medicina salud cultura

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoVI enerofebrero2012 nº33

El invierno, la nieve mi corazón, mi salud...

Sumario

3
La hipnosis

4
5 al día: ideas prácticas para cumplir con las recomendaciones....

6
El papel de la terapia ocupacional en el sistema educativo

8
El asma: autocontrol del paciente

9
Consecuencias anatómicas de la ausencia de dientes

10
La exclusión del pan en una dieta de adelgazamiento no está justificada

12
Viagra, para qué...¿Para todos? ¿Qué es la disfunción eréctil?

14
Cerebro feliz

16
¿Es inocuo el uso de preparados de plantas en pacientes con...

18
La dieta mediterránea, patrimonio cultural inmaterial de la Unesco

20
Nutrición en el niño deportista

22
Cuidados de la fístula arteriovenosa

23
La diabetes y la salud de la boca

24
¿Me van a intubar?

26
Síndrome de piernas inquietas

28
La investigación clínica en la enfermedad de Alzheimer

30
El suelo pélvico, nuestro gran desconocido

31
Otra forma de salud en tiempos difíciles

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 **ISSN** 2253-9026.

© 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...*

psiquiatría

La hipnosis

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

La hipnosis ha sido y es una disciplina muy controvertida. Ya desde sus inicios supuso un conflicto para los pioneros de la psicología moderna. Por un lado, constataban que era un método muy interesante para manipular el psiquismo humano, por otro, les costaba aceptar el fenómeno de la sugestión ligado a la hipnosis. Además, observaban cómo algunos sujetos parecían no ser hipnotizables.
De cualquier modo, a pesar de los poderes "sobrenaturales" que se atribuían los charlatanes hipnotizadores en sus espectáculos y aun sabiendo que toda la parafernalia de la que se rodeaban no resistía ni el más mínimo análisis racional, la hipnosis era eficaz.

Por este motivo, psicólogos y médicos de la talla de Wundt, Pavlov o William James comenzaron a estudiar la hipnosis de modo científico y la fueron despojando de todos los rituales innecesarios.

La sugestión

La sugestionabilidad es una característica de la persona por la cual puede aceptar ideas o hechos sin que haya ninguna razón lógica para hacerlo, es decir, sin crítica. La sugestión es un hecho central en el método hipnótico y sin ella no se produce la hipnosis.
Nos guste o no, todos poseemos esta característica, unos más que otros, aunque solemos pensar que somos mucho menos sugestionables de lo que en realidad somos. La sugestión está presente de manera continua en nuestros pensamientos y acciones y suele funcionar a nivel inconsciente. Cuando vemos una película, "nos metemos" en ella, sentimos miedo, lloramos y reímos influidos por la sugestión. Constantemente la prensa, la publicidad, la televisión...nos sugieren lo que debemos pensar o comprar. A menos que estemos continuamente en una actitud de alerta, es realmente difícil escapar a la sugestión.

Qué es la hipnosis

No es fácil aproximarse al concepto de hipnosis e ir a su esencia. Desde su origen ha estado asociada a numerosos mitos y prácticas que rayaban en lo esotérico y científico. Todo ello ha creado numerosos prejuicios, no sólo entre la población general sino también entre los profesionales de la psicología y la medicina.
Otra cuestión que ha contribuido a la confusión deriva de su significado etimológico. Hipnosis proviene del vocablo griego "hipnos" (sueño), pero hipnosis y sueño no están necesariamente relacionados. La sensación de somnolencia sólo aparece si es sugerida, pero no es característica del procedimiento hipnótico. Existen métodos hipnóticos, como el denominado "vigilia-alerta" en el que las sugestiones consisten en todo lo contrario, en la activación.
No existe ningún síntoma definitorio de la hipnosis. Según Capafons, autoridad en la materia, "un método será hipnótico en la medida en que el sujeto que va a ser hipnotizado lo perciba como tal".

Concepciones erróneas sobre la hipnosis

Debido a la literatura, a los medios de comunicación y al mundo del espectáculo, se ha ofrecido en ocasiones una visión equivocada de la hipnosis. Algunos de los errores más generalizados serían:
Mito: La hipnosis no forma parte de las disciplinas científicas y sólo es utilizada por impostores o personas con fines únicamente lucrativos.
Realidad: La hipnosis ha sido estudiada seriamente por autores de prestigio, se publican continuamente trabajos experimentales en diversas revistas especializadas y forma parte del curriculum de muchas universidades.
Mito: La hipnosis anula la voluntad de la persona hipnotizada y ésta puede llegar a cometer actos delictivos o humillantes.
Realidad: Bajo hipnosis la persona actúa de forma automática pero no involuntaria ni sin control.
Mito: Sólo pueden beneficiarse de la hipnosis las personas muy sugestionables.
Realidad: Incluso las personas poco susceptibles pueden obtener ventajas de los procedimientos hipnóticos si se los denomina de otra manera. Si en lugar del término hipnosis utilizamos el de control mental, por poner un ejemplo, esto no despertará prejuicios en el paciente.

Aplicaciones de la hipnosis

Actualmente se considera que la hipnosis es un método de apoyo a las terapias psicológicas, gracias al cual pueden mejorarse y acelerarse los resultados de éstas.
Ejemplo de ello es su aplicación asociada al tratamiento psicológico de las fobias, tabaquismo y reducción de peso.
La hipnosis también es utilizada en otros campos como el deporte, la odontología, la cirugía, la oncología, la obstetricia, el dolor crónico, etc.
No es en sí misma una terapia psicológica, pero utilizada como complemento de otros procedimientos terapéuticos fomenta la motivación del paciente y le ayuda a movilizar todos los recursos de los que dispone.

5 al día: ideas prácticas para cumplir con las recomendaciones de frutas y verduras

Giuseppe Russolillo
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra (CODINNA/NADNEO)

Frutas y hortalizas: por qué son importantes

Las frutas y las hortalizas son los alimentos por excelencia en la dieta del ser humano, de hecho, pueden ser consideradas como "alimentos saludables" por los numerosos estudios que avalan el beneficio de su consumo en la prevención y la mejora del estado de salud. Hoy, de entre todos los alimentos, sólo las frutas y hortalizas pueden ser considerados "alimentos saludables" o con propiedades beneficiosas demostradas sobre la salud de las personas.

El interés nutricional de las frutas y hortalizas reside principalmente en su contenido en vitaminas, minerales, fibra y en unas sustancias llamadas "compuestos bioactivos" o "fitoquímicos vegetales". Los compuestos bioactivos son responsables del color, aroma, sabor de las frutas y hortalizas y tienen potentes efectos antioxidantes que contribuyen de forma muy positiva sobre la prevención de enfermedades cardiovasculares o el cáncer.

Muchas hortalizas contienen provitamina A en forma de betacarotenoides (colorante natural que confiere a las hortalizas un tono amarillo-anaranjado-rojizo), vitamina C y diversas vitaminas del grupo B, entre las que destaca el ácido fólico.

En general, las frutas contienen gran cantidad de vitaminas como la vitamina C (cítricos, frutas tropicales, melón y fresas), provitamina A en forma de betacarotenoides (melón, albaricoque, melocotón, nectarina, caqui, mango, níspero, frutas del bosque) y en menor proporción, vitaminas del grupo B.

Prácticamente, la totalidad de la vitamina C que ingerimos procede de las frutas y hortalizas. La luz, las lesiones mecánicas, el contacto con el oxígeno del aire, un almacenamiento prolongado, el lavado y la aplicación de calor y agua para el cocinado producen pérdidas de vitaminas de hasta un 50-60 %, por lo que es importante seguir los siguientes consejos para mantener el valor nutricional de las frutas y hortalizas:

Almacenar las frutas y hortalizas en la parte inferior de la nevera y según las compremos en la frutería o en el mercado, sin lavar, pelar o moldear. Limpiar y preparar las frutas y hortalizas siempre justo antes de su consumo.

Evitar trocear demasiado las hortalizas y lavarlas en abundante agua fría.

Cocer las hortalizas partiendo de agua hirviendo y con poca agua. La cocción de las hortalizas no debe prolongarse más de lo necesario.

Nunca desechar el caldo de cocción de las hortalizas y aprovecharlo para tomarlo como sopa o consomé de verduras.

Elegir siempre frutas y hortalizas de temporada y asegurarse que son de producción local y propia del entorno donde vivimos.

Para los más pequeños: elegir cuidadosamente las frutas y si es necesario evitar almacenarlas en la nevera o sacarlas con suficiente antelación antes de su consumo. Los más pequeños toleran mejor las frutas dulces y a temperatura ambiente.

También, las frutas y hortalizas contienen minerales como potasio, magnesio y con menor importancia, hierro y calcio dada su difícil absorción y aprovechamiento por parte del organismo.

Además, las frutas y hortalizas, junto con otros alimentos de origen vegetal, representa una de las principales fuentes de fibra alimentaria. Los beneficios del consumo de fibra alimentaria en la dieta sobre el estado de salud están ampliamente documentados y comprobados. En este sentido, hoy se puede afirmar que la capacidad de retener agua de la fibra, aumenta el bolo fecal, gelidifica las heces, mejora el tránsito intestinal y procura unos efectos fisiológicos beneficiosos sobre la salud, como la mejora de la tolerancia de la glucosa, la reducción de los niveles plasmáticos de colesterol "malo", así como la prevención de algunos tipos de cáncer, en especial el cáncer de colon.

Las frutas y hortalizas: 5 al día un reto alcanzable

Recientes estudios demuestran que incrementar las necesidades de consumo diario de frutas y hortalizas a 600 gramos al día, puede reducir la carga total mundial de enfermedades en un 1,8 %, así como puede reducir las enfermedades isquémicas de corazón y el infarto en un 31 % y un 19 % respectivamente, y el cáncer de estómago, esófago, pulmón y colon en un 19 %, 20 %, 12 % y 2 % respectivamente.

Por otra parte, recientes trabajos han demostrado que en una dieta con una adecuada ingesta de calcio, el consumo de frutas y hortalizas tiene un efecto beneficioso en la masa ósea de niños y niñas entre 8 y 20 años. También, estudios en niños demuestran que el incremento del consumo de frutas y hortalizas puede ejercer a largo plazo un papel protector frente al riesgo de padecer cáncer en la etapa adulta. Así, en adultos, diversos trabajos señalan que el incremento del consumo de frutas y verduras también se asocia a un menor riesgo de padecer cáncer y enfermedades cardiovasculares.

Además, el aumento del consumo de frutas y hortalizas tiene un especial interés en la prevención de la obesidad en la población, ya que el consumo de frutas y hortalizas contribuye a mantener el peso corporal y combatir la obesidad.

Por tanto, consumir al menos 600 gramos de frutas y hortalizas al día contribuye a un buen estado de salud. Una forma de garantizar estos 600 gramos al día es comiendo 5 veces frutas y hortalizas al día (3 veces fruta y 2 veces hortalizas).

Así, el mensaje "5 al día" se ha extendido mundialmente y contribuye a garantizar el consumo de 600 gramos de frutas y hortalizas al día. Llegar a este consumo mínimo diario no es tarea fácil, por lo que pueden ser de ayuda los siguientes consejos o ideas practicas para alcanzar el consumo de 5 raciones de frutas y hortalizas al día:

- Procurar tomar fruta fresca en el desayuno, a media mañana y a media tarde. Elegir frutas en temporada, en su óptimo punto de maduración y tomarlas a temperatura ambiente permite disfrutar mucho más de los maravillosos sabores que nos ofrecen estos maravillosos alimentos.
- Los zumos de frutas no se pueden considerar fruta fresca, sólo una de las tres raciones de fruta puede ser sustituida por un zumo natural, mejor si es recién exprimido.
- En las principales tomas del día (comida y cena) incluir siempre una ración de hortalizas, al menos una de ellas en crudo (ensaladas variadas de lechuga, tomate, cebolla, zanahoria, espárragos, champiñones, escarola, endibias, etc.).
- Las guarniciones de los segundos platos son una excelente oportunidad para incluir verduras y hortalizas, champiñones salteados, puré de zanahoria, calabacines al horno, brócoli con bechamel, judías verdes en ensalada, etc.
- A los más pequeños de casa podemos darles la fruta fresca, pelada y preparada, ya que numerosos trabajos científicos han demostrado que los niños y niñas llegan a consumir el doble de cantidad de fruta que si se ofrece la fruta en piezas, sin pelar o preparar.
- Las frutas y hortalizas pueden ser un aperitivo muy saludable, ofrecerlas para picar o como aperitivo puede ser otra forma fácil de introducirlas en nuestra dieta. Así, puedes ayudarte de tu creatividad en la cocina: palitos de zanahoria con queso fresco, tomates cherry con aguacate y aceite de oliva, brocheta de frutas de temporada, cardo rebozado, alcachofas fritas, croquetas de coliflor, etc.
- Hacer la fruta fácil de comer puede resultar un éxito en el incremento del consumo diario de frutas, incluso en los adultos y mayores.

Tiempo y preparación

Las principales barreras que mencionan los consumidores para lograr un adecuado consumo de frutas y hortalizas son la falta de tiempo y la dificultad de preparación, además de no resultar un alimento atractivo en su alimentación diaria.

Por tanto, cualquier idea o solución imaginativa en la cocina contribuirá sin lugar a duda a llegar a las 5 raciones de frutas y hortalizas que tenemos que comer todos los días.

Tomar 3 raciones de frutas y 2 de hortalizas cada día, dedicarle un poco más de tiempo a realizar la compra y cocinar para nuestros seres queridos es invertir en salud, especialmente en la salud de los más pequeños y mayores.

El papel de la terapia ocupacional en el sistema educativo

Idoia Cirez Garayoa
Terapeuta Ocupacional. Psicomotricista. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra
Cristina Rubio Ortega
Terapeuta Ocupacional. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra
Garbiñe Guerra
Terapeuta Ocupacional . Berritzegune

La Terapia Ocupacional en el sistema educativo supone una visión integral del alumnado potenciando su participación durante todo el proceso formativo.

Papel de la Terapia Ocupacional en el ámbito educativo

La **Terapia Ocupacional** promueve la salud y el bienestar a través de la ocupación. Fomenta la capacidad de las personas para participar en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en el descanso y sueño, en la educación y trabajo, juego, ocio y tiempo libre y en la participación social. En el caso de los niños, su participación en las ocupaciones antes mencionadas, puede verse limitada y restringida por diferentes factores, pudiendo causar problemas a lo largo de su vida. Una situación vital para un niño puede ser alimentarse, vestirse, cuidar de sí mismo, hacer amigos, explorar el mundo que le rodea o resolver con éxito situaciones planteadas en el entorno escolar. El terapeuta ocupacional interviene cuando el niño tiene dificultades a la hora de realizar sus "ocupaciones" o cuando hay riesgo de que existan. En el entorno escolar, interviene cuando estas dificultades le impiden alcanzar los objetivos académicos que se le piden en cada etapa escolar.

Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra
C/ Ventura Rodríguez, 54 - 1º B
31012 . Pamplona

COTONA-NALTE

Nafarroako Lan-Terapeuten Elkargoa
Apdo. de correos 31080 . Pamplona
666 653 505 . cotona_nalte@yahoo.es

¿A quién va dirigida la Terapia Ocupacional en el ámbito educativo?

En este ámbito, la terapia ocupacional es un servicio de apoyo al alumnado con necesidades educativas especiales. Entre las posibles alteraciones de los niños susceptibles de beneficiarse de Terapia Ocupacional en el marco educativo podemos encontrarnos: discapacidad motórica, discapacidad intelectual, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos por déficit de atención, retraso psicomotor, trastornos del aprendizaje, discapacidad sensorial (visual, etc.), problemas de salud mental y de comportamiento, disfunciones de integración sensorial, etc... Los ámbitos de actuación son principalmente los siguientes: Equipos de Atención Temprana, Centros Ordinarios de Integración, Centros de Educación Especial, Centro de Recursos de educación de Navarra.(CRENA).

Objetivos de la Terapia Ocupacional

Los terapeutas ocupacionales contribuyen a que los niños realicen actividades relacionadas con la escuela, satisfagan su papel de estudiantes y participen activamente en su entorno. Los terapeutas ocupacionales apoyan resultados académicos y no académicos incluyendo las habilidades para relacionarse con otros compañeros, escritura, recreo, participación en deportes, habilidades de auto-cuidado , cómo asearse, vestirse,.., etc, El objetivo de la Terapia Ocupacional en la escuela es que el estudiante mejore en el desempeño de las tareas y actividades importantes, y de esta manera su funcionamiento escolar sea exitoso.

¿Cómo interviene el terapeuta ocupacional?

El Terapeuta Ocupacional forma parte de un equipo interdisciplinar (psicólogo, fisioterapeuta, logopeda, profesor de pedagogía terapéutica etc....) y trabaja de forma coordinada para el apoyo del alumnado con necesidades educativas especiales. Tanto profesores como padres u otros profesionales implicados pueden solicitar una valoración del niño por parte de Terapia Ocupacional. Los casos de intervención suelen ser problemas crónicos que interfieren con el proceso educativo. El terapeuta ocupacional

valora tanto de los factores individuales del niño (movilidad, tono muscular, coordinación, relaciones con otros compañeros, dificultades perceptivas, etc), como el contexto en el que el niño aprende, juega y se mueve. Las intervenciones pueden desarrollarse directamente con un alumno o grupo de alumnos de forma indirecta a través de otros profesionales, y sobre el entorno (colegio, familia). La Terapia Ocupacional se administra dentro de lo posible en los ambientes típicos del alumno (clase, comedor, recreo, autobús...) Algunos ejemplos de nuestra intervención son: favorecer la adquisición de las conductas precursoras del aprendizaje y el afianzamiento de habilidades, con actividades que promuevan la fuerza, coordinación o planificación de los movimientos; implantar programas de integración sensorial que potencien el tono muscular y el procesamiento sensorial (táctil, propioceptivo, vestibular,...) abordando problemas como inatención o conductas de autoestimulación; entrenar y asesorar al alumno en sus habilidades de autocuidado: vestido, alimentación, higiene, arreglo personal, autobús; proporcionar las adaptaciones y productos de apoyo necesarios para su autocuidado (cubiertos engrosados, adaptaciones del vestido) y para el uso de materiales y utensilios (de escritura, de acceso al ordenador,); asesorar en las adaptaciones y reformas necesarias para una buena accesibilidad del entorno educativo y familiar (edificio, las zonas comunes como es el patio, el comedor, el mobiliario de clase); planificar programas orientados a la capacitación prelaboral y de transición a la vida adulta; asesorar a padres, profesores u otros miembros del equipo en las diferentes adaptaciones de acceso al currículo en aquellos aspectos relacionados con el desempeño ocupacional así como en recomendaciones sobre adaptaciones o modificaciones de tareas.

Los centros de apoyo a la Formación e Innovación educativa (Berritzegune)

Estos recursos forman parte de la red de recursos para educación del País Vasco. En ellos, los terapeutas ocupacionales trabajan desde hace más de 20 años, como parte de un equipo multidisciplinar, atendiendo a alumnos con necesidades educativas especiales escolarizados en centros públicos y concertados. Entre sus funciones están la valoración e intervención en las actividades de la vida diaria, función manual y uso de herramientas habituales en el colegio, valoración y adaptación del mobiliario escolar, acceso al ordenador y a la comunicación,... Realizan su función en coordinación con el resto de profesionales que atienden a estos alumnos (tutor, profesor de pedagogía terapéutica, maestro de audición y lenguaje, fisioterapeuta, etc).

El asma: autocontrol del paciente

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

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea caracterizada por una exagerada respuesta (hiperreactividad) del árbol bronquial a diversos estímulos, lo cual se manifiesta en forma de episodios recurrentes de sibilancias, tos, dificultad respiratoria, opresión torácica que obligan a utilizar la musculatura accesoria para poder respirar. Ocurre especialmente durante la noche y a primeras horas de la mañana. Estos síntomas se acompañan de hipersecreción bronquial con limitación al flujo aéreo (broncoespasmo) que habitualmente mejoran espontáneamente o con tratamiento broncodilatador. Por esta razón se dice que la hiperreactividad del asma es reversible. No obstante, es posible encontrar un paciente cuya única manifestación es la tos escasamente productiva, con secreciones espesas de aspecto blanco y gelatinoso.

El asma está relacionado con diversos factores:

- Antecedentes de atopia (grupo de trastornos alérgicos mediados por el efecto y acción de la inmunoglobulina E sobre las células). Convierten al individuo en susceptible de padecer la enfermedad.
- Alergia a ácaros domésticos, animales, hongos, pólenes que pueden precipitar una crisis asmática.
- Fármacos como el ácido acetil salicílico, indometacina…
- Esfuerzo e hiperventilación. Se ha detectado relación entre la temperatura y la humedad del aire inspirado con el grado de obstrucción de tal forma que cuanto más frio y seco es el ambiente mayor facilidad de episodio asmático.
- Cambios atmosféricos
- Asma profesional
- Alteraciones emocionales
- Infecciones respiratorias

Medición del FEM mediante el aparato Peak-Flow

El FEM es el mayor flujo de aire alcanzado en la espiración forzada en los primeros 150 milisegundos de la misma y se expresa en litros por minuto, litros por segundo o como porcentaje de su valor de referencia o teórico. Con el FEM se refleja el estado de las vías aéreas de gran calibre, pudiendo usarse como predictor débil de la obstrucción de la vía aérea pero no puede sustituir a la espirometría en la valoración inicial y diagnóstico del paciente asmático. Es de utilidad en:

- Diagnóstico de asma en situaciones especiales (en las cuales ni el profesional se halla presente para detectarlo ni lo podemos detectar en consulta) como asma de esfuerzo (por ejemplo en deportistas), diagnóstico de asma profesional, asma desencadenada por exposición a alérgenos especiales y en demostraciones de reversibilidad.
- Monitorización del tratamiento con el fin de realizar cambios terapéuticos.
- Control evolutivo en asma grave o moderado.

El aparato peak-flow consta de un muelle conectado a una escala medidora (en L/min), un émbolo que empuja ese muelle, una boquilla (generalmente desechable) por donde soplar, y tres tiritas de color verde amarillo y rojo que se encajan en una ranura junto a la escala medidora.

Enseñanza de la maniobra

Se hace de pie, con el cuerpo relajado. Se coge el medidor con una mano, sin entorpecer el tránsito del muelle y con el indicador a "0". Previamente hay que sacar de la boca chicle, caramelo porque puede falsear la medida. Hay que realizar una inspiración profunda, poner la boquilla entre los labios sellando bien los contornos y la lengua por debajo. A continuación se realiza una espiración forzada, es decir, un soplido de forma rápida y explosiva, de 1-2 segundos de duración. Es muy importante soplar lo más fuerte que se pueda. El FEM corresponde al número que marca la flecha. Se hacen 3 mediciones y se elegirá la mejor. Se realiza mañana y noche durante 15 días anotando los datos en la hoja de autoregistro. Es conveniente no cambiar de medidor ya que puede existir variabilidad entre los distintos aparatos del mercado.

Existen errores frecuentes en la realización de la técnica que hay que tener en cuenta y evitar, como tener una posición inadecuada del cuerpo, no colocar el medidor a "0", soplar incorrectamente o toser durante la maniobra, obstaculizar el desplazamiento del indicador o problemas con el medidor (muelle en mal estado, sucio, etc…)

Se aconseja lavar regularmente el medidor con agua caliente y jabón suave.

Enseñanza del cálculo de zonas

A partir de los datos obtenidos en la hoja de autoregistro durante 15 días el paciente deberá calcular sus tres zonas: verde, amarilla y roja, como un semáforo con sus tres significados. Recortará las tres tiritas de colores a la medida de las zonas y las encajará en la ranura al lado de la escala medidora del aparato de tal forma que cada paciente tendrá su peak-flow personalizado ya que las zonas variarán de un paciente a otro.

Zona verde: hay que sacar el 80% de la puntuación máxima obtenida (ésta será la mejor puntuación personal). Cualquier puntuación mayor al 80% corresponde a zona verde y significa ADELANTE: estás bien y sigue con el mismo tratamiento.

Zona amarilla: hay que sacar el 50% de la puntuación máxima obtenida. Cualquier puntuación entre el 50-80% corresponde a zona amarilla y significa PRECAUCIÓN: hay que tener un tratamiento prescrito por el facultativo llegada esta situación.

Zona roja: cualquier puntuación menor al 50% corresponde a zona roja y significa PELIGRO: acuda a un centro médico o urgencias inmediatamente.

Cambio entre el antes y después del tratamiento

Consecuencias anatómicas de la ausencia de dientes

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

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

Consecuencias sobre las estructuras óseas

La ley de Wolf determina que el hueso se remodela en función de las fuerzas aplicadas. Cada vez que se modifica la función del hueso, se produce un cambio definido en la arquitectura interna y en la configuración externa. El hueso necesita de estimulación para mantener su forma y densidad. Los dientes transmiten las fuerzas de comprensión y tracción al hueso subyacente. Cuando se pierde un diente, la falta de estimulación del hueso residual origina una disminución de las trabéculas y de la densidad ósea en dicha zona, con pérdida de la anchura y luego de la altura del volumen óseo.

Es necesario un diente para el desarrollo del hueso, y se requiere la estimulación de este hueso para mantener su densidad y volumen. Una prótesis removible (completa o parcial) no estimula ni mantiene el hueso, sino que acelera la pérdida ósea. La carga masticatoria se transfiere sólo a la superficie ósea, no a todo el hueso. Como resultado de ello, se reduce el aporte sanguíneo, y se produce la pérdida de volumen óseo total.

Con frecuencia, los doctores pasan por alto la mayor parte de las veces la pérdida insidiosa del hueso que se produce tras la extracción dentaria. Al paciente no se le educa a menudo respecto a los cambios anatómicos y a las posibles consecuencias de la pérdida continuada de hueso. La perdida ósea se acelera aún más cuando el paciente lleva una prótesis soportada por los tejidos blandos mal ajustada o con movimiento.

De forma tradicional, la odontología preventiva ha destacado los métodos para disminuir la pérdida dentaria. La profesión no ha aceptado ninguna terapia predecible que evite los cambios óseos resultantes de la pérdida de dientes. En la actualidad la profesión debe tener en cuenta no sólo la pérdida de dientes, sino también la pérdida de hueso. La pérdida dentaria origina la remodelación y reabsorción del hueso.

La tasa y cantidad de pérdida ósea puede estar influida por el sexo, las hormonas, el metabolismo, la parafunción y las prótesis mal ajustadas. No obstante, casi el 40% de los portadores de prótesis han llevado una prótesis mal ajustada durante más de 10 años. Los pacientes que llevan las prótesis día y noche sufren fuerzas de mayor magnitud sobre los tejidos duros y blandos lo que acelera la pérdida de hueso. A pesar de ello, el 80% de las prótesis se llevan día y noche.

Pérdida de hueso: Consecuencias estéticas

Debido a la pérdida de hueso alveolar, se producen diversas consecuencias estéticas. La disminución de la altura facial derivada del colapso de la dimensión vertical origina diversos cambios faciales. La pérdida del ángulo labiomentoniano y la profundización de las líneas verticales en la zona crean un aspecto más duro. El mentón rota hacia delante y origina una apariencia prognática de la cara. El paciente parece infeliz cuando la boca está en reposo. El adelgazamiento del bermellón (rojo) labial da lugar a un escaso apoyo labial proporcionado por la prótesis y la pérdida del tono muscular. La posición retruida del labio, se relaciona con la pérdida de la parte anterior del reborde superior, así como con la pérdida de tono de los músculos implicados en la expresión facial. El labio superior se vuelve de forma natural más largo con la edad, como resultado de la gravedad y de la pérdida del tono muscular, lo que da lugar a que se muestren menos los dientes anteriores cuando el labio está en reposo. Esta variación presenta una tendencia a "envejecer" la sonrisa, porque cuanto más joven es el paciente, mas muestra los dientes respecto al labio superior en reposo o al sonreír. La perdida de tono muscular se acelera en el paciente desdentado.

Los pacientes desconocen que estos cambios en los tejidos duros y blandos proceden de la pérdida de los dientes. De este modo, el dentista debe explicar las consecuencias de la pérdida dentaria al paciente desdentado parcial o completamente en las fases tempranas del tratamiento.

Consecuencias sobre los tejidos blandos

La lengua del paciente con rebordes desdentados se agranda a menudo con el fin de acomodarse al incremento del espacio que anteriormente ocupaban los dientes. Al mismo tiempo, se utiliza la lengua para limitar los movimientos de las prótesis removibles, y adquiere un papel más activo en proceso masticatorio. Como resultado de ello, disminuye la estabilidad de la prótesis removible.

Conclusiones

Es importante valorar un estudio estetico facial previo a cualquier tratamiento de implantes, ya que existen multitud de técnicas no invasivas para intentar recuperar la estetica facial perdida.

