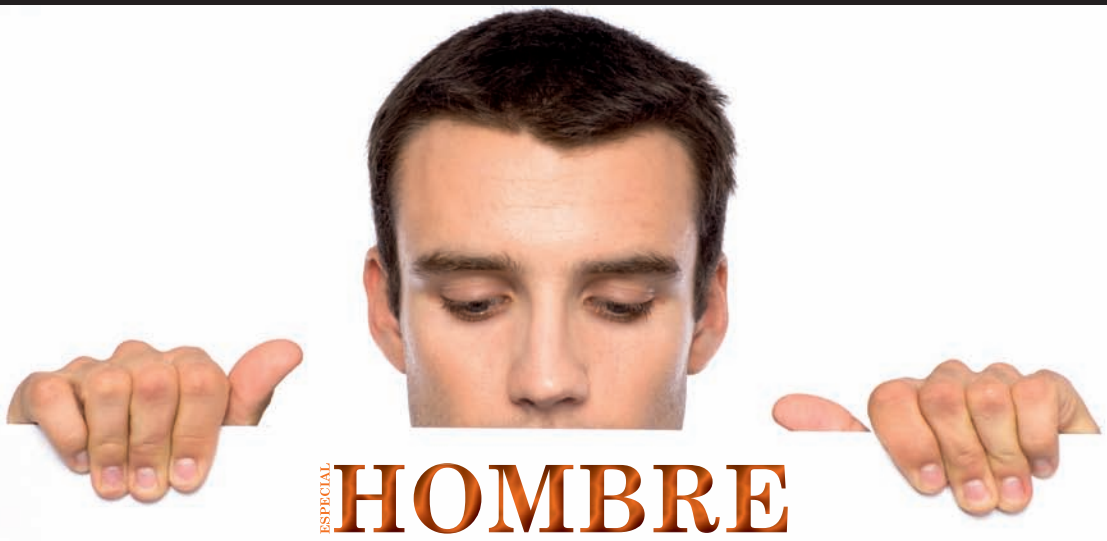
medicina salud cultura

zonahospitalaria

medikuntza, osasuna eta kultura ospitaleko gunea

www.zonahospitalaria.com añoVIII mayojunio2014 nº47



ESPECIAL

HOMBRE

3 Apartamentos tutelados: viviendas con servicios a partir de 60 años 4 Centro Une 6 Alimentación en el hombre actual 8 La esclerosis con microespuma: la mejor opción terapéutica para todo tipo de varices 9 La sonrisa de un hombre nuevo: implantes y escáner intraoral 10 Se mire como se mire, pan a diario 12 La falta de deseo sexual en la mujer (II) 14 Malformaciones arteriovenosas cerebrales 16 Radiología, clave del buen diagnóstico en lesiones deportivas 17 Odontología Express: tu sonrisa en un día 18 Estrés oxidativo e infertilidad masculina 20 Cáncer de piel 22 ¿Qué es la craneosnestosis? 23 Peligro de las fiebres altas en los adultos 24 La Hidrocefalia 26 ¿Qué es la Bioética? 28 La Dermatitis Atópica 30 Método madre canguro

TOS en página 18

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.*

Leyre, 11 bis 2º. 31002 Pamplona
T 948 229 621. www.gestionasistencial.es

Apartamentos tutelados: viviendas con servicios a partir de 60 años

Arriba izquierda, edificio Irunlarrea y su gimnasio. Arriba derecha, edificio Leyre. Abajo izquierda, edificio Ermitagaña y planta tipo de estos apartamentos.

Dra. Lourdes Gorricho
Médico Geriatra
Directora de Gestión Asistencial

Las personas con 60 años o más cuentan desde el año 1996, fecha en la que iniciamos nuestra andadura, con una opción de vivienda cada vez más demandada: los apartamentos tutelados. La confianza de tener una asistencia de calidad garantizada, la comodidad de sus servicios auxiliares, la ausencia de barreras arquitectónicas y, lo más importante, la garantía de independencia absoluta convierten a estas viviendas completamente amuebladas en la mejor opción para la vida de los mayores.

Al llegar a los 60 años, muchas personas se hacen la misma reflexión. Son mayores para seguir viviendo en un piso grande, costoso de limpiar y mantener, pero demasiado jóvenes para renunciar a la vida independiente, por lo que no precisan de los servicios de una residencia. Los apartamentos tutelados se convierten en la opción más adecuada para estas personas que aún quieren disfrutar de su libertad y, al mismo tiempo, beneficiarse de los servicios y comodidades que aportan los apartamentos tutelados: mantenimiento y emergencias 24 horas, limpieza periódica del apartamento, servicios de consejería a la carta y espacios polivalentes para la relación social.

Calidad sin barreras

Los apartamentos tutelados han sido diseñados sin barreras arquitectónicas para hacer la vida más fácil a sus usuarios. De este modo, se puede seguir disfrutando de una vida independiente en un piso adaptado completamente a sus necesidades. Así, estas viviendas disponen de baño geriátrico con suelo antideslizante, asiento plegable de ducha, asideros, ascensor, montacamillas y pasamanos en los pasillos.
Además, los apartamentos están completamente equipados y adaptados para la comodidad de sus usuarios: cocina totalmente equipadas, sillas con reposabrazos, sillón orejero, sofá cama, somier de láminas y colchón con refuerzo lumbar, baño geriátrico, etc.

Todos los servicios

Una de las grandes ventajas de este tipo de viviendas son los servicios de tutela y los servicios a la carta que ofrecen. Por servicios de tutela se entienden aquellos servicios de conserjería, servicio social, limpieza interior del apartamento y mantenimiento. Además, existe una puntual coordinación con los servicios públicos para facilitar un adecuado apoyo para aquellos usuarios que lo demanden.
Los servicios a la carta tienen como objetivo hacer la vida del usuario más fácil y ayudarle a mantener su independencia. Estos servicios, que son de libre elección, van desde la limpieza continuada del apartamento, hasta el servicio de comidas, ayuda a domicilio, teléfono de emergencia, peluquería, podología y actividades de ocio.

Un punto de encuentro

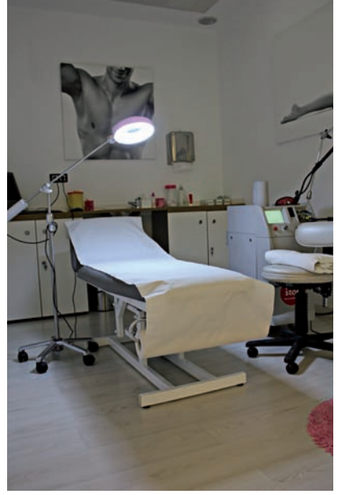
Los apartamentos tutelados cuentan en la planta baja con salones sociales destinados a biblioteca, gimnasio, sala de ordenadores, salas de estar y espacios para actividades, en las que los usuarios que lo deseen, pueden participar en las diferentes actividades de tiempo libre que se organizan, como cursos de gimnasia, manualidades, expresión corporal, jornadas de prevención de la salud, entre otras.

