medicina salud cultura

zonahospitalaria

medikuntza, osasuna eta kultura ospitaleko gunea

www.zonahospitalaria.com añoVII julioagosto2013 nº42

Bienvenido

ESPECIAL

Verano

Sumario

3
En verano comemos sano... ¿o no?

4
El verano y las infecciones de orina

6
Es el momento del Trabajo Social

7
Eroski premiado por su promoxión de la alimentación saludable

8
Eyaculación precoz

9
¿Qué sabemos hoy sobre los implantes dentales que no sabíamos antes

10
Adolescencia y sexualidad

12
Entre pan y pan

13
Cambia tu sonrisa en un solo día

14
Ejercicio físico en el embarazo

15
Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo... ¡Qué lío!

16
ISS proveedor del Complejo Hospitalario de Navarra

18
Lo que necesitas saber sobre el sol

24
Traumatismos raquimedulares, lesión medular traumática....

26
La espina bífida

28
La asistencia social de las personas de edad en situación de necesidad...

30
Convivir con el estrés de una manera saludable

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Alfredo Erroz **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L./*L.G.*** 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.

© PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.

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 nuestro **directorio de Patrocinadores** para planificar sus compras, reservar una consulta médica...*
- *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...*

nutrición

En verano comemos sano…¿o no?

Leire Remiro Esnoz
Dietista-Nutricionista NA00008
Colegio oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra (Codinna-Nadneo)

Ya está aquí el verano. Con sol o sin él, llega para todos el momento de descansar, de aflojar el ritmo. Y a pesar de que la duración real de las "vacaciones" en la mayoría de los casos será de 2 ó 3 semanas, lo cierto es que, en verano, trabajando o de fiesta, nuestro estilo de vida es diferente.

Dedicamos más tiempo al ocio, al descanso, a las actividades al aire libre: playa, piscina, monte, etc. En la ciudad, también, ocupamos más horas fuera de casa. El anochecer tardío, invita a alargar las tardes, a quedarnos a tomar algo, y ¿por qué no?, a cenar algo al aire libre. Dedicamos menos tiempo a la compra de alimentos, menos tiempo a la preparación de las comidas, etc. Es más probable que decidamos comer fuera: nos llevamos la comida a la piscina, o comemos en el "chiringuito de la playa", o sencillamente, no tenemos ganas de cocinar y acudimos a un establecimiento de restauración.

Además, el verano, invita a callejear, a quedar con amigos y familiares, y en definitiva, a un mayor consumo de refrescos, cervezas, helados, etc.

¿Deberíamos preocuparnos? Yo creo que no. Pero tampoco deberíamos pasar por alto la influencia que estas circunstancias van a ejercer sobre nuestra alimentación.

De hecho, la frecuencia de consumo de algunos alimentos se va a ver alterada, como consecuencia del ritmo veraniego. Es el caso de las verduras y legumbres. Gran parte de la población reduce significativamente el consumo de estos alimentos, porque la climatología y el menor tiempo que pasamos en la cocina convierte a las ensaladas en el recurso rápido y fresquito. Dietéticamente hablando, nos interesaría asegurar, también en verano, la presencia de un plato de legumbre, al menos una vez a la semana. Las ensaladas de legumbre son una excelente opción para llevarnos la comida "puesta" a la piscina o al monte.

Productos de la huerta del verano

Las verduras, también nos ofrecen la posibilidad de recetas refrescantes: como las cremas frías, los gazpachos, etc., pero creo que nadie rechazaría un delicioso plato de alubia verde de temporada, de nuestras huertas, incluso aunque hiciera calor. En este tiempo las huertas nos van a ofrecer productos espectaculares dietética y gastronómicamente hablando, porque ahora, en verano, es su momento: calabacín, alubia verde, borraja y, por supuesto, lechuga, pepinos y tomates. Nos descartemos pues, la posibilidad de cocinar alguna verdura aunque nos ocupe un poco más de tiempo.

El verano también nos ofrece otro alimento muy especial: el pescado azul. Ahora es el tiempo del bonito, del atún, de las anchoas, de las sardinas, etc. Grandes y pequeños deberíamos consumirlo al menos en una ocasión cada semana, sin desplazar, por supuesto, nuestras recetas habituales de pescados blancos.

Pero lo cierto, es que el pescado puede ser uno de los alimentos cuyo consumo puede disminuir en verano: no tenemos tiempo para ir a comprarlo, su manipulación nos resulta más engorrosa, es más delicado que otros alimentos cuando hace calor, gusta menos a los pequeños de la casa, etc. Todos estos obstáculos son fáciles de salvar si realmente queremos beneficiarnos de las maravillosas propiedades nutritivas del pescado.

Un pequeño esfuerzo en planificar la compra habitual, un profesional de la pescadería que seguro que nos lo prepara prácticamente listo para su consumo, y unas recetas sencillas (marmitako, bonito con tomate, ventresca a la parrilla), serán suficientes para este verano sea más azul, dietéticamente hablando. Además, las conservas de pescado, pueden formar parte de un menú de piscina, monte o río.

El verano nos ofrece una variedad de sabor y color en las frutas realmente deliciosa. Pero a veces, el ritmo veraniego, hace que olvidemos esa fruta que tomábamos a media mañana en el trabajo, por ejemplo. Por ello, un buen consejo sería asegurar el consumo de fruta a diario durante todo el verano, como tentempié de mañana o tarde.

En vacaciones, seguir haciendo 5 comidas al día, es un buen plan. Si además, aseguramos una adecuada hidratación y disfrutamos del ocio activo, este verano será estupendo!

El verano y las infecciones de orina

Daime Pérez Feito.
Especialista en Medicina familiar y comunitaria.
Servicio Navarro de Salud. Miembro del grupo de trabajo nacional de Urología. SEMERGEN

¿Quién de vosotras no ha sido víctima de una infección de orina en el verano? De repente notamos escozor, molestias al orinar y una necesidad imperiosa de ir al baño. Vamos con frecuencia y sólo conseguimos orinar a gotas lo que nos hace sentir peor. En ocasiones se asocia también sensación febril y tiritona a pesar de que habitualmente la fiebre no aparece. Esta tan "malvenida" infección es lo que denominamos Cistitis.

El verano es la «gran» época para el desarrollo de la cistitis. Este tipo de infecciones del tracto urinario siguen en número a las infecciones respiratorias, constituyendo uno de los problemas más comunes.

¿Cómo se produce esta infección?

Las bacterias colonizan la entrada de la vagina y de la uretra a través de la que ascienden hasta la vejiga. En circunstancias normales el flujo vaginal y las propiedades antibacterianas de la orina consiguen eliminarlas, pero si no es así, se adhieren al epitelio de la vejiga, crecen y terminan ocasionando un daño con inflamación que es el causante de la sintomatología antes mencionada.

Esta afección duplica su incidencia en las mujeres porque anatómicamente su uretra es más corta, hasta un 60 % de las mujeres desarrollará una cistitis en su vida y a más de la mitad le sucederá en verano. Padecer una cistitis duplica el riesgo para infecciones futuras.

El exceso de humedad, el uso de geles inapropiados, el baño en piscinas incluso el aumento de las relaciones sexuales en esta época de vacaciones constituyen factores favorecedores. Todos ellos alteran la flora regional y sus mecanismos de defensa, haciendo que en esta época de verano se multipliquen estas afecciones.

El padecerla nos debe hacer reajustar muchos hábitos de nuestra vida diaria, pero tengamos la tranquilidad de que es una enfermedad curable en dos semanas siempre que le pongamos tratamiento.

¿Existe relación entre infecciones urinarias bajas (cistitis) y la incontinencia urinaria?

Los estudios sugieren que las mujeres con historia de infecciones de orina son más propensas a tener pérdidas y viceversa. De hecho, las mujeres postmenopáusicas suelen presentar, antes y después de desarrollar una infección urinaria, pérdidas de orina.

Cerca de la mitad de las mujeres con cistitis cuentan síntomas típicos de incontinencia de urgencia o lo que es lo mismo necesidad de orinar a menudo de día y de noche con urgencia y escapes antes de llegar al baño. Esto ocurre porque la inflamación irrita el músculo detrusor de la vejiga (músculo encargado de hacer la contracción para el vaciamiento de la vejiga) y ocasiona contracciones involuntarias que obligan a orinar imperiosamente y sin poder evitar muchas veces el "incómodo" escape.

Por otra parte las mujeres con pérdidas de orina durante mucho tiempo tienen alterada la flora vaginal y el pH, condiciones que favorecen la colonización de bacterias y la aparición de cistitis.

Por tanto, si en algún momento tienes pérdidas de orina debes someterse a un análisis y cultivo de orina para que el médico pueda descartar que sean provocadas por una infección.

Cistitis recurrente

Si se producen al menos dos episodios de cistitis en los últimos 6 meses, o tres en el último año, se habla de infección urinaria recurrente. Esta patología es especialmente frecuente entre las mujeres menopáusicas (asociado al déficit de estrógenos); en las mujeres sexualmente activas (generalmente tras el coito) y se considera un riesgo asociado en mujeres que tienen patologías del suelo pélvico (prolapso genital).

¿Son prevenibles?

Una adecuada hidratación forma parte de una buena nutrición y es imprescindible para el mantenimiento de la vida. Sabemos que es posible sobrevivir sin comer entre 30 y 50 días pero difícilmente se pueden superar los 7 días si no bebemos. Una alimentación sana y un aporte de líquido adecuado son, junto con el ejercicio físico, las bases fundamentales de los estilos de vida saludables.

Es recomendable además de la ingesta de líquidos no excederse en el consumo de alcohol; evitar los pantalones muy ajustados; uso de ropa interior de algodón; eliminar el estrés; no realizarse duchas vaginales; evitar el uso en el área genital de desodorantes en aerosol, espermicidas y otros productos femeninos que puedan ser muy irritantes. De preferencia ducharse en lugar de lavarse en el bidé, usar posiciones superiores o laterales en el caso de la mujer durante el acto sexual y limpiar zonas anales después de la defecación (siempre de adelante hacia atrás) y no retener la orina.

Recordemos que el uso indiscriminado de antibióticos y la automedicación pueden alterar la flora natural de la y facilitar las infecciones. El uso de estrógenos vaginales en mujeres postmenopáusicas reducen la sequedad y los traumas locales y contribuyen también a evitar la recurrencia de estas infecciones.

Las necesidades de agua varían de una persona a otra en función de su actividad, el patrón alimentario y de las condiciones ambientales en que vive. Debemos tomar, al menos, la misma cantidad de líquido que eliminamos o que perdemos diariamente: esto es lo que conocemos como mantenimiento del balance hídrico.

Por término medio requerimos entre 2-3 litros de agua al día, y lo que podemos ajustar con la siguiente aproximación: debemos beber 30 ml de líquido por cada kilogramo de peso y día.

Se calcula que del total del agua necesaria, un 20-25% proviene de los alimentos y un 75-80% de las bebidas.

En este sentido, además de ingerir alimentos ricos en agua como frutas, verduras y hortalizas o sopas se aconseja ingerir distintas bebidas: agua, zumos, lácteos, refrescos.

Durante los meses de verano, las altas temperaturas y la humedad hacen que el cuerpo controle el calor refrescando la piel mediante la producción del sudor, lo que condiciona mayor pérdida de líquidos…hasta 3 litros de agua al día. Si además de altas temperaturas el ambiente es seco, se puede ver afectada nuestra capacidad de termorregulación y los sistemas de alerta habituales (sensación de sed) que no al activarse nos hacen susceptibles a una posible deshidratación. Por tanto en ambientes calurosos puede ser necesario beber líquidos hasta llegar a 4 litros de agua al día, siendo recomendable aumentar la frecuencia de su ingestión, sobre todo si nos exponemos al sol o realizamos algún tipo de actividad física.

Los síntomas de la deshidratación los podemos resumir en cansancio, dolor de cabeza, dificultad de concentración, malestar general, calambres musculares, sensación de náuseas y hasta aumento de la frecuencia cardiaca. La deshidratación constituye un mayor riesgo en grupos de población más sensible como niños, personas mayores, deportistas o personas que trabajar al aire libre.

¿Es indiferente el tipo de agua que se beba?

En principio cualquier agua es útil, aunque se recomienda que el agua sea de mineralización débil (menos de 50 mg de sodio/litro) para mejorar la producción de orina (diuresis).

¿Es recomendable el jugo de arándanos?

El jugo de arándanos, es un buen bactericida que arrastra a su paso por el aparato genitourinario bacterias indeseables.

Muchos son los estudios que señalan que al menos no es peor que el uso de placebo, pero aún quedan dudas sobre la dosis a emplear y la forma de administración (zumo de frutas, preparados en cápsulas, comprimidos) y el tiempo que debe emplearse.

Es el momento del Trabajo Social

"Dormí y soñé que la vida era alegría; desperté y vi que la vida era servicio. Actué y contemplé, que el servicio es alegría."

Rabindranath Tagore

Desde hace tiempo los Servicios Sociales, y por ende, los y las trabajadores sociales nos hemos convertido en meros gestores o tramitadores de ayudas y prestaciones. La burocratización de estos servicios ha imposibilitado que el trabajo social expansione y desarrolle sus potencialidades.

El Trabajo Social como carrera universitaria y profesionalizada tiene una corta trayectoria histórica, aunque el Trabajo Social en sus principios y conjunto se conoce desde el principio de los tiempos y desde que se juntaron los primeros grupos de personas formando pequeños núcleos sociales. Sin embargo, no era un reconocimiento profesional sino que se basaba en el principio de autoayuda, reciprocidad y la llamada beneficencia.

En pleno Siglo XXI el Trabajo Social y los Servicios Sociales se han asentado como el cuarto pilar del Estado Bienestar. Pero esto es algo ficticio ya que más que un cuarto pilar, se ha articulado un brazo ejecutor gubernamental y administrativo que gestiona las prestaciones y ayudas que desde los Estados se ofrecen a sus ciudadanos. Perdiendo, así, la parte profesional y transformadora (socialmente hablando) que es inherente al Trabajo Social.

Resolver las carencias sociales

Por otro lado, los Servicios Sociales como tramitadores de ayudas han quedado algo estigmatizados, lo cual ha repercutido que ciertas clases sociales rehúyan su utilización por miedo a la crítica social o la estigmatización de unos problemas y situaciones sociales, que por el contrario, nada tienen de anecdótico ni estigmatizante y menos aún en la actual coyuntura social y económica en la que nos encontramos.

En esta coyuntura de crisis generalizada es donde la profesión del Trabajo Social cobra un papel relevante y vital a la hora de resolver, acompañar y solventar las carencias sociales derivadas de la crisis. Las personas hemos perdido las riendas de nuestras vidas y es hora de recuperar el control personal y social de éstas.