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

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

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

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

La ciencia con el pan

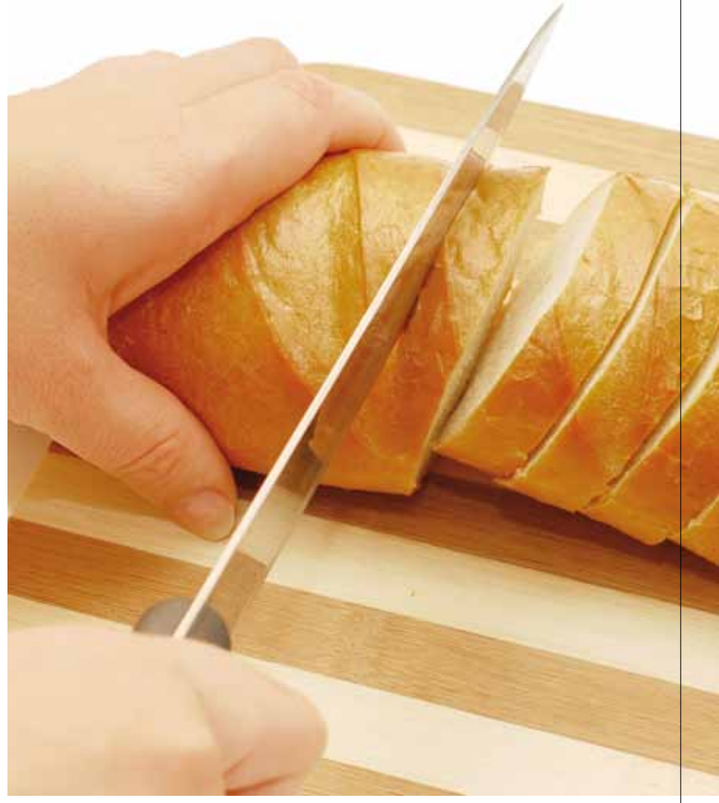
Al inicio del estudio, las participantes, en su mayoría perimenopáusicas, presentaron una ingesta calórica por encima de sus necesidades y un perfil dietético desequilibrado, con ingestas deficitarias en algunas vitaminas y minerales, además de un bajo nivel de actividad física. Tras 16 semanas de intervención se logró mejorar el estado nutricional de las participantes, sin observarse diferencias significativas en la evolución de los marcadores antropométricos, bioquímicos o inflamatorios entre ambos grupos. Las mujeres redujeron significativamente su peso corporal, el porcentaje de masa grasa, la circunferencia de cintura y la grasa visceral, manteniendo su masa muscular y su metabolismo basal. Comparando los resultados obtenidos con los dos tratamientos nutricionales, los investigadores no encontraron diferencias en la evolución de la pérdida de peso corporal, cuya media para ambos grupos fue de 4 kilos. En ambos grupos se redujo significativamente la ingesta calórica total y se produjo un incremento significativo con respecto al número de comidas al día (al inicio del estudio un 21% de las mujeres hacía tres comidas o menos y este porcentaje se redujo al 4,8% tras la intervención). El picoteo, una práctica muy común entre las personas con sobrepeso y obesidad, también se redujo significativamente, pasando del 37,5% al 14,4%.

Ventajas de la inclusión de pan

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

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

En relación al cumplimiento de la dieta, observamos que en el grupo sin pan el número de transgresiones a la dieta fue aumentando a medida que transcurrían las semanas, mientras que en el grupo de mujeres que siguieron la dieta con pan el cumplimiento se mantuvo estable. La inclusión de alimentos comunes, cotidianos y de alto valor en la cultura alimenticia de nuestro entorno, como es el pan, ayuda a cumplir las pautas nutricionales con mayor facilidad y durante periodos de tiempo más prolongados, mientras que su exclusión puede favorecer la incorporación de alimentos no pautados y de inferior calidad nutricional. Incluir una ración de pan en las comidas también puede aumentar la sensación de saciedad, según se desprende de los resultados de un test de motivación-saciedad al comer realizado al finalizar la intervención, que reveló una mayor sensación de saciedad tras la ingesta de un menú hipocalórico con pan a los 60 y 90 minutos de la ingesta con respecto a la sensación que tuvieron las mujeres que comieron el mismo menú con otras fuentes de hidratos de carbono, como arroz o pasta, en lugar de pan.



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

Conocimientos con respecto al pan

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

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

Viagra, para qué...¿Para todos? ¿Qué es la disfunción eréctil?

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

La disfunción eréctil (DE) es la incapacidad persistente o recurrente para conseguir y mantener una erección que sea suficiente para mantener relaciones sexuales.

¿Se puede tratar?

El primer paso para superarla es recibir información sobre todas las posibles causas y tratamientos.

La gran mayoría de los casos se puede tratar. Aunque algunas dificultades de erección son temporales y ocasionales es importante hablar del problema con tu médico. En la actualidad hay muchos tratamientos y opciones para tratarla satisfactoriamente.

Puede ser un tema difícil del que hablar, pero recuerda que sólo es otro síntoma para su médico; es un tema con el que tu médico trata regularmente, por lo que no deberías sentirte avergonzado de hablar sobre ello.

¿Cómo hablo con mi pareja?

Cuando se producen problemas sexuales muchas parejas encuentran difícil hablar sobre ellos y a menudo, cuanto más lo dejan, más difícil se hace hablarlo. Una vez que reconoces la situación y decides buscar ayuda, juntos puede ser más fácil.

La DE es un problema frecuente. Si crees que tu pareja tiene disfunción eréctil, no está solo y tú le puedes ayudar: Si la pareja se implica en el tratamiento es más fácil que los hombres sigan con el tratamiento. También es importante hacerse una revisión por si hubiera problemas subyacentes como una enfermedad cardiovascular y diabetes.

Nos referimos a parejas tanto hetero como homosexuales, la DE no sabe de condiciones sexuales. Incluso pueden consultar antes los homosexuales masculinos pues para una relación satisfactoria necesitan una buena erección para conseguir vencer la resistencia del esfínter anal.

¿Qué causas la producen?

Existen diversas razones por las que un hombre no puede conseguir una erección (envejecimiento, enfermedades vasculares, diabetes, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, cirugía de próstata, lesiones de médula espinal e incluso tener origen psicológico), sin embargo es tranquilizador saber que la mayoría de los casos se puede tratar con la ayuda del médico.

La DE ocurre cuando el pene no se pone suficientemente duro (erecto) para permitir que un hombre tenga actividad sexual, debido a que no llega suficiente sangre para que se produzca la erección, o la sangre no permanece allí el tiempo necesario.

Una erección es un proceso complejo que implica cambios en los músculos, nervios y vasos sanguíneos en el pene. La sangre se bombea para que este se ponga firme, lo que generalmente empieza cuando pensamos sobre sexo y/o cuando se nos estimula. La estimulación sexual hace que unas señales viajen por los nervios que van desde la médula espinal hasta los genitales. Los vasos sanguíneos que irrigan el pene se dilatan, de manera que la sangre llega y el pene se agranda.

Alrededor del 40% de los hombres mayores de 40 años sufren algún grado de DE. Algunos problemas de erección no duran mucho ni pasan a menudo, pero si ocurren más a menudo, pueden ser una señal de que tienes DE.

En muchos casos, la DE está provocada por una combinación de factores físicos y psicológicos por lo que es importante una evaluación médica adecuada (enfermedades asociadas, medicación, etc).

Causas Físicas

Enfermedades vasculares: Diabetes, enfermedades cardiovasculares, tensión alta, fallo renal.

Efectos post-operatorios: Después de una cirugía de próstata o de la parte inferior del intestino (recto).

Otras enfermedades: Cáncer de próstata, enfermedades neurológicas (Esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson), traumatismos.

Efectos secundarios de medicamentos: Uso de tranquilizantes, antidepresivos, betabloqueantes y ciertos antipsicóticos.

Causas Psicológicas: Estrés y problemas emocionales.

¿Cómo están relacionados el estrés y la ansiedad con la disfunción eréctil?

Se piensa que entre el 10-20% de los casos de DE están causados por factores psicológicos como el estrés, la ansiedad y la depresión. Aunque no está claro cómo la provocan, se entiende que un hombre tiene que sentirse relajado para conseguir una erección. El estrés y la ansiedad provocan tensión en el cuerpo que a su vez provoca que los vasos sanguíneos en el pene se contraigan reduciendo el flujo de sangre que se necesita para una erección. Sentirse tenso y ansioso también afecta a los nervios del pene que ayudan a mantener una erección.

El estrés se puede relacionar con varios factores incluyendo problemas de dinero, presión en el trabajo o problemas en las relaciones interpersonales. La DE en sí misma a menudo es una gran fuente de estrés y ansiedad para muchos hombres y puede llevar a provocar ansiedad que hace que el problema sea todavía peor.

Los síntomas de estrés y ansiedad pueden incluir: Problemas de sueño, tensión muscular, Ritmo cardiaco irregular, fatiga, irritabilidad, Mareos y respiración rápida o superficial.

¿Cómo se relacionan las diferentes causas físicas con la disfunción eréctil?

Tanto los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, exceso de peso, sedentarismo, colesterol elevado) como la hipertensión y la diabetes producen alteraciones vasculares en todo el organismo. Los vasos sanguíneos del pene son aún más finos por lo que la arterioesclerosis les afecta en mayor medida.

¿Los fármacos para tratarla los podemos usar todos sin restricciones?

Un examen médico completo y la revisión de la historia clínica del paciente deben ser realizados para determinar un diagnóstico de la DE y así detectar las causas probables e identificar el tratamiento apropiado.

Es relevante remarcar que se tratan de medicamentos para una condición médica y psicológica específica: la DE. Aunque actualmente hay personas que lo usan para mejorar su rendimiento sexual. En el mercado existen varios: Viagra ® (más conocido), Cialis®) y Levitra®

En los últimos dos años se ha advertido la facilidad con la que se compran ciertos fármacos a través de Internet y los utilizados para el tratamiento de la DE son los más vendidos por este medio (sobre todo Viagra ®). Esto en realidad es un peligro porque se puede vender a pacientes para los que no está indicado, causando problemas de salud o simplemente no dando resultados efectivos. Por eso, **el único lugar seguro para obtenerlos son las farmacias**.

Este tipo de medicamento ayuda a la mayoría de los hombres con DE a lograr erecciones más rígidas y a mantenerlas durante la actividad sexual.

Tengamos en cuenta que estos productos *no son afrodisíacos*, no actúan en el cerebro ni en el corazón, sino en los cuerpos cavernosos del pene, siempre en presencia del deseo y del estímulo sexual y como todos los medicamentos tienen contraindicaciones y precauciones. Es importante tener en cuenta que si no hay una estimulación sexual estos fármacos no causarán una erección, como tampoco aumentará el interés sexual (libido), ni mejorará la excitación sexual y no actúan sobre la eyaculación ni el orgasmo. Aunque de manera indirecta, al dar mayor confianza y seguridad puede aumentar los niveles de excitación y deseo sexual.

Los **efectos secundarios** más comunes son: dolor de cabeza, enrojecimiento de la cara y malestar estomacal. Los menos comunes son visión azulada o borrosa, o sensibilidad a la luz. Estos pueden durar poco tiempo.

Las contraindicaciones incluyen:

- Pacientes que están tomando óxidos nítricos, nitritos y nitratos orgánicos.
- Pacientes en quienes la relación sexual es desaconsejable debido a factores de riesgo cardiovascular.
- Insuficiencia hepática o renal severas.
- Hipotensión arterial.
- Infarto de miocardio reciente.
- Patología de retina degenerativa de tipo hereditario.

Cerebro feliz

Natalia López Moratalla
Catedrática de Bioquímica y Biología Molecular
Universidad de Navarra

Búsqueda de la felicidad

Ser feliz, hacia lo que se encamina la vida de cada persona, tiene caminos universales. Las neurociencias actuales, con su capacidad de mostrar en imágenes qué ocurre en el cerebro de una persona mientras realiza una actividad concreta, resuelve un dilema, toma una decisión, etc., permite poner de manifiesto que todo ser humano nace predispuesto a la felicidad.

La capacidad de comunicarse con los gestos es innata, un lenguaje universal. Es conocido que niños sordos o ciegos de nacimiento, que de ninguna forma pueden conocer y aprender lo que es reír, lo hacen cuando están satisfechos o alegres.

La risa está provocada por la percepción de la discrepancia, de lo absurdo. Reírse de lo disparatado, con verdad y con legitimidad, significa que somos capaces de percibir que este mundo no es ni lo único, ni lo último. Significa que hay un ámbito de realidad en el que el hombre vive libre sin riesgo. Realmente si uno puede reírse de algo lo puede superar. La alegría es una emoción primaria, básica, y como emoción positiva hace mejor a la gente. La felicidad, como conjunto de sentimientos estables, es compatible con el dolor. La queja por el sufrimiento presupone que el mundo debería ser de otra forma; el sufrimiento aparece como un sin-sentido. De hecho, el hombre tiene la capacidad innata de encontrar sentido en su vida a lo que le ocurre y hasta aquello que no se entiende. Y tal capacidad se aprende y se desarrolla. Se puede ser feliz, en medio de dificultades serias, si se dilata la capacidad de recibir consuelo. Y uno puede ser consolado si experimenta vitalmente que no está solo en la frialdad de los espacios estelares. Tiene más que ver con el corazón que con las razones generales o teóricas.

La queja por lo que pasa en el mundo, o de lo que me pasa a mí, es una queja de sentido de la vida. Presupone que sé, y me lo recuerda sentirme querido, que todo tiene sentido. Lo que más rechina en la vida es sentir, de algún modo, que no se es irremplazable, sino moneda de cambio.

¿Cómo procesa nuestro cerebro el sentido del humor?

El tipo más universal de chiste es el del juego de palabras. La apreciación del humor supone básicamente la percepción de las incongruencias, para lo que son necesarias varias estructuras cerebrales.

En primer lugar, entender el chiste involucra las áreas que constituyen la central que procesa el lenguaje, la central que detecta errores y la memoria a corto plazo.

La lectura del chiste aporta la información desde la corteza visual que activa las áreas implicadas en el procesamiento del lenguaje. La salida absurda, el final inesperado, provoca un quiebro en el pensamiento. Y curiosamente, nuestro cerebro está naturalmente preparado para predecir esos fallos. Dispone de la llamada "Central Anunciadora de Errores", localizada en la zona media-posterior la corteza frontal: allí las neuronas están en medio de los dos lóbulos frontales y se disparan en cuanto una acción se aparta de lo correcto. Otras áreas del hemisferio derecho son necesarias para reconocer la historia desde la perspectiva surrealista en que se sitúan los personajes. Esta capacidad creativa es muy intensa en los cómicos, mientras que quienes tienen el hemisferio derecho dañado no entienden los chistes, ni reconocen los aspectos cómicos de la vida.

El comienzo lógico de la historia, con la expectativa que sugiere, debe quedar retenido en el tiempo hasta que acabe el chiste. Para ello disponemos de la memoria a corto plazo. Para reconocer la incongruencia es preciso que se yuxtapongan los dos estados mentales, lo lógico y lo ilógico, de forma que se mantengan sincronizados para generar el giro mental: el paso de un estado a otro y con ello la comprensión de lo humorístico. Esto es, requiere mente flexible.