En un entorno privilegiado

Una de las mayores ventajas de los apartamentos tutelados de Gestión Asistencial es su excelente ubicación en el núcleo urbano de Pamplona. En pleno corazón del Segundo Ensanche pamplonés, se encuentra el Edificio Leyre, en la calle del mismo nombre, entre las calles Sangüesa y Padre Calatayud, junto al Club de Activos CAN Leyre, que cuenta con servicio de cafetería y comedor.
En uno de los barrios más modernos de Pamplona y con más zonas peatonales, Mendebaldea, se encuentran los edificios Ermitagaña e Irunlarrea en las mismas calles de las que toman su nombre. Muy cercanos a la zona hospitalaria, están rodeados de zonas verdes, comercios y todo tipo de servicios a pie de calle.
Y finalmente, en la Comarca de Pamplona, el edificio Ansoáin, en la plaza Euskalherria, junto a la Avenida Villava.

Subvenciones

Además, esta modalidad de vivienda cuenta con el apoyo del Gobierno de Navarra, que concede subvenciones a aquellos usuarios que reunan determinados requisitos.



Centro Une, alquiler de consultas y gabinetes, para los profesionales del sector sanitario y del bienestar

ÚNICO PAGO = CONSULTA EQUIPADA + ELEMENTOS COMUNES + LUZ AGUA INTERNET

El Centro Une es una iniciativa diseñada para que los profesionales de la salud, estética, medicina y bienestar de Pamplona, puedan disfrutar en régimen de alquiler, de todos los servicios que tiene un centro privado, pero sin tener que realizar ninguna inversión. De esta manera, los profesionales solo se preocupan de ejercer su actividad sin tener que asumir los costes y riesgos de gestionar un local propio.

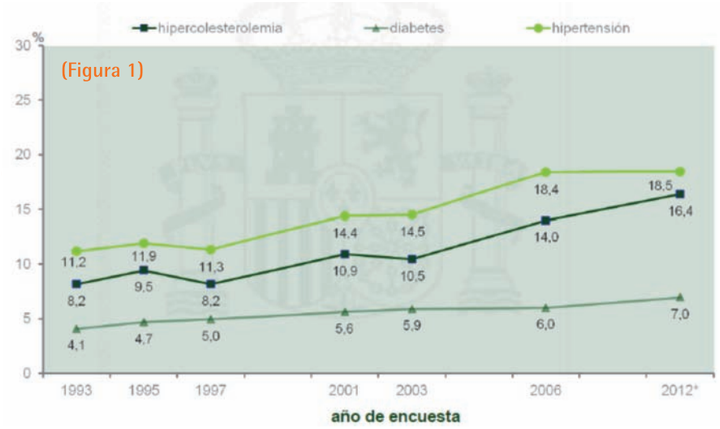
A su vez, este modelo de negocio está orientado a todo tipo de profesionales vinculados con la salud y el bienestar, independientemente de su especialidad. A través de un único pago, se incluyen todos los aspectos extraprofesinales para que el profesional pueda centrarse exclusivamente en su trabajo.

Los perfiles del Centro Une pertenecen a la Medicina estética, podólogos, fisioterapeutas, traumatólogos, nutricionistas, psicólogos, dermatólogos, ginecólogos (disponen de un ecógrafo de última generación)... con una oferta de cara al cliente lo más amplia y global posible.

CENTRO une

- Tiene más de 450 metros cuadrados y dispone de 11 consultas y 3 gabinetes, totalmente equipadas con todo lo necesario para desarrollar cualquier tipo de actividad sanitaria.
- Ofrece la posibilidad de alquiler por jornadas sueltas durante la semana, a salas en exclusiva, lo que permite adaptarse a las necesidades del profesional en cada momento manteniendo su total independencia.
- Dispone de todas las autorizaciones necesarias para poder ejercer cualquier tipo de actividad sanitaria. Miden 12 metros cuadrados, tienen lavabo, armario con llave, hilo musical, aire acondicionado, Internet y otros servicios como la gestión de los residuos.
- Cuenta con una serie de elementos comunes, para uso y disfrute del profesional, sin ningún cargo adicional: recepción activa con gestión de citas, sala de espera, sala de reuniones, office, almacén y presencia en el Directorio exterior del Centro..
- Conviven disciplinas de diferentes áreas, relacionadas con la estética y la salud, estableciéndose sinergias y retroalimentación entre los clientes de los dferentes profesionales.

Alimentación en el hombre actual



Irene Cantero González
Dietista Nutricionista NA00266
Colegio Oficial de Dietistas Nutricionistas de Navarra (Codinna-Nadneo)

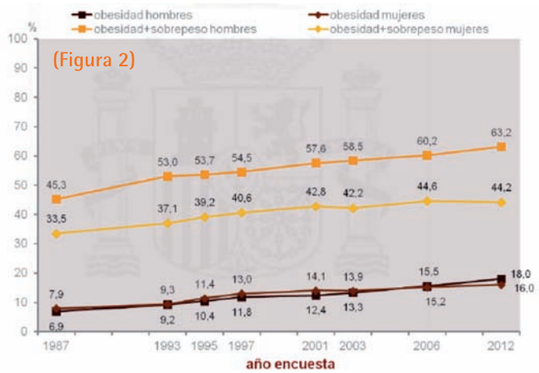
En el estilo de vida general actual de la sociedad y en el cual se ven inmersos los hombres, se observa un alto grado de sedentarismo, una vida mucho más cómoda, un aumento de la ingesta calórica y a su vez una disminución de la calidad nutricional de los alimentos. A estos hechos hay que sumarles la inclusión de sustancias perjudiciales en la dieta tales como el alcohol o el tabaco. Todos estos factores pueden desembocar en un gran abanico de enfermedades, algunas de ellas enfermedades crónicas como el sobrepeso y la obesidad, principales protagonistas en países desarrollados.

Una alimentación adecuada junto con unos buenos estilos de vida permite evitar muchas de las enfermedades denominadas como "enfermedades no infecciosas", enfermedades que siguen un crecimiento de manera considerable. Varios artículos han demostrado la importancia de una dieta adecuada, el estudio PREDIMED, ha tenido un gran impacto nacional e internacional puesto que ha constatado la reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular en un 30% siguiendo los patrones de Dieta Mediterránea. Di Raomondo D. et al, 2013 han demostrado la importancia y los beneficios de un programa a largo plazo de actividad física aeróbica ya que activa el metabolismo activo y reduce la inflamación sistémica en las personas sedentarias.

La alimentación como hábito de vida

Prácticamente la totalidad de la población conoce la importancia de una correcta alimentación y los beneficios que implica, sin embargo, hoy día no hemos conseguido adquirir esos hábitos alimentarios y estilos de vida. La alimentación es una necesidad fisiológica pero también un hábito de vida, por ello, los cambios en la alimentación que ha experimentado la sociedad en los últimos años tanto de manera cuantitativa como cualitativa cobran especial interés.

