hábitos alimentarios y del procesamiento de los alimentos. En los alimentos y el agua el yodo se encuentra predominantemente como yoduro (Tabla 1).

A) Ingesta de yodo diaria recomendada

Las necesidades diarias de yodo, según el Consejo Internacional para el Control de los Trastornos por Deficiencia de Yodo (ICCIDD), varían en función de la edad. En adultos el requerimiento de yodo diario es de 150 g. Estas necesidades aumentan en mujeres embarazadas y durante la lactancia hasta 200 g al día (Tabla 2).

B) Trastornos por déficit de yodo

La escasa ingesta de yodo produce distintas disfunciones del tiroides conocidas como trastornos por déficit de yodo (TDY). Los más importantes son bocio, hipotiroidismo, retraso mental, cretinismo y aumento de la mortalidad neonatal e infantil.

El déficit de yodo conlleva una disminución de la síntesis de hormona tiroidea lo que provoca un aumento compensador del tamaño de la glándula (lo que se conoce como bocio).

El bocio por déficit de yodo es la patología más frecuente y menos grave dentro de los TDY. A nivel mundial, la deficiencia de yodo es la causa más común de bocio. La prevención y el tratamiento médico consisten en asegurar una adecuada ingesta de yodo diaria en la población general.

Cuando la ingesta de yodo es mínima puede aparecer hipotiroidismo. La deficiencia de yodo es la causa más común de hipotiroidismo a nivel mundial.

La deficiencia de yodo es particularmente importante en las mujeres embarazadas o las que están lactando a sus niños. Una deficiencia severa de yodo en la madre se ha asociado con abortos espontáneos, nacimiento de niños muertos, partos prematuros y anomalías congénitas en los bebés. Los hijos de madres con déficit severo de yodo durante el embarazo pueden sufrir retraso mental y problemas de crecimiento, de la audición y del lenguaje. Incluso deficiencias leves de yodo se han asociado con baja inteligencia en los niños.

El aporte de yodo es fundamental para la mujer antes y durante el embarazo y mientras da de mamar al recién nacido. Esto es especialmente importante durante los tres primeros meses de gestación, momento de formación del cerebro y del sistema nervioso del niño.

Se puede conseguir que el organismo tenga la cantidad de yodo suficiente de un modo sencillo y eficaz, mediante suplementos farmacológicos que recomendará el médico, incluso antes de quedarse embarazada y mientras dure la lactancia materna.

Situación actual de los trastornos por déficit de yodo

Aproximadamente el 40% de la población mundial continúa estando con riesgo de insuficiencia de yodo. Las naciones más desarrolladas tienen menor porcentaje. En Europa esto sigue siendo un problema en la mayoría de los países. La mayoría de los gobiernos europeos no tienen un programa que asegure una adecuada ingesta de yodo a su población. La sal yodada está disponible generalmente, pero con variable distribución.

En España, en todos los estudios realizados, se ha objetivado que hay una deficiencia en la ingesta de yodo. Dado que no hay un plan nacional para la erradicación de los TDY, por la falta de sensibilidad de los responsables políticos hacia el tema, aún no se ha erradicado este problema, y tan sólo los profesionales sanitarios son los que actualmente se encargan de promover el consumo generalizado de sal yodada.

TABLA I. ALIMENTOS RICOS EN YODO
µg de yodo/100 g de porción de alimento consumible

Huevos, lácteos y derivados	
Huevos	
-Yema	11,65
-Huevo cocido	9,7
- Huevo entero	9,7
-Clara	6,8
Leche	
- Leche con grasa vegetal	90
-Leche condensada dulce	89
Yogur	
-De frutas entero	48
-Desnatado	4,4
-De frutas desnatado	3,8
Carnes	
En general, tienen poca cantidad de yodo, que depende fundamentalmente del tipo de alimentación de los animales. Entre los productos de origen animal, cabe destacar el hígado de cerdo, con 14µg	
Pescados y mariscos	
Pescados	
-Bacalao en salazón	424
-Salmonete	330
-Bacalao fresco	120
-Merluza	120
-Pijota	120
-Conservas de pescado	77,29
-Caballa	74
-Arenque ahumado	52
-Jurel/chicarro	48
-Sardinas	32
Mariscos	
-Berberechos y chirlas	160
-Mejillones	130
-Bivalvos (promedio)	107
-Ostras	58
Crustáceos	
-Camarón	130
-Bogavante	100
-Langosta	100
Otros pescados, mariscos y crustáceos también contienen yodo, pero en menor cantidad.	
Legumbres y tubérculos	
Legumbres	
-Guisantes frescos	14
Tubérculos	
-Patatas	2,4-5
Verduras, hortalizas y setas	
Verduras	
-Brotes de soja	115
-Acelgas	35
-Col rizada	34
-Canónigos	34
-Brécol	15
-Berzas	12
-Espinacas	12
-Espárragos frescos	7
-Endivias y escarola	6,4
-Lombarda	5
Hortalizas	
-Zanahorias	15
-Rabanillo	8
-Nabo gallego (redondeado)	7,5
-Tomate de lata	7
-Cebollino	4,2
-Guisantes	2-4,2
-Nabo vulgar (alargado)	4
Setas	
-Champiñón y níscalos	18
Frutas	
Higos secos	4
Piña tropical fresca	4,8
Naranja	2,1
Frutos secos	
Cacahuetes tostados	14
Anacardos	10
Nueces	3

TABLA 2. RECOMENDACIONES DE INGESTA DIARIA DE YODO*

Edad	Yodo (µg/día)
Lactantes durante el primer año de vida	90
Niños de 1-6 años	90
Niños de 7-12 años	120
Niños >12 años, adolescentes y adultos	150
Mujeres embarazadas y durante la lactancia	200

*Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Consejo Internacional para el Control de los Trastornos por Deficiencia de Yodo (ICCIDD).

Tratamiento y prevención

La ONU propuso la yodación universal de la sal, para poder aportar al organismo la cantidad que necesita de yodo. En España existe sal yodada disponible en el mercado desde 1983, con un aporte de yodo de 60 mgr por kg de sal, de tal manera que con la ingesta diaria normal de sal (unos 3 gramos /día) se cubren las necesidades diarias de yodo, siendo la sal yodada la que se debe tomar de forma habitual. En la actualidad también hay disponible pan elaborado con sal yodada. Algunos países han optado por el empleo de leche yodada, agua yodada, incluso pienso yodado para los animales.

La vía con mayor relación coste-efectividad para conseguir la erradicación virtual de los TDY es la yodación de sal universal.

C) Trastornos asociados al exceso de yodo en la dieta

Consumir demasiado yodo también puede causar problemas. Esto es particularmente cierto en individuos que ya tienen problemas de tiroides, como nódulos, hipertiroidismo y enfermedad autoinmune tiroidea. La administración de grandes cantidades de yodo a través de medicamentos (ej: amiodarona), procedimientos radiológicos (uso de contraste yodado intravenoso) y exceso dietético (algas, productos de herboristería) pueden causar o exacerbar el hipertiroidismo o hipotiroidismo.

Conclusiones

- En este artículo queremos destacar la importancia de una alimentación equilibrada para que el aporte de yodo sea adecuado y la función tiroidea sea correcta.
- El déficit de yodo aumenta la frecuencia de abortos y recién nacidos muertos, las anomalías congénitas en el neonato, la mortalidad perinatal e infantil, así como la presencia de cretinismo y retraso mental. En el recién nacido aumenta la incidencia de defectos psicomotores, bocio e hipotiroidismo perinatal. En niños y adolescentes aumenta también la incidencia de bocio e hipotiroidismo y altera el desarrollo somático. En la edad adulta conduce principalmente a bocio e hipotiroidismo.
- El yodo se encuentra en cantidades muy variables en los alimentos, lo que implica que no todas las áreas del mundo puedan ingerir la cantidad necesaria. Esto conlleva un alto riesgo de desarrollar déficit de yodo, con consecuencias importantes para el desarrollo del individuo desde la vida intrauterina hasta la edad adulta.
- Es fundamental que los gobiernos tomen conciencia del problema y creen un programa de yodación universal para prevenir los trastornos por déficit de yodo, fundamentalmente en la edad escolar y en las mujeres fértiles y embarazadas.
- El medio más aceptado para suplementar la nutrición con yodo es la ingesta de sal yodada.

Este proyecto de yodación universal no debe sólo reservarse a la yodación de la sal o de otros recursos, sino también a asegurar que la población consuma este tipo de sal.

- La sal llamada "marina" no es igual que la sal yodada (habitualmente etiquetada en amarillo), pues su contenido en yodo es mucho menor y no es suficiente para compensar una carencia. El coste de la sal yodada es el mismo que el de la sal no yodada. Sólo es sal yodada aquella que en el etiquetado del envase figura expresamente: "Sal Yodada".
- La sal yodada se aconseja añadirla a la comida preferentemente al final de la cocción. La sal yodada conserva su actividad durante unos 6 meses por lo que debe de vigilarse la fecha de caducidad del envase.
- No debe aconsejarse aumentar el consumo habitual de sal, solamente indicar "sustituir la sal no yodada por sal yodada". Se considera suficiente el contenido de una cucharadita de café de sal yodada al día (unos 3 gramos) para cubrir las necesidades diarias de yodo.
- Las personas que por alguna razón están tomando hormona tiroidea pueden utilizar sal yodada (excepto que por otros motivos deban restringir la sal).
- La ingesta excesiva de yodo en pacientes con patología tiroidea conocida previamente puede producir alteraciones en la función tiroidea, por lo que en este grupo poblacional no es aconsejable la suplementación con yodo sin supervisión médica.

La salud de los dientes hay que planificarla

Dr. José Ignacio Zalba Elizari
Dentista. Especialista en Programas de Prevención (UCM)
www.capdental.net

Hoy el objetivo es prolongar el periodo de vida sana de la boca. La mayoría de las personas quieren unos dientes sanos, bonitos, una correcta función y mantener los dientes naturales de por vida. Para ello, es importante realizar los cuidados adecuados y una correcta planificación individualizada.

El dolor, molestias, mal aliento, sangrado de encías, desgaste dental,...provoca a menudo que nos enfrentamos al dilema: ¿cómo me cuido mi boca? ¿qué cambiar? Sin embargo, como bien sabemos, a veces el simple deseo de generar un cambio no basta para que éste se haga realidad.

La salud no es algo que se pueda comprar ni vender es algo que todos tenemos que trabajar para mantenerla o recuperar. En la sociedad actual si dejas los dientes a su libre albedrío, evolucionan hacia la enfermedad. La velocidad de este proceso va a venir determinada por la calidad de los tejidos orales. Como se dice coloquialmente hay bocas buenas, mejores y peores, que fundamentalmente van a estar moduladas por las circunstancias de vida del individuo.