En segundo lugar, al entender el chiste se despierta la emoción placentera de lo divertido. Se activa el sistema de recompensa-placer, que emplea el neurotransmisor dopamina. De esta forma la persistente búsqueda del error, innata y genuinamente humana, supone una fuerte motivación natural al aprendizaje. La usamos también para modificar la conducta. Motiva de forma natural e innata la búsqueda de la verdad.

Aunque encontrar la salida absurda más o menos divertida es muy personal, la emoción positiva se procesa con más intensidad en el cerebro femenino.

Por último, una vez procesado el golpe, el regocijo por la sorpresa del desenlace, es el estímulo que desencadena la respuesta, la carcajada. Como con el ejercicio corporal, la emoción de diversión se somatiza en la carcajada como contracciones musculares, aceleración de los latidos cardíacos, aumento de la presión arterial, de la frecuencia respiratoria y del aporte de oxígeno.

Reír es saludable

Las emociones positivas contribuyen al equilibrio. En cierto sentido, la carcajada desarma y hace perder el control rígido de uno mismo. El cuerpo queda distendido y disminuye la sensibilidad al dolor. Este efecto quizá se debe a una eliminación de endorfinas que desencadenan sensaciones placenteras en el cerebro, al tiempo que atenúan la transmisión de estímulos dolorosos.

En las personas con buen humor disminuye la concentración sanguínea de cortisol, la hormona del estrés. Y puesto que un cierto nivel de cortisol persiste en el hígado y disminuye las defensas inmunitarias, se entiende que la risa y el humor fortalezcan nuestra inmunología. Las personas que contrarrestan el estrés con el humor tienen un sistema inmunitario sano; sufren un 40% menos de infartos de miocardio o apoplejías, sufren menos dolores en los tratamientos dentales y viven cuatro años y medio más.

Por el contrario, cuando los sentimientos negativos perduran mucho tiempo producen agotamiento y perjudican al organismo.

Lo que fortalece nuestro cuerpo, y todavía más nuestra psique, no es la mera carcajada, sino la actitud de considerar el lado cómico del mundo. En los últimos años ha adquirido cierto predicamento la gimnasia diafragmática, el llamado "yoga de la risa", en que los ejercicios musculares, que incluyen carcajadas, se han de hacer obedeciendo una orden, sin ninguna situación cómica. Eso no propicia el humor, salvo que se dé el fenómeno de que el grupo entero de repente rompa a carcajadas.

La risa más gratuita y sana presupone siempre un sentimiento de comunidad, de complicidad con otras risas. Quien siempre anda malhumorado no sólo entorpece la actividad de su propio cerebro, sino que tensa la relación social. El humor sano es bondad que sonríe las tonterías, olvida las pequeñas miserias, desconoce la enemistad y contempla pacíficamente las equivocaciones humanas.

El sentido del humor abre a la riqueza de lo real, coloca en el sitio propio y da su justa medida a situaciones que si no, supondrían la tragedia de la soledad.

¿Es inocuo el uso de preparados de plantas en pacientes con enfermedades cardiacas?

Dr. Miguel Ángel Imízcoz Zubigaray
Cardiología. Complejo Hospitalario de Navarra

A modo de introducción quiero contar dos ejemplos vividos recientemente y que nos deben hacer reflexionar.

Hace unos meses ingresa una paciente sufriendo una situación de insuficiencia cardiaca grave. Al realizar su historia clínica nos comenta que lleva un tiempo siguiendo una dieta de adelgazamiento basada en limitar la cantidad de alimentos y sustituirlos por dos litros diarios de una infusión realizada con varias hierbas, algunas de las cuales tienen efecto diurético (aumentan la cantidad de orina).

El otro ejemplo lo presencié en un mercado ambulante. Una mujer se acercó al vendedor de plantas medicinales, que se encontraban expuestas al sol en pequeños sacos con un lacónico titular: "reuma", "insomnio", "varices", así hasta un buen numero de dolencias y dirigiéndose a él le pidió: "Juan...ponme un poco para la tensión, otro poco para el reuma y un poco para adelgazar", el vendedor, solícito, mezcló varias plantas de las expuestas en una única bolsa.

Estos dos casos, posiblemente exagerados, pero reales, expresan situaciones que son cada vez más frecuentes, dando por sentado para buena parte de la sociedad que el tratamiento con plantas no es dañino ni supone riesgos para la salud. Esta idea se basa en el concepto tranquilizador de que lo "natural es inocuo y beneficioso", pero que nos obliga a preguntarnos: el uso de preparados de hierbas ¿es también inocuo en las personas que padecen del corazón?

Es cierto que no vamos a discutir el posible beneficio que supone consumir preparados de hierbas. La realidad es que desde que conocemos datos de historia de la medicina el hombre ha utilizado para sanar todo lo que tenía a su alcance, y especialmente las plantas de su entorno y sus derivados. Por ejemplo el extracto de palma ya lo utilizaban los egipcios para la infección de la orina en el hombre en el siglo XV antes de Cristo. Hipócrates ya describe el uso de hipericum, la que hoy conocemos como planta de San Juan. Por otra parte, en la primera revisión de fármacos que se hizo en Estados Unidos en el año 1820, los dos tercios de los registros incluidos tenían su origen en la botánica.

Actualmente también son muchos los fármacos que tienen su origen en alguna planta, por ejemplo la digoxina utilizada para el corazón procede de la dedadina, algún tratamiento anticanceroso como el taxol tiene su origen en el tejo del pacifico o un analgésico de uso corriente como el ácido acetil salicílico se extraía de la corteza del sauce. Actualmente hasta unos 120 productos de uso frecuente en medicina tienen su origen en la botánica. De hecho a día de hoy existen laboratorios que estudian el efecto beneficioso y los efectos secundarios de algunas plantas.

Entonces ¿Cuál es la diferencia entre tomarlo en forma de infusión adquirida por libre o hacerlo en forma de comprimido? Las dos diferencias fundamentales es que el comprimido es la forma activa sintetizada y por tanto se le han eliminado los elementos no activos o incluso perjudiciales que podemos ingerir al tomarlo de forma no purificada y en segundo lugar evitamos las variaciones de dosis que tomamos, ya que en un comprimido tomamos una cantidad exacta y siempre igual de principio activo.

No es posible repasar todas las plantas, pero hay dos aspectos a tener en cuenta; que la planta contenga algún principio activo que sea tóxico para el corazón, especialmente si este ya está algo enfermo e incluso efectos que puedan alterar el funcionamiento cardiaco y, en segundo lugar, plantas que interfieran con alguno de los tratamientos que lleva el paciente.

Efectos tóxicos para el corazón o sobre el ritmo cardiaco

Pueden ser muchas las plantas que contengan sustancias directamente tóxicas para el corazón, pero sirvan como ejemplo algunas que se encuentran en nuestro medio como alguna variedad de adelfa recomendado su uso para evitar calambres musculares, aliviar síntomas en algunos casos de cáncer, hepatitis, psoriasis o asma y sin embargo se han descrito casos de bloqueo cardiaco, aumento importante del potasio en sangre, arritmias cardiaca e incluso la muerte por su uso. No pensemos que el aumento de riesgo de arritmias se limita solamente a esta planta, este efecto también lo tienen otras como el regaliz usado a dosis altas. Otra hierba tan utilizada en nuestro medio para la depresión como es la planta de San Juan puede aumentar la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, pudiendo disminuir además la eficacia de la digital, incluso el aloe vera tomada por boca (indicada para el control de diabetes) puede llegar a provocar arritmias cardiacas si el paciente tiene predisposición a padecerlas.

Interferencias con los tratamientos habituales

Este apartado es sin duda el más importante, y son muchas las hierbas que interfieren con los efectos de algunos medicamentos y pueden aumentar o disminuir su efecto. El primer grupo de pacientes son aquellos que toman medicamentos anticoagulantes, que son fármacos que requieren controles minuciosos y regulares para calcular la dosis diaria que debe tomar cada paciente. Un exceso de dosis aumenta el riesgo de hemorragia y una dosis por debajo de la necesaria aumenta el riesgo de formación de trombos. La lista de interferencias es muy extensa y quiero destacar que pueden aumentar el efecto de los anticoagulantes y por tanto aumentar el riesgo de sangrado plantas tan próximas como la alfalfa, utilizada en infusión e indicada en artritis, asma, diabetes o en colesterol alto. Otra planta de uso frecuente como la angélica china o dong quai que se utiliza para aliviar molestias menstruales también puede aumentar el riesgo de sangrado y hasta otra planta de uso tan cotidiano en nuestro medio como el ajo, utilizada en forma de extracto o concentrado ha demostrado que puede aumentar el efecto de los anticoagulantes y predisponer al sangrado, hasta el punto que algún grupo quirúrgico aconseja no tomarlo en los días previos a una intervención.

Otro grupo de plantas que pueden interferir con tratamientos son aquellas que tienen efecto diurético, aumentando la cantidad de orina, por tanto la perdida de sales en sangre, especialmente el potasio, y en consecuencia también mayor predisposición a padecer arritmias cardiacas.

En resumen, se debe recordar que solo porque un producto de hierbas se considere como "natural" no siempre es inocuo.

Los preparados de hierbas pueden actuar como un medicamento y por tanto tener las mismas limitaciones y problemas para su uso. Estos riesgos pueden aumentar si se usan a dosis mayores de las aconsejadas.

Al desconocerse algunos de los ingredientes activos de una gran cantidad de plantas, se deben utilizar con precaución, especialmente en los grupos de mayor riesgo como son las embarazadas, lactantes o pacientes con enfermedades cardiacas que sigan algún tratamiento con fármacos para su dolencia cardiaca por el riesgo de interactuar entre ellos.

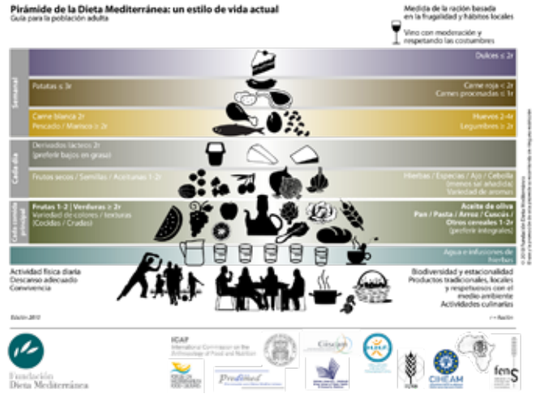
Antes de comenzar un tratamiento de este tipo consulte con su médico, enfermera o farmacéutico.

Por cierto, la paciente que he contado al principio fue sometida a tratamiento para la insuficiencia cardiaca, reanudando la alimentación normal y suspendida la infusión que tomaba, al cabo de unos meses su función cardiaca se normalizó. Lo que no he tenido información es de la mujer del mercadillo.

La dieta mediterránea, patrimonio cultural inmaterial de la Unesco

Dra. Ana Zugasti Murillo
Especialista en Endocrinología y Nutrición
Sección de Nutrición Clínica y Dietética
Complejo Hospitalario de Navarra

Desde el 16 de noviembre del 2010 la dieta mediterránea se haya inscrita en la lista de Patrimonio Cultural de la UNESCO. La dieta mediterránea es un conjunto de competencias, conocimientos, prácticas y tradiciones relacionadas con la alimentación humana, que van desde la tierra a la mesa, abarcando los cultivos, las cosechas y la pesca, así como la conservación, transformación y preparación de los alimentos y, en particular, el consumo de éstos. En el modelo nutricional de esta dieta los ingredientes principales son el aceite de oliva, los cereales, las frutas y verduras frescas o secas, una proporción moderada de carne, pescado y productos lácteos, y abundantes condimentos y especias, cuyo consumo en la mesa se acompaña de vino o infusiones, respetando siempre las creencias de cada comunidad. La dieta mediterránea –cuyo nombre viene de la palabra griega diaita, que quiere decir modo de vida– no comprende solamente la alimentación, ya que es un elemento cultural que propicia la interacción social, habida cuenta de que las comidas en común son una piedra angular de las costumbres sociales y de la celebración de acontecimientos festivos. Asimismo, está arraigada en una actitud de respeto hacia la tierra y la biodiversidad y garantiza la conservación y el desarrollo de actividades tradicionales y artesanales vinculadas a la agricultura y la pesca en muchas comunidades de países del Mediterráneo.



Historia

A lo largo de milenios los pueblos mediterráneos han acumulado hábitos propios y reconocibles que trasladan a la mesa culturas y paisajes diferenciados y singulares. Íberos, Celtas, Griegos, Romanos, Bárbaros y Árabes, todos han contribuido a establecer la actual "trilogía mediterránea" de pan, aceite y vino. Desde el Próximo y Medio Oriente llegaron al Mediterráneo los cereales, las legumbres, la zanahoria, la cebolla, los ajos, la ciruela, el melocotón, el cerezo, el albaricoque, el manzano, el peral, el nogal, el avellano y el castaño. De Europa provienen la remolacha, la achicoria, la col y los espárragos; de Lejano Oriente, los garbanzos, el sésamo, el pepino, la berenjena, la mostaza, la albahaca, los cítricos, el mijo de India; del Sudeste asiático y Oceanía el arroz, el romero, la pimienta, el sésamo, el cardamomo, el jengibre, la albahaca, el pepino, la sidra, la caña de azúcar; de África, el melón, la sandía, los dátiles; y de América, el maíz, la judía, la patata, el tomate, el pimiento, el calabacín, la calabaza. Pocas comidas mediterráneas serían imaginables sin estas aportaciones. Gracias a estas aportaciones, se configuró uno de los modelos alimentarios más saludables del mundo.

En los últimos años se han publicado numerosos estudios en los que se han demostrado los efectos protectores de la dieta mediterránea contra enfermedades cardiovasculares o neurodegenerativas e incluso contra distintos tipos de cáncer.

10 recomendaciones básicas de la Dieta Mediterránea

1- Utilizar el aceite de oliva como principal grasa de adición. Es el aceite más utilizado en la cocina mediterránea. Es un alimento rico en vitamina E, beta-carotenos y ácidos grasos monoinsaturados que le confieren propiedades cardioprotectoras. Este alimento representa un tesoro dentro de la dieta mediterránea, y ha perdurado a través de siglos entre las costumbres gastronómicas regionales, otorgando a los platos un sabor y aroma únicos.

2- Consumir alimentos de origen vegetal en abundancia: frutas, verduras, legumbres y frutos secos. Las verduras, hortalizas y frutas son la principal fuente de vitaminas, minerales y fibra de nuestra dieta y nos aportan al mismo tiempo, una gran cantidad de agua. Es fundamental consumir 5 raciones de fruta y verdura a diario. Gracias a su contenido elevado en antioxidantes y fibra pueden contribuir a prevenir, entre otras, algunas enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

3- El pan y los alimentos procedentes de cereales (pasta, arroz y especialmente sus productos integrales) deberían formar parte de la alimentación diaria. El consumo diario de pasta, arroz y cereales es indispensable por su composición rica en carbohidratos. Nos aportan una parte importante de energía necesaria para nuestras actividades diarias. Hay que tener en cuenta que sus productos integrales nos aportan más fibra, minerales y vitaminas.