Por lo general, la alimentación de un hombre adulto debe estar basada en un 50-55% de hidratos de carbono, 25-30% de lípidos y 10-15% de proteínas. El principal problema que encontramos aquí es el consumo excesivo de hidratos de carbono simples y productos pobres en fibra, que disminuyen notablemente la calidad nutricional de la dieta. La grasa por excelencia debe ser el aceite de oliva y se observa que existe un consumo elevado de productos con alto contenido graso (bollerías, pastelería y otras grasas) que está muy por encima de lo recomendado.



Recientemente se muestra un mayor conocimiento sobre la salud y los aspectos nutricionales más saludables, sin embargo se ha visto que los hábitos nutricionales no experimentan un cambio positivo en la población (Montero Bravo A. et al, 2006)

Principales amenazas de la dieta en la salud

Aunque el 75,3 % de la población española percibe su estado de salud como bueno o muy bueno, los resultados de la última encuesta nacional de salud, publicada por el Instituto Nacional de Estadística, revelan que patologías crónicas como la hipertensión arterial, colesterol, obesidad y diabetes siguen una tendencia ascendente. En los siguientes gráficos se observa el crecimiento de algunas de las patologías más prevalentes en el estado de salud de los hombres españoles, patologías estrechamente relacionadas con la alimentación (Figura 1 y 2).

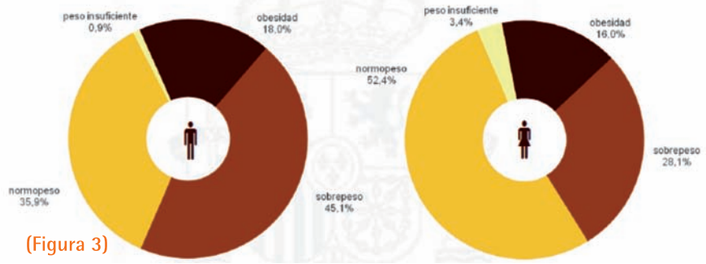
Una alimentación adecuada acompañado de unos buenos estilos de vida es directamente proporcional a una mejora en el envejecimiento y la calidad de vida. La dieta es un factor determinante en muchas de las enfermedades que actualmente sufren con especial relevancia los hombres españoles.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) suponen la primera causa de muerte en el mundo desarrollado. Whayne TF Jr, 2014 demostró una reducción significativa en la enfermedad arterial periférica del 56%, así como otros factores de riesgo de ECV favorablemente modificados por Dieta Mediterránea. (Macready AL. et al, 2014) observaron que un aumento del consumo de frutas y verduras ricas en flavonoides (6 porciones diarias) mejoran la reactividad microvascular y el estado inflamatorio en hombres con riesgo de enfermedad cardiovascular.

Haciendo referencia a la diabetes tipo II, se observa que la presencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se ha incrementado de forma drástica desde 1980, con una prevalencia global del 9,8% en varones. Una reciente revisión sistemática y un meta-análisis sugiere que la reducción en la ingesta de carbohidratos de bajo índice glucémico con un patrón de dieta Mediterránea y las dietas altas en proteínas pueden ser eficaces para mejorar el riesgo de enfermedad cardiovascular y control de la DM2.

En general, las dietas de bajo aporte de hidratos de carbono, tienden a fomentar el consumo de productos de origen animal, lo que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo II. El tratamiento por excelencia para los hombres que sufren diabetes tipo II es la dieta y el ejercicio físico, así lo demuestran algunos autores. (Oftedal B et al, 2011)

La obesidad, ya conformada como un problema de gran magnitud para la salud pública continua en aumento y además, conlleva otras graves consecuencias sobre la salud. La obesidad se relaciona con aparición de diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, dislipemias y algunos tipos de cáncer. En el siguiente gráfico observamos como el 45,1% de los españoles varones padece sobrepeso y el 18% obesidad, datos que siguen su evolución ascendente (Figura 3).



En referencia a otra de las enfermedades prevalentes en el mundo desarrollado, el cáncer, encontramos dos puntos de vista diferentes. En primer lugar la alimentación como factor determinante en el desarrollo o no de la enfermedad y en segundo lugar la alimentación como parte protagonista del tratamiento oncológico. La influencia de la dieta en el desarrollo de la enfermedad ha sido demostrado en varios estudios y se ha relacionado con algunos tipos de cáncer, la mayoría de ellos relacionados con el tracto digestivo. (Giovannucci E, et al. 1992)

Algunas vitaminas y micronutrientes han sido calificados, después de muchos estudios, como protectores frente al cáncer, por ello los antioxidantes y fitoquímicos están siendo estudiados de manera profunda como factor clave contra algunos tipos de cáncer.

Recogiendo todo lo mencionado anteriormente, la sociedad española en general y los varones en particular deben ser conscientes de la situación dramática que se padece actualmente a causa de las enfermedades derivadas, en su mayoría, de una dieta inadecuada y un estilo de vida sedentario. Por ello, es importante hacer especial hincapié en la prevención puesto que tan sólo el 3% del presupuesto europeo es utilizado para este fin según el maltés Tonio Borg, comisario europeo.

Recomendaciones dietéticas y futuro de la alimentación.

Según todo lo anteriormente mencionado, la salud pública tiene el reto de frenar todas estas enfermedades que acechan a la salud de una manera constante. Los hábitos alimentarios y los estilos de vida son factores determinantes, por ello la investigación científica aúna sus fuerzas para conocer las mejores recomendaciones dietéticas destinadas a prevenir y promover una salud óptima en la población. Es por esta razón y gracias al descubrimiento del genoma humano en el año 2000 que se ha podido profundizar y e instaurar nuevas líneas de investigación. Refiriéndose a estas nuevas líneas de investigación encontramos la Nutrigenética que estudia el efecto de la variabilidad genética en la interacción entre la dieta y una patología o enfermedad. El objetivo principal de la nutrigenética es formular recomendaciones dietéticas personalizadas a un individuo dependiendo de su carácter genético. Por lo tanto, se espera que la Nutrigenética aporte datos que permitan cambiar las recomendaciones y orientaciones dietéticas de una manera personalizada.

Antes y después del tratamiento con la esclerosis con microespuma

La esclerosis con microespuma: la mejor opción terapéutica para todo tipo de varices

Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez
Cirujanos vasculares.
Clínica San Miguel de Pamplona y Policlínica Navarra de Tudela.

La insuficiencia venosa y, en concreto, las varices constituyen una patología relativamente benigna, pero muy frecuente. Por otra parte, se trata de una enfermedad que dejada a su evolución natural puede terminar ocasionando complicaciones severas, y de ahí la importancia de la eliminación de las mismas en estadios precoces. Aunque afecta predominantemente a mujeres, tampoco es infrecuente su aparición en hombres y además en éstos suelen ser de mayor calibre y más evolucionadas en el momento del diagnóstico.

El hecho de que los hombres acudan más tarde a una valoración por parte de un cirujano vascular hace que la probabilidad de tener una complicación de sus varices sea mayor.