La biología o genética es una variable aleatoria de la madre naturaleza, pero como la tratemos no es "suerte" sino nuestra propia responsabilidad. Es como tener coche, por supuesto que si es una marca de prestigio mejor, pero lo que va a determinar su vejez es el correcto mantenimiento que le demos tanto diario como del profesional de la automoción. Con la única diferencia de que en unos años el próximo coche que compremos será mejor, mientras que los próximos dientes nunca serán como los propios.

Según el estudio del canadiense Marc Lalonde que considera a la salud como el resultante de la interacción de distintos factores que interrelacionan con el individuo, muestra como la biología humana tiene un impacto del 27% en los determinantes de salud, mientras que el estilo de vida 43% y su medio ambiente 19%. Sumados ambos 62%, quiere decir que de las condiciones que afectan a la salud es más importante cómo cuidamos nuestro cuerpo y el entorno, que la propia calidad de los dientes, lo que significa que si uno tiene buena boca y no la cuida correctamente, tiene peor pronóstico que una boca de peor calidad y bien cuidada. Resumiendo, a la larga es más importante una buena planificación para el cuidado preventivo de la salud.

Falsas creencias

Existen ideas erróneas como pensar que el cepillado de los dientes por si solo va a detener las enfermedades más comunes de la boca (caries, problemas de encías, desgaste dental), no importa el cepillo que se utilice, el número de veces que se cepille o el producto que se le coloque, porque otra idea también errónea es pensar que utilizando tal o cual químico nos vamos a mantener en salud. Si esto fuese así de sencillo, hoy disfrutaríamos de niveles de salud dental muy altos, ya que, la mayoría de la población en los países de nuestro entorno se cepilla los dientes y tiene un fácil acceso a productos como pastas de dientes, enjuagues,... Todo ello siendo medidas importantes son insuficientes para un correcto mantenimiento de la salud dental en el largo plazo.

La simplificación y la falta de individualización de las medidas preventivas han provocado la idea generalizada de que son poco útiles, instalándose en el inconsciente la idea que perder los dientes es consecuencia de la edad. Estas falsas creencias son una de las mayores barreras a superar. También otras como, por ejemplo, que la prevención es para niños, cosa que paradójicamente y aunque es mejor empezar bien cuanto antes para preparar otras etapas de la vida, conforme vamos cumpliendo años va aumentándose el riesgo de sufrir lesiones, lo que hace que tengamos una mayor necesidad de cuidados preventivos de mantenimiento.

Una nueva era

Tradicionalmente las personas iban al dentista "pasivamente". Esto quiere decir que el paciente se sentaba en la silla de la clínica dental donde se le realizaban los tratamientos y se cepillaba con pasta de dientes. El modelo paternalista no mantenía la salud y el paciente volvía al dentista al generar nuevas lesiones, que se le volvían a reparar, entrando el paciente en ciclos de tratamientos cada día mayores que le llevaban poco a poco en la mayoría de los casos a la perdida de sus dientes.

Este modelo dirigido al tratamiento, buscaba la solución-curación de una enfermedad reduciéndolo a solucionar la incomodidad, la estética o el dolor, resolviendo el problema inmediato, no sabiendo que solo se ha resuelto la consecuencia del problema no su causa, lo que exige de un trabajo más a largo plazo.

En la nueva "era" la persona tiene que tener un rol activo y pasa a tomar parte en el proceso curativo. Se han comprendido las limitaciones de la cultura "del arreglo". Ahora nos encontramos en una nueva situación: los pacientes son determinantes en el pronóstico de su enfermedad y de los resultados de los tratamientos. Es preciso iniciar una relación más equilibrada donde se combine el saber del dentista con la responsabilidad del paciente frente a su propia salud a largo plazo. Por consiguiente, el dentista no es el que solo arregla, sino que ayuda a mantener la salud de los dientes.

El diagnóstico y control permanente de determinados indicadores es la base para mantener un buen control de la situación. Como paralelismo de esto podemos señalar a la aviación, el piloto (paciente) es el responsable de dirigir el avión (cuidados diarios) y la torre de control (dentista) aporta toda la información del entorno cuyos indicadores (saliva, nivel de placa bacteriana, pH,...) para evitar sorpresas y para un correcto vuelo y aterrizaje (salud de la boca). Un programa de prevención individual es un plan donde conocidas las causas de la enfermedad (factores de riesgo), se diseñan las medidas de protección específicas, el paciente así conoce sus propias vulnerabilidades y los cambios a realizar en su estilo de vida y ambiente para reducir los riesgos identificados a lo largo del tiempo.

Nota: No existe la varita mágica, la salud de la boca es "resultado".

La importancia de la caricia y el abrazo en el ser humano

Dra. Leyre Zubiri Oteiza
Médico Residente del Departamento de Oncología. Clínica Universidad de Navarra
Charo Casas Oscoz
Psicóloga

Muchas personas se pierden las pequeñas alegrías esperando a la gran felicidad (Pearl S. Buck).
Los seres humanos tenemos necesidad de ser reconocidos, valorados, apreciados y no ignorados (descalificados).

Podríamos definir la caricia como todo estímulo intencional dirigido de persona a persona, que puede ser gestual, simbólico, escrito, verbal o físico y que tiene posibilidad de ser respondido por parte de quien lo recibe. El abrazo es una muestra de amor que indica afecto hacia nuestros semejantes. En la sociedad actual puede corresponder también a una forma de saludo.
La caricia y el abrazo son vínculos afectivos que sirven para expresar nuestros sentimientos hacia quienes queremos. Está comprobado que todos necesitamos contacto físico para sentirnos bien. La caricia y el abrazo cumplen perfectamente esta función y, además son el reconocimiento de la existencia de otra persona.

Necesarios para el desarrollo

La caricia, además de ser una forma de comunicación primaria que aporta seguridad y bienestar durante el primer año de vida, sirve para enviar señales que estimulan el cerebro y activan respuestas de crecimiento garantizando un desarrollo saludable. Sabemos que los niños recién nacidos privados del contacto físico pueden sufrir alteraciones orgánicas y psíquicas. Está demostrado que cuando una persona se aísla por un largo periodo del resto de las demás puede desarrollar una psicosis transitoria o cuando menos padecer perturbaciones mentales temporales. Las caricias y los abrazos en el ser humano son acciones cuya calidad es irremplazable. Significa la proximidad del otro, el sentir de la otra persona manifestado en un acto recíproco de dar y recibir afecto, de sostenerlo en toda su "humanidad", de asumirlo espiritual y corporalmente.

Nuestro entorno

Hoy, más que nunca, es necesario mirar el entorno para darnos cuenta de quién está cerca de nosotros, especialmente si se trata de nuestra propia familia. La esposa, el esposo, los hijos, los padres, todos en general necesitan la reafirmación del afecto a través de una caricia que puede tener múltiples formas físicas, tales como un beso, un abrazo, un apretón de mano, una palmada en el hombro, o bien formas verbales como los saludos amables, los halagos, los estímulos como (¡"qué bien lo has hecho!", "tu puedes!", etc.). A menudo una espontánea manifestación de afecto pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte, la soledad y la alegría, la sensación de abandono o de compañía, etc. En nuestro mundo occidental para comunicarnos tendemos a utilizar en mayor medida los sentidos "de distancia" (vista y oído) que los de cercanía (tacto, gusto, olfato). En muchas circunstancias, y en determinadas culturas, estos últimos se han convertido en tabú. La cultura ha llegado a controlar de tal modo las formas de contacto físico que desgraciadamente lo hemos reducido demasiadas veces a lo agresivo o a lo sexual. Se podría decir que entre la gente "nos acariciamos poco".
En la infancia por ejemplo, a veces, lo que se limita, es precisamente lo que más satisfacción produce en la maternidad: acunar, mecer y abrazar a nuestro hijo.
Hemos disminuido el contacto físico, sin darnos cuenta de que supone un mecanismo de comunicación emocional importante, que nos permite decir de otro modo cosas que no sabemos o no podemos expresar con palabras.

A través de la piel y desarrollo del ser humano

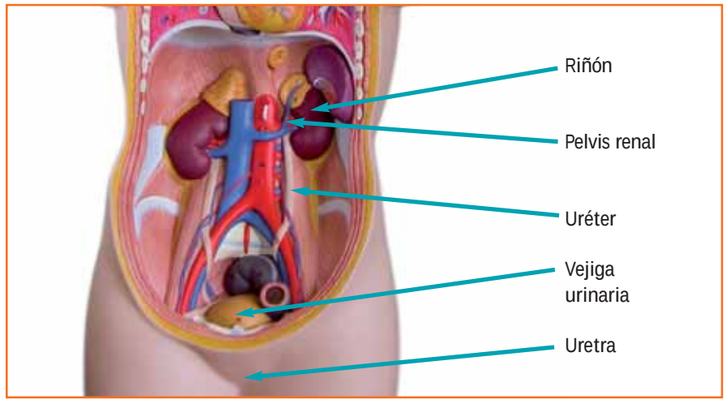
La piel es un envoltorio repleto de receptores de distintos estímulos (frío/calor, placer/dolor, presión), capaz de producir infinidad de sensaciones y de despertar intensas emociones. Es, a la vez, una barrera que nos protege del medio exterior y también nuestra zona de contacto y comunicación con él.
Mediante el contacto con la piel podemos explorar sensaciones, recibirlas y transmitirlas a los demás. Nos permite experimentar amor, deseo, tranquilidad, protección, miedo y un sinfín de emociones más.
Ya desde la más tierna infancia se observa cómo el contacto piel a piel del bebé con su madre favorece y fortalece el vínculo afectivo entre ambos. El contacto físico es tan esencial para el bebé como su alimentación. Un ejemplo trágico de esta necesidad lo constituye el estudio del psiquiatra austríaco René Spitz en orfanatos. Los bebés eran bien alimentados y sus necesidades higiénicas y médicas estaban cubiertas, pero no se les proporcionaba ningún tipo de caricia ni de contacto, debido a que los centros estaban abarrotados. Los resultados fueron aterradores: muchos acababan muriendo antes de los dos años de edad y los que sobrevivían sufrían tremendos retrasos en las áreas física, motora, cognitiva y social.
Así como la ausencia de contacto físico en la infancia puede tener efectos negativos, parece, por el contrario, que si una persona es tratada con muestras de cariño en los primeros años de su vida, tiene más posibilidades de llegar a ser un adulto más pacífico, empático, sano y feliz.