Es el momento de que el TRABAJO SOCIAL emerja con la fuerza, profesionalidad y potencialidad que nunca debió abandonar y posibilite la transformación social por medio del empoderamiento de los individuos que la conformamos.

traste
trabajo social independiente

Otra forma de hacer Trabajo Social

SERVICIOS
- Mediación
- Peritaje Social
- Orientación social
- Intervenciones individualizadas
- Urgencias Sociales
- Dependencia
- Formación
- Unidades externalizadas

HAY SOLUCIONES, TE AYUDAMOS A ENCONTRARLAS

Sangüesa 6, 1º - 31003 Pamplona
T 948 236 700 / 679 253 485
info@traste.es **www.traste.es**

Eroski recibe el premio a la Mejor Iniciativa Empresarial por su promoción de la alimentación saludable

La Academia Española de Nutrición ha concedido a Eroski el premio en la categoría de 'Mejor iniciativa privada o empresarial', en el marco de los Premios Mataix 2013, a las mejores iniciativas y trayectorias profesionales en el campo de la nutrición.

Han pasado ya muchos años desde que Eroski empezó a trabajar en la promoción de la alimentación saludable. Con el galardón de la Academia Española de Nutrición y Ciencias de la Alimentación a la "Mejor iniciativa privada o empresarial" se premia toda esta labor, que según la Academia Eroski realiza "a través de campañas de formación e información, de proyectos innovadores o de la adaptación de sus productos a personas con problemas de intolerancia al gluten".

El acto de entrega del premio tuvo lugar el pasado 9 de abril, en el Palacio de la Madraza de Granada. Y el encargado de recogerlo fue el gerente de Eroski Antequera, Antonio Javier Ribera.

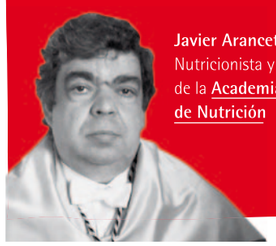
Este galardón, una de las mejores distinciones en el ámbito de la nutrición, la alimentación y la dietética española, reconoce las iniciativas agrupadas en el programa "Eroski Por tu Salud", que buscan fomentar una alimentación saludable entre sus clientes. En él se recogen diferentes iniciativas, activas todo el año en tiendas y en la web, como las del carro saludable, campañas para prevenir la obesidad infantil, campañas a favor del corazón o la salud ósea, un servicio de asesoría nutricional o las escuelas nutricionales con contenido de valor para el cliente.

"Eroski Por tu Salud" forma parte de la estrategia comercial de Eroski. Es decir, todas sus acciones siempre conllevan una ventaja comercial para los clientes y un retorno para la sociedad; como dar respuesta a las deficiencias detectadas por los expertos en nuestra dieta, ofreciendo productos con menos sal, menos grasas, azúcares, sin gluten...

En este programa Eroski cuenta con la colaboración de seis marcas líderes en alimentación saludable: Danone, Kellogg's, Puleva, Gullón, Pescanova y Kaiku. Y el apoyo de tres entidades referentes en el campo de la nutrición como son la Fundación Dieta Mediterránea, la Federación Española de Diabéticos y la Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas.

Durante los seis primeros meses del año, han participado en "Eroski Por tu Salud" más de 800.000 clientes y se espera alcanzar a final de año la implicación de más de 1.800.000 personas.

"Eroski es merecedor de este premio por su trayectoria e interés en la alimentación saludable"



Javier Aranceta
Nutricionista y miembro de la Academia Española de Nutrición

¿Por qué Eroski ha recibido este premio, qué han tenido en cuenta para otorgárselo?
Eroski se ha hecho merecedor del premio sobre todo por su trayectoria e interés en una alimentación más saludable y equilibrada. En los últimos años ha puesto a disposición de sus clientes líneas de productos para mejorar el nivel nutricional de la cesta de la compra y por lo tanto, el nivel de salud de la población.
¿Este premio es un reconocimiento por el esfuerzo de Eroski de ofrecer opciones de consumo más saludables?
Yo creo que su línea de actuación siempre ha sido pensar en salud y contar con los referentes de la comunidad científica. Ha sido una constante desde el principio de la andadura de Eroski y, por lo tanto, nosotros hemos querido reconocerlo como premio a la responsabilidad social corporativa en el tema nutricional 2013.

Más info en www.eroskideasana.com

Eyaculación precoz

Nuevas perspectivas ante un antiguo problema

Satur Napal Lecumberri
Urólogo del Complejo Hospitalario de Navarra

La eyaculación precoz es la alteración sexual más frecuente en los varones, afectando según las diferentes estadísticas del 25 al 40% de ellos.

Muchos varones presentan una eyaculación precoz en algún momento de su vida sexual. En casos extremos el varón eyacula antes de penetrar a su pareja o momentos después de realizada.
La mayoría de los especialistas definen la eyaculación precoz como la falta de control eyaculatorio de tal manera que interfiere en el bienestar sexual y emocional de uno o ambos miembros de la pareja.
La eyaculación precoz es una falta de control sobre el reflejo eyaculatorio.
Sexólogos y terapeutas sexuales saben que la eyaculación precoz determina frecuentes problemas emocionales, tanto al varón como a su pareja, afectados por el repentino cese del acto sexual.
Los científicos creen que hay una gran participación genética en algunos varones afectos de eyaculación prematura.

La serotonina

Parece que la serotonina, que es un neurotransmisor, tiene una gran importancia en la regulación de la eyaculación. El incremento de los valores de serotonina mejora el control eyaculatorio de los varones.

Eyaculación primaria y secundaria

Se denomina eyaculación precoz primaria a aquella que ha existido desde siempre. El varón nunca ha controlado la eyaculación.
Eyaculación precoz secundaria sería la que aparece en un momento determinado en un varón que con anterioridad nunca había presentado esta alteración.

Causas de la eyaculación precoz

En una relación coital, la excitación del varón va aumentando gradualmente, llegando a la fase denominada "meseta", hasta que de una forma "mas o menos" controlada se llega a la eyaculación.
El varón con eyaculación precoz no puede permanecer en la fase de "meseta". Se excita con rapidez y esto conlleva una eyaculación prematura e involuntaria.
En algunos casos la eyaculación precoz es un signo de una afección psicológica (ansiedad, impaciencia, depresión, estrés...) o emocional (inseguridad, sensación de culpabilidad...) u otras causas (deficiente educación sexual, presión por parte de la pareja, dificultad en controlar los estímulos...)
También pueden existir causas orgánicas (infecciones de la uretra o de la próstata).
Pero en la mayor parte de los casos no se encuentra ninguna causa que determine la eyaculación precoz.
La eyaculación precoz es frecuente en la adolescencia o cuando se inician las relaciones sexuales, pero con la práctica los varones aprenden a mejorar su control eyaculatorio.

Tratamiento

En los casos leves de eyaculación precoz con entrenar al varón y con sencillos consejos sexuales y un adecuado control del estímulo erótico suele ser suficiente.
En casos más severos se prescriben una serie de ejercicios con los que el varón vaya recobrando su control eyaculatorio.
También se están usando fármacos para intentar solucionar la eyaculación precoz.
Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina han demostrado su efectividad: paroxetina, fluoxetina y sertralina.

La dapoxetina

El más novedoso medicamento aparecido para el tratamiento de la eyaculación precoz es la dapoxetina. Pertenece también al grupo de medicamentos denominados "inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina".
La dapoxetina prolonga el tiempo hasta la eyaculación y puede mejorar el control de la eyaculación.
La dapoxetina puede tener algún efecto secundario o contraindicación y como cualquier medicación solo se puede usar previa evaluación médica y con receta.

Resumen

La eyaculación precoz se produce cuando el varón eyacula con una mínima estimulación sexual y antes de que él lo desee. Esta situación puede causar problemas para el varón y puede afectar a las relaciones sexuales con su pareja.
La eyaculación precoz en gran cantidad de casos no tiene ninguna causa que la justifique.
En la actualidad la eyaculación precoz se puede solucionar con una educación sexual adecuada, con ejercicios que permitan que el paciente recobre el control eyaculatorio y también existen medicaciones novedosas y efectivas como la dapoxetina.
La ayuda y colaboración de la pareja es esencial para superar el problema. Su participación en el proceso de tratamiento esta indicada y tiene tanta importancia que se convierte en un instrumento esencial para garantizar el éxito del tratamiento.
Es importante que los varones con eyaculación precoz sean evaluados y tratados por personal sanitario que entiendan y sepan solucionar esta alteración.

Hoy sabemos que...los pilares intermedios en casos profundos, facilitan el tratamiento protésico y permiten una mejor higiene.

BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS
CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
SAN FERMÍN, 59 Bajo. T 948152878

¿Qué sabemos hoy sobre los implantes dentales que no sabíamos antes?

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

Son muchos los años que han pasado desde la colocación del primer implante dental. Hemos evolucionado junto a los avances científicos en implantología oral de una manera vanguardista. Hemos sido los primeros en realizar técnicas reconstructivas en cirugía maxilofacial que han permitido recuperar el hueso perdido de una forma sencilla y predecible. Intentamos trasmitir toda la experiencia acumulada realizando cursos de formación para profesionales desde hace más de una década, pero lo que más nos preocupa en la actualidad es intentar trasmitir la importancia de mantener la calidad de los tratamientos, junto con unos resultados adaptados a las necesidades estéticas y funcionales de nuestros pacientes.

Es decir, tenemos que ser capaces de diagnosticar sin error y tratar sin complicaciones, consiguiendo éxitos duraderos que aporten calidad de vida. Pero no todo vale y es en estos momentos en los que debemos aportar la experiencia de tantos años, analizando lo que hemos aprendido y cambiado.
La investigación sobre el hueso y los diferentes tipos de encía, han demostrado las diferencias existentes entre los tejidos que rodean a los dientes y los que lo hacen alrededor de los implantes dentales. Hoy sabemos que el hueso sobre el que colocamos implantes, es un hueso cicatricial y con menos vascularización que el hueso antiguo que rodeaba nuestros dientes. Del mismo modo el colágeno que forma la encía alrededor de los implantes es muy diferente a la de los dientes, teniendo como característica una mayor vulnerabilidad a las agresiones mecánicas y biológicas (infección, tabaco, higiene y fuerza masticatoria). Conociendo estas diferencias, se han diseñado nuevos hombros de implantes y mejorado sus superficies para conseguir más estabilidad a largo plazo. Hoy sabemos que no todos los implantes son iguales y que tan solo unas pocas marcas pueden llegar a cierto nivel de calidad, para poder conseguir un resultado estético y estable; no podemos utilizar cualquier implante y pretender los mismos resultados. El paciente tiene derecho a conocer qué tipo de implante dental se le coloca y por qué, ya que implica resultado y costes.

Hoy podemos diagnosticar mejor

Por otro lado, desde hace casi una década, utilizamos los conceptos de implante inmediato (colocar a la vez que se extrae el diente), carga inmediata (colocar el diente a la vez que el implante) y cirugía guiada por ordenador (colocar el implante y el diente planificado previamente con unas férulas diseñadas por un software) de una forma prudente ya que son técnicas en las que hay que asumir un índice de complicaciones mayores, aumentando los costes de una forma significativa. Hoy sabemos que estas técnicas pueden ser utilizadas con sistemas robóticos de navegación externa y que el diseño de los dientes puede realizarse de forma más precisa mediante software de estética facial y dental. Hoy podemos diseñar la sonrisa, la punta nasal, la forma de los labios en relación a los dientes, es decir podemos diagnosticar mejor en menos tiempo. También podemos seleccionar aquellas zonas de hueso más apropiadas para colocar los implantes y que el tratamiento sea más estable a largo plazo. Ninguna de estas técnicas es imprescindible para un tratamiento correcto, ni sustituyen la necesidad de un injerto de hueso, simplemente permite realizar el mismo tratamiento en menos tiempo.
Por otro lado, asistimos a una "moda publicitaria" en la que cualquier centro es especialista en "algo", me gustaría compartir con el lector el ejemplo del "plasma sanguíneo" y las conocidas plaquetas. Como saben, es una técnica sencilla de realizar en la que después de extraer sangre al paciente, esta se centrifuga separando la parte plasmática del resto, usando esta fracción para diferentes técnicas regenerativas. En nuestro centro usamos esta técnica desde finales de los años 90, sabemos que no es imprescindible para el éxito de la reconstrucción, como así lo afirman decenas de artículos científicos de las diferentes revistas especializadas nacionales e internacionales, pero si ayuda en la rapidez de la cicatrización y facilita enormemente el manejo de injerto óseos particulados. Hoy se utiliza en otras especialidades como, traumatología, oftalmología, dermatología con diferentes éxitos, pero tristemente hemos asistido a un uso indiscriminado como relleno estético facial e incluso como "crece-pelo". Hoy sabemos y el paciente debe conocer que las diferentes técnicas denominadas popularmente como "factores plaquetarios" son técnicas de bajo coste y con un soporte científico débil, salvo las protocolizadas por la investigación biomédica en el campo de la cirugía oral y maxilofacial y la traumatología. Hoy sabemos que el plasma nos permite trabajar mejor, pero no es determinante para el éxito.
Para terminar, decir que lo conocido hoy sobre los implantes que no conocíamos antes, se basa en un diagnostico más exacto (imprescindible un escáner previo), un conocimiento más científico de la encía y del hueso, una corrección de los factores de riesgo para disminuir el índice de fracasos, técnicas sencillas de injertos óseos para conseguir una estética facial y dental deseada por el paciente, así como materiales de última generación para poder realizar tratamientos muy cortos y precisos. También, hoy conocemos la necesidad de conocer las diferentes opciones, para poder decidir con criterio; recuerden que el caso es un "éxito" si se satisfacen las expectativas del paciente, con el tratamiento más eficiente en un entorno ético.

Adolescencia y sexualidad

Julieta Mansilla Cordero
Matrona. Complejo Hospitalario de Navarra

Hoy en día, el embarazo adolescente y las IVE conllevan un importante problema de salud pública. Más del 85% tienen su primera experiencia sexual antes de obtener asesoramiento, y entre ellos, un 34% de los adolescentes inicien su primera relación sexual sin ningún método anticonceptivo, el 31% utiliza el coitus interruptus y sólo un 29% dice haber empleado el preservativo.

Aunque los jóvenes de hoy en día tienen más acceso a la información, la manera de vivir la sexualidad es parecida a como la han vivido anteriores generaciones; Poco interés por informaciones negativas, y amenazantes, sintiéndose seguros ante las experiencias de riesgo y en general poca preocupación por su salud.

La información sexual les llega de manera errónea debido a la manera tabú de tratar el tema en algunos sectores de la sociedad, creándose así grandes vacíos e interrogantes, dando lugar a la búsqueda de información en lugares y personas no aconsejables. Es por eso que es de vital importancia proporcionarles una información de calidad.

No existe ningún método anticonceptivo ideal para la adolescencia. La abstinencia es la única forma 100% segura de prevenir el embarazo.