4- Los alimentos poco procesados, frescos y de temporada son los más adecuados. Es importante aprovechar los productos de temporada ya que, sobre todo en el caso de las frutas y verduras, nos permite consumirlas en su mejor momento, tanto a nivel de aportación de nutrientes como por su aroma y sabor.

5- Consumir diariamente productos lácteos, principalmente yogurt y quesos. Nutricionalmente hay que destacar que los productos lácteos son excelentes fuentes de proteínas de alto valor biológico, minerales (calcio, fósforo, etc.) y vitaminas. El consumo de leches fermentadas (yogurt, etc.) se asocia a una serie de beneficios para la salud porque estos productos contienen microorganismos vivos capaces de mejorar el equilibrio de la microflora intestinal.

6- La carne roja se tendría que consumir con moderación y si puede ser como parte de guisos y otras recetas. Y las carnes procesadas en cantidades pequeñas y como ingredientes de bocadillos y platos. Las carnes contienen proteínas, hierro y grasa animal en cantidades variables. El consumo excesivo de grasas animales no es bueno para la salud. Por lo tanto, se recomienda el consumo en cantidades pequeñas, preferentemente carnes magras, y formando parte de platos a base de verduras y cereales.

7- Consumir pescado en abundancia y huevos con moderación. Se recomienda el consumo de pescado azul como mínimo una o dos veces a la semana ya que sus grasas –aunque de origen animal- tienen propiedades muy parecidas a las grasas de origen vegetal a las que se les atribuyen propiedades protectoras frente enfermedades cardiovasculares. Los huevos contienen proteínas de muy buena calidad, grasas y muchas vitaminas y minerales que los convierten en un alimento muy rico. El consumo de tres o cuatro huevos a la semana es una buena alternativa a la carne y el pescado.

8- La fruta fresca tendría que ser el postre habitual. Los dulces y pasteles deberían consumirse ocasionalmente. La frutas son alimentos muy nutritivos que aportan color y sabor a nuestra alimentación diaria y son también una buena alternativa a media mañana y como merienda.

9- El agua es la bebida por excelencia en el Mediterráneo. El vino debe tomarse con moderación y durante las comidas. El agua es fundamental en nuestra dieta. El vino es un alimento tradicional en la dieta mediterránea que puede tener efectos beneficiosos para la salud consumiéndolo con moderación y en el contexto de una dieta equilibrada.

10- Realizar actividad física todos los días, ya que es tan importante como comer adecuadamente. Mantenerse físicamente activo y realizar cada día un ejercicio físico adaptado a nuestras capacidades es muy importante para conservar una buena salud.

Nueva pirámide alimentaria de la Dieta Mediterránea

La pirámide tradicional de la Dieta Mediterránea se ha puesto al día para adaptarse al estilo de vida actual. Por iniciativa de la Fundación Dieta Mediterránea y en colaboración con numerosas entidades internacionales, un amplio grupo de expertos pertenecientes a disciplinas diversas, desde la nutrición a la antropología, pasando por la sociología y la agricultura, ha consensuado un nuevo esquema que enriquece la representación gráfica con la incorporación de elementos cualitativos. La nueva pirámide, publicada en 2010, sigue la pauta de la anterior: sitúa en la base los alimentos que deben sustentar la dieta, y relega a los estratos superiores, gráficamente más estrechos, aquellos que se deben consumir con moderación. Pero además se añaden indicaciones de orden cultural y social, íntimamente ligados al estilo de vida mediterráneo, desde un concepto de la dieta entendida en un sentido más amplio. No se trata tan sólo de dar prioridad a un determinado tipo de alimentos, sino a la manera de seleccionarlos, de cocinarlos y de consumirlos. También refleja la composición y número de raciones de las comidas principales, estableciendo las pautas alimentarias de cumplimiento diario, semanal y ocasional, para lograr una dieta saludable y equilibrada. La pirámide sitúa en la base los alimentos de origen vegetal, que proporcionan nutrientes clave y otras sustancias protectoras que contribuyen al bienestar general y a conseguir una dieta equilibrada. Por estas razones, deberían ser consumidos con mayor proporción y frecuencia que los alimentos situados en los niveles centrales y en el vértice. Estos últimos se deberían consumir en cantidades moderadas, o de manera ocasional, reservándolos para ocasiones festivas y excepcionales.

Los beneficios de la Dieta Mediterránea sobre la salud y su papel en la prevención de muchas enfermedades crónicas son hoy por hoy una evidencia científica. La pirámide que la representa incluye todos los grupos de alimentos. Que una dieta sea saludable o perjudicial depende de la proporción de cada uno de estos grupos y de la frecuencia de consumo. El patrón es una pauta para la alimentación de la población adulta sana y debe ser adaptado a las necesidades específicas de los niños, las mujeres embarazadas y otras condiciones de salud.

http://fdmed.org/dieta-mediterranea/

Nutrición en el niño deportista

Félix Sánchez-Valverde y Verónica Etayo
Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra
Javier Ibáñez
Instituto Navarro de Deporte y Juventud

En nuestro modelo de sociedad, el deporte supone en muchas ocasiones la garantía de una actividad física reglada en los niños y niñas. El medio en que se mueven los niños es sedentario (antiactividad física) y se hace necesario seducir a la juventud para que entiendan el deporte como una inversión en salud a corto, medio y largo plazo. Todos los agentes de la salud implicados y en contacto con los niños tienen que ejercer una política activa en la promoción de la práctica deportiva.

En España, uno de cada tres niños y niñas de 6 a 15 años realizan algún tipo de deporte o de entrenamiento físico varias veces a la semana. Es evidente que la actividad física, el rendimiento deportivo y la recuperación mejoran con una alimentación adecuada. Se recomienda una selección apropiada de alimentos, de líquido y de suplementos nutricionales, y del momento de su ingesta, para tener un rendimiento físico óptimo y una buena salud.

Aspectos nutricionales generales de la actividad deportiva en pediatría

La alimentación diaria del deportista no tiene que ser diferente de la recomendada para la población en general El porcentaje de calorías en niños en actividad deportiva competitiva es 55-58 % de Carbohidratos, 25-30% de grasas y 12-15% de proteínas. Si se respetan estos porcentajes, y la dieta es normocalórica, el deportista podrá obtener todos los nutrientes que necesita: de 6 a 10 gr./k/día de hidratos de carbono, de 1.2 a 1.7 gr./k/día de proteínas, la grasa y micronutrientes que se consideran necesarios para un rendimiento físico óptimo.

Las necesidades energéticas totales van a tener en cuenta las necesidades basales a las cuales hay que añadir las que se gastan en las diversas actividades deportivas.

TABLA I. Consumo calórico según práctica deportiva (5)

Deporte	Consumo medio de kcal/minuto
Ciclismo	4-11 Kcal./minuto
Baile	3,3-7 Kcal./minuto
Futbol	8,9 Kcal./minuto
Golf	5 Kcal./minuto
Gimnasia	2,5-6,5 Kcal./minuto
Carreras	10-16 Kcal./minuto
Tenis	7,1 Kcal./minuto
Skate	11,5 Kcal./minuto
Esquí	10,8-18,6 Kcal./minuto
Natación	10,8-18,6 Kcal./minuto
Lucha	14,2 Kcal./minuto

Aspectos prácticos de la nutrición del niño deportista

Alimentación previa a la competición

Los dos objetivos fundamentales de la comida previa a la competición son: completar las reservas corporales de glucógeno y la correcta hidratación, especialmente en situaciones de calor y humedad. Se sabe que la comida precompetitiva tiene que ser rica en hidratos de carbono de rápida, intermedia y lenta asimilación, y baja en grasa y fibra, con el objetivo de rellenar las reservas hepática y muscular de glucógeno. Para ello no sólo son útiles los espaguetis, también lo son el resto de alimentos ricos en carbohidratos. En definitiva, lo fundamental es una comida que aporte unos 3 gr./kg. unas 3 horas antes de una competición o 2 gr./Kg.si faltan 2 horas. Además, hay que tener en cuenta que puesto que la mayoría de escolares entrenan después de las clases de la tarde, la comida de mediodía a menudo se convierte en un alimento muy importante antes de un entrenamiento prolongado y/ o intenso.

Alimentación durante la competición

Durante una actividad física corta, de menos de una hora de duración, en condiciones de calor y humedad, el objetivo prioritario debe ser la hidratación. Para ello son recomendables bebidas isotónicas o hipotónicas con un contenido de glucosa y maltodextrina inferior al 5-6%. En el otro extremo, cuando el ejercicio físico se prolonga por espacio de más de una hora, con unas condiciones atmosféricas de baja temperatura, el objetivo prioritario será aportar hidrato de carbono de rápida asimilación (p.ej. glucosa y maltodextrina) en una cantidad de 0,7-1 gr./k/hora . En condiciones atmosféricas de calor y humedad, cuando el evento deportivo va a prolongarse más de una hora, la bebida debe contener de 0.5 a 1 g de sodio/litro, y el contenido de carbohidratos de rápida asimilación debe estar en una concentración de un 7- 8%.

Alimentación después de la competición

La recuperación rápida de las reservas del glucógeno después de una sesión de entrenamiento o de una competición es fundamental si se quiere mantener un rendimiento óptimo en sucesivas sesiones de entrenamiento o en competiciones muy seguidas. Sin embargo, la velocidad con la que el músculo puede recuperar sus reservas de glucógeno va a estar estrechamente relacionada con tres factores dietéticos: el tiempo transcurrido entre la finalización del ejercicio físico y el comienzo en el consumo de carbohidratos, el tipo de carbohidrato elegido y la cantidad ingerida. Se recomienda diferentes pautas para la recuperación de las reservas de glucógeno en relación con la duración e intensidad del ejercicio físico. Cuando una sesión de ejercicio físico ha sido de intensidad moderada-fuerte y de una duración superior a 1 hora, el deportista debería ingerir de 1.0 a 1.2 g de carbohidratos/Kg/hora, a intervalos frecuentes, en las cuatro horas posteriores, teniendo también en cuenta la comida o cena que suele suceder a una competición o a una sesión de entrenamiento, y que debería contener unos 150g de hidratos de carbono. Cuando la actividad física diaria ha sido de duración moderada (~30- 60 minutos) y de baja intensidad, recomienda ingerir 5-7 g de carbohidratos/Kg./día. Si el ejercicio físico diario ha sido de duración moderada pero desarrollado a una intensidad fuerte, la ingesta de carbohidratos debería ser de 7- 12g carbohidratos/Kg./día. Por otro lado, si la sesión de ejercicio físico ha sido extremadamente prolongada, se deberá aportar una cantidad de carbohidratos equivalente a 10- 12 g de s carbohidratos/Kg./día. Una bebida energética que aporte una cantidad importante de hidratos de carbono será muy útil para conseguir ese objetivo y además ayudará en la rehidratación.

Fuentes de información en nutrición deportiva y otras consideraciones

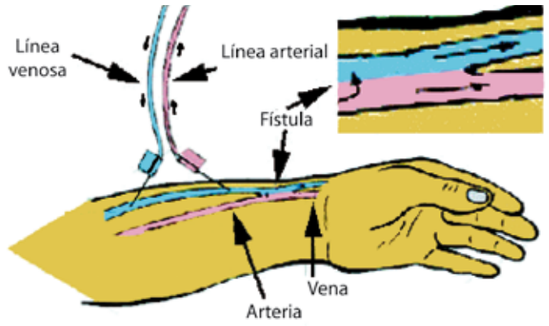
En el momento actual las vías de información sobre Nutrición son muy diversas. Por otra parte los niños son mucho mas sensibles a situaciones de desbalance nutricional y la repercusión directa de esta situación en ocasiones afecta a su crecimiento. Internet constituye actualmente una tremenda fuente de información y de venta de todo tipo de productos a disposición de todas las personas que practican deporte. Dicha información en muchas ocasiones es errónea, interesada y con falta de evidencia científica. Como norma general cualquier suplemento nutricional que se decida aplicar en la edad pediátrica ha de ser supervisado por el nutricionista y el pediatra por sus posibles efectos en la salud del niño o adolescente. Una de las razones de mayor peso para esto es que la mayoría de las publicaciones sobre aspectos nutricionales en el deporte no están demostradas en edad pediátrica y por este motivo hay que actuar de forma individualizada y es muy difícil dar consejos generales para todos los niños y adolescentes deportistas.

Recomendaciones nutricionales y dietéticas en el niño deportista

- Es necesario promocionar el deporte como medida positiva para la salud en toda la edad pediátrica.
- La alimentación diaria (habitual) de un niño deportista tiene que ser igual que la de la población general.
- El consumo de energía y líquidos durante la practica deportiva depende del tipo de deporte, de la intensidad con que se realice y de las condiciones físicas (aire libre, humedad, calor...) en que se desarrolle.
- Los aspectos nutricionales fundamentales de la práctica deportiva son: mantener la hidratación, y asegurar la disponibilidad de energía por el organismo a través del aporte adecuado de hidratos de carbono.
- En la alimentación previa a la competición es importante el tiempo que va a trascurrir entre la ingesta dietética y la práctica deportiva y será rica en hidratos de carbono de liberación lenta.
- En la alimentación durante la competición es necesario tener en cuenta el tiempo que va a durar la práctica deportiva, la intensidad y el lugar donde se realiza (aire libre o a cubierto). Dependiendo de esto la composición de la bebida isotónica o hipotónica puede cambiar en su composición de sodio e hidratos de carbono.
- Recordar la importancia de la alimentación después de la competición para preservar un buen rendimiento deportivo a través de una adecuada reposición nutricional.
- Los suplementos nutricionales (proteínas, aminoácidos...) están desaconsejados en la edad pediátrica.
- La necesidad de otros micronutrientes (hierro, vitaminas) tiene que ser valorada por los profesionales de la salud en el contexto de la realidad del niño en desarrollo, más que en el de su práctica deportiva.
- Cualquier tipo de intervención nutricional en un niño deportista debe ser controlado por el pediatra, médico deportivo y/o nutricionista.

Cuidados de la fístula arteriovenosa

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



La insuficiencia renal crónica es una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, se pierde la capacidad de filtrar y limpiar la sangre, el agua y los productos de desecho; esto lleva a una acumulación de líquido y productos de desecho en el organismo, que pueden ser tóxicos.