Cuando ya no somos niños

Ahora bien, esta necesidad de contacto sigue manteniéndose a lo largo de toda nuestra vida, ya que es la base del desarrollo emocional de nuestra personalidad, de nuestro equilibrio físico y psíquico. No sólo el niño se beneficia de las caricias y de los abrazos, sino que el adulto también los necesita. Ya sea en una relación de amistad, donde un apretón en el hombro puede reconfortar o demostrar cercanía, como en la relación con los hijos o con la pareja, en las que se transmite y recibe amor y cariño por otro canal distinto al de las palabras. Y no nos podemos olvidar de nuestros mayores, donde el mundo de las caricias y abrazos cobra especial importancia, aportándoles sentimientos de ser aceptados y queridos.
La falta o descenso de muestras de cariño hacia los ancianos puede desencadenar sentimientos de soledad, aislamiento y depresión. Nadie es demasiado mayor para que le abracen.

En resumen, los seres humanos necesitamos el contacto físico para:
- Establecer el vínculo afectivo materno-filial, vínculo que influirá en nuestro modo futuro de relacionarnos con los demás.
- Recibir y transmitir emociones.
- Comunicarnos con los otros.
- Construir y desarrollar nuestra personalidad.
- Poseer equilibrio emocional y psicofísico.

Litiasis renal ¿Se pueden prevenir los cálculos?



Localización anatómica de los órganos del sistema urinario

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

Los cálculos renales (litiasis renal, piedra en el riñón o nefrolitiasis) son el resultado de la acumulación de sales cristalizadas y minerales, en las vías urinarias a partir de sustancias que están en la orina. Son más frecuentes en hombres (13%) que en mujeres (7%).

¿De qué se componen?

La mayoría de ellos son de sales de calcio (75-85%) y los tipos de sales son de Oxalato o Fosfato de calcio. Otros tipos:

• Tipo estruvita: (contienen magnesio, amoniaco o fosfato), puede formarse después de una infección urinaria o por presencia de cuerpos extraños en este sistema urinario.

• De ácido úrico: cuando hay exceso de ácido úrico en sangre que luego aparece en exceso en la orina. Representan entre el 5-10% de los casos.

• De cistina: poco comunes y sólo se presentan en pacientes que sufren Cistinosis, una enfermedad hereditaria rara.

Los cálculos renales pueden ser tan diminutos como un granito de arena o tan grandes como una perla. Incluso algunas piedras pueden tener el tamaño de una pelota de golf. Su superficie puede ser lisa o con picos y por lo general son de color amarillo o marrón. (Fig. 1)

Fig.1. Diferentes tipos de cálculos renales.

¿Por qué se producen los cálculos renales? ¿Hay causas que favorecen su formación?

En la mayoría de los casos no se identifica la causa ni hay enfermedad que explique la producción de los cálculos renales.

Son poco frecuentes los casos en los que los cálculos renales son secundarios a otras enfermedades como: hiperparatiroidismo (eleva el nivel de calcio en sangre y orina), cistinuria, algunos tipos de cánceres o infecciones repetidas del tracto urinario.

También algunos medicamentos pueden facilitar la producción de cálculos (abuso de laxantes, algunos diuréticos y antiácidos) por lo que debe informar al médico sobre todos los medicamentos que utilice en caso de presentarlos.

Existe mayor predisposición a padecer cálculos en personas con antecedentes familiares de litiasis renal, enfermedades óseas, aumento del ácido úrico en sangre, infecciones urinarias repetidas, obstrucciones al flujo de la orina, dieta inadecuada con aporte escaso de líquidos, consumo excesivo de alcohol, litiasis en la infancia o cólicos nefríticos anteriores.

En los casos en los que se repiten varias veces los cólicos nefríticos, el médico le realizará pruebas para descartar la posibilidad de que exista alguna de estas enfermedades.

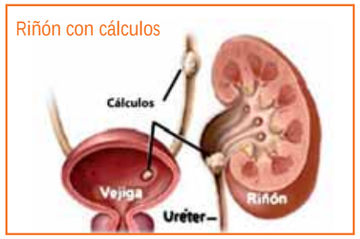
Estudios recientes indican que el 60% de los pacientes que han tenido un cálculo tendrán otro antes de 10 años, el 35% antes de 5 años y el 15% antes de 1 año del primer episodio.

¿Qué síntomas provocan?

Las formas de presentación clínica en la litiasis renal son variables dependiendo del tamaño, la composición y la situación de los cálculos en el aparato urinario.

Si son muy pequeños o están en formación suelen ser asintomáticos y se eliminan espontáneamente si su diámetro es menor de 0.5 cm.

Riñón con cálculos



• Cólico nefrítico: dolor, a veces muy intenso (se produce por el taponamiento de la salida de orina del riñón, el espasmo de los músculos y la inflamación del tejido por donde pasa) que aparece en la zona lumbar y se irradia hacia el abdomen anterior y hacia los genitales. Es un dolor intermitente, intenso, asociado a náuseas y vómitos. No suele dar fiebre.

• Hematuria: es la aparición de sangre en la orina. Puede ser visible a simple vista o no. Se produce por las lesiones que produce el cálculo en su paso por la vía urinaria.

• Infecciones de orina: los cálculos renales pueden ser causa o consecuencia de infecciones frecuentes de la orina.

¿Cómo se diagnostican?

El diagnóstico se realiza por los síntomas clínicos y un análisis de la orina.

Si cursan asintomáticos su detección generalmente es accidental durante la realización de ecografías, radiografías abdominales o durante un análisis microscópico rutinario de orina.

Es importante, en caso de padecer un cólico, filtrar la orina para obtener los cálculos que se expulsen y analizar su composición.

¿Cómo se evitan?

• Consumo de agua: Se debe beber mucha agua excepto en casos con enfermedad que lo contraindique. Se deben tomar 2 litros y medio de agua al día para contribuir a la eliminación de residuos y evitar la formación de los cálculos.

Las dietas ricas en grasas y proteínas requieren más líquido para eliminar sus restos metabólicos, ya que estos alimentos contienen menos agua.

• Frutas para el riñón: La sandía es considerada la fruta del riñón, al ser muy diurética. Debe consumirse lo más fresca posible, pues una vez abierta se degenera rápidamente y produce toxinas.

Son también diuréticas las alcachofas, las uvas y las manzanas. El apio, por su parte, combate los cálculos y arenillas.

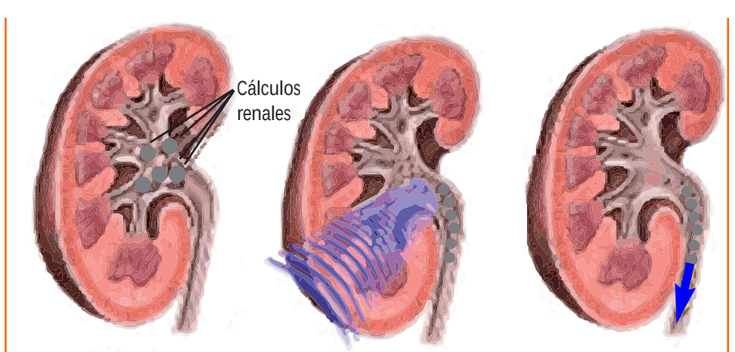
¿Qué hago si ya tengo cálculos? ¿Hay tratamientos específicos?

Se debe mantener la adecuada ingesta de líquidos (sobre todo agua con bajos niveles de calcio) para evitar complicaciones.

La alimentación a seguir por los enfermos de cálculos renales no es la misma, depende en cada caso de la composición de los cálculos y el periodo por el que pase la enfermedad, asintomático o crisis dolorosa.

Periodo de crisis: convendría hacer reposo, evitar el consumo excesivo de líquidos pues favorece mayor producción de orina y eso empeora el dolor. Aplicar calor local y, según la intensidad del dolor utilizar analgésicos o antiinflamatorios según le indique su médico.

Período asintomático: Mantener adecuada ingesta de agua y una dieta que contenga alimentos crudos como las ensaladas, frutos secos, cereales integrales y frutas. Pero todos estos alimentos tomados con moderación.



Cálculos "simples" demasiado grandes para pasar

Las ondas de ultrasonido destruyen los cálculos

Trozos más pequeños salen del cuerpo a través de la orina

Fig.2. Litotricia extracorpórea por ondas de choque. (LEOCH)

En caso de complicaciones (pérdida de función renal o daño renal, obstrucción del uréter, reaparición de cálculos, infecciones) o cuando el cólico se presenta en personas con otras enfermedades graves, embarazadas o con un único riñón funcionante, puede ser necesario el ingreso en el hospital.

En general, en los pacientes con litiasis renal con una alta probabilidad de expulsión espontánea, y en los que los síntomas puedan ser controlados, no son necesarias más que la observación y la evaluación periódica.

En pacientes con litiasis renal y cólicos frecuentes, se aconseja adoptar medidas de prevención de las recurrencias:

• Beber 2,5 litros de agua al día.

• Seguir las recomendaciones dietéticas de su médico.

• Según el tipo de piedra se reduce la ingesta de algunos tipos de alimentos. Si es de ácido úrico, se recomienda reducir la ingesta de carnes rojas, de caza y vísceras. Si son de oxalato cálcico puede ser necesario reducir la ingesta de sal, y de alimentos ricos en oxalatos (remolacha, nabo, espinacas, endivias, acelgas, té o cacao) .

En algunos casos pueden recetarse medicamentos para prevenir o evitar que se formen nuevos cálculos.

Cuando su tamaño es pequeño, tienden a descender por el uréter hacia la vejiga y desde aquí puede que sea expulsado espontáneamente. Si es demasiado grande para ser expulsado o su localización favorece complicaciones, es necesario recurrir a la cirugía o a la litotricia (procedimiento que utiliza ondas de choque generadas para desintegrar los cálculos). (Fig. 2)

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

¿Y si vuelve el dolor?

Alicia Gaínza Calleja
y Cristina López Vélez
Enfermeras del Área Clínica del Corazón

Por todos es sabido que a través de nuestro cuerpo circulan arterias y venas. La función de las arterias es llevar oxígeno y alimento a todos nuestros músculos y órganos para que puedan trabajar. El corazón es un músculo importante de nuestro cuerpo y también necesita de la función de las arterias para poder trabajar. Las arterias que llevan sangre al corazón son las denominadas arterias coronarias. La enfermedad coronaria se produce cuando estas arterias están enfermas y no cumplen su función de forma adecuada.

Dicha enfermedad consiste en un taponamiento de las arterias que llevan sangre al corazón. Este taponamiento puede ser completo (no pasa nada de sangre a través de la arteria) o incompleto, quedando poco espacio dentro de la arteria para quela sangre pueda circular. Cuando cualquiera de estas dos cosas ocurre, la cantidad de sangre que llega al músculo cardiaco, es decir al corazón, para que éste realice su trabajo puede no ser suficiente y el corazón puede sufrir. Las manifestaciones que pueden parecer son principalmente dos:

• Angina: ocurre cuando alguna de las arterias del corazón se ha taponado, pero no de forma completa (todavía puede pasar algo de sangre a través de esa arteria), y la sangre que le llega al corazón no es suficiente para el esfuerzo que en ese momento está realizando. Puede ser que cuando dejamos de hacer la actividad que está produciendo ese sobreesfuerzo al corazón, éste ya no necesite tanta sangre para funcionar y el dolor desaparezca. Pero puede volver a aparecer dolor si el corazón de nuevo aumenta las necesidades de aporte sanguíneo.