Una adolescente sexualmente activa que no utiliza ningún método anticonceptivo tiene un 90% de posibilidades de quedar embarazada en un año. Para evitarlo, en el consejo contraceptivo a los adolescentes, se les informará sobre las características de cada uno de los métodos anticonceptivos para que puedan tomar una decisión informada.

Prevención de conductas de riesgo durante la adolescencia

Los adolescentes reúnen una serie de características que los predisponen a adoptar comportamientos de riesgo. Entre ellos encontramos.

- Necesidad de experimentación: gran necesidad de conocer y experimentar, que se puede acompañar de sentimientos ambivalentes respecto a la sexualidad.
- Modificaciones corporales: van a buscar su identidad sexual.
- Apetencia por el riesgo: los cambios psicológicos que le llevan a la búsqueda del riesgo y del placer inmediato, minimizado sus consecuencias negativas que se perciben sólo como remotas. Nunca creen que les pueda suceder a ellos saliendo reforzados cuando la situación de riesgo no ha tenido consecuencias. Ven el riesgo en términos inmediatos y tienen dificultades para establecer los efectos a largo plazo.
- Importancia del grupo de iguales: el grupo ejerce gran influencia y presión sobre el comportamiento individual.
- Actuaciones en función de estereotipos: actúan según imágenes sociales.

Podría definirse el método anticonceptivo ideal en la adolescencia como aquel método o métodos que les permita vivir libremente su sexualidad y les proporcione una alta protección.

Métodos anticonceptivos en la adolescencia

Para planear la anticoncepción en la adolescencia se debe:

- Considerar las necesidades individuales de cada adolescente.
- Historia clínica y exploración física.
- Asegurar información y educación adecuadas.
- Explorar las expectativas e información que maneja el adolescente y su pareja acerca de las relaciones sexuales y sus consecuencias.

El asesoramiento anticonceptivo en la adolescencia debería considerar una serie de factores:

- Personales: edad, madurez física y psicológica, conocimiento de las necesidades de la adolescentes o de la pareja (frecuencia de relaciones sexuales, estabilidad o no de pareja y riesgo de ITS), grado de participación de la pareja, valores y creencias, entorno familiar y social (grupo de iguales) y estado de salud (descartar contraindicaciones).
- De los métodos anticonceptivos: eficacia (teórica y de uso), seguridad (repercusión negativa en la salud y en el desarrollo), complejidad de uso, accesibilidad, coste económico, relación con el coito y reversibilidad.

En conclusión, además de la correcta información, los profesionales de la salud debemos proporcionarles herramientas y habilidades para que participen en el proceso de la protección de su salud, implicándose ellos mismos en el cuidado de su vida sexual, sintiendo que pueden tomar decisiones en esta importante esfera de su vida y concediéndoles protagonismo en la toma de decisiones.

RUEBER

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

Imagen real de una prótesis capilar RUEBER

NOS ADAPTAMOS A TODAS LAS ECONOMÍAS.
NO QUEREMOS QUE LA FALTA DE CABELLO SEA UN PROBLEMA.
ASESORAMIENTO INTEGRAL PARA EL CUIDADO DE LA PIEL
DURANTE EL PROCESO ONCOLÓGICO
VISÍTENOS SIN COMPROMISO.

Monasterio de Urdax, 8-1º. Esquina con Pío XII, 9. 31007 Pamplona
T 948 25 50 53 www.ruebercentrocapilar.es rueberpamplona@rueber.es

Entre pan y pan

Laura Garde Etayo NA00087
Colegio Oficial de Dietistas y Nutricionistas de Navarra

No se me ocurre mejor época del año que el verano para una comida o merienda improvisada. Las salidas a la montaña o a la playa, o la vida social en la piscina, las facilitan. Todas ellas entre pan y pan, con algún que otro aliciente. En cualquiera de estas ocasiones, siempre existe la figura de la persona encargada del pan, que calculará la cantidad necesaria dependiendo de la salsa prevista. Es decir, el pan nos acompaña allá donde vamos y contribuye siempre al equilibrio dietético nutricional del menú, sea cual sea el que nos propongamos.

Un bocata es siempre la primera opción y la más práctica

Nada tiene que envidiar nuestro bocadillo más sencillo a la pizza más variopinta o a la hamburguesa más apetecible, sus más directos rivales. Las ventajas sobre ellos son indiscutibles en cuanto a rapidez de preparación, acceso a los ingredientes y precio. Así, muchos bocadillos sabrosísimos ni siquiera requieren elaboración culinaria y son fáciles de manejar y transportar. Para pasar el día fuera sin complicarse mucho y sin llevar la casa acuestas, el bocata resulta la primera opción y la más práctica.

Sin embargo, en general, el comer de bocadillo no parece estar bien considerado. A simple vista, no parece la elección más equilibrada: comer tanto pan y según con qué lo acompañemos…

En este sentido, voy a echar por tierra falsos mitos, porque un bocadillo puede resultar un plato muy completo desde el punto de vista nutricional. En términos comparativos, la ración de pan de un bocadillo generoso (120g) equivale, energéticamente, a un primer plato de pasta o arroz (80g). Según este razonamiento, el relleno del pan correspondería al segundo plato de la comida. A la base energética aportada por el pan, fundamentalmente en forma de hidratos de carbono, añadimos un alimento rico en proteínas y una guarnición vegetal. Para conseguir un resultado nutricional lo más completo posible, las raciones de cada ingrediente deberán ser proporcionadas entre sí, buscando las mejores combinaciones posibles en cuanto a valor gastronómico y dietético.

Cómo elaborar un bocadillo completo

Si seguimos unas sencillas pautas podremos disfrutar de un bocadillo nutritivo, completo y saludable en su conjunto, con elaboración culinaria o preparación en frío, sofisticado o sencillo y, algo muy importante, que sea sabroso.

El ingrediente básico del bocadillo, lógicamente, es el pan, y cualquiera de las variedades que elijamos será una buena opción. Constituirá la fuente principal de hidratos de carbono. Para el relleno, las combinaciones posibles entre los distintos tipos de componentes son casi infinitas y se verán condicionadas por nuestro gusto por los distintos alimentos. Entre las fuentes alimentarias de proteínas, dispondremos de alimentos como el huevo, la carne y derivados y el queso que irán acompañadas de grasas saturadas. Si optamos por algún relleno proteico en forma de pescado o derivados, el bocadillo resultante tendrá un mejor perfil lipídico, gracias a las grasas polinsaturadas que contienen. Por último, añadiremos los vegetales, que nos aportan pocas calorías con un alto contenido en nutrientes reguladores y, por qué no decirlo, el contraste de su color, sabor y textura. En el siguiente cuadro, propongo ejemplos de bocadillos saludables que podemos degustar este verano:

INGREDIENTES (PAN + PROTEÍNA ANIMAL + VEGETALES)			
PAN	**Proteínas**	**Guarnición vegetal**	**Bocadillo resultante**
PAN	Huevo	Calabacín, pimiento rojo y verde, cebolla, patata y guisantes	Bocadillo de tortilla campera con patata, guisantes y hortalizas
PAN	Pechuga de pollo en tiras y salmón ahumado	Setas y espárragos trigueros a la plancha	Bocadillo de pechuga de pollo, salmón ahumado, setas y espárragos trigueros
PAN	Carne picada de ternera Queso	Salsa de tomate, pimientos del piquillo y berenjena a la plancha	Bocadillo de carne picada de ternera con salsa de tomate y piquillo, rodajas de berenjena y queso
PAN	Bonito en aceite de oliva virgen Salsa de yogur o de queso	Lechuga, canónigos, cebolla, rodajas de tomate, zanahoria y remolacha ralladas	Bocadillo vegetal con bonito y salsa de yogur o queso
PAN	Jamón ibérico	Tomate natural	Bocadillo o tostada de jamón ibérico con tomate natural y aceite de oliva virgen

ÍNTEGRA, ESTÉTICA Y SALUD DENTAL

Cambia tu sonrisa en un solo día

Las carillas de composite y el blanqueamiento Zoom! son dos tratamientos muy rápidos con los que se consigue un cambio radical

Dra. Carolina Arias Chavarria. Col. Nº 467
Clínica Íntegra. Estética y salud dental

Conseguir una sonrisa simétrica y brillante es posible gracias a la estética dental inmediata. En un solo día, el cambio puede ser radical gracias a las carillas de composite, unas finas láminas de un material sintético que se fusionan con la cara frontal de los dientes para corregir problemas de color, forma, tamaño, posición y alineación. Estas carillas pueden colocarse directamente sobre el diente en una sola cita, sin desgastar las propias piezas dentales y sin anestesia.

Antes de poder someterse a este tratamiento es necesario hacer una revisión de la salud bucodental y un saneamiento. La colocación de carillas no es agresiva ya que no requiere tallar el diente y el esmalte se conserva intacto. Además, son más económicas que otras ya que requieren fase de laboratorio, y duran entre 5 y 10 años. Hay que tener en cuenta que el odontólogo es el que da la forma a la carilla de manera artesanal, por eso, es muy importante acudir a un profesional con experiencia y habilidad.

Sonrisa de ensueño

Sin embargo, cuando no hay problemas en la forma y tamaño de los dientes ni en su colocación, basta con hacer un blanqueamiento para conseguir una sonrisa de ensueño. Con el tiempo, se hace necesario porque el café, el tabaco, el exceso de flúor, el té, las bebidas de cola y algunos alimentos hacen que los dientes se oscurezcan y pierdan brillo y vitalidad. En Clínica Integra, recomiendan el blanqueamiento Zoom! por su sencillez y eficacia.

Este tratamiento blanquea hasta ocho tonos en una única sesión de 45 minutos y con el mantenimiento adecuado (utilizar seda dental, cepillarse tres veces al día y un uso ocasional de un gel blanqueador en casa) la sonrisa puede brillar durante años sin necesitar ninguna otra sesión. La doctora Carolina Arias, licenciada en Odontología(año 2000), posgrado en Estética Dental por la Universidad de Nueva York, y directora de Clinica Integra en Pamplona, defiende los resultados de este novedoso blanqueamiento que permite al paciente ahorrar tiempo y visitas a la consulta.

ginecología

Ejercicio físico en el embarazo

Carolina Pastor Aguirre
Matrona. Complejo Hospitalario de Navarra. Miembro de ANAMA

Antiguamente se consideraba el embarazo como una enfermedad. En aquellos casos en que la economía familiar lo permitía, la mujer era confinada a un reposo casi absoluto. Ahora, con las técnicas de control existentes, la posibilidad de realizar ejercicio durante el embarazo, no sólo no está contraindicada, sino que es recomendable.

Beneficios de la práctica de ejercicio físico

Prácticar ejercicio físico en el embarazo mejora la corrección postural, la condición cardiovascular y muscular, evita un aumento excesivo de peso, lo que proporciona una mejor condición física general.
Así mismo disminuye las molestias digestivas y el estreñimiento, aumenta el bienestar psicológico reduciendo la ansiedad, la depresión y el insomnio y crea hábitos de vida saludables.
Mejora la tensión arterial y protege frente a la diabetes gestacional. Ayuda a prepararse para la "maratón" del parto. La recuperación postparto es más rápida y reduce el número de cesáreas. La recuperación del peso anterior al embarazo es más rápida.

Recomendaciones para la realización de ejercicio fisico en el embarazo

- Utilizar ropa y calzado deportivo idóneo y cómodo.
- Se recomiendan programas de ejercicio aeróbico realizados a intensidad moderada que no debe superar el 70% del volumen máximo de oxígeno de la embarazada, manteniendo la frecuencia cardíaca materna por debajo de 140 latidos por minuto (70% de su Frecuencia Cardíaca máxima teórica).

La frecuencia máxima teórica se calcula con la siguiente fórmula: FCM= 220 - Edad. Así, por ejemplo, en una mujer de 30 años su frecuencia cardiaca máxima será: 220-30= 190 latidos por minuto. El 70% de 190 es 133. Luego esta mujer al realizar un ejercicio aeróbico o de resistencia (por ejemplo bicicleta estática) no debe superar los 133 latidos por minuto.
Una recomendación para conocer cuál es nuestro límite es el "test de hablar": si no podemos mantener una conversación normalmente mientras realizamos un ejercicio, debemos bajar la intensidad hasta poder hacerlo sin esfuerzo.

- Realizarse de forma regular (3-4 sesiones de 20-30 minutos por semana) y no de forma intermitente.
- Evitar realizar ejercicio físico a intensidades elevadas o en el ámbito competitivo así como los movimientos bruscos de la cantidad de ejercicio.
- Si se realiza ejercicio algo intenso, no se debe prolongar durante más de 15 minutos y se debe evitar hacer ejercicio cuando la temperatura ambiental sea alta y haya mucha humedad por el riesgo de deshidratación e hipertermia (aumento de la temperatura).
- Realizar calentamiento previo durante 5-10 minutos, acompañadolo de estiramientos y relajación antes y después de cada sesión).
- Beber líquidos antes y durante el ejercicio y comer de una forma suficiente y adecuada. Las necesidades calóricas aumentan en la gestación 300 kilocalorías/día.
- Evitar los deportes de contacto, saltos, choques o contragolpes.
- Al levantarse desde una posición tumbada, hacerlo en varias fases. Primero de lado, y luego apóyandose en el codo y con la mano del otro lado para que soporten el peso del cuerpo. Incorporarse ayudándose de ambas manos hasta la posición sentada y, una vez así, poner los dos pies en el suelo, y con las manos en las rodillas, levantarse lentamente.
- Limitar los movimientos de gran amplitud por la hiperlaxitud articular (mayor flexibilidad en las articulaciones) existente en el embarazo, que condiciona un mayor riesgo lesiones.
- Hay que " Escuchar las señales del cuerpo". Si aparece cansancio hay que parar siempre, evitar el agotamiento (por el riesgo de bradicardia o disminución de la frecuencia cardíaca fetal).
- Tres trimestres diferentes. Durante el primer trimestre hay menos peso, pero el riesgo de aborto es mayor, por lo que se deben evitar los esfuerzos agotadores si existen abortos previos o pérdidas.

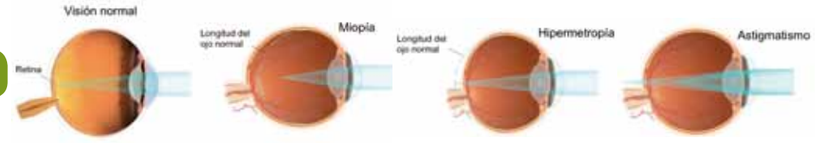
En el segundo trimestre el riesgo disminuye pero la barriga empieza a molestar.
Al final de la gestación los impedimentos físicos son mayores, pero es cuando más agradecemos las ventajas de hacer ejercicios suaves como andar, nadar, realizar estiramientos o ejercicios sencillos de yoga, Pilates...etc.

Evitar

- Los ejercicios de equilibrio, con riesgo de caídas o traumatismo abdominal en el 3º trimestre.
- La posición estática durante periodos prolongados.
- Los cambios bruscos de posición por el riesgo de mareos y caídas.
- Se restringirá la realización de maniobras de Valsalva, de espiración forzada (exhalar aire) con la boca y la nariz tapada, que reducen la oxigenación fetal.