Aunque el tratamiento de las varices se puede llevar a cabo de muy diversas formas, siempre existe el riesgo de las recidivas (esto es, de que se "reproduzcan"). Bien porque tienen un componente hereditario que, obviamente, no se puede eliminar, o porque se mantienen unos malos hábitos de vida (obesidad, sedentarismo, escaso uso de las medias de compresión), es muy habitual que tras una intervención quirúrgica de varices, vuelvan a aparecer éstas al cabo de unos años. De hecho, hay estudios que afirman que 10 años después de la intervención, el 25 % de las personas tienen la sensación de que tienen las mismas varices que presentaban antes de operarse.

Limitaciones del tratamiento quirúrgico

Generalmente, la cirugía sobre unas varices "reproducidas" es más compleja que sobre una pierna no intervenida, y sus resultados también son peores. Esta dificultad y los malos resultados son aún peores con cada intervención que se haga, de forma que no es una buena opción intervenirse un número indefinido de veces porque la pierna, lejos de mejorar, empeorará. Por otra parte, según cual sea la causa de la recidiva varicosa, como es el caso de las venas perforantes que se vuelven insuficientes, el tratamiento quirúrgico no constituye la mejor opción, pues trata las varices pero no su origen.

Estas limitaciones del tratamiento quirúrgico se solventan con la esclerosis con microespuma. Dado que es un procedimiento con una agresividad casi nula (de hecho no necesita ni anestesia local), se puede repetir, en teoría, un número ilimitado de veces siempre que haga falta. Además, permite tratar la causa de la recidiva varicosa en todas las situaciones: incompetencia de las perforantes, hipertrofia de una rama de un cayado ya ligado, insuficiencia de otro eje safeno, etc.

En definitiva, la esclerosis con microespuma constituye la mejor opción terapéutica para todo tipo de varices en términos globales, pero esta superioridad es aún mayor en el caso de varices recidivadas, pues permite unos mejores resultados con una técnica no invasiva, y, además, es un procedimiento que se puede repetir de forma indefinida.

VARICES
MICROESPUMA
CIRUGIA VASCULAR
varicesmicroespuma@gmail.com
TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
ESCLEROSIS CON MICROESPUMA
SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL
Consulta médica Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez:
➡ PAMPLONA. Clínica San Miguel. C/ Beloso Alto, 32. T 948 296 000
➡ TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3. T 644 297 726

Escáner intraoral de última generación para poder colocar implantes con un diagnóstico previo más exacto, el diseño estético de su sonrisa dependerá de ello.

La sonrisa de un hombre nuevo: implantes y escáner intraoral

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

TÜV Rheinland CERTIFIED
Management System ISO 9001:2008
BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS
CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
SAN FERM N, 59 Bajo. T 948152878

Desde un punto de vista fisiológico, una sonrisa es una expresión facial formada al flexionar los 17 músculos cerca de los extremos de la boca, pero también alrededor de los ojos. En los humanos, es una expresión común que refleja placer o entretenimiento, pero también puede ser una expresión involuntaria de ansiedad o de muchas otras emociones (ira, sarcasmo, etc.). Varios estudios han demostrado que la sonrisa es una reacción normal a ciertos estímulos y ocurre independientemente de cuál sea la cultura, y tampoco es una reacción que uno aprenda, sino que se nace con ella: los niños que nacen ciegos sonríen desde un principio. En los animales, la exposición de los dientes, que podría parecer una sonrisa, significa casi siempre una amenaza o una señal de presentación.

Mediante estudios científicos se comprobó que los seres humanos comenzamos a sonreír en el útero materno.

0,01 segundos es el tiempo que nuestro cerebro tarda en procesar un momento de felicidad que involuntariamente nos haga sonreír.

La sonrisa puede ser nuestro mejor aliado, cuando se trata de una sonrisa positiva y agradable; o bien nuestra peor carta de presentación cuando se trata de una sonrisa negativa o desagradable.

La sonrisa puede revelar muchas características de nuestra personalidad, como:

- Seguridad o falta de la misma.
- Frustración.
- Satisfacción o inconformidad personal.
- Confianza en uno mismo.

Un estudio reciente indica que una sonrisa puede tener mucho que ver con el éxito, según un grupo de investigadores de la *Universidad de Sevilla España* que llegó a ésta conclusión evaluando que muchas de las 100 **personas más influyentes o exitosas del mundo** presentaban rasgos faciales similares. Los investigadores examinaron los rasgos faciales de las personas más influyentes entre el 2006 y 2011, encontrando que muchas compartían **características fisonómicas similares**, teniendo en cuenta las pautas que tienden a afectar las expresiones en sus rostros.

La sonrisa, clave en las personas exitosas

El equipo de investigación también revisó los estudios anteriores relacionados a los aspectos atractivos de las sonrisas, información que fue utilizada por los profesionales de la salud oral, quienes buscan mejorar estéticamente la sonrisa de sus pacientes, la cual demostró ser una **clave como característica de las personas exitosas**, según este nuevo estudio. Hubo un total de 168 imágenes que fueron analizadas a fondo, apareciendo en una vista frontal, con la cabeza en posición vertical y después de explorar numerosas variables, los investigadores del equipo evaluaron claras conexiones que involucraban a las personas influyentes del mundo, situación que pasa a explicar el gran **auge de la estética dental de los últimos tiempos**, que además de traducirse en una necesidad para una mayor aceptación social, según este nuevo estudio también es factor importante para **alcanzar el éxito personal**.

Indiscutiblemente **una blanca sonrisa abre puertas** en la sociedad que nos toca vivir, por lo tanto debe representar un motivo de interés personal que al final se encuentra justificado, ya que hoy la ciencia se ha encargado de corroborar los alcances sociales de la estética a nivel oral. La investigación fue publicada recientemente en la revista *Journal of Oral Rehabilitation.*

Por esta razón, la demanda de la estética dental ha aumentado al igual que han crecido la estética corporal y facial. La estética dental ha evolucionado notablemente en los últimos años, desarrollando nuevas técnicas y tratamientos que mejoran la apariencia de la dentadura de forma natural, mínimamente invasiva e indolora y salvaguardando, como objetivo primordial, la salud de los dientes.

En la actualidad, existe una amplia variedad de tratamientos estéticos dentales, que van desde pequeños cambios a grandes transformaciones partiendo, en todos los casos, de un completo análisis de la boca del paciente en consonancia con su cara, sus expresiones y su personalidad.

Como profesional de la implantología oral y estética facial conozco las posibles soluciones para cada paciente, siendo la parte fundamental del éxito, un correcto diagnostico y planificación. Para ello hemos incorporado un nuevo dispositivo de diagnostico digital en tres dimensiones denominado "escáner intraoral", capaz de fotocopiar y trasladar a la pantalla del ordenador, mediante un lápiz óptico, la imagen real de la relación del hueso con la encía y de ambos con respecto al diente ideal y diseño personalizado de la sonrisa para colocar implantes en una posición de éxito funcional y estético. El resultado de las reconstrucciones es superior al de los métodos tradicionales así como la rapidez de los tratamientos.