• Infarto Agudo de Miocadio: ocurre cuando alguna de las arterias del corazón se obstruye totalmente, habitualmente de forma repentina. El dolor no desaparece a pesar de que cesemos la actividad. Comienza de forma brusca y es muy intenso.

Las características habituales del dolor son un dolor opresivo en el centro del tórax que en ocasiones puede llegar hasta el brazo izquierdo y mandíbula y también puede aparecer en otras localizaciones, aunque de forma menos frecuente, como puede ser brazo derecho, espalda o la zona del estómago.

¿Cómo vive su situación el paciente al que se le ha diagnosticado una enfermedad coronaria?

Son muchos los sentimientos que afloran en el paciente que acaba de ser diagnosticado de Enfermedad Coronaria: temor, angustia, inquietud, preocupación, incertidumbre.... Es importante, por ello, que sepa que ha de empezar a convivir con una enfermedad crónica, una enfermedad que es para siempre. Pero ha de quedar igualmente claro que para ello no ha de llevar a cabo comportamientos prescritos ni estrictos, fundamentalmente ha de hacerse uso de su sentido común.

Una de las partes más importantes del tratamiento son los autocuidados, es decir de cuidarse a uno mismo, no de obsesionarse Hoy en día los llamados hábitos cardiosaludables, son conocidos por la inmensa mayoría de la población: cese del hábito tabaquico, dieta sana, equilibrada, rica en frutas y verduras; ejercicio diario.... Además hemos de afrontar esta enfermedad con optimismo, puesto que las recomendaciones a seguir no son especiales, sino que son las extensibles a toda la población general. Los autocuidados pasan por una mejora de su salud y de los conocimientos relacionados con la enfermedad coronaria para así poder gestionarla.

En relación con estos conocimientos, pueden aparecer, y así sucede de forma muy frecuente, cuestiones dirigidas a conocer qué pueden hacer los pacientes en caso de que el dolor vuelva a repetirse. Nuestra experiencia enfermera nos ha ayudado a configurar este resumen con las preguntas más habituales en este aspecto para que puedan servir de referencia a todos aquellos que ya han tenido un problema coronario.

¿Cuánto puede tardar el dolor en volver a aparecer?

Es importante tener en cuenta que esta enfermedad no cursa o evoluciona con dolores que aparecen cada cierto tiempo o de forma esperada. Una de las partes más importante del tratamiento son los autocuidados del paciente. Puede no volver a repetirse el dolor, lo cual será una buena señal y nos animará a seguir con los hábitos de vida cardiosaludables. Pero también existe la posibilidad de que, a pesar de seguir estos hábitos, otros factores ajenos a nuestro control entren en juego y el dolor se vuelva a repetir. En ese caso debemos tener unas nociones sobre qué hacer para ayudar al control de la enfermedad. Se hace necesario en este punto resaltar la idea de si los factores que pueden ser modificados por el paciente no se corrigen, el estado de salud del paciente no mejorará.

¿Qué es lo primero que debo hacer si el dolor vuelve a aparecer?

En primer lugar ha de interrumpirse toda actividad que se esté haciendo y tumbarse o sentarse.

¿Debo tomar algún medicamento?

Todos los pacientes, al alta, recibirán, junto con otras, una receta de un spray llamado Trinispray® o unas pastillas sublinguales, con el mismo efecto, conocidas como Cafinitrina® o Verniés®. Esta medicación se aplica debajo de la lengua y hace que las arterias se abran. Una vez el paciente se ha tumbado o sentado ha de aplicarse una vez el spray bajo la lengua y esperar 5 min. Además del efecto deseado dirigido a que las arterias se ensanchen y pueda pasar más cantidad de sangre por su interior, estos medicamentos pueden hacer que se abran o dilaten también otras arterias del organismo y dar lugar a una bajada de la tensión arterial.

¿Cuántas veces puedo aplicarme el spray?

Tras la primera aplicación, el paciente ha de esperar 5 minutos, si el dolor ha cedido no es necesario repetir la aplicación, pero si persiste, pude aplicarse de nuevo y esperar otros cinco minutos. En caso de que en esta ocasión no ceda el dolor, podemos proceder a una tercera aplicación, pero antes pediremos ayuda. Si el paciente está acompañado y le pueden llevar en coche al Centro de Salud, puede ser trasladado. En caso de no cumplirse lo anterior, ha de avisar al 112.

¿Cuándo tengo que consultar con mi médico o cardiólogo?

Si aparecen dolores cada vez más frecuentes.
Si los dolores aparecen con un esfuerzo menor cada vez.
Si el dolor aparece en reposo.
Las incidencias aisladas que se resuelven con la aplicación de Trinispray®, pueden comentarse en las revisiones periódicas con el Médico de Atención Primaria o con el Cardiólogo.
Como apoyo a esta información, el paciente /usuario debe recordar que tiene soporte tanto en su Centro de Salud a través de su Médico o Enfermera (con los cuales tendrá revisiones de forma periódica) como con su Cardiólogo, el cual también le hará revisiones de forma periódica, aunque éstas se irán espaciando en el tiempo a medida que el paciente vaya siendo más autónomo en el control de su enfermedad.
Esto último ha de suponer un indicativo de buena evolución de ese paciente.
Es importante afrontar este nuevo reto llamado enfermedad coronaria con optimismo, puesto que será la clave, no sólo para el adecuado control de la enfermedad, sino también para una mejora en el estado de bienestar de cada uno.
Pretendemos que estas sencillas nociones sirvan de guía a los pacientes coronarios, les aporte seguridad y un poco de ese optimismo necesario en esta nueva situación en sus vidas.

Pasos a seguir en caso de dolor:

1• Sentarse o tumbarse
2• Aplicar el spray/pastilla de nitroglicerina
3• Esperar 5 minutos entre aplicaciones antes de la tercera aplicación (si es necesaria) y pedir ayuda.
4• Esperar al 112 o acudir acompañado al Centro de Salud.
5• Consultar si los dolores son cada vez más frecuentes, si los dolores aparecen con menor esfuerzo y si aparece el dolor en reposo.

Somatizaciones en población infantil

Estíbaliz Martínez de Zabarte
Médico Adjunto de psiquiatría. Unidad de hospitalización psiquiátrica B del CHN
Raquel Ruiz
Psicóloga clínica. Unidad de hospitalización psiquiátrica B del CHN
Lucía Moreno Izco
Médico Adjunto Psiquiatría. Unidad de hospitalización psiquiátrica B del CHN

Los síntomas físicos o quejas dolorosas de etiología desconocida son bastante comunes en la población pediátrica. Muchos niños sanos pueden expresar la angustia emocional en términos de dolor físico, como dolores de estómago o dolores de cabeza, pero estas quejas suelen ser transitorias y no afectar el funcionamiento general del niño.

La somatización en niños consiste en la experiencia de quejas somáticas persistentes que no puede ser completamente explicada por un diagnóstico médico. Los síntomas somáticos se convierten en un foco principal de su atención y a menudo interfieren con la escuela, la vida familiar y relaciones con los compañeros.

Epidemiología

Se encuentran síntomas somáticos recurrentes en el 11% de las niñas y en el 4% de los niños entre 12 y16 años.

Etiología

Depresión

Las quejas somáticas parecen ser dos veces más comunes en niños y adolescentes con diagnóstico DSM-IV para depresión que en niños sanos.
La depresión en niños suele presentar además otros síntomas como: aspecto triste, apatía, sentimientos de culpa, disminución de las relaciones sociales, irritabilidad, problemas para dormir y falta de apetito.

Ansiedad

Generalmente la manifestación de los síntomas ansiosos en niños se produce mediante las quejas físicas, como pueden ser cefaleas, vómitos, tensión muscular, molestias gastrointestinales, enuresis (emisión involuntaria de orina) e incluso dolor.
Un tipo de ansiedad típica en población infantil es el Trastorno de ansiedad por separación. Consiste en una ansiedad excesiva e inapropiada para la etapa del desarrollo del niño en relación a la separación de éste de sus figuras de apego. Las manifestaciones incluyen malestar emocional excesivo y recurrente y/o quejas somáticas repetidas al anticipar el momento de la separación de los cuidadores o del alejamiento del hogar. Los niños con ansiedad por separación rehúsan a estar solos, temen dormir sin compañía y buscan dormir con sus padres. Son reacios a pernoctar fuera de casa y frecuentemente tienen pesadillas de ser abandonados. La negativa de asistir al colegio es un problema común en estos niños. Otras veces pueden acudir repetidamente a la enfermería con alguna molestia, deseando ser enviados a su casa y reencontrarse con su figura de apego.
Maltrato físico/ abuso sexual. Es frecuente que los niños que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales manifiesten síntomas somáticos.
Personalidad del niño. Niños con rasgos de personalidad perfeccionistas, excesivamente autoexigentes, tímidos y con tendencia a inhibir las expresiones emocionales pueden presentar quejas físicas ante situaciones que les generan estrés, ansiedad o malestar emocional.
Estilos de expresión y resolución de conflictos familiares. Familias rígidas tendentes a no comunicar ni expresar los conflictos entre sus miembros, que ocultan la expresión de las emociones y sentimientos, que ponen excesivos límites, o al contrario, familias que no establecen límites ante los hijos y emiten estilos de comunicación agresivos. Pueden influir en que el niño tenga dificultades para verbalizar su malestar emocional, y lo haga mediante quejas físicas.

Diagnóstico y tratamiento

La evaluación por el pediatra es el primer paso en el tratamiento de un niño que presente quejas somáticas recurrentes (no justificadas por un problema médico), incapacitantes y que afecten a la esfera escolar, social y/o familiar del niño. De los procedimientos de intervención podemos señalar los siguientes aspectos importantes:
I) La coordinación entre los servicios médicos que intervienen para evitar duplicación de pruebas y tratamientos y asegurar la transmisión conjunta de la información a la familia.
2) La educación del niño con respecto a la interpretación de las sensaciones corporales.
3) Intentar evitar ganancias secundarias que pueden tener que ver con el rol de enfermo (ej: intentar evitar que el niño deje de ir al colegio) enseñándole estrategias para ayudarle a manejar los síntomas (ej: técnicas de relajación o distracción).

4) La identificación y el tratamiento adecuado de la coexistencia de diagnósticos, es decir, la ansiedad, la depresión, etc.
5) Cuando esté indicado, manejo con medicamentos y derivación a Salud Mental.