En mujeres sedentarias o que practican ejercicio físico ocasional, la gestación no es el momento más idóneo para fomentar nuevas prácticas deportivas. Se aconsejará la incorporación a un programa específico de preparación al parto.

oftalmología



http://www.mainlinehealth.org/stw/Page.asp?PageID=STW041814

Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo...¡Qué lío!

Olga Cañizares El Busto. *Enfermera Consultas Hospital García Orcoyen*
Yolanda Abaigar Merino. *Enfermera Urgencias Extrahospitalarias Pamplona*
Teresa Gurucharri Jauregui. *Enfermera Radiodiagnóstico Complejo Hospitalario Navarra*

La miopía, la hipermetropía y el astigmatismo son patologías muy frecuentes. Pero, ¿sabemos que es cada una de ellas?

Un ojo con una visión normal y sin ninguna alteración en su estructura, reúne los rayos luminosos en la retina (situada en la pared posterior del ojo) para formar una imagen nítida.

Miopia

Si el globo ocular es demasiado LARGO, los rayos confluyen POR DELANTE de la retina.
Una persona con miopía tiene dificultades para enfocar bien los objetos lejanos, lo que provoca déficit de agudeza visual (capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos espaciales con unas buenas condiciones de iluminación)
La magnitud de la miopía se mide en dioptrías negativas

Hipermetropia

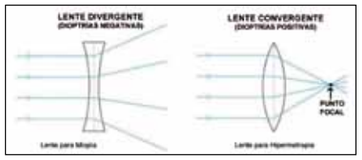
Si el globo ocular es demasiado CORTO, los rayos confluyen POR DETRÁS de la retina. La consecuencia es que la imagen es borrosa y puede existir por lo tanto una disminución de agudeza visual.
Una persona con hipermetropía tiene problemas de visión a distancias cortas, pudiendo ver con mayor claridad a distancias largas
La magnitud de la hipermetropía se mide en dioptrías positivas

Astigmatismo

El astigmatismo consiste en un problema en la curvatura de la córnea que impide el enfoque claro de los objetos cercanos y lejanos. La córnea pierde su forma esférica, adoptando una forma elíptica u ovalada.
Una persona con astigmatismo percibe las imágenes distorsionadas.
En los niños, los astigmatismos que afectan únicamente a un ojo y no se tratan, pueden provocar una diferencia de agudeza visual importante entre los dos ojos, el niño utiliza sólo el ojo de mayor capacidad, mientras que el contrario acaba por quedar anulado funcionalmente, aunque su estructura física permanezca intacta. Es lo que se conoce como ojo vago o ambliopía.

Tratamiento

MIOPIA: Gafas o lentes de contacto divergentes, cirugía con láser y cirugía colocando una lente intraocular.
HIPERMETROPIA: Gafas ó lentes de contacto convexas, cirugía con láser y cirugía colocando una lente intraocular.
ASTIGMATISMO: Gafas o lentes de contacto y cirugía con láser.



El Equipo de ISS que da apoyo al personal de cafeterías. De Izda a Dcha, ***Itziar Velasco****, Gestora Laboral,* ***Leire de Guevara****, Gerente,* ***Paz Simón****, Jefa de Operaciones y* ***Patricia Tello****, Responsable de Atención al Cliente.*

ISS proveedor del Complejo Hospitalario de Navarra

ISS renovó el pasado Junio, su concesión para el servicio de cafeterías de público y personal, alimentación de personal de guardia y vending en Virgen del Camino y Hospital de Navarra, añadiendo además, Clínica Ubarmin.
Desde el año 2008, ISS es el proveedor del Complejo Hospitalario para estos servicios. Así mismo, ISS realiza también la Limpieza de Virgen del Camino.

Entrevista a Leire de Guevara, Gerente de ISS Restauración en Navarra

¿Qué es ISS Restauración?

ISS Restauración es una de las divisiones que forman parte del negocio de ISS España, empresa líder en la integración de servicios generales para empresas, y que actualmente también presta servicios de mantenimiento, seguridad, servicios auxiliares, limpieza, jardinería, Facility Management e IFS; es decir, la integración de los servicios anteriormente descritos.

¿Qué servicios realiza su división?

Ofrecemos un amplio abanico de soluciones que van desde la realización del servicio de restauración para escuelas, pasando por comedores de empresa, hasta llegar al sector socio sanitario, en el que estamos presentes en cafeterías y cocinas de hospitales y geriátricos. Todo esto demuestra que tenemos una gran capacidad de adaptación a las necesidades de nuestros clientes, independientemente de cuál sea su actividad, sector, tamaño… Hoy tenemos más de 250 clientes repartidos por toda la geografía nacional y servimos más de 60.000 menús diarios.
La sede Norte está situada en Landaben, Pamplona. Desde ella, se da servicio, por parte de un equipo de 35 personas, a más de 3500 empleados repartidos en diferentes empresas y servicios, en el territorio de Navarra, País Vasco, La Rioja y Aragón.

¿Cambia mucho el servicio que se realiza en una escuela al de una oficina u hospital?

Sin lugar a dudas. Además de que las necesidades alimenticias de nuestros clientes varían (contamos con un equipo de nutricionistas que diseñan los distintos menús), los servicios son distintos según cuál sea nuestro cliente. Por ejemplo, en una escuela vamos más allá de los servicios de cocina y de alimentación realizando también monitorización durante el mediodía, servicios de acogida, de apoyo en el aula, de acompañamiento en salidas escolares. En el sector socio sanitario, que representa el 60% de la facturación de la división, trabajamos con la denominada cocina de ensamblaje y 5ª gama y somos referentes en línea fría, satisfacción de usuarios y seguridad alimentaria. Y en la empresa, adaptamos nuestro servicio a la tipología de la misma, número de comensales, gustos, instalaciones, etc., pudiendo ofrecer desde la alimentación, al vending, pasando por servicio de cafetería y eventos.

¿Cuáles son sus puntos fuertes? ¿Qué les diferencia de sus competidores?

Creo que fundamentalmente tenemos dos grandes puntos fuertes: nuestros trabajadores y la integración de servicios. En ISS somos personas. Lo mejor que tenemos son nuestros empleados y por ello invertimos anualmente muchas horas en su formación. Gracias a ello contamos con un equipo de profesionales altamente cualificados capaces de desarrollar su tarea diaria con estándares de calidad muy altos. Además, esta formación también les ayuda a adaptarse mejor a las necesidades de nuestros clientes, creando espacios limpios y confortables en los que tomar un café servido con una sonrisa, disfrutar de una amplia variedad de oferta para comer (buffet de ensaladas, menus, bocadillos) o desayunar mientras leen la prensa diaria.
Puedo decirle que tras 4 años trabajando con el equipo del Complejo Hospitalario, me considero especialmente afortunada de poder aprender de ellos cada día, de su profesionalidad, de su compromiso y de sus ganas de mejorar. En Virgen del Camino, Marian, Vicente y Rosa llevan toda su vida dedicados a crear momentos agradables, cuentan con un equipo exquisito de profesionales, tanto en cocina con años de experiencia, como en barra y sala y es un lujo verles trabajar a todos con esa ilusión que le ponen a cada café que sirven.
En el Hospital de Navarra, nuestra dietista Silvia y nuestro Jefe de Cocina Javier, son una pareja maravillosa de profesionales que disfruta creando ofertas suculentas con las que reponer fuerzas. Cuentan junto a Gemma, con un equipo de barra y sala de lujo que se esfuerza por ofrecer cada día un servicio excelente y es un placer avanzar junto a ellos y ver como cada día, todos tratan de mejorar un poco la experiencia de sus equipos y la de sus clientes. De verdad que es una delicia formar parte de este grupo de personas comprometidas con los demás y su bienestar.
Además, tenemos la suerte, de colaborar con asociaciones de personas con discapacidad, con los principales sindicatos y con entidades de integración social, y contar a través de ellos, con una diversidad de profesionales en nuestros equipos, que nos enseñan, que tener profesión y ganas de mejorar el día a cada cliente, es lo que nos une a todos, por encima de lo que nos diferencia.

Hemos sabido que se ha renovado la concesión pública de estos servicios, ¿Qué novedades nos ofrecerá esto?

Efectivamente, hemos tenido la suerte de renovar la concesión de cafeterías del complejo y comenzar nuestro servicio también en Ubarmin. Hemos logrado esto con un gran esfuerzo económico, principalmente basado en un firme compromiso de inversión en las instalaciones para mejorarlas tanto interna como exteriormente, lo que en muy pocos meses, permitirá ofrecer al cliente un espacio especial, totalmente renovado, muchísimo más confortable y con una oferta mucho más atractiva. Además, la disposición del espacio va a hacer que el servicio pueda ser aún mejor, facilitando la interacción personalizada con cada cliente. En definitiva, un esfuerzo grande de todos, para dotar a nuestros empleados de las mejores herramientas, para que puedan ofrecer a cada usuario la mejor de las experiencias en nuestras cafeterías. Pronto veremos muchas sorpresas muy agradables en todos los sentidos.

Parte del equipo de responsables de las cafeterías de Virgen del Camino y Hospital de Navarra.

Un ejemplo de los materiales y espacios que pronto podremos disfrutar en las cafeterías del complejo.

Nos habla de oferta más atractiva, ¿A qué se refiere?

Tenemos que entender que las personas que vienen al hospital, en ocasiones, lo hacen por un tiempo prolongado, además, nuestros profesionales sanitarios que nos visitan cada día, están permanentemente en el centro, por ello, es importantísimo que la oferta sea viva. Estas personas necesitan un espacio agradable y que varíe, donde reponer fuerzas para cuidar de todos nosotros. Esta es una de las principales apuestas, de esta nueva etapa. Cuando finalicemos las remodelaciones, veremos que no solo es el aspecto lo que cambia, el concepto también y con él la oferta. Además de poder, como ahora comer, desayunar o tomar algo, a cualquier hora del día, tendremos una zona con delicatesen, para darnos un capricho, buffets de ensaladas mejor surtidos, variedad de cafés y tés de calidad, tartas caseras, mayor y mejor presentación de nuestros bocadillos y pintxos y sobre todo, servicios añadidos, como lo son la orientación nutricional a cargo de nuestro equipo de especialistas, charlas de hábitos saludables, eventos solidarios, rincón de lectura y tecnologías, reservados, jornadas gastronómicas, degustaciones y muchos más detalles que hagan que las cafeterías sean un lugar de reunión vivo y emocionante.

¿Cómo puede hacerse esto con la actual crisis, no les está afectando?

Sí, claro que sí, cualquiera puede ver en nuestras instalaciones que mucho, como a la mayoría de todos nosotros, todos tenemos menos dinero disponible y eso hace que miremos más dónde y cómo lo gastamos. La verdad es que lo hemos aprovechado para ser mejores, para crecernos y mejorar nuestra oferta y nuestro servicio, para ser dignos del esfuerzo de nuestros clientes y de cada euro que nos dan a cambio de un producto de calidad, servido con profesionalidad, cariño y agradecimiento. Tenemos la suerte de contar con medios que nos permiten conocer lo que opinan de nosotros clientes, usuarios, trabajadores y sindicatos y con la ayuda de todos ellos, saber cómo mejorar cada día.
Aun así, apostamos por invertir porque creemos firmemente que creando espacios más confortables y ajustando nuestra oferta a la demanda, fidelizaremos a nuestros clientes.

Lo que necesitas saber sobre el sol

Academia Española de Dermatología y Venereología

La fotoprotección no es una acción, es una actitud.

La fotoprotección no consiste únicamente en ponerse una crema. Existen tres frentes para hacerla efectiva:

1. Evitar una exposición excesiva: buscar zonas de sombra y evitar las horas de máxima irradiación (horas centrales del día).
2. Ropa: Utilizar sombreros o gorras, pañuelos, gafas de sol, camisetas, etc.
3. Productos fotoprotectores que salvaguarden de la radiación ultravioleta: hay que aplicar una cantidad generosa y tener en cuenta que su objetivo no debe ser mayor tiempo de exposición.

El uso de la aspirina se asocia con un menor riesgo de melanoma.

Existen estudios que demuestran que el uso de ácido acetil-salicílico (Aspirina®) se asocia con un menor riesgo de sufrir melanoma.

Es cierto que estudios in vitro sí que han demostrado que los anti-inflamatorios en general pueden prevenir el desarrollo de tumores al inhibir la inflamación que comparte vías moleculares comunes con la carcinogénesis; sin embargo, aún no se ha demostrado en humanos, sino en cultivos celulares y en modelos animales.

Sin duda, son necesarios más estudios para confirmar estos resultados y la magnitud del efecto antes de emplearlo, y siempre como medida complementaria, en pacientes con mayor riesgo para desarrollar este tipo de tumor.

Los adolescentes presentan las mayores tasas de quemaduras solares.

En un reciente estudio realizado en 270 adolescentes de entre 14 y 17 años de la Costa del Sol, el 74% de los mismos refirió quemaduras solares en el último verano. Los adolescentes mostraron conocimientos adecuados en torno al sol y al cáncer de piel, sin embargo, evidenciaron conductas muy deficitarias de protección solar junto a unas actitudes positivas frente a la exposición solar y al bronceado. Estos datos coinciden con los hallados en otros estudios en adolescentes llevados a cabo en Europa, EEUU y Australia. Las quemaduras solares a estas edades comportan un riesgo elevado de desarrollo de cáncer de piel en la vida adulta, especialmente de melanoma, y un envejecimiento prematuro. Conseguir cambiar las actitudes frente al sol y al bronceado, y fomentar una cultura de fotoprotección entre los jóvenes es uno de los grandes retos en la lucha frente al cáncer de piel.

Los antioxidantes orales protegen contra los UVA y menos contra los UVB.

Los complementos alimenticios antioxidantes (vitaminas C y E, carotenoides y Polypodum -del reino vegetal-), son el refuerzo necesario para mejorar la fotoprotección a todos los niveles, especialmente cuando se practica deporte o se trabaja al aire libre. Sin embargo, el fotoprotector oral no puede sustituir al cosmético en ningún caso, pues resultaría insuficiente para proteger de la radiación solar.

Recientes estudios demuestran que los antioxidantes orales protegen más frente a la radiación ultravioleta A, y menos contra la UVB, por lo que serían insuficientes contra las quemaduras.

Sol y deporte: Los riesgos de la falta de fotoprotección entre deportistas.

Diversos estudios relacionan la práctica de deportes al aire libre con un mayor riesgo de cáncer cutáneo.

Circunstancias como la sudoración durante el ejercicio dificultan la aplicación de cremas dolares y favorecen la actitud de quitarse ropa lo que aumenta el nivel de exposición solar.

Es necesario fomentar una cultura de fotoprotección entre quienes practican deportes al aire libre porque se trata de una población predominantemente joven donde una sobreexposición solar puede condicionar un mayor riesgo de cáncer de piel a largo plazo.