Se mire como se mire, pan a diario

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

Estamos a las puertas del verano, y con el sol y el calor llegan la piscina, la playa, y aunque personalmente no me guste, las prisas por perder algunos kilos.

En esta batalla pre-veraniega que año tras año se repite, se recurre equivocadamente a cualquier remedio que prometa resultados inmediatos: dietas milagro de lo más variopintas, productos y terapias que adelgazan sin esfuerzo, o lo típico y al alcance de cualquiera que es dejar de comer pan. Pues bien, en esa carrera por bajar lo máximo en el mínimo tiempo posible, se suele olvidar que comiendo mal se adelgaza peor.

Los hombres cada vez más preocupados por su peso

Se mire como se mire, el pan debe estar presente en la dieta diaria. No importa que esa dieta tenga como objetivo hacer adelgazar a una persona. Las dietas deben ser equilibradas además educar en hábitos alimentarios saludables. Además, para que un tratamiento dietético de adelgazamiento triunfe, la personalización de las pautas dietéticas es clave. Por ello, restringir totalmente alimentos básicos y cotidianos como el pan, es un sinsentido desde el punto de vista nutricional, dietético, alimentario y educativo.

Vivimos en una sociedad con grandes contradicciones. Se ha bautizado a la obesidad como la gran epidemia del siglo. Sin embargo, el estereotipo de la delgadez arrasa como modelo ideal tanto en hombres como en mujeres. Sí, también los hombres están preocupados por su peso, aunque no siempre desde una perspectiva de promoción de la salud.

A pesar de la alta prevalencia de enfermedades relacionadas con la alimentación, sigue primando el deseo por la imagen estéticamente correcta. Así, sea por salud o por el

peso ideal, cada vez son más los que se ponen a dieta o comienzan un programa monitorizado de ejercicio físico con la finalidad de perder peso.

El valor del pan en la alimentación

El pan es el alimento que siempre está en la lista de la compra, el único que forma parte de todas las comidas. Como es lógico, hay situaciones que reclaman un mayor consumo de pan: determinadas comidas acompañadas de salsas, comidas improvisadas o planificadas a base de bocadillos, almuerzos o meriendas entre comidas principales entre las que transcurren más de cinco horas (como en el caso de operarios que trabajan en fábricas en jornada continua), etc. También, podemos considerar otras circunstancias en las que podríamos prescindir del pan, pero preferimos no tener que renunciar a comerlo: cuando comemos un plato de pasta o comemos un pincho de aperitivo o estamos en dieta de control de peso. La razón de que el pan nos acompañe siempre es que goza de un valor intrínseco a nuestra cultura alimentaria. Entonces, si consideramos el pan un alimento necesario para el equilibrio de la dieta, debemos prestar más atención a la cantidad que comemos y al tipo de alimentos con que lo acompañamos.

Razones para incluir el pan en la alimentación del hombre

La Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) recomienda el consumo diario de pan a la población en general.

Estas recomendaciones se recogen en la Guía de alimentación saludable editada por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), y se representan de modo gráfico en la Pirámide alimentaria saludable. Según ésta, se deben tomar 4-6 raciones diarias de pan, cereales, patatas, arroz y pasta.

Para el pan se considera que una ración rondan los 40-60g.

La Dieta Mediterránea es el modelo alimentario con el que nos identificamos desde el punto de vista cultural y gastronómico. Estudios científicos publicados recientemente relacionan su seguimiento con una menor prevalencia de enfermedad cardiovascular. Alimentos como el aceite de oliva virgen y el pan, son propios de este modelo alimentario, y por tanto, su consumo está vinculado positivamente a dicho beneficio para la salud.

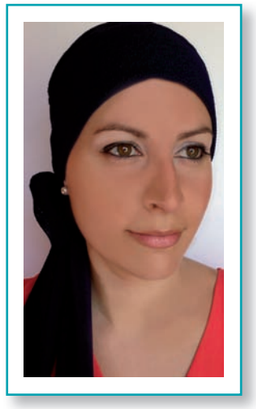
Comer pan no engorda. Así pues, no es necesario dejar de comerlo para adelgazar. Es más eficaz para la pérdida de peso restringir el consumo de productos alimentarios como los dulces, las bebidas refrescantes y alcohólicas y los productos precocinados.

Las dietas que privan de comer pan son frustrantes y a menudo, generan carencias en hidratos de carbono, lo que se traduce en una sensación de necesitar comer algo dulce. Comer una cantidad de pan ajustada al consumo energético de cada persona y repartida de modo adecuado a lo largo del día produce bienestar y relaja la ansiedad.

La educación en hábitos alimentarios saludables es necesaria para que las personas puedan disfrutar de comer de todo en su justa medida, con buena salud.

RUEBER

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS



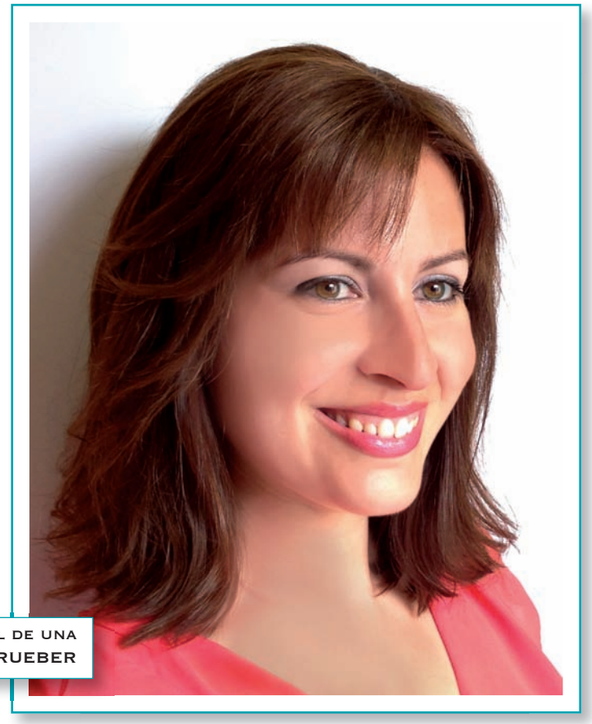


IMAGEN REAL DE UNA PRÓTESIS CAPILAR RUEBER

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, 8-1°. ESQUINA CON PÍO XII, 9. 31007 PAMPLONA
T 948 25 50 53 www.ruebercentrocapilar.es rueberpamplona@rueber.es

La falta de deseo sexual en la mujer (II)

Las fantasías sexuales femeninas.

José Luis García. *Psicólogo clínico especialista en Sexología. CAM Iturrama*
Satur Napal Lecumberri. *Urólogo del Complejo Hospitalario de Navarra*

En el artículo anterior hablábamos del deseo sexual inhibido como una disfunción sexual muy frecuente en la mujer y señalábamos su complejidad. Hoy queremos presentar algunas cuestiones generales sobre su abordaje terapéutico y el papel de las fantasías sexuales.