Qué mensajes transmitir a los padres

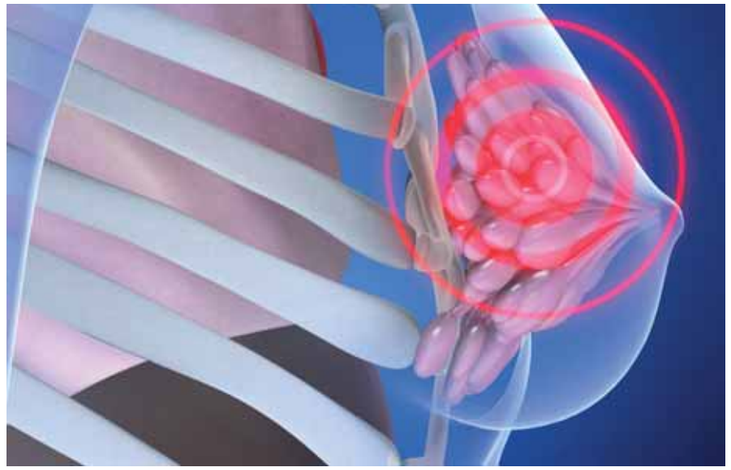
Tome las quejas de su hijo en serio. Recuerde que un niño que se queja de manera recurrente puede tener una enfermedad física real. La consulta con el pediatra es imprescindible. Si después de un examen físico, las quejas persisten:

- Tenga en cuenta que los síntomas no se producen intencionalmente, pueden tener una base emocional.
- Anime a su niño a expresar sus dolor en forma verbal. Asegúrele que usted es consciente de que el dolor es real y las formas que se pueden encontrar para aliviarlo. Explique que la presión y la preocupación pueden provocar síntomas físicos. Haga hincapié en que el dolor no es un castigo, no es culpa suya, y que el estrés puede afectar al cuerpo de diferentes maneras.
- Trate de determinar las posibles causas. Su niño puede estar experimentando problemas académicos presión, los conflictos familiares, un cambio en la escuela, una mudanza, la enfermedad o la muerte de un familiar o amigo, o física o el abuso sexual.
- Para algunos niños, mantener un registro ayudará a identificar las situaciones específicas que causan el estrés. Por ejemplo, que el niño registre cuando el dolor se produce en relación con actividades, la hora del día, la actividad que está realizando, cuánto tiempo dura el dolor y qué lo alivia. Esta información puede ayudar a planificar los cambios necesarios de vida, tales como una modificación de las exigencias escolares, ajuste en las relaciones familiares, la modificación de un calendario demasiado lleno de actividades, y puede aliviar una posible fuente de estrés.
- Tenga cuidado de no reforzar inadvertidamente el comportamiento al mostrarse visiblemente alarmado y excesivamente solícito. Por ejemplo, permitir a su hijo quedarse en casa para evitar situaciones sociales pueden reforzar estos comportamientos.
- Sea un buen modelo a seguir. Examine sus propias maneras de lidiar con el estrés, para ver si también tiende a expresar conflictos a través de síntomas físicos y adoptar medidas para modificar este patrón de respuesta.
- Si la mejoría no se produce, y su hijo está recibiendo tratamiento médico adecuado, coméntelo con el pediatra para que valore la intervención de un profesional de Salud Mental.

Introducción

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

Con este artículo finaliza la serie sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama que hemos venido ofreciendo en seis números consecutivos.
Y lo hacemos abordando uno de los aspectos más importantes del tratamiento, la terapia sistémica. Tanto la cirugía como la radioterapia son tratamientos que van dirigidos a eliminar por completo la enfermedad local, es decir, el tumor de la mama y sus ramificaciones en las proximidades. Sin embargo, los tratamientos sistémicos (hormonoterapia, quimioterapia y otros tratamientos específicos) tienen como objetivo la destrucción de células malignas que hayan emigrado a otras partes del organismo.
Y estos tratamientos se utilizan incluso aunque no esté demostrado que la migración de células malignas se haya producido. Diríamos que frecuentemente, estos tratamientos se indican, después de haber extirpado el cáncer, "por si acaso", para destruir células sueltas que acaso pudieran haber pasado a otros lugares alejados, a través de la sangre o de las vías linfáticas.
En otras ocasiones, estas terapias se indican para la destrucción de extensiones tumorales a distancia que ya son conocidas.
Y también pueden emplearse antes de la cirugía, con el objetivo de reducir el tamaño de tumores grandes, que de ese modo pueden operarse de manera más simple y eficaz. En estas dos últimas situaciones se demuestra que los productos que se utilizan hoy en día poseen una gran eficacia y menor toxicidad que los que se empleaban hace sólo unos pocos años.
Los tratamientos sistémicos, especialmente la quimioterapia, tienen lo que podríamos llamar "mala prensa" entre la población, porque algunos de sus efectos secundarios son muy desagradables y molestos para la mujer. Por ejemplo la alopecia o caída del cabello, las náuseas y vómitos, el malestar general...Sin embargo resulta de gran importancia que las pacientes acepten estas terapias sistémicas, que cada vez son más eficaces, más específicas para cada tipo de tumor y también menos tóxicas.
Las terapias sistémicas (hormonoterapia, quimioterapia y otras terapias biológicas) constituyen, por tanto, el complemento perfecto de las terapias locales (cirugía y radioterapia).



Cáncer de mama: Tratamiento sistémico

Dra. Susana de la Cruz
Dr. José Juan Illarramendi
Dr. José Esteban Salgado

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres. En España se diagnostican unos 16.000 casos anuales y la supervivencia se sitúa en el 76%, alcanzando el 90% en los estadios más iniciales. Estos resultados son consecuencia de los programas de detección precoz y de los avances que se vienen produciendo en los tratamientos empleados.

El tratamiento del cáncer de mama incluye tratamientos loco-regionales (cirugía y radioterapia) y tratamientos sistémicos o generales, entre los que se incluyen la quimioterapia, el tratamiento hormonal y los tratamientos biológicos.
El tratamiento sistémico puede ser utilizado en diferentes ámbitos en función del estadio (situación más o menos avanzada) del cáncer:
Tratamiento neo-adyuvante: Se llama así cuando el tratamiento sistémico es utilizado previamente a la cirugía con el objetivo de reducir el tamaño del tumor, facilitando de esta forma el tratamiento quirúrgico posterior. En algunos casos la reducción del tumor es tan importante que permite realizar una cirugía menos agresiva.
Tratamiento adyuvante o complementario: Es el tratamiento utilizado inmediatamente después de la cirugía. El objetivo es erradicar células microscópicas que acaso hayan podido quedar tras la cirugía, disminuyendo de esta forma el riesgo de recurrencia tumoral y diseminación a otras partes del cuerpo.
Tratamiento de la enfermedad avanzada (metastásica): En este caso, sabemos que la enfermedad ya se ha desplazado a otros órganos. El objetivo del tratamiento en estas circunstancias es el control de la enfermedad, retrasando su crecimiento, y el control de los síntomas que provoca, lo que se traduce en un aumento de la supervivencia y mejoría de la calidad de vida.
Podemos clasificar el tratamiento sistémico en tres grandes grupos de terapias: Quimioterapia, hormonoterapia y Tratamientos biológicos.

1.- QUIMIOTERAPIA. Es el uso de medicamentos para bloquear el crecimiento y eliminar a las células tumorales. Estas drogas circulan por todo el cuerpo, a través de la sangre y pueden eliminar a las células de rápido crecimiento, incluyendo células tumorales y también algunos tipos de células normales. Hay múltiples y diferentes tipos de agentes quimioterápicos o citotóxicos útiles en el tratamiento del cáncer de mama.

¿Cómo se administra la quimioterapia?

La mayoría de los fármacos de quimioterapia se administran directamente en la vena (vía intravenosa). Los fármacos pueden actuar a través de diferentes mecanismos y para incrementar su eficacia, frecuentemente son utilizados en combinación o mezcla. La elección del tipo de esquema a utilizar depende de muchos factores como pueden ser el tipo de tumor, el estadio, tratamientos previos recibidos, otras enfermedades presentes o los posibles efectos secundarios del tratamiento.
La quimioterapia se administra en el Hospital de Día, a lo largo de unas horas, sin necesidad de ingresar. Se administra en forma de ciclos con periodos de descanso entre ellos, lo que ayuda a reducir los efectos secundarios. El intervalo entre dos ciclos consecutivos suele ser de 3 semanas, pero también se pueden realizar esquemas semanales o quincenales. El número total de ciclos oscila entre 4 y 8 según la pauta que se utilice, lo que representa entre 4 y 6 meses de tratamiento.
En los últimos años se han desarrollado nuevos agentes quimioterápicos que se pueden administrar por vía oral, como Capecitabina o Vinorelbine. Ello permite evitar la infusión intravenosa, que puede presentar complicaciones como extravasaciones o flebitis y reduce también los desplazamientos al hospital.

¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia?

La quimioterapia circula por todo el cuerpo y afecta tanto a las células tumorales como a células normales, de ahí la posibilidad de desarrollar efectos adversos.
Efectos secundarios comunes a la mayoría de regímenes de quimioterapia, aunque no demasiado importantes, son las nauseas y vómitos, diarreas, alteraciones del gusto, heridas en la mucosa de la boca, cansancio y pérdida de cabello o alopecia. Este tipo de efectos secundarios se suelen controlar con medicaciones sencillas. Efectos más serios incluyen la disminución en los recuentos de células sanguíneas como los leucocitos o glóbulos blancos, lo que ocasiona un mayor riesgo de infección, o las plaquetas que puede dar lugar a pequeñas hemorragias (en la nariz o en las encías, con mayor frecuencia). En la mujer joven se puede producir la pérdida de la función ovárica, acompañada de pérdida de menstruación, y síntomas secundarios al descenso de estrógenos (sofocos, insomnio, irritabilidad, etc). Aunque no es frecuente, esta pérdida de función ovárica pudiera ser irreversible y dar lugar a infertilidad.
La toxicidad sobre el corazón a largo plazo es muy infrecuente porque se toman medidas de precaución y las leucemias secundarias a los tratamientos son excepcionales. La mayoría de estos efectos desaparecen cuando los tratamientos son finalizados.

¿Qué recomendaciones conviene seguir durante la quimioterapia?

Se recomienda realizar una vida sana, realizando un ejercicio físico moderado (paseos) siempre que las condiciones físicas lo permitan. Es preferible comer poco y frecuente, evitando los fritos y alimentos ricos en grasas. Es aconsejable aumentar la ingesta de líquidos evitando el alcohol, tener un descanso nocturno adecuado y evitar en lo posible el estrés

2.- TRATAMIENTO HORMONAL (HORMONOTERAPIA). El tratamiento hormonal se indica en aquellos tumores de mama cuyo crecimiento y desarrollo está directamente influido por las hormonas femeninas. Estos tumores, llamados hormono-dependientes, poseen receptores para estrógenos y/o para progesterona y constituyen alrededor del 70% de los cánceres de mama.