El 85% de los tejidos utilizados en ropa deportiva ofrecen una muy alta protección frente a la radiación UV.

◆ Tejidos utilizados en ropa deportiva:

• El 85% de los tejidos utilizados en la confección de camisetas deportivas 100% poliéster ofrecen una protección muy alta o excelente frente a diferentes efectos biológicos de la radiación UV.

• El tipo de entramado bicapa confiere niveles de cobertura muy altos que se correlacionan con la fotoprotección del tejido. El efecto reflectante de los tejidos monocapa con brillo iguala el nivel de fotoprotección de los tejidos bicapa.

• El grosor del tejido aumenta el factor de protección ultravioleta (FPU).

• Mientras que el color y el uso no modifican el FPU, refiriéndose estas siglas al índice de protección solar en la ropa de este tipo de tejidos, el sudor aumenta significativamente los valores de protección solar.

◆ Ropa de calle:

• Si las fibras están unidas estrechamente entre sí el FPU es mayor.

• Generalmente los tejidos sintéticos tipo poliéster o denim (vaquero) tienen valores más altos de FPU que tejidos naturales como algodón o lino.

• La humedad de forma genérica disminuye el FPU. Una camiseta u otra prenda protege 3 veces menos si está mojada que si está seca.

• Los colores oscuros confieren mayor protección que las claras, aunque son más calurosas por el efecto de los infrarrojos. No obstante, el color blanco también protege y muchas prendas blancas tienen agentes blanqueantes ópticos que absorben la radiación UV.

• Existen tintes que se pueden asociar al lavado, los cuales contienen fotoprotectores y aumentan el FPU.

Los jóvenes que realizan deporte al aire libre se protegen de la radiación insuficientemente.

Según un estudio llevado a cabo por la Facultad de Ciencias de Educación Física y Deporte de la Universidad de Granada, con el Dr. Agustín Buendía, dermatólogo de la AEDV al frente, entre otros, el 39% de los jóvenes (74,15% hombres, 25,5% mujeres) que practican deporte al aire libre sólo a veces evitan las horas centrales del día, de mayor radiación solar (12.00-17.00 h), para realizar ejercicio. De quienes se aplican fotoprotector, un amplio porcentaje lo hace una única vez al día, siendo además una minoría quien se protege con sombrero o gorro durante la práctica deportiva. Gran parte de quienes se protegen del sol lo hacen en la playa o la piscina, y menos cuando realizan ejercicio.

Preguntas más frecuentes sobre la radiación solar

¿Qué radiación emite el sol?

Se trata de un flujo de energía en forma de ondas electromagnéticas de diferentes frecuencias: luz visible, infrarroja y ultravioleta. El ojo humano sólo detecta la luz visible.

¿Qué formas de radiación solar recibimos?

La *directa* es la que viaja en línea recta desde el sol hasta la superficie de la Tierra y es la que proyecta la sombra de los objetos.

La *difusa* es la radiación que se dispersa por efecto de moléculas y partículas en la atmósfera. Esta radiación no produce sombra porque no tiene una dirección definida. El porcentaje de radiación difusa es mayor en latitudes altas, con nubes, contaminación y en invierno

La *reflejada* es el producto de la reflexión por el suelo. Dependiendo de la superficie el porcentaje varía entre 4% (asfalto) hasta 80% (nieve). El césped refleja el 25% de la radiación.

¿Qué tipos de radiación ultravioleta existen?

Existen 3 tipos de radiación ultravioleta (UV) según su longitud de onda:

UVC: Es la más nociva debido a su gran energía. Afortunadamente, el oxígeno y el ozono de la estratosfera absorben todos los rayos UVC, por lo cual nunca llegan a la superficie de la Tierra. Está entre 100 y 290 nanómetros.

UVB: Es biológicamente muy activa pero la capa de ozono absorbe la mayor parte de los rayos UVB provenientes del sol. Sin embargo, el actual deterioro de la capa aumenta la amenaza de este tipo de radiación. Como efectos a corto plazo es la responsable de quemaduras y del bronceado diferido. A largo plazo favorece el envejecimeinto cutáneo y desarrollo de cáncer de piel. Está entre 290 y 320 nm.

UVA: La radiación UVA es la menos nociva y la que llega en mayor cantidad a la Tierra (un 95%), pero uan sobreexposición también resulta perjudicial. Casi todos los rayos UVA pasan a través de la capa de ozono. Es la responsable del bronceado inmediato de la piel. A largo plazo también favorece el envejecimeinto cutáneo y desarrollo de cáncer de piel. Está entre 320 y 400 nm.

¿Qué es la luz infrarroja?

La radiación infrarroja, de más de 700 nm, es la que corresponde a longitudes de onda más largas y lleva poca energía asociada. Su efecto aumenta la agitación de las moléculas, provocando el aumento de la temperatura. El CO2 , el vapor de agua y las pequeñas gotas de agua que forman las nubes absorben con mucha intensidad esta radiación. La atmósfera se desempeña como un filtro, ya que mediante sus diferentes capas distribuye la energía solar para que a la superficie terrestre sólo llegue una pequeña parte de esa energía.

¿La radiación afecta sólo a los humanos?

No, afecta a todo el reino animal y vegetal. El exceso de UVB inhibe el crecimiento de las plantas, por lo que el agotamiento de la capa de ozono podría causar la pérdida de especies vegetales.

Se dice que un poco de sol es bueno. ¿Cuáles son sus ventajas?

Estimula la síntesis de vitamina D, la cual previene el raquitismo y la osteoporosis, aparte de otros efectos sobre la modulación del crecimiento celular, la inflamación y la inmunidad; produce vasodilatación por lo que reduce la tensión arterial y favorece la circulación sanguínea periférica. Por su efecto de inmunosupresión local, mejora diversas enfermedades inflamatorias cutáneas como la psoriasis y el eccema, entre otras.

¿Es cierto que mejora el humor?

Sí, produce una sensación placentera derivada de la liberación de endorfinas. La radiación ultravioleta hace que las células de la epidermis, los queratinocitos, generen una proteína denominada proopiomelanocortina (POMC), esta a su vez genera otras 2 moléculas: la beta-endorfina y la hormona estimuladora de los melanocitos que favorece la producción de melanina en respuesta al estímulo de la RUV, con el consiguiente bronceado.

Quizá por eso se relaciona a los países cálidos con la alegría y la juerga y a los países fríos con la seriedad y la depresión.

¿Puedo tomar el sol igual en Londres que en el Caribe?

Evidentemente no. Depende de la latitud del país donde estemos expuestos, pues la radiación es más intensa en la línea ecuatorial, dado que el ángulo de incidencia de los rayos de sol en la superficie de la Tierra es más directo.

¿Cómo influye la época del año?

En verano la radiación solar recorre un trayecto más corto a través de la atmósfera para llegar a la superficie de la Tierra, por lo que tiene mayor intensidad. Pero, en primavera, sobre todo en latitudes bajas, también podemos recibir una importante cantidad de radiación ultravioleta si realizamos actividad al aire libre durante largos periodos (montar en bicicleta, a caballo o patinar).

¿Se debe tomar el sol?

La exposición directa al sol, sobre todo en condiciones de alta irradiación (cielo despejado, en verano, en horas centrales del día) no es recomendable. Si realizamos una vida normal recibiremos la radiación ultravioleta necesaria para cubrir nuestras necesidades metabólicas (síntesis de vitamina D).

¿Influye cómo esté el cielo?

Por supuesto. Una cubierta gruesa de nubes bloquea más rayos que una nubosidad ligera, pero cuidado: los rayos atraviesan las nubes. También la lluvia reduce la cantidad de radiación, así como la contaminación atmosférica. Las ciudades muy contaminadas, con smog urbano, tienen muy reducida la cantidad de rayos que llegan.

¿Cómo influye la superficie donde me encuentre?

La zona donde nos expongamos da un resultado variable: no es lo mismo la nieve, que refleja hasta el 85% , que la arena (17%), el agua (5%), la hierba (25%), o el asfalto (4%).

¿Qué significa el Índice UV?

El índice ultravioleta es una medidad de la intensidad de la radiación ultravioleta que llega a la superficie de la Tierra. Este índice figura ya en todos los periódicos de EEUU y países muy soleados. Incluso programas de radio en España ya avisan de los días de máxima radiación UV. El índice UV Solar Mundial representa una estimación del promedio de la radiación ultravioleta (UV) solar máxima en la superficie de la Tierra. El cálculo de este índice permite valorar el grado de daño para la piel según las distintas longitudes de onda UV, y hace el promedio de las variaciones de la radiación por periodos de 10 a 30 minutos. Se acostumbra a expresar como una predicción de la cantidad máxima de radiación UV perjudicial para la piel que incidirá en la superficie de la Tierra al mediodía. El índice tiene un valor mínimo de 0 y no tiene valor máximo. Cuanto más alto es el índice, más alta será la probabilidad de que la exposición a los rayos UV perjudique a la piel y a los

ojos, y menor el tiempo que tardará en provocarlo. En muchos países próximos al ecuador, el índice UV puede llegar a 20 durante el verano. En Europa, el índice no acostumbra a superar 8, aunque en las playas puede ser más alto.
Este índice UV se subdivide en: exposición baja (inferior a 2), exposición moderada (3-5), exposición alta (6-7), exposición muy alta (8-10) y exposición extremadamente alta (superior a 11).

¿Por qué es peligroso quemarse?
El daño intenso más inmediato es la quemadura solar. Esto se produce porque la cantidad e intensidad de la radiación recibida no es adecuada para el tipo de piel. La piel responde a la agresión de la radiación UV mediante la oxidación y producción de pigmento (melanina) que nos da el tono bronceado. Cuando la exposición solar supera la capacidad de la piel para generar este mecanismo de defensa, entonces se produce la quemadura y la piel se pone roja, hinchada y pueden aparecer ampollas. Si no se cura bien, puede dejar una cicatriz de por vida. Una historia de quemaduras, especialmente en la infancia, es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de piel. ¡De ahí la importancia de evitarlas desde pequeño!

¿Qué grado de envejecimiento produce?
El envejecimiento de cualquier órgano por el paso del tiempo es inevitable. Una sobreexposición a la radiación UV acelera este proceso que se conoce como envejecimiento prematuro o fotoenvejecimiento y se manifiesta en las zonas más expuestas como la cara, el cuello y las manos. Aparecen manchas (lentigos), arrugas muy marcadas, pérdida de elasticidad y engrosamiento de la piel.

¿Qué es la proteína p53?
La proteína p53 es una proteína supresora tumoral, esto es, previene el desarrollo de tumores malignos. La proteína p53 se activa ante diversos estímulos como es el daño al ADN producido por la radiación UVB o el estrés oxidativo por la radiación UVA. De esta forma se ponen en marcha varios mecanismos como la activación de proteínas reparadoras del ADN o cuando el daño se considera irreparable; se genera la muerte celular programada, apoptosis, para eliminar células que podrían convertirse en tumores malignos.

¿Un peeling puede ayudar a prevenir el cáncer de piel?
Los peelings que se utilizan para mejorar el aspecto de la piel como los peelings de ácido salicílico, ácido glicólico y ácido tricloroacético previenen la aparición de tumores en ratones irradiados con UVB. El mecanismo se debe a que el peeling favorece la diferenciación de las células de la epidermis (queratinocitos) lo que previene la transformación maligna. Este efecto sobre la remodelación de la capa córnea también se ha demostrado en voluntarios sanos por lo que la utilización de peelings podría ser útil en pacientes con importante daño actínico (solar) para prevenir la aparición de tumores malignos.

¿Qué relación hay entre el sol y las alergias?
La verdadera alergia al sol, conocida como urticaria solar, es muy rara. Hay otras erupciones que pueden aparecer en personas que se han hecho alérgicas a determinados productos y tras su aplicación (antiinflamatorios) o ingesta (antibióticos, sobre todo tetraciclinas) y la exposición solar aparece la reacción.

¿Es peligroso acudir a las cabinas de bronceado?
Sí. Las cabinas de bronceado aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de piel (melanoma y no melanoma) sobre todo si su uso se ha iniciado en la juventud.
Las cabinas de bronceado no solo emiten radiación UVA sino tambien un pequeño porcentaje de radiación UVB. Aparte, el nivel de radiación UVA que podemos recibir en una cabina de bronceado puede ser hasta 10 veces superior al de un día soleado en el Mediterráneo. Las cabinas de bronceado están catalogadas como agente carcinogénico por la International Agency for Research on Cancer (IARC).

¿Es peligroso recibir cualquier tipo de radiación ultravioleta artificial?
No. De hecho en dermatología se emplean equipos de fototerapia (dispositivos de radiación ultravioleta artificial) para el tratamiento de diversas enfermedades inflamatorias (psoriasis, eccema, vitíligo) e incluso linfomas cutáneos (micosis fungoide) pero esta exposición está controlada por personal médico, por lo que no se puede comparar con el uso de cabinas de bronceado.

¿Pueden las máquinas de secado de gel de uñas aumentar el riesgo de cáncer de piel?
Sí, puede aumentar el riesgo de cáncer cutáneo no melanoma pero el riesgo es bajo aunque se puede eliminar mediante el uso de proteccción, preferiblemente guantes que cubran toda la superficie de la piel excepto las uñas o cremas de protección.

¿Qué es el fototipo y cuántos hay?
Se conoce como fototipo a la capacidad de la piel para responder a la radiación UV, y en función del mismo se adoptarásn las medidas de protección. Su clasificación oscila entre I y VI.

¿Cuál es tu fototipo?

CLASIFICACIÓN DE FOTOTIPOS		
FOTOTIPO	ACCIÓN DEL SOL SOBRE LA PIEL	CARACTERÍSTICAS PIGMENTARIAS
I	Se queman fácilmente, no se broncean nunca	Pecosos, pelirrojos, celtas
II	Se queman fácilmente, se broncean un poco	Rubios
III	Se queman moderadamente, se broncean progresivamente	Morenos
IV	Se queman poco, siempre se broncean bien	Latinos
V	Se queman raramente, siempre están bronceados	Árabes, Asiáticos
VI	Se queman muy raramente, están muy pigmentados	Negros

Fototipo y protección

PROTECCIÓN NECESARIA PARA CADA FOTOTIPO					
FOTOTIPO	CABELLO	PIEL	TENDENCIA A LAS QUEMADURAS	BRONCEADO	PROTECCIÓN
I	Pelirrojo	Lechosa	Constante	Nulo	Total
II	Rubio	Clara	Constante	Moreno claro	Alta
III	Castaño a oscuro	Clara a mate	Frecuente a rara	Moreno claro a oscuro	Mediana
IV	Oscuro	Mate	Excepcional	Muy oscuro	Mínima

Fototipo y tiempo de exposición
El tiempo de exposición necesaria para la aparición de quemaduras (en minutos) para el tipo de piel I es de 10 minutos. Para el II de 15 a 20, para el III de 30, para el IV de 30 a 45 y para el V de 60 minutos.