Terapia sexual individual y de pareja

Cuando una mujer acude a nuestra consulta, sola o con su pareja, se hace preciso entre otros aspectos llegar a un consenso sobre el diagnostico. Para ello es imprescindible, a nuestro juicio, un análisis exhaustivo de la calidad de la relación en pareja, previa a la terapia sexual, considerando entre otros aspectos: la mejora en la comunicación, facilitar un entorno afectivo más adecuado, actitudes y conductas comprensivas y generosas, así como controlar determinadas presiones sexuales sean estas explicitas o no.

Dentro de la terapia sexual, hay una intervención individual y otra de pareja. En el primer caso se analizaran los recursos disponibles para potenciar el deseo, resensibilizar los diferentes sentidos, en ocasiones actualizar nuevas informaciones de carácter sexual a tenor de la edad por ejemplo, (valor del coito, estimulación del deseo, corresponsabilidad ...)potenciar la imagen corporal positiva (alimentación, dietas, estética corporal...) redescubrimiento de la autoestimulación, potenciar capacidad cognitiva (control de pensamientos negativos, ansiedad anticipatoria, miedo a fracasar...etc.) y abordaje de las fantasías sexuales, entre otras intervenciones de interés.

Fantasía sexual y actividad sexual

Pues bien en lo que concierne a las fantasías sexuales, tenemos que señalar el papel extraordinariamente importante, que tienen en la actividad sexual. Es cierto que en los últimos 5 años se han puesto de moda con ocasión del calentón editorial de algunos libros al respecto. Nos ha sorprendido la generalización de las conversaciones de mujeres de todos los niveles socioeconómicos y culturales, sobre las fantasías sexuales. De ser cierto, nos parece un avance extraordinario en un tema tabú en el mundo femenino.

De hecho en Navarra hay algunas aportaciones interesantes sobre este tema, como por ejemplo un estudio que se ha hecho en nuestro servicio por parte de Amaia Kowasch, con diferentes fantasías sexuales escritas por pacientes atendidas en nuestra consulta.

Se acepta que la elaboración de fantasías es una habilidad cognitiva que permiten entre otras finalidades: "circunvalar" las tensiones e insatisfacciones de la vida cotidiana "creando" una especie de nube que nos aísla de las presiones y exigencias. En el caso de la naturaleza sexual tienen además un carácter de estimulación, de poner en marcha y activar el deseo y la excitación.

A menudo las fantasías son irrealizables, circunstancia esta que le confiere un morbo especial. Además de ser gratuitas y fáciles de elaborar, tienen el sello personal de cada cual, tanto los contenidos como su desarrollo pertenecen a la exclusiva esfera particular y por tanto vedado al resto de personas. Además no es un asunto de infidelidad y, por consiguiente, no tiene las consecuencias devastadoras si se descubre. Para nosotros lo relevante de las fantasías sexuales es que son extremadamente útiles para una vida sexual más placentera y saludable.

Recurso para el deseo sexual

Desde nuestra experiencia profesional podemos afirmar que las fantasías sexuales son un recurso de extraordinaria importancia para estimular, explorar, incentivar y alimentar el deseo sexual tanto en hombres como mujeres, lo que redunda en una vivencia sexual más divertida y gratificante. Las fantasías serian algo así como la gasolina del motor del deseo. Por tanto todo aquello que las mujeres, y sus parejas, hagan en esta dirección redundará en unas relaciones sexuales de mayor calidad. En algunos estudios se ha puesto de relieve diferencias entre hombres y mujeres en lo concerniente, por ejemplo, a las reacciones a pensamientos y fantasías sexuales, así como a la aceptación de las mismas,. Los hombres parecen tener una mayor habilidad para fantasear porque, muy probablemente, dedican mucho más tiempo a desarrollar esa capacidad. Los contenidos de las fantasías también parecen presentar diferencias importantes, siendo las que tienen un carácter de sumisión y sometimiento femenino las que más controversia generan. En cualquier caso una de las características de las fantasías es su extraordinaria plasticidad y diversidad. Incluso sabemos que los días de la ovulación femenina parecen ser más proclives a fantasear.

Respecto del "guión" de las fantasías, si bien hay numerosas aportaciones al respecto, suelen destacarse algunos de los contenidos que más a menudo utilizan los hombres: relaciones con más de una mujer, situaciones de dominación-rol activo y prácticas sexuales novedosas. En lo que concierne a la mujer serían: sexo lesbico, encuentro con desconocidos, situaciones de sumisión-dependencia o ser observada por otros mientras hace el amor salvajemente, provocando descaradamente a los mirones. Igualmente suele señalarse que los hombres tienden a interesarse más por imágenes explicitas del coito y las mujeres por la trama de la fantasía (relaciones afectivas, olores, textura de las ropas, por poner algunos ejemplos más frecuentes).

Algunas mujeres rompen en sus fantasías el corsé estrecho de pasividad que el rol cultural les ha otorgado durante siglos. En su imaginación se transforman en protagonistas del guión que ellas mismas pueden elegir libremente, sin dar explicaciones a nadie, haciendo el amor con quien le place, muy a menudo con hombres mas jóvenes, sin tener nada que justificar. Con uno o dos amantes simultáneamente, siendo sumisas o dominantes, pidiendo que las aten o atar al otro/a,

En cualquier caso y con una finalidad preventiva y de promoción de la salud, nos gustaría sugerir la necesidad de que los que los/as propios pacientes se atrevan a preguntar cualquier cosa relacionada con su vida sexual y afectiva al personal sanitario que les atienden. Porque estamos hablando de salud sexual y por tanto de salud. Y en todo caso si en algunas ocasiones fantasean con otras personas no hay que preocuparse, es normal: forma parte de una vida sexual activa, placentera y saludable.

Malformaciones arteriovenosas cerebrales

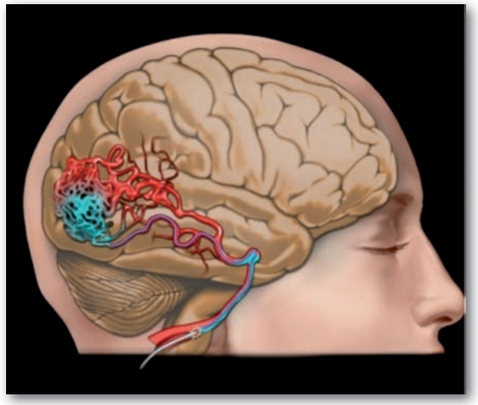


Figura 1. Esquema de MAV.

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

Las malformaciones arteriovenosas (MAV) son defectos poco comunes del sistema vascular que ocurren generalmente durante la etapa embrionaria o fetal. El sistema circulatorio normal está compuesto de 3 elementos principales: las arterias que transportan el oxígeno desde el corazón hasta otros órganos, las venas que llevan la sangre no oxigenada desde estos órganos hasta el corazón y los capilares que están situados entre las arterias y las venas y cuya función es participar en el intercambio gaseoso entre la sangre y las células de los tejidos. (Figura 1)

Las MAVs están formadas por una colección de vasos anómalos en los que la sangre arterial fluye directamente hacia un sistema de venas de drenaje sin interposición de una red de capilares. Al conjunto de pequeños vasos patológicos en forma de ovillo se le denomina "nidus". A pesar de poder desarrollarse en cualquier parte del cuerpo, la localización más frecuente de las MAV son el cerebro y la médula espinal.