Tipos de tratamientos hormonales

El tratamiento hormonal consiste en el uso de fármacos que reducen los niveles de estrógenos en la sangre o bien bloquean sus efectos en los tejidos.
1.- Fármacos que inhiben la producción de estrógenos.
En la mujer premenopáusica los estrógenos se producen principalmente en los ovarios. Hace años se realizaba la extirpación ovárica para impedir la acción de las hormonas pero en la actualidad esta técnica no se emplea y en su lugar se pueden utilizar análogos de LH-RH (goserelina, triptorelina), que logran una anulación completa de la función ovárica.
En la mujer postmenopáusica desaparece la función ovárica y los estrógenos se producen fundamentalmente en otros tejidos (glándula suprarrenal, grasa) a través de la transformación de andrógenos en estrógenos por acción de una enzima llamada aromatasa. En estos casos la actuación sobre los ovarios no es útil y se emplean fármacos denominados inhibidores de la enzima aromatasa: anastrazol, letrozol y exemestano.
2.- Fármacos que bloquean la acción del receptor hormonal.
El objetivo fundamental de esta acción es anular la función del receptor para los estrógenos. Para esta acción se disponen de fármacos como el Tamoxifeno y el Fulvestrant.

¿Cuándo se utiliza el tratamiento hormonal?

El tratamiento hormonal puede usarse en diferentes situaciones:
Para evitar la reaparición de la enfermedad o

recurrencia (tratamiento complementario). En estos casos, se emplea de forma habitual durante al menos 5 años después del tratamiento quirúrgico.
Con carácter previo al tratamiento de cirugía, con intención de disminuir el tamaño tumoral y permitir cirugías menos radicales (tratamiento neoadyuvante).
En algunos casos de enfermedad avanzada, como remedio eficaz para reducir los síntomas que produce la enfermedad (tratamiento paliativo).
Algunos estudios han demostrado el valor de Tamoxifeno como tratamiento preventivo del cáncer de mama en mujeres de alto riesgo (tratamiento de quimioprevención).

Efectos secundarios del tratamiento hormonal

La hormonoterapia es un tratamiento bien tolerado sobre todo si lo comparamos con otras opciones de tratamiento como puede ser la quimioterapia. No obstante, también pueden aparecer algunos efectos secundarios, en la mayoría de las ocasiones leves, como son las crisis vasomotoras o sofocos, trastornos genito-urinarios (sequedad vaginal, cistitis de repetición, disminución del deseo sexual), astenia, o trastornos en el estado de ánimo.
Otros efectos adversos son específicos de cada fármaco. El Tamoxifeno puede producir problemas tromboembólicos (excesiva coagulación de la sangre), efecto secundario muy poco frecuente pero importante, asociado con obesidad grave, vida sedentaria o inmovilizaciones prolongadas por alguna intervención quirúrgica. También puede dar lugar a alteraciones ginecológicas (sangrados vaginales o desarreglos menstruales), como consecuencia de un incremento en la estimulación del endometrio. De forma extremadamente infrecuente pueden desarrollarse tumores ginecológicos, localizados fundamentalmente en el útero, efecto que no impide prescribir el fármaco debido a que los beneficios son mucho mayores.
Los inhibidores de aromatasa pueden producir pérdida de masa ósea con desarrollo de osteo- porosis y peligro de aparición de fracturas. Por ello, se aconseja realizar actividad física diaria, así como tomar suplementos de calcio y vitamina D. Además, pueden aparecer dolores óseos y rigidez articular, con dificultad para los movimientos de las articulaciones, la mayoría de las veces de intensidad leve-.
El Fulvestrant se administra en inyección intramuscular con carácter mensual. Como efectos secundarios hay que destacar sensación de cansancio, cefalea, molestias gástricas o dolor en el lugar de la punción.
Los análogos de LH-RH se administran en inyecciones subcutáneas mensuales o trimestrales Los efectos secundarios asociados con su uso son los propios de la menopausia (ausencia de menstruación, sofocos, disminución del deseo sexual, etc...).

3.- TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

En los últimos años se han desarrollado nuevos fármacos más específicos para el tratamiento de diversos cánceres. Estos tratamientos trabajan de forma diferente a como lo hace la quimioterapia ya que están diseñados específicamente para inhibir moléculas o reacciones bioquímicas que son imprescindibles para el crecimiento de las células tumorales.
Aproximadamente un 20% de los tumores malignos de la mama tienen en la superficie de sus células una presencia exagerada de una molécula llamada HER2/neu, que hace que estos tumores crezcan más rápidamente. El tratamiento diseñado contra esta molécula es un anticuerpo llamado Trastuzumab (Herceptin), que actúa uniéndose a la molécula HER2/neu en la superficie de la célula tumoral, impidiendo de ese modo su función. Su eficacia ha sido demostrada en el cáncer de mama avanzado y también en el tratamiento adyuvante del cáncer de mama en estadios iniciales. En este ámbito, la administración de Trastuzumab durante un año tras la quimioterapia o concomitante con ella, disminuye el riesgo de recaída y de muerte de forma muy importante.
Entre los efectos secundarios asociados con Trastuzumab se incluyen fiebre, diarrea, infecciones, escalofríos o cefaleas. Otros efectos infrecuentes son reacciones alérgicas y problemas cardiacos.
Existen muchas otras moléculas en fase de intensa investigación a nivel mundial, algunas muy prometedoras, que dentro de poco tiempo podrían añadirse al amplio arsenal de tratamientos efectivos en la lucha contra el cáncer de mama.

neurología

¿Es el cerebro un gran desconocido?

Dr. Jaime Gállego Culleré
Neurología
Complejo Hospitalario de Navarra

El cerebro humano es el órgano mas complejo y fascinante que existe en el universo. Hoy día disponemos y asistimos a extraordinarios avances en la investigación cerebral. Sin embargo, debemos reconocer que aún no sabemos mucho de cómo funciona el cerebro en general. No sabemos casi nada sobre cómo procesa la información.

El sistema nervioso es un tejido extraordinariamente especializado que está formado por un tipo particular de células denominadas neuronas, que poseen características muy especiales. Son capaces de generar impulsos nerviosos y transmitirlos a otras neuronas vecinas a través de conexiones complejas que conocemos con el nombre del sinapsis. Además de las neuronas existen en el sistema nerviosa otras células que conocemos como la glía. Su función es de sostén, de varios procesos de nutrición y metabolismo de las neuronas o incluso participa en procesos de inflamación y de reparación del daño al sistema nervioso. Además como en otros tejidos hay vasos sanguíneos que ejercen entre otras funciones de barrera para que determinadas substancias no penetren en el cerebro y resulten dañinas: es la barrera hemato-encefálica.
Podemos decir que el cerebro humano consta de 100.000.000.000 de neuronas. El funcionamiento del cerebro depende del flujo de información a través de circuitos complejos consistentes precisamente en redes de neuronas y sus conexiones de muy diferentes zonas o regiones del cerebro. Una neurona puede estar activada o en reposo. En función de qué neuronas estén activadas, el grado de activación o cuales están en reposo la percepción, o la información variará. La información pasa de una neurona a otra por puntos de contacto especializados (sinapsis). Una neurona puede tener innumerables sinapsis de otras neuronas. Esta información es de tipo químico, a través de lo que conocemos como neurotransmisores. Sabemos que algunas sinapsis son excitadoras y otras inhibitorias. La información que se transmite, que nos llega –color, sonido, forma... – es procesada en diferentes áreas del cerebro que no trabajan a la misma velocidad y el cerebro debe organizar ese conjunto de datos.
Es muy interesante pensar que esa capacidad del cerebro de procesar y ordenar la información que percibe nos lleva a que aunque como tantas "certezas" en la ciencia- no deja de ser una teoría cada vez más admitida: el cerebro fabrica nuestra realidad, lo que vemos no es la realidad. De esta manera se daría el caso de que varias personas ante una misma imagen, ante un mismo hecho lo percibirían de distinta manera. Esto es algo que no extrañará a nadie si rebuscamos un poco en nuestra experiencia cotidiana.

Desarrollo del cerebro

El cerebro utiliza la información que le llega de manera práctica, suprimiendo, añadiendo o modificando detalles. Esto es fácilmente comprobable, por ejemplo, cuando mantenemos una conversación en un ambiente muy ruidoso: nuestro cerebro puede "ignorar" todos los sonidos que nos rodean y concentrarse sólo en las palabras que está escuchando.
Se sabe que en los primeros años de nuestra vida el cerebro adquiere la mayor parte de su desarrollo: hasta los tres años se establecerían la mayoría de las conexiones, sinapsis, entre neuronas y a los cinco el cerebro estaría desarrollado en un 80%. Esa sería la causa de que apenas guardemos recuerdos de lo que ocurre, sobre todo, en los tres primeros años de vida: en ese cerebro que se está haciendo los recuerdos no se llegan a consolidar. También sabemos que el cerebro de cada uno lleva unas órdenes genéticas, de la misma manera que por genética uno es rubio o moreno, o más o menos alto. Pero lo que hasta hace poco se ignoraba, y cada vez está más aceptado, es que nuestro cerebro va cambiando a lo largo de la vida según las experiencias que le llegan y el uso que se le da. Las neuronas, cada una de las cuales puede llegar a tener unas 10.000 conexiones con las demás, pueden reforzar las conexiones ya existentes o crear unas nuevas en función del uso. De la misma manera, si una zona determinada del cerebro se usa más también puede variar y ampliar su tamaño. Esa plasticidad del cerebro, esa variación en su forma, también puede venir derivada de la necesidad. Todos hemos oído hablar de personas ciegas que desarrollan el sentido del oído o el tacto mucho más que las personas que tienen en buen estado todos sus sentidos.

Nuevas pistas

Asimismo la región del cerebro relacionada con el control de cierta función, como la mano por ejemplo, se desarrolla más al aprender por ejemplo a tocar la guitarra. Nuestros cerebros han sido realmente diseñados con una asombrosa capacidad compensatoria. Tras un ictus, algo de la función perdida puede ser remplazada y ejecutada por otras porciones intactas.
Es extraordinario saber que determinadas zonas del cerebro albergan células capaces de crear nuevas neuronas también en el cerebro adulto. En conclusión, debido a la neuroplasticidad se podría decir que la forma de nuestro cerebro va variando a lo largo de toda nuestra vida, de manera que el cerebro de cada persona tendría una forma diferente y también formas diferentes a lo largo de la vida.
Las recientes aportaciones sobre la neurogénesis han abierto la puerta a la esperanza de millones de personas en el mundo. Las nuevas neuronas desempeñan un papel crucial en los procesos de la memoria y el aprendizaje, mientras que se van conociendo mejor los mecanismos fundamentales inherentes a la neurogénesis lo que abre nuevas pistas sobre el origen de determinadas enfermedades.