¿Cómo surgió el fotoprotector solar?
La industria de los protectores no comenzó en realidad hasta la Segunda Guerra Mundial, cuando los gobiernos beligerantes necesitaron cremas para la piel a fin de proteger a sus tropas estacionadas en el Pacifico y otros lugares de clima extremo. Asimismo, la práctica de tomar baños de sol hasta que el cuerpo adquiere un tono dorado o bronceado es un fenómeno moderno, de hace 50 años. La actitud predominante en ese momento era que, tras haber tomado suficientemente el sol, el bañista se colocaba bajo una sombrilla. Sin embargo, los soldados que peleaban en tierras de África o en las Filipinas, que trabajaban en las cubiertas de los portaviones o que podían encontrarse a bordo de una balsa, no podían gozar de la sombra a su antojo. Para ello, utilizaban el llamado aceite de parafina rojo, el primer protector solar de la historia, derivado del petróleo. Las fuerzas aéreas de los Estados Unidos lo distribuían entre sus aviadores, en previsión de que pudieran ser derribados en territorios tropicales. Igualmente, por los años 50, se puso de moda el bronceado, dicen que debido a Coco Chanel, que utilizó a sus modelos muy morenas. El doctor Benjamín Green se valió de la tecnología que él había ayudado a desarrollar para crear una loción cremosa, de un blanco puro, aromatizada con esencia de jazmín. El producto, llamado Coppertone®, permitía al usuario conseguir una coloración cobriza de su piel. Lanzado al mercado, el Coppertone® contribuyó a difundir la moda del bronceado en todo el mundo.

¿Qué diferencia hay entre protectores y bloqueadores?
Hoy en día tenemos variedad de productos que nos protegen del sol y pueden ser clasificados como filtros, protectores o bloqueadores, dependiendo de las sustancias que contengan. Los protectores poseen elementos orgánicos que brindan protección contra la exposición a la radiación ultravioleta B, mientras que los bloqueadores incorporan sustancias inorgánicas. Estos componentes inorgánicos permanecen en la superficie de la piel sin absorberse previniendo así que tanto los rayos UVB como los UVA lleguen a la piel. Así, se clasifican en 3 tipos:

- Filtros físicos o inorgánicos: actúan fundamentalmente mediante la dispersión y reflexión de la radiación, y en menor medida absorben la radiación. Podríamos decir que actúan a modo de pantalla, y los más utilizados son el óxido de zinc y el dióxido de titanio. Son cosméticamente menos aceptados porque dejan un aspecto blanquecino.
- Filtros químicos u orgánicos: Son los más utilizados. Actúan por absorción de la radiación solar ultravioleta. Captan los rayos UV de alta energía y los transforman en rayos de baja energía, inocuos para la piel. Los más conocidos son la oxibenzona, avobenzona, el homometisalicilato y metoxicinamato.
- Filtros mixtos: son partículas orgánicas que absorben la radiación pero también contienen cromóforos que reflejan y dispersan los rayos y se comportan como un filtro físico. Un ejemplo es bisoctrizole.

¿Qué es el factor de protección solar?
El factor de protección solar (FPS) hace una estimación del tiempo que necesita la piel producir una quemadura, estando protegida. Por ejemplo: si una persona puede exponerse al sol el primer día 10 minutos sin tener quemaduras, un FPS de 15 utilizado adecuadamente la protegerá del sol durante 150 minutos (10 x 15); si una persona es capaz de estar 20 minutos sin quemarse, la elección de un fotoprotector 8 le supondrá una protección 8 veces superior.

¿Qué es el método COLIPA?
Se trata de un método para examinar el factor de protección solar que se desarrolló en colaboración con las asociaciones de industrias cosméticas de Europa, Japón y Sudáfrica. En 2006 se unió la comisión de EEUU. Actualmente COLIPA se conoce como "Cosmetics Europe". El sistema de la Comisión Europea para el etiquetado del FPS establece las siguientes categorías: Protección baja: 6-10, Protección media: 15-25, Protección alta: 30-50 y Protección muy alta: 50+.

¿Cómo escojo mi fotoprotector?
En las etiquetas de los envases se indica la composición cualitativa de los filtros solares y bloqueadores que contienen. Se recomienda adquirir un protector en cuya etiqueta se verifique que es "de amplio espectro», es decir, que filtre tanto los rayos UVA como los UVB. Además, el valor del FPS debe aparecer en la cara principal del envase. Como dato podemos mencionar que una crema con un FPS 30 puede absorber más del 92% de la radiación UVB y otra con factor 50 absorber hasta un 97%. Los protectores solares con un factor mayor ofrecen protección por períodos de tiempo más prolongados, pero hay que tener cuidado con aquellos que indican un FPS mayor que 50, pues la diferencia real en cuanto a protección suele ser insignificante.

¿Cómo influye la textura del producto?
Hay diferentes fórmulas: crema, gel, emulsión, espuma, etc. Cuanto más graso sea, mayor penetración, permanencia y filtración, y menor necesidad de reaplicaciones. Para pieles grasas y zonas pilosas las fórmulas en gel son más adecaudas.

¿Dónde aplico mi protector?
En todas las zonas expuestas de la piel, sin olvidar las orejas, el cuello, los labios y el dorso de los pies.

¿Quién debe usar protector? ¿Los muy morenos se abstienen?
Es aconsejable que todas las personas utilicen protector solar independientemente del tipo de piel, puesto que todos los tipos necesitan protección contra los rayos UV. Hay que adecuar la protección al tipo de piel. Las personas muy morenas probablemente no neceisten fotoprotección excepto en condiciones de exposición extremas.

¿A qué edad hay que empezar?
Las cremas de protección para niños menores de 3 años se recomiendan que sean solo del filtros físicos para minimizar el riesgo de sensibilización (alergias).

¿Cuánta cantidad me pongo?
En abundancia. La dosis teórica recomendada es de 2 mg por cm2, pero como regla

práctica se recomienda aplicar una cantidad suficiente que cubra de forma homogénea toda la superficie expuesta. Hay que repetir la aplicación cada dos horas, después de meterse en el agua o de practicar ejercicio o si se ha sudado mucho.

¿Qué diferencia hay entre water resistant y water proof?

Hay productos con fórmulas resistentes al agua adecuados para realizar deportes acuáticos o nadar. Estos son: a) Water-resistant: cuando el fotoprotector no ha perdido la capacidad protectora después de 40 minutos de permanencia dentro del agua. Para evaluarlo se prueba sobre la espalda de bañistas que nadan durante periodos de 20 minutos. b) Waterproof: cuando el fotoprotector actúa durante más de 80 minutos después de entrar en contacto con el agua. En cualquier caso, estos valores se realizan bajo condiciones de estudio muy reguladas, lo cual difiere de la práctica habitual, por lo que si se realizan deportes acuáticos lo mejor es utilizar ropa adecuada para proteger la mayor parte de la superficie de la piel expuesta y los fotoprotectores tópicos para el resto de la piel.

¿Son perjudiciales los autobronceadores?

No. Los autobronceadores son una forma de maquillaje que hace que la piel tenga un aspecto bronceado. En los últimos años ha mejorado su composición para que la aplicación sea más fácil y uniforme, la absorción más rápida, el tono más luminoso y natural, alejado del efecto de naranja y el fuerte olor que dejaba hace años. El tono bronceado se consigue porque contienen una molécula llamada dihidroxiacetona (DHA) que al entrar en contacto con la epidermis produce una reacción química de oxidación, tiñéndose las células muertas de la capa más externa de nuestra piel, destinadas a ser eliminadas en dos o tres días por el proceso natural de descamación. El tono también dependerá de su fórmula. Con sólo un 2% de DHA se consigue bronceado sin sol, pero la mayoría de los autobronceadores incluyen entre un 3% y un 6%. El color puede ir desde el anaranjado hasta el marrón tostado, por lo que es conveniente probar el autobronceador en alguna zona de la piel poco visible antes.

¿Me protegerá el autobronceador?

¡No! No estamos protegidos frente al sol. El autobronceador no estimula la melanina, es decir, no genera color de forma natural, se trata de una forma de maquillaje.

¿Cómo nos protege la ropa?

Cada vez existe mayor evidencia de que la mejor forma de protegerse es evitando la luz del sol y usando ropa adecuada para minimizar una sobre exposición. Los protectores solares constituyen una opción complementaria. Si se anticipa una exposición solar intensa es conveniente utilizar:

- Una gorra o sombrero que nos proteja el cuero cabelludo y la cara. La sombra en toda la cara debe ser uniforme.
- Una camiseta de algodón, preferiblemente de manga larga.
- Unos pantalones.
- Unas gafas de sol.

Cualquier tipo de prenda protege del sol y el efecto es constante. El grado de protección varia en función del tipo de tejido, el color, el peso y la elasticidad. En función de la transmisión de radiación ultravioleta a través de la prenda, se establece un factor de protección ultravioleta (FPU).

El nivel de protección en condiciones de uso habitual suele ser superior al del etiquetado.

Existe mayor protección con prendas de fibra sintética (poliéster, lycra, nylon, acrílicos), colores oscuros o brillantes, alta densidad (mejor mezcla de algodón que seda) y elásticas (prendas ajustadas)

¿Existen sustancias que podamos aplicar a la ropa para protegernos?

Para potenciar el efecto protector de la ropa se han desarrollado determinados productos. Por ejemplo, CIBA ha lanzado al mercado productos de elaboración propia.

El Cibafast -Cel es un absorbente que aporta un UPF mayor de 40, que se añade al color de la ropa, no produce dermatitis de contacto y resiste a los lavados.

El Tinasorb-S, también de CIBA, produce una absorción de radiación UV muy amplia, quedando impregnada la ropa durante el lavado. Cuanto mayor es el número de lavados, más protección confiere a la ropa. Con 30 lavados, produce un UPF mayor de 30. Este producto se vende ya en EEUU y en España y se añade al detergente de la lavadora. En Japón se ha comercializado ropa tratada con ácido ferúlico que absorbe el 98% de radiación UV y tiene una protección añadida frente al S. aureus. Además, algunos fluorescentes ópticos, que transforman el color blanco-amarillento en azul, también tienen efectos de reflexión y absorción de luz.

¿Puedo estar al medio día bajo los árboles o la sombrilla?

La fotoprotección que produce la arboleda es fundamental si se hace una vida frecuente al aire libre. Su protección es mayor que la de una sombrilla, llegando a ser muy alta si la arboleda es muy frondosa. No obstante, su factor de protección (oscila de 10 a 30) varía mucho dependiendo de la latitud geográfica, ya que ésta condiciona mucho el tamaño de la sombra.

La protección con sombrillas es raro que se use correctamente: únicamente el 10-14% de los niños y adultos lo hace adecuadamente. Su explicación: en una sombrilla de tamaño normal caben holgadas sólo dos personas. Para evitar la radiación reflejada en la arena, en los próximos años las sombrillas serán de tipo "iglú".

Se habla mucho del cáncer de piel. ¿Puedo contraerlo por haber abusado del sol un verano entero?

La sobreexposición a la radiación UV, como cualquier otro agente carcinogénico, no tiene una dosis mínima de seguridad. Esto es, para el desarrollo del cáncer de piel intervienen varios factores, algunos están determinados genéticamente (tipo de piel, polimorfismos o mutaciones, etc.) y no son modificables y otros son ambientales y sí son modificables, como es el caso de la radiación UV. Probablemente el haber sufrido quemaduras durante un verano no conduce necesariamente a un cáncer de piel, aunque la susceptibilidad individual es muy variable. Lo mejor es siempre evitarlo y si ha ocurrido una sobreexposición inadvertida o intencional, hay que evitar que vuleva a ocurrir y conviene hacer revisiones periódicas para llegar a un diagnóstico precoz en el caso de que se desarrolle un tumor.

¿Qué es el cáncer de piel?

El cáncer de piel engloba a un numeroso grupo de tumores que pueden tener distintas causas aunque los más frecuentes se asocian con la sobreexposición a la radiación UV. Estos se dividen en 2 grupos, debido a su diferente pronóstico: el melanoma y el cáncer cutáneo no melanoma (carcinoma basocelular y carcinoma epidermoide). Los tumores se desarrollan cuando se rompe el equilibrio que existe entre el daño producido y la capacidad de reparación. La piel está expuesta a diferentes agentes carcinogénicos, siendo el más importante la radiación UV. Existen diversos mecanismos de defensa, el más visible es el aumento de pigmento (bronceado) tras la exposición. Las personas que se broncean con facilidad tienen una buena maquinaria defensiva, no así las que apenas se broncean que tienen más riesgo para desarrollar cáncer de piel. A nivel molecular hay una compleja red de vías de reparación en respuesta al daño que se produce en el ADN (genes). Con el paso del tiempo toda esta maquinaria se vuelve menos eficaz, aparte la inmunidad (defensas) también se ve dismunída y por ello el cáncer de piel es más frecuente en mayores de 50 años. No obstante, cada vez se diagnostican más casos en personas jóvenes por los hábitos poco saludables de exposición solar intensa en cortos periodos.

¿Surgen espontáneamente o a partir de otras lesiones previas?

La mayoría de los tumores no aparecen asociados a lesiones previas. En el caso del melanoma, solo el 20% se asocia con nevos preexistentes. Algunas lesiones crónicas como cicatrices por quemaduras térmicas, úlceras crónicas de diversas causas (postraumática, por enfermedad inflamatoria, etc.) predisponen al desarrollo de cáncer de piel pero esto es muy infrecuente. Para el carcinoma epidemoide existe un espectro de lesiones que van desde lesiones muy iniciales (queratosis actínicas) que afectan solo a la capa superficial de la piel hasta lesiones invasivas (carcinoma epidermoide invasivo). En la mayoría de los casos no existe esta progresión, esto es, muchos pacientes solo tendrán queratosis actínicas y no desarrollarán un carcinoma epidemoide invasivo.

¿Cómo se manifiesta?

El cáncer de la piel se manifiesta de muchas formas, incluso para el mismo tipo de tumor. Puede presentarse como un pequeño bulto, tipo "grano", que crece lentamente o como un bulto que crece rápidamente. También puede manifestarse como una pequeña herida que no cicatriza o incluso como una mancha rosada que se descama y que recuerda a un eccema. Cuando tiene pigmento (coloración marrón, negra o azulada) es más fácil de reconocer y en estos casos lo primero que hay que descartar es que se trate de un melanoma.

¿Qué tipos de cáncer de piel hay?

Hay muchos tipos de cáncer de piel pero más del 90% se pueden agrupar en cáncer cutáneo no melanoma y melanoma.