¿Qué síntomas provocan las malformaciones arteriovenosas?

La mayoría de las personas con este tipo de malformaciones puede no tener ningún síntoma durante toda su vida o únicamente presentar afecciones leves como el dolor de cabeza. Sin embargo, las MAVs pueden debutar con cuadros de mayor gravedad, siendo en orden de frecuencia la hemorragia y las crisis epilépticas los síntomas más habituales.
El riesgo de que el paciente con una MAV presente una hemorragia cerebral es de entre el 2-4% anual. Teniendo en cuenta la alta morbimortalidad asociada a las hemorragias cerebrales, es importante estudiar de forma individualizada cada caso y buscar la mejor alternativa para tratar las MAV.
Los síntomas pueden aparecer a cualquier edad pero, debido a que estos se producen por acumulación de daño neurológico lento como consecuencia de la alteración del flujo cerebral, la edad de debut suele situarse por encima de los 20 años.

¿Cómo se diagnostican las MAV?

Como se ha mencionado previamente, un elevado número de malformaciones arteriovenosas no ocasionan sintomatología, por lo que en estos casos llegar al diagnóstico es difícil y en la mayoría de las ocasiones no se llega a conocer la existencia de la malformación. Es en el momento en el que el paciente debuta con clínica neurológica cuando se realizan pruebas complementarias que llevan al diagnóstico de la malformación arteriovenosa.
Las MAV son la causa más frecuente de hemorragia intracraneal no traumática en pacientes menores de 35 años, por lo que ante una hemorragia de estas características en un paciente joven siempre se debe descartar la existencia de dicha patología.
Tanto el TC craneal como la RM craneal (fundamentalmente esta) pueden evidenciar la presencia de malformaciones arteriovenosas; no obstante, la prueba más útil para confirmar su existencia, así como para definir la extensión y características de misma, es la angiografía (Figura 2), ya que permite estudiar con mejor precisión el sistema circulatorio cerebral.

¿Qué modalidades terapéuticas existen?

La malformación arteriovenosa es una patología compleja con gran variabilidad entre pacientes, de forma que una vez realizadas las pruebas diagnósticas necesarias es necesario individualizar cada caso para decidir el procedimiento óptimo. En ocasiones los riesgos del tratamiento pueden sobrepasar a los originados por dejar la malformación sin tratar. Factores como el tamaño del nidus de la malformación, su localización, el tipo de drenaje venoso y la presencia de sangrado previo son claves para decidir la actitud terapéutica correcta en cada caso. También influyen otros factores como la edad del paciente, antecedentes personales, estado neurológico, etc. (Figura 3)
Actualmente existen 3 opciones terapéuticas:
A. Microcirugía: Es el tratamiento más efectivo para curar la MAV y por tanto debe ser el tratamiento de elección en aquellos casos en que sea posible. Sin embargo en ocasiones debido a las características de la malformación no puede realizarse sin exponer al paciente a un riesgo excesivo por lo que en algunos casos debemos optar por otras opciones. Su principal ventaja consiste en que los beneficios son instantáneos en comparación con el resto de tratamientos, donde la curación ocurre a largo plazo. En las últimas décadas se han producido además avances importantes en los conocimientos anatómicos y fisiológicos del cerebro y de la circulación cerebral, avances técnicos en Neurocirugía y avances en las Unidades de Cuidados intensivos que han disminuido de forma espectacular las complicaciones y la mortalidad de estas intervenciones. Sin embargo continúa siendo una

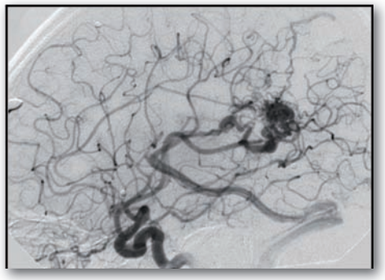


Figura 2. Angiografía cerebral que muestra una MAV

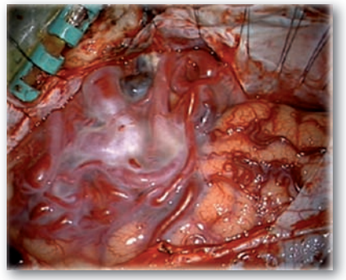


Figura 3. Imagen intraoperatoria de una MAV.

técnica invasiva con potenciales complicaciones importantes por lo que debe ser realizada por equipos médicos con experiencia.
B. Radiocirugía: consiste en la utilización de varios haces de radiación de forma simultánea en una pequeña área del cerebro de forma que conseguimos una elevada intensidad en esa región tratando de evitar al máximo el daño de la radiación en el cerebro sano adyacente. Su uso está muy extendido en diversas patologías cerebrales como los neurinomas del ángulo pontocerebeloso o los meningiomas cerebrales. Su principal limitación es el tamaño de la lesión. Además su efecto no es inmediato, precisando de un periodo de aproximadamente dos años para conseguir la curación, periodo en el que la malformación continúa teniendo riesgo de sangrado. Sin embargo es una excelente opción para aquellas malformaciones arteriovenosas pequeñas localizadas en áreas profundas del cerebro no accesibles para la cirugía, en especial aquellas que no han sangrado previamente.
C. Embolización: consiste tratar la MAV mediante el cierre de los vasos nutricios mediante técnicas de radiología intervencionista. En general no está recomendada como tratamiento único de las MAV salvo en casos muy seleccionados.
Su uso se reserva principalmente como tratamiento coadyuvante para facilitar principalmente la cirugía o la radiocirugía aunque su uso previo a esta última ha suscitado cierta controversia.
D. Tratamiento conservador: existen malformaciones muy complejas en las que es preferible no realizar ningún tratamiento, ya que el riesgo de sufrir complicaciones es mayor que el de no recibir tratamiento alguno.
Una vez instaurado el tratamiento adecuado se realizan controles periódicos mediante arteriografía para comprobar la curación de la MAV. Cabe destacar que en los pacientes intervenidos quirúrgicamente tradicionalmente sólo se realiza un único control arteriográfico, ya que si en esta prueba se comprueba la desaparición de la malformación significa que el paciente está curado por siempre.

Radiología, clave del buen diagnóstico en lesiones deportivas

Médicis Cenrto de Diagnóstico por Imagen
www.centromedicis.com . 948152421 . info@centromedicis. com

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
RESONANCIA | TAC | ECOGRAFÍA

La creciente preocupación por el cuidado de la salud en la sociedad actual ha derivado en un incremento de las prácticas deportivas. Sin embargo, el desarrollo de entrenamientos no dirigidos por profesionales ha desembocado en un aumento de las lesiones.