Los riñones están situados en la parte posterior del abdomen a ambos lados de la columna vertebral. Actúan como un filtro para retirar de la sangre el exceso de agua y productos de desecho; en pacientes con insuficiencia renal crónica no son capaces de limpiar la sangre por lo que es necesaria la diálisis, siendo el tipo más común la hemodiálisis.
Antes de iniciar la hemodiálisis, debe haber una manera de extraer la sangre del organismo y volver a introducirla.
Las arterias y venas típicamente son demasiado pequeñas; por eso es necesario realizar una intervención quirúrgica para crear un acceso vascular.
Hay varios tipos de accesos vasculares:

- El injerto que se crea uniendo una arteria y una vena del brazo con un tubo de plástico. El tubo de plástico se coloca de manera que forma un puente en forma de U debajo de la piel.
- El catéter, que se coloca en una vena del cuello o debajo de la clavícula, para uso transitorio hasta que la fístula arterio venosa o el injerto esté en condiciones de usarse. El catéter no se emplea como un acceso de uso permanente.
- La fístula arterio venosa, que es la más utilizada y es la que vamos a explicar a continuación.

¿Qué es la fístula arteriovenosa?

Consiste en la unión de una vena y una arteria, para permitir el flujo elevado de la sangre y disponer de una vena en condiciones adecuadas para la punción, a la hora de hacerse la hemodiálisis.
Esto se realiza mediante una pequeña intervención, normalmente bajo anestesia local y realizada por un cirujano vascular. Se suele efectuar en la muñeca o en el interior del codo. También puede hacerse en la pierna a nivel del muslo (en esta zona se hace cuando no hay mas remedio).

¿Cómo comprobamos que funciona?

El paciente debe notar a parte de la dilatación de la vena, un pequeño murmullo, ruido o vibración en la zona de la intervención, llamado fremito. Esto quiere decir que la fístula funciona.

Aspectos generales para el cuidado de la fístula

- Adecuada higiene corporal.
- Evite golpes y rozaduras en el brazo portador, ya que puede llevar a que la fístula deje de funcionar o sangre.
- No cargue peso con dicho brazo.
- No tomar NUNCA la tensión arterial en el brazo de la fístula.
- Evite apoyarse sobre el brazo de la fístula cuando descanse.
- No utilice ropas apretadas, bolsos, relojes u objetos que aprieten en el brazo de la FAV o fístula.
- Comunique al personal sanitario cualquier cambio en el aspecto de la fístula (inflamación, enrojecimiento, supuración, dolor, endurecimiento)
- No puncionar NUNCA el brazo portador de la fístula para una extracción de sangre u otras pruebas.
- Lavado del brazo con agua y jabón.
- En algunas ocasiones, que la fístula no se desarrolla lo suficiente hay que hacer ejercicios apretando una pelota de goma dura.
- Comprobar diariamente el funcionamiento de la fístula.

Cuidados de la fístula antes de la sesión de hemodiálisis

El objetivo de estos cuidados es evitar posibles complicaciones derivadas de una higiene deficiente, como las infecciones, que ponen en peligro la supervivencia de la fístula.

- Ducha o aseo general en el domicilio antes de acudir a diálisis. Una vez en la unidad se procederá ala lavado del brazo portador de la fístula arteriovenosa con jabón antiséptico.
- Una vez limpio el brazo se procede a su desinfección antes de realizar las punciones por parte del personal de enfermería de hemodiálisis.
- Después de la desinfección debe evitar roces y contactos con la zona.

Cuidados de la fístula después de la sesión de hemodiálisis

Después de la sesión y tras hacer hemostasia, se procederá a curar los puntos de punción con desinfectante, colocando después un apósito o tirita.
Tanto si se utiliza apósitos como hemostático local por sangrado abundante lo retirará en su domicilio mojándolo con agua, despegándolo despacio para evitar arrancar la costra que se forma.
Después aconsejamos lavarlo con agua y jabón.
En caso de hematomas deberá aplicar pomadas específicas varias veces al día masajeando la zona.

La diabetes y la salud de la boca

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

Los problemas de la diabetes surgen cuando hay demasiada glucosa en la sangre durante mucho tiempo. Estos niveles altos de glucosa en la sangre, también llamado azúcar en sangre, pueden dañar no solo los dientes sino también otros órganos del cuerpo como el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos y los riñones. Aproximadamente al 6% de la población, la padece, siendo más frecuente en personas de más edad. Todo ello hace que sea fundamental prevenir o retrasar estos problemas secundarios.

Todas las personas pueden tener problemas en la boca pero aquellas con diabetes tienen una posibilidad mayor de desarrollar enfermedades bucales, ya que los niveles altos de glucosa en la sangre contribuyen al mayor crecimiento de bacterias en la boca. Ese barrillo que se nos forma a todos diariamente en los dientes, especialmente cuando no tenemos una buena higiene dental, que si cogemos un poco con un instrumento y los observamos en un microscopio de contraste de fase vemos que está llena de microbios, formando la llamada placa bacteriana o biofilm, factor causal primario de la mayor parte de las infecciones de la boca como la caries, la inflamación de encías,...
Cuando una persona tiene un deficiente estado de salud, esto repercute en otros órganos. Así cualquier proceso infeccioso no solo caries o problemas de encías sino también muelas de juicio retenidas, restos radiculares, dientes desvitalizados con o sin tratamiento de conducto, osteítis,... Sin lugar a dudas son perjudiciales para la salud en general. Las infecciones de la boca en muchos casos pasan inadvertidas para el paciente, su sistema de defensa trata de mantener estos focos en estado crónico o latente con una exigencia extra, lo que perjudica el buen desempeño de las funciones en otros sitios.

¿Cómo la diabetes puede dañar las encías de los dientes?

El cuerpo humano funciona como una unidad, no como la suma de las diferentes partes, esto hace que la relación entre salud de las encías y la diabetes funciona con un doble sentido. De una parte como cualquier tipo de infección altera el nivel de azúcar en sangre, por ello las enfermedades de las encías (infecciones) dificultan el control de la glucosa (azúcar), por lo tanto pueden agravar la evolución de la diabetes, ya que se incrementan los periodos de tiempo en los cuales el cuerpo se ve obligado a funcionar con niveles altos de glucosa en sangre (hiperglucemia), causa de la mayoría de las complicaciones de la diabetes.
Por otro lado, una diabetes presenta mayor tendencia a padecer las enfermedades de las encías (gingivitis o periodontitis=piorrea), hasta 3 veces por encima de lo normal, provocando una respuesta inflamatoria exacerbada frente a las bacterias patógenas presentes en las encías. La diabetes también puede causar daños en las arterias y también en los vasos sanguíneos pequeños, llamados capilares que no dejan llegar la cantidad necesaria de sangre a las encías, lo que las hace más vulnerables.
Los primeros signos de los problemas de encías son enrojecimiento y sangrado en las encías sobre todo al cepillado. Estos problemas sino se controlan a tiempo, empeoran a periodontitis, una infección más avanzada que daña las encías y los huesos de los maxilares que sujetan los dientes. Algunas personas incluso llegan a perder los dientes debido a la falta continuada de un correcto cuidado llegando a graves infecciones en las encías. Por ello para los pacientes diabéticos resulta de gran importancia conocer el estado de salud de su boca, acudiendo periódicamente a la cita de control y mantenimiento de su boca por parte del dentista.

La falta de saliva daña los dientes

Otro problema en la boca causado por la diabetes es que puede provocar que las glándulas salivales produzcan menos cantidad de saliva causando una afección llamada "boca seca" (xerostomía). La disminución del nivel de saliva generalmente presenta mayor índice de caries, agrava los problemas de encías, complica el mantenimiento de las prótesis dentales,...estas enfermedades pueden progresar rápidamente, dependiendo de la sequedad de la boca y otros factores como el nivel de placa bacteriana. Además las personas que tienen la boca seca sufren problemas de función al comer, hablar, tragar y al portar cualquier tipo de prótesis dental.

Medidas para mantener la salud de su boca en pacientes diabéticos

La persona que tiene diabetes, debe asegurarse de tener un mayor atención de su boca dirigido por el dentista para una correcta personalización de sus cuidados, el zapato que va bien a una persona no le va bien a otra. Las radiografías, el sondaje periodontal, nivel de placa bacteriana, test salivales, etc. permiten diagnosticar y detectar tempranamente problemas de la boca para poder manejarlas precozmente lo que aumenta un mejor pronóstico del tratamiento. Medidas generales en el paciente diabético para prevenir problemas en la boca:

- Controlar el nivel de glucosa en la sangre (visitar al médico).
- Cepillarse los dientes y usar seda dental todos los días.
- Hidratarse (beber agua) correctamente.
- Ir al dentista regularmente.(mínimo 1 vez al año).
- No fumar, ya que, empeora la enfermedad de las encías.

Nota: la visita al dentista es una gran oportunidad para detectar una diabetes.

Tubo endotraqueal estándar

Laringoscopio clásico de Macintosh

¿Me van a intubar?

Dr. Miguel Castañeda Pascual.
Dr. Mikel Batllori Gastón
Servicio de Anestesiologia y Reanimación
Complejo Hospitalario de Navarra "A"

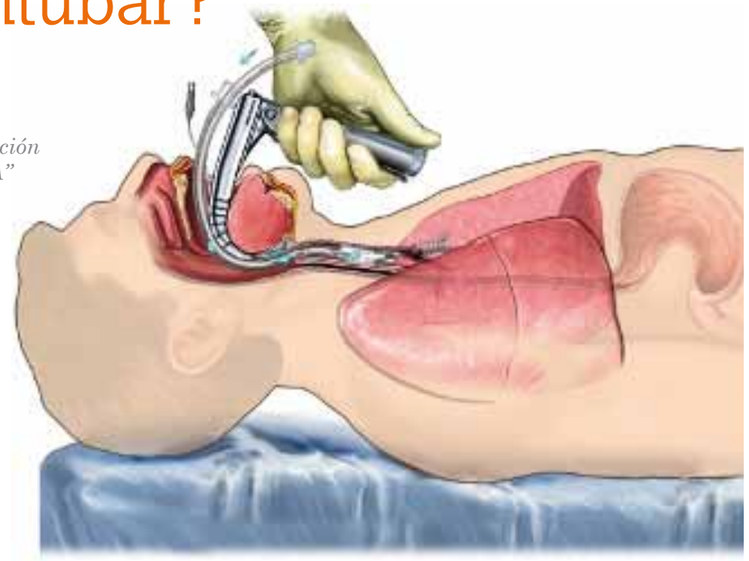


Imagen de maniquí durante la intubación

Esta es una de las preguntas que frecuentemente nos plantean con cierta preocupación los pacientes en la consulta preanestésica. Muchos de ellos relatan la impactante imagen de un enfermo intubado, que inevitablemente les evoca una sensación de gravedad. Como veremos, se trata en la mayor parte de los casos, de un sencillo trámite necesario en toda anestesia general, que no tiene porqué suponer trauma alguno al paciente que acude al quirófano.

¿Qué es la intubación endotraqueal?

Es la técnica mediante la cual se coloca un tubo de plástico (polivinilo) en la tráquea del paciente, con el fin de proporcionar una ventilación mecánica artificial. Tras la inducción de una anestesia general, el enfermo queda en apnea, es decir, la relajación de la musculatura respiratoria hace que deje de respirar de forma espontánea. Por ello, es necesario el aporte externo de oxígeno hacia los pulmones a través de ese tubo colocado en la entrada del árbol respiratorio.

¿Cuándo se realiza? ¿Para qué o por qué se intuba a los pacientes?

Ya hemos comentado que realizamos la intubación durante la anestesia general para procurar a los pacientes una respiración artificial. Otra situación en la que es mandatoria la intubación endotraqueal es aquella en la que existe alto riesgo de regurgitación del contenido gástrico y aspiración hacia el tracto respiratorio. En este caso, al intubar, conseguiremos aislar los pulmones del contenido digestivo evitando así una neumonía por aspiración.

Existen otras circunstancias que pueden requerir una intubación con mayor o menor grado de urgencia: una insuficiencia respiratoria aguda (crisis asmática, neumonía grave, enfermedades respiratorias terminales), un bajo nivel de consciencia que puede desencadenar una apnea prolongada (intoxicaciones, traumatismos, etc), una parada cardio-respiratoria, etc.

¿Quiénes realizan la intubación endotraqueal?

Aunque los anestesiólogos son los facultativos con mayor experiencia en el manejo de la vía aérea, existen otras especialidades que poseen los conocimientos y habilidades básicas para la realización de esta técnica: médicos intensivistas, médicos de servicios de urgencias, facultativos de ambulancias, etc.

En nuestra opinión, la intubación es una maniobra básica que debería ser dominada por todo médico, sea cual sea su especialidad. Sin duda, todo personal sanitario presente en medios quirúrgicos, salas de reanimación, UCI o servicios de urgencias, hospitalarios y extrahospitalarios, etc...debería conocer y dominar esta técnica.

¿Cómo se realiza?

Habitualmente, la colocación del tubo dentro de la tráquea se realiza con la ayuda de un aparato llamado laringoscopio. Con él, conseguimos despejar la vía aérea en su parte superior, hasta divisar las cuerdas vocales, punto de entrada del tubo hacia la tráquea. Se trata de una sencilla maniobra de apenas unos segundos de duración, que suele cursar sin incidencias.

Hoy en día disponemos de una amplia gama de dispositivos que facilitan el manejo de la vía aérea. Aunque el laringoscopio convencional sigue siendo la herramienta de elección para intubar un paciente, éste va dejando paso a utensilios cada vez más modernos y menos invasivos para el enfermo. De este modo, somos capaces de intubar a un paciente por difícil que sea con fibroscopios flexibles, laringoscopios ópticos, videolaringoscopios, dispositivos extraglóticos, etc.

¿Cuál es la diferencia entre "intubar" y "ventilar"?

Ya hemos aclarado que intubar es el acto por el cual colocamos el tubo dentro de la tráquea para poder ventilar posteriormente al paciente de modo artificial. El término ventilar es más amplio y de mayor importancia.

Ventilar supone aportar al paciente una mezcla de gases para asegurar su adecuada oxigenación y, por consiguiente, el óptimo metabolismo de todas las células y tejidos del organismo. Podemos ventilar a un paciente anestesiado o inconsciente sin estar intubado; esto lo conseguimos mediante el empleo de una mascarilla facial conectada a una bolsa-reservorio de oxígeno.

El hecho de no poder intubar a un paciente tiene solución mientras pueda ventilarse con normalidad, sin embargo, si no podemos ventilar al enfermo de la forma que sea, el pronóstico puede ser letal. Por ello, las muertes atribuidas a un incorrecto manejo de la vía aérea, no son por fallo en la intubación del paciente, sino porque no se le pudo ofrecer una ventilación correcta.

¿Voy a enterarme? ¿Voy a notar el tubo en mi garganta?

Rotundamente no. La intubación se lleva a cabo cuando el paciente ya ha perdido la consciencia y ha alcanzado un plano anestésico lo suficientemente profundo como para no provocar ningún estímulo nocivo durante las maniobras de laringoscopia e intubación. Si no se alcanzara dicha profundidad hipnótica, la intubación podría ser recordada por el paciente como algo doloroso y traumático.