- Cáncer cutáneo no melanoma: engloba los 2 tipos más frecuentes que se conocen como carcinoma basocelular y carcinoma epidermoide.
- Carcinoma basocelular: es el cáncer cutáneo más frecuente. Se trata de un tumor que suele crecer lentamente, tiene capacidad de invasión local (puede afectar a vasos, nervios, músculo y hueso) pero excepcionalmente se disemina.
- Carcinoma epidermoide: es el segundo tipo de cáncer cutáneo más frecuente. Presenta un espectro que va desde formas muy superficiales con muy buen pronóstico hasta formas invasivas capaces de producir invasión local y metástasis ganglionares y viscerales.
- Melanoma: es el cáncer cutáneo más agresivo pero menos frecuente comparado con los 2 anteriores. Si se diagnostica en fases preoces la curación es superior al 95% pero si el tumor ha crecido en profundidad entonces existe mayor riesgo de metástasis.

¿Cuál es su tratamiento?

El tratamiento de elección para la mayoría de los tumores malignos de piel es la extirpación quirúrgica. Esta resulta curativa en la inmensa mayoría de los casos de cáncer cutáneo no melanoma y de melanoma incipiente. Para lesiones superficiales de cáncer cutáneo no melanoma se pueden emplear otras terapia no quirúgicas que incluyen quimioterápicos tópicos, inmunomoduladores, crioterapia, electrocirugía y terapia fotodinámica, entre otras.

¿Cuál es la incidencia del cáncer cutáneo no melanoma respecto al melanoma?

Para el carcinoma basocelular, debido a su comportamiento indolente, no existen resgistros específicos y para el carcinoma epidermoide cutáneo solo existen registros en algunos países. Se estima que la incidencia en España del carcinoma basocelular y del carcinoma epidermoide es 15 y 6 veces superior, respectivamente a la del melanoma.

El melanoma en España, en cifras:

Incidencia estimada en 2012: 5.000 casos aproximadamente (2.286 hombres y 2.718 mujeres).

En los últimos 4 años la incidencia ha aumentado un 38%, cerca de un 10% cada año. En 2008 se diagnosticaron 3.600 casos.

La incidencia es el doble en los países del Norte de Europa y 5 veces superior en Australia y Nueva Zelanda. Esto se explica porque la mayor parte de la población en ese continente proviene del Norte de Europa y vive en un clima para el que no está adaptada a diferencia de los aborígenes australianos que no presentan este tipo de problemas por su tipo de piel más ocura.

La mortalidad estimada en 2012: 1.000 casos aproximadamente (527 hombres y 440 mujeres).

A pesar de la mayor incidencia en mujeres, la mortalidad en este grupo es inferior debido a: Factores hormonales/biológicos, el diagnóstico precoz y la mortalidad no ha sufrido un aumento tan significativo como la incidencia.

Consejos y recomendaciones

Para obtener un resultado óptimo de la utilización de un fotoprotector, es necesario seguir cuatro normas básicas:

- Aplicar el fotoprotector media hora antes de la exposición.
- Hacerlo sobre la piel bien seca.
- No escatimarlo.
- Repetir la aplicación según sea necesario.

Respetadas estas normas, también será necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Evitar las pulverizaciones de agua durante las exposiciones.
2. Evitar los perfumes y las colonias alcohólicas que contienen esencias vegetales, porque son fotosensibilizantes.
3. Elegir el fotoprotector más indicado atendiendo al fototipo.
4. Utilizarlo, aunque esté nublado.
5. No exponerse al sol entre las 11 y las 15 horas.
6. Protegerse la cabeza con un sombrero o gorra con visera; los ojos con gafas adecuadas, y los labios con protector labial.
7. Estar en movimiento. No es nada aconsejable tumbarse al sol y mantenerse inmóvil durante horas.
8. Beber agua o líquidos para evitar la deshidratación.
9. Determinados medicamentos pueden provocar reacciones a la exposición solar.

Recuerde: hay que empezar por un FPS alto, sobre todo la primera semana de exposición solar, e ir rebajándolo en los días posteriores.

Traumatismos raquimedulares, lesión medular traumática, pronóstico e indicaciones de tratamiento quirúrgico

Dr. Díaz Molina J., Dr. García Romero J.C., Dra. Zazpe Cenoz I., Dra. Aransay Ana, Dr.Vázquez Míguez A. Dr. Ortega R., Dra. Aransay A., Dra. Carballares I., Dr. Zabalo G., Dr. Azcona Gonzaga J., Dr. Portillo Bringas E.
Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Navarra.

Figura 1. Fractura vertebral con invasión del canal y compresión medular.

Fig 2. Luxación C6-C7 que condiciona compresión medular a ese nivel.

Como ya se ha dicho en artículos anteriores de esta revista, la columna está compuesta por 34 vértebras, el sacro y el cóccix (coxis). Las vértebras están compuestas por una parte anterior maciza, el cuerpo vertebral y un arco óseo posterior. Colocadas una encima de otra crean un canal en el que se aloja la médula espinal, de la que salen los nervios raquídeos. Por ella viaja la información de los movimientos voluntarios y de la sensibilidad táctil, pero también la sensibilidad al dolor, la temperatura o la vibración. Los impulsos motores siguen un camino descendente desde el cerebro hasta las extremidades distribuyendo la información a su paso. En cambio, los generados por los estímulos sensitivos, recorren el mismo camino pero de forma ascendente.

Por esta razón, en el caso de sufrir una lesión en la médula, será la altura donde ésta se encuentre la que determine los síntomas que puede presentar el paciente. Cuanto más alta sea la lesión, más graves serán las consecuencias.

Fig3. Caso de la figura 2 tras la realización de cirugía para descompresión y estabilización de la fractura CF6-C7.

Traumatismos raquimedulares

Los traumatismos raquimedulares suelen ocurrir en población joven asociada con traumatismos de alta energía, como los accidentes de tráfico, los laborales o las caídas desde cierta altura.

Sin embargo, también aparecen estas lesiones en pacientes ancianos en los que el canal medular es más estrecho y por ello en caso de traumatismo es más fácil que se dañe la médula.

Ante un traumatismo en el que ha podido estar involucrado el raquis, la primera medida es la inmovilización del paciente para evitar causar daños neurológicos adicionales hasta que llegue al hospital y sea valorado por profesionales que realicen las pruebas pertinentes. Entre estas pruebas la primera suele ser una RX o TAC de la parte de la columna afectada para descartar la existencia de una fractura vertebral que pueda producir una compresión de la médula o de los nervios. Sin embargo, la falta de una fractura vertebral no descarta la existencia de una lesión medular. Por ello, en ocasiones hay que realizar una Resonancia Magnética de la zona afectada para descartar otras lesiones que puedan comprimir la médula espinal (hematomas, hernias de disco traumáticas, etc.)

Lesión medular traumática

En líneas generales, la altura a la que se produce la lesión condiciona los síntomas que va a presentar el paciente de modo que por debajo de ese nivel o altura, se perderían completa o parcialmente la movilidad y la sensibilidad. Es decir, en una lesión en el cuello se podrían perder en mayor o menor grado la movilidad de las 4 extremidades y la sensibilidad de éstas, junto con el manejo de los esfínteres. Sin embargo, si la lesión fuera dorsal o lumbar, las extremidades superiores no se verían afectadas.

Hay que destacar que en los niveles más altos de la médula se encuentran los centros cardiorrespiratorios pudiendo comprometer la vida del paciente en caso de verse afectados.

Podemos clasificar las lesiones medulares en completas, cuando la función de la médula ha quedado abolida por completo por debajo del nivel de la lesión, e incompletas cuando el paciente conserva la sensibilidad o la fuerza en grado variable por debajo del nivel afectado. Las primeras tienen un pronóstico peor siendo menos probable que el paciente recupere los déficits ya establecidos.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo la descompresión de las estructuras neurológicas (médula o nervios). Esto puede implicar desde una intervención para resecar una hernia discal extruída, la evacuación de un hematoma raquídeo o incluso la resección de partes de las vértebras (láminas o cuerpo). Lo que perseguimos es liberar las estructuras neurológicas afectadas y dar al enfermo más posibilidades de recuperación neurológica con un tratamiento rehabilitador intensivo.

Cuando la lesión medular haya sido causada por una fractura o luxación vertebral que condicione la estabilidad del raquis la cirugía de descompresión debe asociarse a técnicas de estabilización o fijación (artrodesis con tornillos transpediculares, fijaciones por vía anterior,...).

Puede ocurrir que no encontremos ninguna lesión que condicione una compresión de estructuras nerviosas o comprometa la estabilidad de la columna vertebral. En estos casos no esta indicada la realización de tratamiento quirúrgico.

En el momento actual no está claro que el tratamiento quirúrgico precoz suponga un mayor beneficio en términos de recuperación neurológica frente al diferido.

La realización de una intervención quirúrgica urgente en el momento del ingreso está condicionada además por el resto de lesiones que tenga el paciente. Sin embargo en nuestro centro, en aquellos pacientes sin otras lesiones que precisen tratamiento urgente o que condicionen la estabilidad hemodinámica, intentamos realizar la cirugía lo antes posible.

Esto permite entre otras cosas la movilización y el inicio de la rehabilitación más precoz, además de los teóricos beneficios de una descompresión precoz de las estructuras neurológicas que en este momento son causa de controversia.

Pronóstico

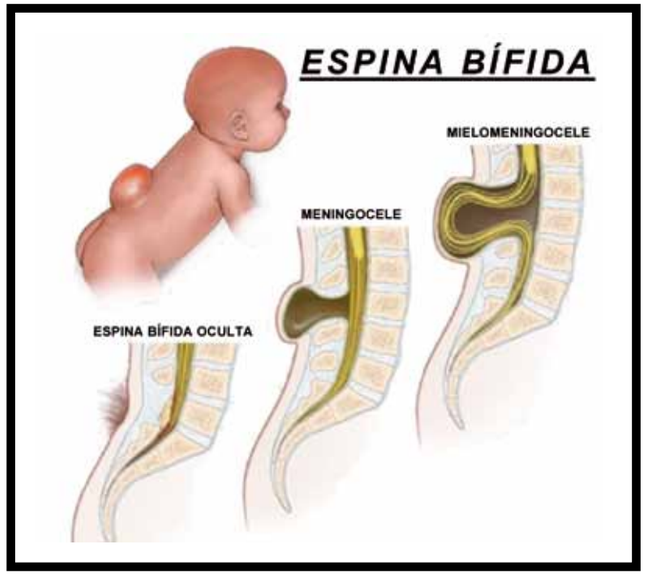
El pronóstico de estos pacientes es muy variable. Los factores más importantes son el grado de déficit de movilidad, sensibilidad y control de esfínteres que presente el paciente al ingreso.

Como ya se ha apuntado, estos pacientes suelen tener antecedentes de un traumatismo de alta energía, por lo que el hecho de que existan lesiones en otros órganos o sistemas pueden influir en el pronóstico de manera negativa.

Sin embargo no todo es azar. Hay un factor que depende directa y potencialmente del paciente: la rehabilitación (RHB). Éste es un factor muy importante en una recuperación neurológica, que por definición es lenta y requiere varios meses de trabajo y esfuerzo, en los cuales el apoyo familiar será siempre un factor que incida en la evolución positivamente.

La espina bífida

Dra. Carballares I., Dr. García Romero J.C., Dr. Zazpe Cenoz I., Dra. Aransay Ana, Dr. Vázquez Míguez A. Dr. Ortega R., Dr. Díaz Molina J., Dr. Zabalo G., Dr. Azcona Gonzaga J., Dr. Portillo Bringas E.
Servicio de Neurocirugía.
Complejo Hospitalario de Navarra



Tipos de disrafismo espinal.

Placoda neural expuesta en dos casos de mielomeningocele.

El término espina bífida engloba una serie de malformaciones congénitas del tubo neural, (médula espinal y columna vertebral) originadas por un fallo en el cierre del mismo en la tercera o cuarta semana del desarrollo.

La incidencia mundial varía geográficamente, siendo en nuestro país del 0,6 % de recién nacidos vivos. Predomina en el sexo femenino en una proporción de 2:1. Es el defecto congénito causante de discapacidad severa más frecuente.
La causa más frecuente es el déficit de ácido fólico materno aunque se ha relacionado con otras causas: déficit de calcio, vitamina C o zinc, fármacos y tratamientos hormonales, etc. El consumo de ácido fólico reduce la incidencia de este tipo de malformaciones. Se encuentra en cereales, verduras como la espinaca, etc., existiendo también suplementos vitamínicos que lo incluyen. Si bien no es una enfermedad hereditaria sí se ha demostrado un riesgo tres veces superior si ha habido un hijo anterior afecto de la malformación.
El diagnostico es generalmente prenatal. La realización de ecografía a partir de la 16-18 semana de gestación puede detectarlo con una precisión cercana al 98%. La analítica de sangre para medir niveles de alfafetoproteina, una proteina anormalmente elevada en la sangre materna en ciertas patologías congénitas, permite conocer qué embarazos son de mayor riesgo así como la necesidad de realizar pruebas adicionales. Las mujeres con algún antecedente personal o familiar de malformaciones del canal raquídeo deben ser controladas con más frecuencia durante el embarazo.

Disrafismo espinal

Los casos menos severos de disrafismo espinal consisten en simples defectos en la fusión de los arcos vertebrales. Este grupo de pacientes se engloban dentro del grupo de espina bífida oculta en la que la malformación no es visible al exterior aunque en ocasiones pueden delatarse por estigmas cutáneos (un mechón de pelo o un área hiperpigmentada en la piel que recubre la columna vertebral). Generalmente no se acompañan de alteraciones neurológicas y se diagnostican de forma incidental.

Meningocele y mielomeningocele

En los casos más graves la malformación provoca la exposición al exterior de elementos del sistema nervioso central dentro de una lesión quística que es visible al examinar la piel del recién nacido a nivel raquídeo. En el caso de que la lesión quística contenga meninges y líquido cefalorraquídeo estaremos ante un meningocele. Si además contiene tejido nervioso (la médula o las raíces) se denomina mielomeningocele siendo el caso más grave. Requiere una intervención quirúrgica en las primeras 48 horas cuyo objetivo es reparar la lesión para evitar la exposición del tejido nervioso al exterior y el riesgo de infección que conlleva, principal causa de mortalidad.
Actualmente en la mayoría de los casos se consigue salvar la vida del niño gracias al tratamiento precoz, al desarrollo de las técnicas quirúrgicas y de los cuidados postquirúrgicos. En la última década se han desarrollado técnicas de cirugía fetal que permiten la corrección del defecto antes del nacimiento. Sin embargo, los estudios actuales no han demostrado que los teóricos beneficios de una intervención tan precoz justifiquen los riesgos de la misma.
La médula espinal en la zona afectada no está protegida lesionándose de manera irreversible.

Existen distintos grados de afectación clínica dependiendo de la altura a la que se encuentra el defecto en la médula espinal. Cuanto más alta sea la lesión más graves serán sus efectos. Generalmente la clínica neurológica consiste en pérdida de sensibilidad y/o fuerza por debajo del nivel de la lesión, que pueden provocar deformidades como la escoliosis o el pie zambo, y alteraciones esfínterianas relacionadas con incontinencia urinaria e infecciones urinarias de repetición.