¿Se sueña durante la anestesia?

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

¿Qué es soñar? Soñar podría considerarse la forma más pura de consciencia, puesto que es una actividad mental que prescinde de todos los estímulos sensoriales que habitualmente nos rodean e influyen. Los sueños son pura subjetividad, y únicamente se revelan a quien los sueña.

Los sueños han constituido una fuente de fascinación para la humanidad desde tiempos inmemoriales. Nos sentimos atraídos por su carácter extravagante y surrealista, pero además por la posibilidad de que tengan un significado real o revelen algo sobre nuestra psique. Sin embargo, la ciencia no es aún capaz de definirlos concretamente ni de explicar cómo se generan.

En 1899 el médico austriaco Sigmund Freud publicó su obra "La interpretación de los sueños" en la que se sentaban las bases del psicoanálisis, una nueva disciplina y un nuevo modo de entender la mentalidad humana. Según la teoría psicoanalítica original los sueños constituían una ventana al subconsciente, y se creía que representaban el anhelo de consecución de ciertos deseos reprimidos. Esta hipótesis ha sido posteriormente puesta en duda.

En 1953 los científicos comenzaron a estudiar los fenómenos biológicos que ocurren mientras dormimos. Esta nueva disciplina o "neurobiología del sueño" fue capaz de diferenciar dos fases de actividad cerebral que ocurren en los seres humanos cuando están dormidos: el sueño REM y el sueño no-REM. Durante la fase REM se observa una gran actividad cerebral, mientras que durante la fase no-REM el cerebro se muestra más "apagado". Cada vez que dormimos, en nuestro cerebro se suceden varias etapas en las que estas dos fases se van alternando cíclicamente cada 90 minutos. En otras palabras: cada noche dormimos "a ratos" en fase REM y "a ratos" en fase no-REM. Las dos son necesarias desde el punto de vista biológico y permiten restablecer el equilibrio bioquímico en nuestro cerebro, promover el desarrollo cerebral y reorganizar y consolidar nuestra memoria.

Los sueños propiamente dichos pueden aparecer en cualquiera de las dos fases del sueño. Los sueños en REM son más dinámicos y vívidos, tienden a conectar imágenes y eventos sin relación aparente, pueden tener un carácter alucinatorio o de irrealidad y se acompañan de emociones más intensas. Los sueños en no-REM suelen ser emocionalmente menos intensos, y generalmente representan actividades habituales (pasadas o futuras) en las que no se aprecia irrealidad alguna.

Los sueños que ocurren en la fase REM tienden a recordarse más frecuentemente que los que ocurren en la fase no-REM.

¿Sueñan los pacientes anestesiados?

A simple vista los pacientes sometidos a anestesia general aparentan estar "dormidos", pero ¿duermen de la misma manera que lo hacen habitualmente en sus casas? El paciente anestesiado "duerme" porque se le han administrado algunos fármacos (por vía inhalatoria y/o intravenosa) que suprimen la consciencia. Dependiendo del fármaco y de la dosis administrada, los efectos sobre la actividad cerebral pueden ser diferentes, si bien parece claro que el sueño inducido por los anestésicos NO es exactamente igual al sueño habitual.

Sin embargo, los sueños siguen teniendo lugar en estas condiciones. Uno de cada cuatro pacientes anestesiados relata que ha soñado durante el acto anestésico. Los sueños durante la anestesia son un fenómeno común. Se sabe muy poco sobre cuándo y cómo se generan, pero son similares a los del sueño habitual. Generalmente se trata de sueños cortos, agradables y relacionados con nuestra vida cotidiana.

Se han identificado algunos factores que predisponen a los pacientes a presentar sueños anestésicos:

- Sexo femenino
- Pacientes jóvenes
- Alta frecuencia de sueños durante el sueño habitual (quienes recuerdan sus sueños en casa suelen hacerlo también al despertar de la anestesia)
- Utilización de anestésicos por vía intravenosa en lugar de por vía inhalatoria
- Utilización de dosis bajas de anestésicos (con lo que se consigue una menor "profundidad" anestésica y el cerebro permanece más "activo")

La mayoría de los sueños anestésicos son de contenido placentero. Es muy poco habitual que aparezcan sueños desagradables y es extraño que incluyan aspectos relacionados con la cirugía o el quirófano. Los sueños anestésicos se parecen a los sueños de la fase no-REM del sueño habitual: son cortos, más reales que irreales y suelen representar actividades habituales.

Algunos ejemplos de sueños anestésicos relatados por los pacientes al despertar:

- "Estaba jugando con mi hija, y mi padre también estaba allí".
- "Fuimos de excursión a la playa. ¡Fue muy divertido!".
- "Estuve trabajando".
- "Había una barbacoa con muchas salchichas. No me gustan las salchichas, ¡pero tenía mucha hambre!".
- "Era un pez. Estaba en una pecera grande, con algas rodeándome".
- "Estaba en el trabajo, sirviendo mesas. La gente charlaba a mi alrededor, yo iba tomando nota de los menús".
- "Estaba dentro de un ordenador. Era fascinante... Se oía un pitido rítmico, pero no sabía muy bien de dónde venía".
- "Mucha gente hablando-un evento social. No recuerdo muy bien dónde era, pero yo escuchaba lo que decían. No me acuerdo de qué hablaban, sólo sé que había mucha gente a mi alrededor".

Si examinamos los últimos tres ejemplos, podemos ver que algunos sueños anestésicos pueden incorporar algunos detalles de información sensorial, de la misma manera que la alarma del despertador u otros sonidos pueden ser incorporados a nuestros sueños en casa. Estos sueños se cree que ocurren durante el último periodo de la anestesia (antes de despertar), cuando se interrumpe o se reduce la administración de fármacos anestésicos. En cualquier caso esto NO implica un nivel anestésico "insuficiente" y NO quiere decir que el paciente esté consciente. El fenómeno se explica porque algunas partes del cerebro (las que procesan información sensorial, como por ejemplo la auditiva) van despertando y contribuyen con sus datos a generar el sueño, que es experimentado por el paciente de manera agradable o indiferente.

Contrariamente a lo que se cree, los sueños de contenido sexual son extremadamente raros durante la anestesia general. Se han descrito casos de alucinaciones en los que un estímulo físico normal e inocente (como la colocación de un manguito para medición de la presión arterial) ha desencadenado una respuesta de excitación sexual. Este tipo de fenómeno, que no es un sueño, se observa en pacientes despiertos en la sala de recuperación (después de la anestesia) o que están siendo sometidos a procedimientos que se lleven a cabo bajo sedación consciente (por ejemplo en la consulta del dentista). Son muy poco frecuentes.

Los sueños (anestésicos o no) continúan siendo un misterio en muchos sentidos. Son una realidad enigmática que aún no podemos explicar. No sabemos si son importantes en sí mismos, o son solamente un eco mental de otros procesos que sí lo son.

En cualquier caso los sueños son un fenómeno fascinante, inocuo y habitualmente placentero que se asocia a la anestesia.

Salud mental en la infancia y adolescencia

Dra. Marta Aznar Lafont
Médico Psiquiatra. Consultas Externas. Equipo de Psiquiatría Infanto-juvenil
Clínica Psiquiátrica Padre Menni

El creciente interés y preocupación por cuidar y mantener la salud y por prevenir futuros trastornos, hace que progresivamente vayamos teniendo en cuenta el cuidado de la salud mental de todos los miembros de la familia y especialmente la de nuestros hijos.

En la etapa de la infancia y la adolescencia se puede presentar sufrimiento mental con más frecuencia de lo que pensamos, (por ejemplo, problemas de ansiedad, inquietud, trastornos por déficit de atención y alteraciones de la conducta, trastornos del estado de ánimo y otros padecimientos como problemas del sueño y/o alimentación, tics, etc...). Esta etapa es un período crucial para favorecer el desarrollo de la persona como un adulto mentalmente sano; por eso es un momento importante para la prevención.

Las manifestaciones externas del malestar psíquico en niños y adolescentes se presentan de una forma diferente a la de los adultos. Un problema mental puede aparecer en forma de alteraciones de la conducta e irritabilidad y ello hace que no pensemos en la posibilidad de que se trate de la manifestación de un sufrimiento psíquico. Resulta más difícil reconocer la ansiedad u otros síntomas en la edad infanto-juvenil porque los trastornos no se expresan de la misma forma que en un adulto; es la conducta alterada la que puede hace intuir que algo está sucediendo.

Se tiene la impresión de que la patología mental en niños pudiera ser más frecuente en la actualidad, con respecto a antaño; en mi opinión hay diversos factores que pueden estar influyendo en que esto sea realmente así:

- Los cambios socioeconómicos, como por ejemplo una mayor disponibilidad económica en los países desarrollados en las últimas décadas, hace que muchas de las cosas que deseamos las podamos obtener sin espera.
- La incorporación de la mujer al medio laboral, que implica cambios en el reparto de tareas dentro del hogar.
- La figura paterna, por su implicación desde el embarazo, en el parto y en los primeros meses de vida, es más visible para el bebé. El padre está más presente en la atención de los hijos.
- La diversidad de la estructura familiar es cada vez más frecuente (familias monoparentales, de recomposición después de un divorcio, de acogida, transgeneracionales con abuelos u otros familiares etc..).
- El aumento de frecuencia de la figura de un hijo único o de un número menor de hermanos.
- Se realizan con mayor frecuencia adopciones, especialmente de niños de otros países.
- Ya desde la concepción y el embarazo, los padres, tienen acceso a una mayor información acerca del crecimiento y desarrollo de su hijo; así, conocemos que nuestros hijos, ya desde antes del nacimiento, son capaces de responder y reconocer estímulos de forma que se establece un vínculo más temprano con la madre.
- Durante el primer año de vida ya no es tan habitual que sea la figura materna la que se haga cargo prácticamente en exclusiva de la atención del niño. Es más frecuente que el cuidado del niño hasta la edad escolar esté a cargo de otras figuras que no son sólo la madre y el padre; como guarderías, personas contratadas para el cuidado de los niños en casa, abuelos y otros miembros de la familia.
- Es habitual que los niños y adolescentes tengan menos recursos para tolerar situaciones de frustración y los padres para tolerar que sus hijos pasen situaciones de disconfort y frustración social y escolar.
- Existe una mayor sensibilidad por parte de la sociedad para proteger del malestar a los niños y adolescentes y quizás menor sensibilidad para aceptar diferencias en la velocidad de desarrollo, de conducta y de adquisición de habilidades entre niños de edades similares.