Anestesiólogo intubando un paciente

Tras finalizar la cirugía, y cuando el enfermo recupera los reflejos de protección de la vía aérea y es capaz de respirar de modo espontáneo, se pedirá al paciente que abra la boca para retirar el tubo endotraqueal sin problema alguno.

¿Es posible la intubación en un paciente despierto?

Desde luego que sí. Es más, en determinados pacientes con alteraciones anatómicas que hacen sospechar una posible intubación y/o ventilación dificultosa está indicado. El objetivo en estos casos es conseguir la intubación sin que el paciente caiga en apnea, manteniendo la ventilación voluntaria en todo momento.

Para realizar una intubación en paciente despierto es fundamental explicar detenidamente al enfermo la técnica, ya que precisamos de cierto grado de colaboración por su parte. Cualquiera de los dispositivos anteriormente mencionados pueden ser usados para este tipo de intubación. Una ligera sedación y la aplicación de anestesia tópica o local, ayudarán al paciente a tolerar el procedimiento.

¿Es una técnica sencilla? ¿Pueden surgir dificultades o complicaciones?

Ya hemos comentado que, generalmente, la intubación es una rápida maniobra que no suele presentar dificultades, sin embargo, existen casos de intubación difícil o imposible. En estos casos, y dependiendo de la urgencia del procedimiento, la situación puede llegar a ser estresante y con un final impredecible. Nuestra obsesión, en todo momento, será asegurar el aporte de oxígeno a los órganos vitales (cerebro, corazón, riñones...). Para ello, ya sabemos que podemos conseguirlo mediante la intubación, o ventilando manualmente al paciente.

Aparte de la experiencia del intubador y del material disponible, el factor que más condiciona una intubación compleja viene determinado por el propio paciente. Su estado general, las enfermedades concomitantes, ciertos tratamientos farmacológicos y anomalías anatómicas a nivel cráneo-cérvico-facial pueden dificultar e imposibilitar estas maniobras de ventilación e intubación.

Por ejemplo, los pacientes obesos, pacientes pediátricos o embarazadas, poseen un reducido volumen residual pulmonar reflejado en un tiempo de apnea acortado, que implica un alto riesgo de hipoxia si no se realiza la intubación con premura.

Sin duda, y en determinados casos, esta simple técnica se puede convertir en una situación de verdadera urgencia, en la que no habrá tiempo que perder.

Doctor, ¿Soy difícil de intubar?

Tradicionalmente se ha cifrado entre un 1-5% la incidencia de vía aérea difícil en quirófano; ello incluye tanto la dificultad para intubar como para ventilar.

Existen "predictores" de vía aérea difícil, es decir, rasgos anatómicos o anomalías del paciente que, de ser positivos, nos hablarían de un riesgo aumentado de presentar una intubación o ventilación dificultosa.

Una apertura bucal y movilidad cervical limitada, pacientes con cuellos cortos y gruesos, la incapacidad de protruir el maxilar inferior (o de morderse el labio superior con los incisivos inferiores), una distancia interdentaria corta, un tamaño excesivo de la lengua, etc, son algunos rasgos que pueden predecir una intubación dificultosa.

Los predictores que pueden condicionar una ventilación manual difícil son: paciente anciano, la obesidad, la presencia de barba, pacientes roncadores y la ausencia de piezas dentales.

En todo caso, será el anestesiólogo quien, tras explorarle durante la visita preanestésica, le informará de la posibilidad de una dificultad en el manejo de la vía aérea, de las alternativas disponibles para abordarla y de aquella que sea más conveniente en su caso. Todo transcurrirá mejor si médico y paciente trazan la estrategia a seguir de modo conjunto desde el periodo preoperatorio.

Síndrome de piernas inquietas

Itziar Gastón
Facultativo Especialista de Área del Servicio de Neurología B
Complejo Hospitalario de Navarra

El Síndrome de Piernas Inquietas ha sido un gran desconocido hasta hace pocos años. La necesidad de mover las piernas que aparece en reposo, sobre todo por la tarde-noche, puede provocar una gran discapacidad en muchos casos. Su detección o reconocimiento, su diagnóstico y un tratamiento adecuado pueden mejorar la calidad de vida de estas personas, que con frecuencia desconocen que sufren un proceso tratable.

En los últimos años venimos oyendo hablar mucho del Síndrome de Piernas Inquietas (SPI). Pero exactamente ¿qué es, en qué consiste? Se trata de un proceso que ya fue descrito en el siglo de XVII pero no tomó este nombre hasta 1945. No podemos incluir bajo este síndrome cualquier movimiento de las piernas como pueden ser los tics u otros movimientos repetitivos que hace mucha gente en situaciones de nerviosismo o impaciencia y que pueden detener de forma voluntaria.
El SPI se define como una necesidad imperiosa de mover las piernas, generalmente acompañada o precedida de síntomas en las mismas, difíciles de explicar y que con frecuencia son relatados como pinchazos, pesadez, quemazón, hormigueos internos o sensación de tener bichos en las piernas….Además aparece o empeora en momentos de reposo, mejora o desaparece con el movimiento, caminar, estiramientos…Suelen aparecer o empeorar llamativamente por la tarde o por la noche, de forma que impiden el descanso o la conciliación del sueño. El beneficio que aporta la movilización suele ser temporal, sólo mientras se mantiene la actividad, por lo que al volver a reposo los síntomas reaparecen y así cíclicamente. Es fácilmente deducible que en los casos moderados o severos pueden afectar de forma severa al descanso nocturno (dificultad y retraso en la conciliación del sueño, despertares frecuentes durante la noche) con gran repercusión sobre la calidad de vida. En algunas ocasiones los síntomas pueden incapacitar también durante el día, de forma que las personas afectas no pueden ir al cine, teatro, espectáculos porque los síntomas reaparecen a los pocos minutos de permanecer sentados. Es muy típica la circunstancia en la que un paciente nos cuenta: "…no puedo coger el sueño porque noto una sensación extraña en las piernas que no puedo definir bien, pero me tengo que mover, me levanto y doy un paseo por la habitación o me doy unos masajes en las piernas, me las mojo con agua… y se pasa; cuando me tumbo, al poco rato vuelven los mismos síntomas"
No es fácil precisar a qué población afecta. Algunos casos son muy leves y por lo tanto no serán nunca diagnosticados pero si no resultan problemáticos, tampoco necesitarán un tratamiento. Se calcula que los casos con repercusión en la vida diaria pueden afectar aproximadamente al 2-4 % de la población. Es más frecuente en mujeres y alrededor del 60% de los casos tienen antecedentes de síntomas similares en familiares y habitualmente los síntomas acentúan con la edad. Hasta el 80-90% de los casos asocia otros movimientos nocturnos en piernas, involuntarios, llamados movimientos periódicos de las piernas, de los que el propio paciente no suele ser consciente pero que también pueden influir negativamente sobre la calidad del sueño.

¿Se conoce cuál es la causa del SPI?

En primer lugar hay que diferenciar entre SPI primario o que podríamos llamarlo "auténtico" y SPI secundario, que es aquél que se relaciona con otras enfermedades o circunstancias. En este último caben destacar como causas atribuibles la falta de hierro en sangre, el embarazo, la insuficiencia renal crónica, la toma de algunos fármacos como neurolépticos, antidepresivos, fármacos con acción antidopaminérgica (algunos medicamentos para favorecer la digestión, para los vértigos); también puede estar asociado a enfermedades reumáticas, a la diabetes o a polineuropatías (lesiones de nervios que llevan la sensibilidad y/o la fuerza a las piernas). El SPI primario no se asocia con ninguna de estas circunstancias y parece que tiene un origen cerebral, se relaciona con niveles bajos de hierro en el sistema nervioso central y éstos provocarían una disfunción a nivel de la dopamina, pero desconocemos cuál es la causa primera que provoca todos estos cambios.

¿Existe tratamiento para estos síntomas tan extraños?

En primer lugar hay que decir que no todos los casos de SPI van a precisar tratamiento, sólo en aquéllos en los que los síntomas incomoden.
En el SPI secundario habrá que tratar el proceso con el que se relaciona: aporte oral o intravenoso de hierro si éste está bajo, habrá que suspender medicamentos que puedan estar provocándolo o sustituirlos por otros, en algunos casos como la insuficiencia renal crónica o hemodiálisis los suplementos de hierro pueden ser beneficiosos. En los casos asociados a enfermedades reumáticas o polineuropatías con frecuencia hay que recurrir a los mismos tratamientos que en el SPI primario.
En el SPI en primer lugar hay que tomar medidas generales que favorezcan el sueño y evitar el consumo de tabaco, alcohol, café y otros excitantes que pueden empeorar los síntomas.
Si con las propuestas anteriores no es suficiente habrá que pasar al escalón siguiente: el tratamiento farmacológico. Ya hemos comentado previamente que en el SPI primario existe una disfunción dopaminérgica, por lo que el abordaje farmacológico se divide entre fármacos dopaminérgicos y no dopaminérgicos. Entre los dopaminérgicos se encuentran los tratamientos más utilizados en la actualidad: los agonistas dopaminérgicos. Se trata de fármacos que se unen a los receptores donde actúa la dopamina y realizan una acción similar a ésta. Hoy en día se utilizan tres, pramipexol, ropinirol y rotigotina, todos ellos con una eficacia similar en torno al 80-90% de los casos. El otro fármaco dopaminérgico es la levodopa, sustancia que tras ser ingerida será transformada en el cerebro en dopamina. En general con este grupo de tratamiento son necesarias dosis bajas de fármaco por lo que se toleran bien. En algunos casos ocurre un fenómeno llamado potenciación que consiste en el empeoramiento progresivo de los síntomas después de haber apreciado una mejoría temporal y que puede obliga al cambio de tratamiento. Dentro d los fármacos no dopaminérgicos s diferencian varios grupos: anticonvul sivantes (carbamazepina, gabapentina pregabalina), benzodiacepinas (clona cepam) y opiáceos, estos últimos par casos resistentes o más severos.
En conclusión, el SPI es un síndrom que aunque antiguo, ha sido un gr desconocido hasta hace unos añ a pesar de provocar gran discapa dad y merma en la calidad de v de las personas que lo sufren. l de sus problemas es su cronicid por la que los pacientes intentab acostumbrarse a él desconocien que se trata de una enferme dad. Tal y como hemos vist es fácilmente reconocible y sobre todo debemos saber existen opciones de diag- y tratamiento que apor- mejoría sustancial de y con ello de la cali- los pacientes.

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

La investigación clínica en la enfermedad de Alzheimer

Dr. Juan Lahuerta
Neurólogo. Director Médico de los centros de las Hermanas Hospitalarias en Navarra

La investigación de pocas enfermedades recibe tanta atención hoy como la que se realiza en la enfermedad de Alzheimer (EA). Muestra de este interés fue la designación del año que acaba de cerrarse, 2011, como"año de investigación en Alzheimer". ¿Por qué este gran interés e inversión de tantos recursos en la investigación de esta enfermedad? La razón está a la vista de todos: el sueño de la humanidad durante tantos siglos de vivir más años está dando lugar a esta epidemia. Hay más de 26 millones de enfermos de Alzheimer en el mundo, de ellos unas 600.000 personas en España y otras 200.000 sin diagnosticar. Las estimaciones de mayor supervivencia de las personas no hacen sino ensombrecer este panorama: la EA afecta al 10% de la población mayor de 65 años y casi al 50% de la población mayor de 85 años. En la actualidad el coste de dicha atención supone unos 30.000 euros al año por persona.

La respuesta a este importante reto pasa por la investigación clínica de la EA. De aquí la necesidad de concienciación de todos de la trascendencia del problema, de invertir en esta investigación y de dotarnos de personas preparadas y de medios que puedan cambiar este sombrío panorama. Las respuestas a por qué se desarrolla la EA, qué la causa, cómo evitarla o retrasarla, cómo mejorar los síntomas de las personas que la padecen y mejorar su actividad funcional e independencia, las van a proporcionar los estudios –muchos de ellos a largo plazo- que se están desarrollando o que van a iniciarse en todo el mundo.

La EA suele desarrollarse a lo largo de varios años y de forma progresiva. Con la enfermedad se produce un declive en la persona y se desarrollan defectos de las funciones cerebrales: pérdida de memoria, alteración del juicio, de la motivación, del lenguaje, de la comprensión, etc. Por decirlo de un modo gráfico, a la persona se le roba su propio ser y deja de ser la que siempre fue. Junto a ello, se producen también alteraciones del comportamiento: vagabundeo, agitación, agresividad, trastornos del sueño, etc. Finalmente, la persona pierde incluso en gran medida su capacidad de relación con el entorno, de movilidad, pasando a ser completamente dependiente en sus necesidades vitales básicas. La muerte suele producirse como consecuencia de una complicación de la enfermedad, especialmente por infección respiratoria.

¿Cuáles son las principales preguntas a responder?

Aunque las líneas actuales de investigación en la EA comprenden diversos campos de las ciencias biomédicas: genética, biología molecular y celular, inmunología, farmacología, técnicas de imagen, etc., el conocimiento que producen los estudios individuales requiere de una integración de resultados y de una adaptación a la realidad clínica del paciente y de su entorno. Sólo así, un avance en una ciencia básica puede acabar teniendo una aplicación práctica. Es lo que se denomina "investigación traslacional" y precisa de una estrecha cooperación entre científicos básicos y médicos clínicos. Los primeros tratan de buscar respuestas a las preguntas de los médicos clínicos (p. ej. ¿por qué hay familias en las que la enfermedad es más frecuente?) y estos, a su vez, deben adaptar las respuestas en intervenciones que puedan ser usadas por los pacientes y sus familiares (p. ej. una determinación genética que pueda predecir el riesgo individual de desarrollar la EA).

¿Por qué se produce la enfermedad?

Se desconoce actualmente qué provoca la EA. Más aún, no estamos totalmente seguros de que lo que llamamos "enfermedad de Alzheimer" sea realmente una única enfermedad. Bien pudiera ser la forma común de manifestarse diversos trastornos del cerebro. En los últimos 25 años se ha obtenido una valiosa información sobre las lesiones cerebrales que subyacen a la EA, y de los mecanismos moleculares asociados con ellas. Las principales hipótesis se relacionan con el depósito, dentro y fuera de las células nerviosas, de complejos anormales de proteínas. Se desconoce si estos depósitos son la causa de la EA, o sólo son una manifestación del proceso que la desencadena. La respuesta a esta pregunta resulta esencial para actuar sobre un mecanismo que por alguna causa "se estropea". El conocer íntimamente este proceso sería un importante paso para evitar el inicio de la EA, su progresión o para buscar tratamientos que mejoren sus manifestaciones. Un gran avance sería contar con modelos animales predecibles que agilizaran la investigación. Aunque se han hecho avances en este campo, estamos todavía lejos de contar con dichos modelos, en gran parte por la dificultad de "simular" algo tan complejo como el cerebro de una persona con EA.