Líquido cefalorraquídeo

En aproximadamente el 80 % de los casos los pacientes pueden presentar alteraciones en la circulación del líquido cefalorraquídeo que generalmente aparecen tras el tratamiento quirúrgico del mielomeningocele en los primeros días tras el nacimiento.
Este es el líquido en el que está inmerso el cerebro, que produce y reabsorbe de forma natural. Cuando se acumula, bien por un exceso en su producción o por una obstrucción a su drenaje natural, se produce un aumento del tamaño de las cavidades que lo contienen denominando a esta situación hidrocefalia. La solución consiste en colocar un drenaje en dichas cavidades conectado a una válvula, que permita la salida de ese líquido acumulado en exceso a otras cavidades del cuerpo donde pueda reabsorberse (generalmente el peritoneo).
Con el tratamiento adecuado la capacidad intelectual del niño le permitirá un desarrollo y aprendizaje dentro de la normalidad en la mayoría de los casos. Sin embargo alrededor del 15 % presenta algún déficit en grado variable.

Conclusión

La espina bífida es una malformación congénita cuyo diagnóstico puede realizarse de manera prenatal en la mayoría de los casos.
El avance en los tratamientos hace que los niños afectos de esta patología presenten un mejor pronóstico vital y funcional.

La asistencia social de las personas de edad en situación de necesidad ¿Qué recursos existen en Navarra?

Marta Pérez de Obanos
Trabajadora Social. Área de Psicogeriatría
Clínica Padre Menni, Pamplona

Las prestaciones sociales son aquellas ayudas que ofertan las entidades gubernamentales para favorecer los cuidados de las personas en situación de necesidad.

En Navarra, las ayudas a la tercera edad se encuentran reguladas por dos normas: la Ley Foral 15/2006 en la que se aprueba la cartera de servicios sociales y la Ley 39/2006 que trata sobre la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situacion de dependencia. Ambas legislaciones han sufrido modificaciones desde su puesta en marcha.

Para solicitar mas información sobre cuáles son las prestaciones que oferta el Gobierno de Navarra, conviene ponerse en contacto con la trabajadora social del Servicio Social de Base/ Unidad de Barrio o del Centro de Salud.

La vía de acceso a la mayoría de los recursos ofertados para la tercera edad es a través de la valoración y el reconocimiento de la situación de dependencia mediante una escala que mide el grado de autonomía de la persona en las actividades básicas de la vida diaria (aseo, vestido, deambulación, etc.) y actividades instrumentales (capacidad para manejar dinero, hacer la compra, cocinar, etc.). Si tras la evaluación realizada por el técnico del Gobierno de Navarra se cumplen los criterios establecidos por la ley, los recursos a los que la persona mayor puede acceder son los siguientes:

Servicio telefónico de emergencia

Se trata de un servicio que se encuentra conectado con los servicios de urgencia y presta atención los 365 dias del año durante las 24 horas del día. Es un dispositivo en forma de medalla con un botón, colgado del cuello de la persona mayor y que deberá ser accionado en situación necesidad. Se realiza un seguimiento quincenal mediante contacto telefónico para conocer cuál es la evolución de estas personas, así como para promover la sensación de seguridad en el domicilio.

Servicio de atención domiciliaria

Proporciona la atención básica de ayuda personal (levantarse de la cama, higiene, alimentación) y doméstica (limpieza, realizar la compra), a través de una persona cualificada que atiende a la persona mayor durante un tiempo determinado, desde uno a varios días a la semana.

Ayudas económicas para permanencia en el domicilio y apoyo a las familias cuidadoras

Son ayudas económicas que se ofrecen a los cuidadores principales, para garantizar la atención en el domicilio de la persona mayor y así facilitar la permanencia de ésta en el domicilio. Dichas ayudas pueden ser destinadas para el cuidador principal.

Centro de día

Se trata de un recurso de atención diurna que cubre las necesidades de tratamiento, rehabilitación y atención sociocultural, facilitando la permanencia en el entorno habitual y, a su vez, sirve de apoyo a los cuidadores principales para aliviar la sobrecarga que conllevan los cuidados. Los horarios son de lunes a viernes y las personas atendidas suelen permanecer unas siete horas en el centro.

Para facilitar al máximo la incorporación a este recurso, se ofrece tambien la posibilidad de transporte.

Estancia diurna

Recurso que trata de facilitar la permanencia de la persona mayor en situacion de dependencia en su entorno habitual, apoyando a las personas cuidadoras de éstas de lunes a viernes durante siete horas al día. Al igual que ocurre con el Centro de Día, existe posibilidad de transporte.

Estancia temporal residencial

Son ingresos temporales en residencias durante 24 horas, que se ofrecen para facilitar la permanencia en el domicilio y facilitar el descanso de las personas cuidadoras. Las estancias varían en función de la necesidad del cuidador, oscilando entre 1 y 3 meses.

Centros residenciales

Recurso de asistencia las 24 horas del dia que ofrece una atención integral a todas aquellas necesidades que puedan tener las personas mayores. Dentro de la atención integral, se contempla atención médica, de enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia y aspectos sociales de la persona.

Dentro de la oferta de recursos sociales que se realiza en la **Clínica Padre Menni**, este Centro se caracteriza por la atención de personas mayores con enfermedades mentales en dos grandes áreas: Psiquiatría y Psicogeriatría, incluyendo las demencias; existe una residencia de 91 camas y un centro de Día Psicogeriátrico de 38 plazas, con oferta de plazas concertadas (pertenecientes al Gobierno de Navarra) y privadas.

Navarra es una de las comunidades autónomas que ofrece una mayor cantidad de ayudas y recursos sociales para las personas mayores. Es responsabilidad de todos utilizarlas de la manera más justa y efectiva posible.

Hermanas Hospitalarias
"Curar y Cuidar"

Pamplona
CLÍNICA PADRE MENNI
Servicios
Unidad de Hospitalización
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría
Centro de Día | Servicio de consultas externas e interconsultas
Pisos tutelados

Elizondo
CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI
Servicios
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría | Centros de Rehabilitación | Psicosocial Discapacidad Intelectual (con enfermedad mental asociada)

En colaboración con
Gobierno de Navarra

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

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

Convivir con el estrés de una manera saludable

Beatriz Gutiérrez López
Psicóloga Clínica de Fundación Argibide.
Susana Nadal Álava
Trabajadora Social de Fundación Argibide.
Vicente Madoz Jauregui
Médico Psiquiatra de Fundación Argibide.

A lo largo del curso de nuestra vida van a acontecer diferentes situaciones que nos van a generar un estado de estrés, tensión o sobrecarga.

¿Qué es el estrés?

El estrés es una respuesta natural del organismo ante la percepción subjetiva de que existe una situación que excede nuestros recursos y que por lo tanto, supone un peligro para nuestro bienestar personal.

¿En qué consiste la respuesta de estrés?

En un primer momento, nuestro organismo se alarma ("se estresa") activando rápidamente todos sus recursos fisiológicos y psicológicos para tratar de abordar con éxito este "evento peligroso". ¿Cómo se alarma nuestro organismo?

- A nivel fisiológico, se produce un incremento de los niveles de catecolaminas y una activación del sistema nervioso neurovegetativo (aumento de la tasa cardiaca, tensión muscular...) para incrementar la rapidez de nuestros reflejos y aportarnos mayor fortaleza y resistencia física.
- A nivel psíquico, se produce un estado de alerta o hipervigilancia que nos permite estar muy atentos a todo lo que ocurre a nuestro alrededor.
- A nivel emocional, sentimos miedo. El miedo es una emoción universal que cumple la función básica de supervivencia.

El siguiente ejemplo puede ayudarnos a entender mejor en qué consiste esta fase tan vital para nuestra supervivencia. Ejemplo: "Un día vas conduciendo por tu ciudad y de manera brusca y repentina: ¡un coche se cruza en medio de la carretera! Sin ser muy consciente de lo ocurrido: ¡has frenado bruscamente y has evitado un posible accidente!". "¿Cómo crees que se encuentra tu cuerpo mientras permaneces anclado en el asiento de tu coche presionando de una manera tensa el freno y agarrando fuertemente el volante?" Esta respuesta tan efectiva ha sido posible gracias a la activación de la fase de alarma que acompaña a la respuesta de estrés.

En algunos casos la respuesta de estrés no es tan rápida y breve, ya que precisamos mantener altos niveles de activación durante más tiempo. Esto es lo que se conoce como la fase de resistencia. Algunos ejemplos donde prioriza esta fase puede ser el estrés asociado al último mes de exámenes, a un encargo laboral importante y urgente de nuestro jefe, al mes de la mudanza, a los preparativos previos a una boda... Todos estos casos tienen en común que empiezan y finalizan en un momento concreto (tienen limitación temporal) y por lo tanto, solemos estar preparados mentalmente para resistir durante este tiempo. En algunos casos estas situaciones, sobre todo cuando son inesperadas y novedosas, pueden hacer que suframos síntomas leves asociados al estrés (problemas de sueño, incremento de los niveles de ansiedad y de irritabilidad), que generalmente la mayoría de nosotros atribuiremos acertadamente al estrés que nos produce esa situación en concreto.

¿Cómo finaliza la respuesta de estrés?

Como es esperable, tras unos días o unas semanas muy centrados en una tarea demandante, tolerando altos niveles de tensión, tal vez durmiendo y descansando poco por presión temporal, lo normal es que acabemos cansados y con niveles bajos de energía. Es decir, tras un intenso gasto de energía nuestro organismo entra en fase de agotamiento para poder reponerse y regresar a un estado de activación normal. Un organismo sano mantiene la flexibilidad suficiente para después de un "esfuerzo extra" regresar a un nivel de activación normal que le reporte sensación de bienestar.

¿Qué ocurre si por "exigencias vitales" permanecemos "estresados" durante mucho tiempo?

Cuando las personas por requerimientos vitales tenemos que afrontar situaciones que nos general sobrecarga o tensión de una manera continuada, por ejemplo: preparar una oposición, tener un trabajo muy exigente que requiere de una innovación continuada, combinar vida laboral y familiar en una sociedad

[Sé tú mismo, acéptate, cuida a tus amigos, relájate...]

acelerada, ser cuidadores de una persona con enfermedad crónica, estar en una situación de desempleo... Lo que suele ocurrir es que precisamos de mayor capacidad de resistencia para mantenernos en la superficie y no hundirnos ("necesitamos seguir estresados para mantenernos a flote"). Pero cuidado, si la respuesta de estrés se cronifica en el tiempo y no hacemos nada para recuperar niveles más relajados que favorezcan nuestro bienestar, corremos el riesgo de caer en la enfermedad por sobrecarga del sistema.

Signos de alarma ante el estrés

- Últimamente nuestra pareja, padres o amigos íntimos nos dicen que estamos muy irritables, tensos o irascibles.
- Sensación continua de urgencia y de no poder parar ("siempre corriendo y deprisa a todos los lados").
- Inicio de síntomas psicosomáticos: dolor de cabeza, tensión muscular, problemas de sueño, problemas gástricos (nauseas, pérdida de apetito y dolores de estómago), pérdida de concentración y de memoria...

¿Qué puede pasar si no ponemos remedio ante los primeros signos de alarma?

Si ante los primeros signos de alarma no ponemos remedio realizando un "alto en el camino", para oxigenarnos y reponer nuestras fuerzas, corremos el riesgo de sucumbir a cuadros graves de enfermedad (cuadros psicosomáticos, cuadros de ansiedad o de depresión). En algunos momentos de nuestra vida los signos de enfermedad llaman a nuestra puerta y si no son atendidos, irrumpen inesperadamente en nuestras casas (crisis de ansiedad) o las arrasan dejando la huella de la más profunda desolación (depresión por sobrecarga) obligándonos a reconstruirlas y a hacer, "ahora sí", un alto en el camino. En todos estos casos, lo característico es que nuestro organismo ha perdido su capacidad de adaptación, su flexibilidad original para volver al estado natural de bienestar y ha sucumbido a la enfermedad mental por sobrecarga del sistema ("la última gota que colmó el vaso que estaba lleno"). Es en este momento, cuando la resolución del cuadro psicopatológico requerirá de un especialista en salud mental (psicólogo clínico y/o psiquiatra).

Estrategias para convivir sanamente con el estrés

- Construye una vida que merezca la pena vivir. "Sé tú mismo y no permitas que los formalismos o las expectativas de los demás, encorseten tu autenticidad".
- Trata de aceptarte tal y como eres. Asume tus limitaciones y errores.
- Realiza diariamente actividades que te evadan del estrés y aumenten tu sensación de disfrute (dar un paseo, nadar, cultivar un huerto, bailar, leer un libro, tomar una buena comida, ir a una exposición...).
- Cuida a tus amistades y a la gente que quieres. Como dice el refrán: "las alegrías compartidas son el doble de alegrías y las penas compartidas la mitad de penas".
- Vive el presente en cada momento. No te anticipes al mañana, ni te atormentes con el pasado: "este momento es único e irrepetible. ¡Vívelo!, ¡siéntelo!".
- Cuando estés muy cansado y no tengas tiempo para parar, recuerda: "¡este es el momento de darte un respiro!".
- Aprende a ser tu mejor amigo: "cuídate y premia tu esfuerzo", "abrázate cuando estés dolido" y "háblate con cariño cuando nadie más lo haga".
- Cultiva tu sentido del humor: "toma perspectiva y relativiza tus problemas".
- Pide ayuda cuando lo necesites: "los superhombres y las supermujeres no pertenecen a este mundo", "a no ser, que tú seas una especie en extinción". Si este es el caso contacta con nosotros.
- Aprende a delegar y a decir no.
- Organízate y estructura el día a día dando prioridad a lo importante:"utiliza tus recursos de una manera efectiva".
- Recuerda que tienes derecho a equivocarte y a cambiar de opinión.
- Sé exquisito con tu alimentación y horario de sueño. Haz deporte con asiduidad.
- Acude al especialista si estás enfermo y no abuses de las drogas.

Todas estas estrategias nos protegen del estrés ya que tonifican y relajan nuestro sistema nervioso, armonizan nuestras catecolaminas y favorecen la producción de endorfinas (opiáceos endógenos implicados en la sensación de bienestar, que poseen efecto analgésico y mejoran nuestro sistema inmunitario).

A modo de conclusión

Alcanzar un nivel óptimo de activación (estrés) nos ayuda a ser más creativos y a rendir mejor. El estrés óptimo, bien tolerado y combinado con buenas dosis de cuidados personales favorece el desarrollo de todo nuestro potencial. Por norma general, diremos que es imposible existir libres de estrés, la vida en su continuo cambio y dinamismo conlleva retos y riesgos, depende de cómo cada uno de nosotros respondamos a los mismos, saldremos más o menos fortalecidos para la próxima vez. "Y en la vida, siempre habrá una próxima vez".

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