La adolescencia es una etapa especialmente complicada, tanto para la adaptación del propio adolescente como para los padres y cuidadores, que se encuentran con una persona que ya no tiene las necesidades de un niño en algunos aspectos y que tiene demandas propias, a veces complicadas de comprender y de atender. Presentan cambios en el cuerpo que el adolescente ha de aceptar y debe aprender a cuidarse por sí mismo; pasa a ser muy importante el grupo de amigos y poder demostrar capacidades superiores a los demás en el grupo, en ocasiones buenas y en otras ocasiones perjudiciales (riesgo de consumo de tóxicos, afición por tatuajes, "piercing" y otras conductas de riesgo).

Estos factores no conllevan necesariamente que los niños y adolescentes presenten un mayor riesgo de enfermedad mental; muchos cambios son de hecho necesarios y en beneficio de ellos, pero sí se dan situaciones con mayor frecuencia de dificultad de manejo de la conducta y las emociones, que hacen que puedan aparecer síntomas o malestar que conviene valorar. En ocasiones, puede ser necesaria una intervención lo más temprana posible por parte de los profesionales de los equipos de salud mental infanto-juvenil.

Esta serie de cambios trae con mucha frecuencia que los niños, los adolescentes, sus padres y educadores, vivan situaciones a las que deban adaptarse y que son diferentes a las vividas en generaciones previas.

En el equipo de psiquiatría infanto-juvenil inicialmente realizamos una valoración al niño o adolescente: se realiza una historia clínica completa, repasando el motivo por el que el paciente es traído a la consulta y cómo han sido los momentos más importantes de su desarrollo hasta la actualidad. Es preciso valorar información acerca de si han ocurrido situaciones complicadas para el niño y el resto de la familia, como fallecimientos, enfermedades, etc., la relación entre el padre y la madre, cómo se desenvuelve el niño socialmente y si es aceptado. Se evalúa la capacidad cognitiva, el rendimiento y la adaptación escolar. Se realiza, si es oportuno, la valoración psicológica junto con la realización de tests psicodiagnósticos si fueran precisos. Junto con las pruebas complementarias, tanto psicológicas como físicas, se analiza el caso hasta llegar a una orientación diagnóstica y se propone qué tipo de intervención sería preciso realizar, para:

- Dar indicaciones a los padres.
- Proporcionar apoyo psicológico.
- Y menos frecuentemente considerar un abordaje farmacológico, si el síntoma que presenta produce un malestar tan intenso que repercute en la actividad y desarrollo normal del niño.

Con la colaboración tanto de los padres, como de los profesionales de la salud, y de los centros escolares, el pronóstico en la mayoría de los casos, es bueno y hacia la mejoría. A los niños y adolescentes no les produce malestar acudir a las consultas, sino que incluso, habitualmente, les alivia sentir que son atendidos y escuchados y merece la pena ese esfuerzo que tenemos que hacer, a veces difícil, de tomar la decisión de llevar a un niño o un adolescente a un centro especializado en salud mental.

Hermanas Hospitalarias
"Curar y Cuidar"
En colaboración con Gobierno de Navarra

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

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

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

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

1.000 días cruciales para cambiar la vida

Dra. Verónica Etayo. Pediatra C.S Tafalla.
Colaboradora de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica
Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra.

La malnutrición es uno de los problemas más serios y menos abordados del mundo. Más de un tercio de las muertes de niños en el mundo se deben a la malnutrición materno infantil. Casi 200 millones de niños menores de cinco años sufren retraso del crecimiento.

De ellos, más del 90% viven en África y Asia. En los países en desarrollo 1 de cada 6 recién nacidos pesa menos de 2500 gr al nacer. El momento fundamental para prevenir la desnutrición comienza con los nueve meses de embarazo y continúa durante los dos primeros años de vida: son los 1000 días que pueden cambiar la vida de una persona. Las consecuencias de la malnutrición en los primeros mil días de vida son irreversibles, pero prevenibles. Los niños bien nutridos en los primeros 1000 días de vida, serán menos propensos a morir prematuramente, tendrán más probabilidades de permanecer en la escuela, más posibilidades de tener mejores ingresos cuando sean adultos y mayores probabilidades de procrear generaciones sanas.

El embarazo es un momento crucial a nivel nutricional, tanto por el aumento de las necesidades calóricas como por la especificidad de algunos nutrientes implicados en el crecimiento y desarrollo del feto, como el iodo, hierro y ácido fólico entre otros. En el mundo en desarrollo, el bajo peso al nacer suele ser consecuencia del mal estado nutricional y de salud de la madre, antes y durante el embarazo. Una dieta pobre en calorías, proteínas y micronutrientes, así como los embarazos repetidos que favorecen la anemia ferropénica, pueden explicar dicho estado. El ciclo intergeneracional del fallo de crecimiento explica como éste se transmite de generación en generación a través de la madre: las mujeres adultas "pequeñas" es más probable que tengan hijos con bajo peso al nacer, y éstos son más propensos a tener un fracaso del crecimiento durante la infancia. A su vez, las niñas que nacen con bajo peso son más propensas a convertirse en mujeres adultas "pequeñas". Este ciclo se ve acentuado por las altas tasas de embarazo en adolescentes, que a su vez tienen más probabilidad de tener bebés con bajo peso al nacimiento.

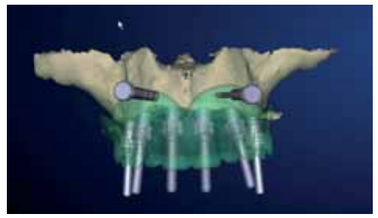
La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida

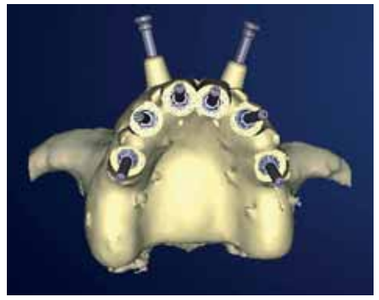
Entre las intervenciones fundamentales para evitar esta condición, está mejorar la alimentación de las mujeres embarazadas y complementarla con micronutrientes: garantizar el consumo de sal yodada en los hogares, administrar suplementos de hierro y ácido fólico y tratar la ceguera nocturna del embarazo, reflejo de la carencia de vitamina A. Intervenciones no nutricionales como la prevención de embarazos en adolescentes mediante educación sexual y planificación familiar, así como la erradicación de parásitos que interfieren en la absorción de determinados nutrientes, son también necesarias para poder invertir dicho ciclo.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, es el alimento capaz de cubrir todas las necesidades nutricionales del niño. Evita el 13% de todas las defunciones de menores de cinco años en los países en desarrollo, lo que la convierte en el método más eficaz para salvar vidas infantiles. Menos del 40 % de todos los niños del mundo en desarrollo reciben los beneficios de la lactancia materna inmediata y exclusiva. A partir del sexto mes resulta insuficiente nutricionalmente, por lo que es necesario introducir la alimentación complementaria. Ésta va a estar estrechamente relacionada con el medio socioeconómico. Mientras que en los países desarrollados predominan las dietas hipercalóricas, con exceso de proteínas de origen animal, ricas en grasas, los países en vías de desarrollo se enfrentan a dietas "monótonas" en donde el alimento predominante, generalmente cereales, no cubre el 100% de las necesidades calóricas ni proteicas, siendo escaso el origen proteico animal. Además, dado que la ingesta de alimentos ricos en micronutrientes es escasa (carne, pescado, huevos, frutas, verduras), pueden desarrollar deficiencias de vitaminas y minerales.

Una alimentación complementaria adecuada e iniciada oportunamente podría evitar un 6% de muertes adicionales de niños menores de cinco años. La fortificación de alimentos básicos (harinas de trigo con hierro y vitamina B; azúcar con vitamina A) o la administración de suplementos, pueden contribuir a la reducción de la malnutrición de micronutrientes. Por todo ello, proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante seis meses y la lactancia materna con alimentación complementaria segura y adecuada hasta los dos años de edad o incluso más tarde, es un objetivo prioritario.

También es necesaria la formación del niño dentro del ámbito familiar en hábitos correctos de nutrición, salud, y medidas de higiene, como el lavado universal de manos, que puede prevenir los procesos infecciosos diarreicos que tanto contribuyen de manera negativa a la desnutrición.





Colocación de implantes dentales guiados por ordenador

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

La medicina y la odontología han experimentado grandes avances en los últimos años. Así, la implantología dental se ha beneficiado del desarrollo de nuevas tecnologías que facilitan el proceso quirúrgico y evitan complicaciones.

Es el caso de implantología mínimamente invasiva guiada por ordenador. Esta técnica consiste en colocar los implantes dentales sin tener que realizar ningún corte en la encía y por tanto prácticamente sin dolor, ni inflamación, ya que no existen heridas visibles.

Para poder realizar esta técnica es necesario solicitar un escáner de los maxilares del paciente. Las imágenes obtenidas del escáner se introducen en un ordenador y por medio de un sofisticado programa de planificación tridimensional es posible visualizar en la pantalla una reconstrucción en tres dimensiones a tamaño real de los huesos de la cara.

Una vez obtenida la imagen en el ordenador el programa permite "operar" de forma simulada al paciente. Es decir, se puede elegir de forma cuidadosa cuales son los mejores sitios para colocar los implantes.

Una vez decidido donde deben ir los implantes se solicita a través de internet una plantilla quirúrgica que permitirá copiar de forma muy exacta la planificación realizada.

La plantilla se recibe en pocos días y ya se pueden colocar los implantes. Está plantilla encaja perfectamente en la encía del paciente y a través de ella se colocan los implantes. Se trata de una técnica sencilla, rápida y fiable.

Ventajas

Las ventajas para el paciente son las derivadas de no tener que realizar cortes, es decir al no haber heridas prácticamente no hay dolor ni inflamación por lo que el postoperatorio es muy confortable pudiendo llevar una vida absolutamente normal desde el primer día de la intervención.

Pero sin duda la ventaja más importante es la seguridad de que la colocación de los implantes se ha realizado con un sistema muy preciso que garantiza la colocación perfecta de los implantes en el lugar más idóneo.

La planificación es tan exacta que permite tener preparada una prótesis provisional para atornillarla a los implantes nada más colocarlos. Es lo que se denomina prótesis de carga inmediata.

Otras de las muchas ventajas de colocar los implantes dentales con esta técnica es que al no realizar cortes no son necesarias las suturas y se reduce de forma importante el tiempo de la intervención.

Finalmente esta técnica permite colocar implantes en casos complejos donde hay poco hueso ya que permite "buscar" y aprovechar al máximo todas las zonas del maxilar, lo que sería casi imposible sin la ayuda de esta tecnología.

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

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