¿Se puede prevenir?

Esta es la pregunta de mayor interés práctico. Los estudios epidemiológicos que describen cómo se comportan grupos de personas con diversos factores de riesgo o de protección pueden aportar importantes respuestas. De hecho, se reconocen ya algunos de estos factores de riesgo: p. ej., traumatismos craneoencefálicos repetidos, hipertensión, o de protección: p. ej. actividad intelectual mantenida durante la vejez. Otra rama de las ciencias biológicas que puede aportar mucho es la genética. Esta es un área de gran actividad investigadora, con el objeto de identificar genes o mecanismos genéticos que "favorecen" o "evitan" la aparición de la EA. Aunque parece que, salvos casos poco frecuentes, no hay un marcador genético simple asociado con la EA, sino que interaccionan diversos factores genéticos, se han realizado avances en este campo. Así, se ha identificado que las personas con un tipo de proteína, apolipoproteína E 4, pueden tener un mayor riesgo de presentar EA.

¿Se puede detener una vez que se ha desencadenado la enfermedad? ¿Pueden tratarse y mejorar los síntomas?

Es este campo, con el desarrollo de medicamentos, es donde quizás se hayan obtenido los resultados más tangibles. En los últimos 15 años se han aprobado cuatro fármacos para pacientes con EA leve a moderada y grave que producen una mejora en los síntomas cognitivos y un retraso de la progresión en las fases iniciales de la enfermedad. Se han ensayado muchos fármacos y algunas vacunas terapéuticas que han sido desechados por no ser eficaces o por dar lugar a efectos adversos importantes. De cualquier modo, es esta el área de mayor actividad e inversión y hay varias decenas de medicamentos en desarrollo clínico en estos momentos. Confiemos que alguno de ellos vea la luz y suponga ventajas sobre los ya existentes. Junto a ello, los avances en un mejor diagnóstico de la enfermedad (marcadores biológicos, pruebas de imagen) van a ser decisivos en la adecuada selección de las personas para tomar parte en los estudios y para evaluar el efecto de los fármacos.

Aspectos éticos de la investigación clínica en la enfermedad de Alzheimer

No hay que olvidar nunca que la investigación clínica se realiza en personas, por personas y para personas. Por ello, la dignidad de los participantes en los estudios, el respeto a sus derechos y procurar que obtengan el mayor beneficio por su participación deben estar presentes en cualquier estudio. Los ensayos clínicos deben cumplir una serie de requisitos éticos que justifiquen la participación en ellos de enfermos con Alzheimer. Entre ellos, deben ser aprobados por un Comité Ético de Investigación Clínica independiente que evalúe si la investigación propuesta cumple con dichos requisitos y no supone un riesgo inadecuado para los participantes. Los pacientes con EA pueden tener dificultades por su enfermedad para entender claramente la investigación y poder dar su consentimiento de forma válida. En estos casos, puede ser necesario que el consentimiento lo otorgue, según las normas legales vigentes en España, su representante legal.

En España, aunque se carece todavía de un plan nacional de investigación sobre EA, hay muchas instituciones públicas y privadas, en el ámbito universitario y sanitario, y que financian y promueven investigación en EA desde hace varios años.

¿Qué puedo hacer yo?

La responsabilidad de mejorar esta situación nos corresponde a todos. Lamentablemente, la posibilidad de que un familiar cercano, o incluso uno mismo, se vea afectado por la EA no es pequeña. Por tanto, la contribución individual en forma de donaciones o participación en actividades benéficas que fomenten la investigación, el apoyo a entidades o a instituciones que favorezcan dicha investigación, está en manos de todos. La participación voluntaria en estudios, bien como sujeto o como cuidador, supone un mayor grado de compromiso, pero es imprescindible para conseguir que la EA sea solo una mal recuerdo para nuestros descendientes.

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

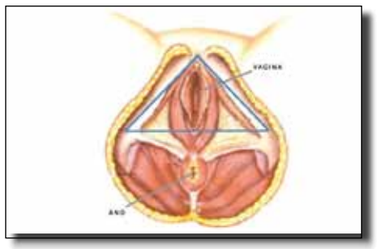
CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI
C. MENDINUETA S/N
31700 ELIZONDO. NAVARRA
T 948 45 21 62 F 948 45 24 78
www.hospitalariasnavarra.org

El suelo pélvico, nuestro gran desconocido

Marta Esparza Sáinz
Fisioterapeuta especializada en fisiosexología y neuromioestática visceral y digestiva

Algunas mujeres lo habrán podido oír por primera vez en las clases de preparto, otras lo escuchan cuando el médico les habla de su problema de incontinencia urinaria o de algún problema sexual...

El suelo pélvico como su nombre indica, es el "suelo de la pelvis", que es un conjunto de estructuras: músculos, fascias y ligamentos que cierran en forma de rombo la cavidad abdomino-pelviana.
La superficie romboidal es dividida en 2 triángulos trazando una línea transversal entre las tuberosidades isquiáticas. Quedando:
- Periné anterior o urogenital: es atravesado por la uretra en el hombre, y en la mujer por la uretra y la vagina.
- Periné posterior o Suelo Pélvico: es atravesado por la parte anal del recto, que es igual en ambos sexos.



El suelo pélvico posterior o periné, es cóncavo hacia abajo y hacia atrás, forma como una especia de hamaca, donde se apoyan todas las vísceras. El 80% del suelo pélvico está formado de tejido conjuntivo y el 20% está formado por fibras musculares. De ese 20% de fibras musculares hay de tipo I y II.

• La mayor parte son **fibras de tipo I**, que son fibras pequeñas cuya función es postural, de sujeción...o sea, involuntarias y que nunca se fatigan. En reposo estas fibras musculares siempre están contraídas para sujetar las vísceras. Como son músculos involuntarios, quiere decir que no los podemos entrenar, no somos conscientes ni podemos actuar sobre su contracción y relajación, dato importante a saber para aquellos entrenadores personales o para tantas mujeres que acuden a clases de gimnasio con el único objetivo de hacer abdominales para recuperar la barriga después del parto. ¡CUIDADO, así sólo conseguiremos que nuestro suelo pélvico sensible y estirado tras el parto sufra hiperpresiones que lo lleven a la debilidad y suframos problemas genitourinarios graves.

Por lo tanto las fibras de tipo I, las de sostén, no se pueden entrenar haciendo ejercicios de "apretar y relajar", sino que debemos hacer unos ejercicios específicos para estas fibras musculares involuntarias: gimnasia abdominal hipopresiva, estimulación vibratoria, conos vaginales, bolas chinas...

• La otra parte muscular son las **fibras tipo II**. Son fibras gruesas y potentes que sí que podemos contraer a voluntad. Son las que contraemos al intentar retener la orina, el problema es que son extremadamente fatigables. Así que por mucho que queramos potenciar las fibras tipo II de nuestro suelo pélvico haciendo contracciones, con los ejercicios tipo Kegel, éstas se fatigarán para la 5ª contracción y no lograremos conseguir los resultados deseados. Por ello se trabajarán intensamente, desde el punto de vista de la fisioterapia rehabilitadora del suelo pélvico, con electroestimulación.

¿Para qué sirve el suelo pélvico?

La función del suelo pélvico es triple.

1-**Sostener la masa visceral pélvica y digestiva**, como se ha explicado antes, es la hamaca que soporta todas las vísceras del cuerpo. En el caso de las mujeres el suelo pélvico debe de soportar más que el hombre, ya que sus órganos sexuales se encuentran en el interior de la pelvis apoyándose sobre el suelo pélvico. Sin embargo en el hombre los órganos sexuales son exteriores y por eso no padecen tantos problemas de incontinencia urinaria, descenso de órganos, etc.

2-**Amortiguar presiones**. Todos los esfuerzos (toser, reír, estornudar, correr...) que se realizan, provocan un descenso del diafragma, que es el músculo principal de la respiración y que está situado bajo las costillas y se asemeja al suelo pélvico en su forma de hamaca, salvo que en su caso está invertido cerrando la parte superior y conteniendo bajo él las vísceras. El diafragma cerrando por arriba y el suelo pélvico cerrando por abajo, forman entre ellos un "bocadillo" de vísceras. Si el diafragma desciende por esfuerzos, comprime las vísceras contra el suelo pélvico el cual debe absorber y amortiguar esa presión para que las vísceras no se "escapen" por la vagina y el ano. Para que el suelo pélvico no sufra tanto necesitamos tener un abdominal tonificado.

3-**Sexual**. El suelo pélvico durante el orgasmo se contrae de una forma potente, además la contracción y la relajación de sus músculos provocan un mayor rozamiento durante la penetración aumentando el placer de ambos (cuanto más tonificado esté el suelo pélvico, más roce y placer habrá).
Es necesario tener un suelo pélvico fuerte para mantener las vísceras en su posición, para tener relaciones sexuales óptimas y satisfactorias, para prevenir incontinencias urinarias y descenso de órganos (prolapso), para tener un buen parto vaginal porque cuanto más fuerte tengamos el suelo pélvico más disminuiremos el tiempo de expulsión del bebé y antes nos recuperaremos en el post-parto, y por último, para prevenir las debilidades fruto de la menopausia.

Otra forma de salud en tiempos difíciles

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

En tiempos difíciles, como son estos que estamos viviendo, que coloquialmente lo llamamos crisis; que además, por otra parte, siempre las ha habido y las habrá. Hemos de pensar que siempre se sale de ellas, de todas...quien no sale es quien no vive, y mientras tengamos vida, saldremos de ella igual que siempre se ha salido. Pensamiento que es bueno tenerlo presente, para que no, nos amarguemos más de la cuenta; ¡no merece la pena!...; la vida sigue y la vida está en nuestras manos.

Viene bien en estos momentos estimular las emociones positivas como la esperanza, la ilusión, la alegría de vivir, de formar parte de nuestro entorno, y la motivación para hacer de nuestra vida un pequeño oasis, a pesar de la miseria que observemos, que leemos y en la que se regodea mucha gente...
No caiga en la trampa, tenga esa emoción de esperanza, de ilusión, de alegría que está vivo y quiere hacer cosas para que usted a pesar de los pesares viva de otra manera. Será una definición poco académica, pero eso es la salud. Las personas que tienen esperanza, optimismo e ilusión, estimulan "amortiguadores psicológicos", emociones positivas que son lo mismo, y hacen de colchón para soportar y solventar de mejor manera, el estrés, las envidias, las zancadillas, los inútiles que nos rodean, y que tanto daño hacen, pero están y viven ahí junto a nosotros... Pero gracias a esos amortiguadores psicológicos, paso de ellos, les doy la vuelta, no reparo en sus envidias, ni en sus zancadillas y "cabalgo en mi camino, mientras los perros ladran", pero sin represalia, con esperanza e ilusión de que esa vida no me va, ni la quiero. Quiero vivir de otra manera, con alegría, con seguridad, sin esperar mucho a cambio, viviendo más dentro de mí, que la algarabía bullanguera que más me vacía que me llena.

Llamamos **amortiguadores** a las emociones positivas: Porque un problema de paro es un grave problema, no es psicológico, es real, pero nuestra emoción sí es psicológica frente al paro..., que quiere decir: Yo lo veo como un desastre y el problema se hace irresoluble: Mi actitud, mi forma de pensar, mi emoción positiva, de ilusión, de esperanza, de confianza, mi forma de quererme...; hace que el mismo problema me entierre o me levante... Porque si no tengo trabajo, y además me hundo, tendré un problema real y otro psicológico, conclusión un problema me trae dos problemas...¡No puedo con uno y yo sin querer hago dos, menos podré! Es mejor tener uno solo para que con ilusión y esperanza busque un trabajo.

El pensamiento cambia la química de nuestro cerebro

Nadie dice que sea fácil, pero se puede hacer; cuesta tiempo y ganas, pero es real, no es ciencia ficción. Recordemos que el pensamiento cambia la química de nuestro cerebro... Según lo que piense eso será lo que tú sientas... Intenta pensar lo que quieres sentir... Quiero sentirme bien, tranquilo, esperanzado, ilusionado, se abrirá una ventana con aire fresco, cuando menos lo espere, y das pasos en esa dirección con alegría, con optimismo, sin dejar un día de hacer y pensar en positivo... Estas emociones estimulan los neurotransmisores desde la amígdala y desde el sistema límbico... Fortalecen, así, tu sistema inmunológico; se encuentra más relajado, menos histérico, menos distímico, y con un pensamiento más clarividente para reaccionar, con un estado de ánimo más alto que favorecerá su desarrollo social, personal y laboral. ¡No lo olvide, es así, inténtelo! Tendremos que adaptarnos a que un trabajo ya no será para siempre, ni posiblemente en el lugar que nací, ni siquiera como yo lo había soñado; vale, pero tendré un trabajo, lo haré lo mejor que sepa y pueda y eso me permitirá vivir de una manera independiente, siendo útil con mi trabajo a los demás... ¡Quizás hemos vivido muy a lo grande! ¡A veces, por encima de nuestras posibilidades! Lo que no podemos hacer es huir, culpándonos en forma de ataque o bloquearnos... Hemos de cambiar de actitud, y cambiando el pensamiento, cambia nuestra actitud más positiva y esa forma de pensar y de sentir, nos blinda, nos amortigua la miseria y la calamidad, haciéndola menos miseria y menos penuria. Puede ser que tenga una de ellas, porque es inevitable, vale; pero yo con mi actitud positiva, y mis emociones trabajadas, solo tendré un problema nunca dos. No estamos acostumbrados, nadie nos enseña, muchos creen que son paparruchadas de viejo, son tonterías... ¡Cuán atrevida es la ignorancia! Y pensar y saber que el optimismo, la esperanza, la ilusión, la perseverancia, el valor y cierto grado de paz, son los mejores antídotos para que nuestra salud mental funcione, porque ellos hacen barrera contra dichos trastornos mentales... ¡Por qué nos cuesta tanto, lo más simple! Sin embargo todos sabemos y hemos comprobado que una persona pesimista, triste, demasiado precavida, obsesionado por todo, muy preocupada por su salud, obtiene menos niveles de salud, poca calidad de vida, que el esfuerzo que hace para prevenir todo lo que le viene y aun se obsesiona más. Los pacientes en cirugías menores y por supuesto en las de mayor trascendencia, **se observa mayores complicaciones en aquellos sujetos que entran al quirófano con un mayor nivel de riesgo**. Este riesgo es medido de forma empírica de la manera más simple: Nivel de optimismo, nivel de miedo, nivel de esperanza-confianza, nivel de aceptación, nivel cognitivo de cómo va a salir-esperanza- y forma positiva de encajar la operación... Fíjese si son importantes las actitudes o emociones positivas, cuanto antes empiece mejor para usted.

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