La mayoría de las patologías musculo – esqueléticas atendidas en la actualidad provienen de la actividad deportiva. En este campo de la medicina, la radiología ha adquirido un papel fundamental gracias al rápido avance tecnológico que han vivido los sistemas de imagen, sobre todo el del ultrasonido y el de la resonancia magnética. Tanto es así, **que una buena imagen es la base de un diagnóstico acertado, especialmente en lesiones pequeñas, permitiendo aplicar el tratamiento adecuado para una recuperación acelerada y óptima**.

Las lesiones por trauma de rodilla y hombro son las principales lesiones deportivas atendidas en el centro de diagnóstico por imagen Médicis, generalmente procedentes de la práctica tanto de deportes en los que existe contacto, como el fútbol y el baloncesto, como de los individuales: el esquí, el golf y la pelota - mano.

La radiología aplicada a la medicina deportiva

Para la detección y seguimiento de las lesiones deportivas de hueso, las radiografías convencionales siguen siendo útiles en el caso de fracturas evidentes, pero son insuficientes a la hora de diagnosticar roturas pequeñas no tan evidentes o multifracturas en un solo hueso. Para estos casos, el TAC se presenta como la prueba más especializada.

> “En el campo de la medicina deportiva, la radiología ha adquirido un papel fundamental siendo, una buena imagen, la base de un diagnóstico acertado que permita aplicar el tratamiento adecuado para una recuperación pronta y óptima.

En el terreno deportivo, la ecografía resulta imprescindible para el diagnóstico y estudio de la evolución de lesiones musculares, y en el caso de extremidades inferiores, para la correcta visualización de problemas venosos o taponamientos causados por golpes e incluso degeneración de los tejidos.

La resonancia magnética se posiciona como la prueba más empleada en la detección y control de lesiones deportivas. Se utiliza para traumas articulares, ligamentosos y tendinosos tan frecuentes en las prácticas deportivas, y que sobre todo afectan a las extremidades. Para estos casos, **Médicis dispone de la única máquina en Pamplona exclusiva para resonancias de extremidades, que aporta comodidad y calidad, especialmente en las pruebas realizadas a niños o pacientes claustrofóbicos.**

La clave: Diagnósticos rápidos y acertados

El acierto en la elección del tipo de prueba a realizar en cada caso resulta vital para la obtención de un diagnóstico preciso y la aplicación del tratamiento correspondiente en el menor plazo de tiempo posible. Médicis ya se enfoca en esta dirección, realizando sesiones formativas para colectivos profesionales de la salud como son los fisioterapeutas, enfermeros y rehabilitadores, orientándoles en función de la patología o dolores del paciente.

La clave de una recuperación óptima es la realización de la prueba de imagen idónea, que facilite la información necesaria, para obtener un diagnóstico rápido, de calidad y acertado, y poder así aplicar el tratamiento adecuado evitando lesiones más profundas o el agravamiento de las mismas.

Con este objetivo, Médicis trabaja, desde hace siete años, con federaciones deportivas y profesionales de las diferentes disciplinas médicas, asesorándoles en los tipos de pruebas a realizar para evitar exámenes improductivos y garantizando el éxito de los resultados.

Médicis pone también a disposición de estas entidades, colectivos y pacientes privados, la posibilidad de solicitar una segunda opinión médica de sus pruebas, tanto de la imagen como del diagnóstico, en busca de una mayor precisión en las conclusiones.

Además, el sistema de ‘telemedicina’ con el que trabaja este centro radiológico, le permite obtener informes diagnósticos de las pruebas en tiempos muy reducidos (entre 1 y 24 horas) y de la mano de una red de profesionales de primer nivel en el ámbito nacional, de cualquier especialidad, sea cual sea su ubicación.

Odontología Express: tu sonrisa en un día

Sannas Dentofacial (antigua Clínica Dental San Jorge)
www.gruposannas.com
info@gruposannas. com
T 948384422

25 AÑOS
Clínica Dental San Jorge | sannas CLÍNICA DENTOFACIAL

El ritmo de vida acelerado, la falta de tiempo, una vida laboral muy exigente, dificultades de desplazamiento, fobias al dentista... son algunas de las principales causas que incrementan la demanda social de inmediatez en los procesos odontológicos. El desarrollo de tratamientos en sesiones únicas, también denominado ‘odontología exprés ‘, es ya una realidad y una respuesta a la necesidad de muchos pacientes.

La posibilidad de poder recibir solución a los problemas odontológicos en un solo día permite a los pacientes retomar de forma inmediata su vida personal y profesional, sin sufrir trastornos en su agenda diaria. Siempre manteniendo los estándares de excelencia y profesionalidad, que caracterizan a Sannas Dentofacial y que garantizan la satisfacción del resultado.

¿Qué tratamientos pueden realizarse de forma exprés?

La ‘odontología exprés’ abarca desde los tra

> “La posibilidad de poder recibir solución a los problemas odontológicos en un solo día permite a los pacientes retomar de forma inmediata su vida personal y profesional, sin sufrir trastornos en su agenda diaria.

tamientos más sencillos, como son las obturaciones múltiples (empastes), hasta las intervenciones más complicadas: colocación de implantes, su correspondiente prótesis, la realización de coronas, puentes, carillas etc Todos ellos pueden efectuarse en un solo día o sesión.

El avance de las nuevas tecnologías, como el escaner intraoral y extraoral, las fresadoras robotizadas, y la realización de estudios mediante técnicas tipo mock up , DSD (Dental Smile Design) , facilitan la planificación y posterior aplicación de dichos tratamientos odontológicos de forma ágil y satisfactoria.

Además, la aparición de nuevas técnicas como la sedación consciente, que reduce la ansiedad y la tensión del paciente llevándolo a un estado conciencia mínima y bienestar, favorecen la realización de los tratamientos de formas más rápida y segura. De esta manera, procedimientos como las extracciones múltiples, tratamientos a pacientes pediátricos o con minusvalías también pueden ser abordados bajo el sistema de la ‘odontología exprés’.

Profesionales formados, sinónimo de calidad.

El éxito y calidad en el resultado se presentan como factores especialmente importantes a la hora de planificar y ejecutar un tratamiento odontológico exprés. Por ello, Sannas Dentofacial, cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales, adecuadamente formado y experimentado para afrontar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento con la agilidad y precisión requeridas.

Odontología exprés y un servicio integral, que ofrecen a los pacientes la oportunidad de solucionar sus tratamientos dentales en un día y sin necesidad de moverse de la clínica, e incluso de completar el resultado con tratamientos estéticos faciales.

Estrés oxidativo e infertilidad masculina

Jesús Félix Zulategui Eraso
Embriólogo senior del laboratorio de reproducción asistida del Complejo Hospitalario de Navarra y asesor científico de Estudio Médico Navarro
Satur Napal Lecumberri
Urólogo del Complejo Hospitalario de Navarra

Un mecanismo importante de la evolución biológica fue la adaptación desde una atmósfera reductora hacia un ambiente oxidante. La lucha continua de los organismos contra los radicales libres, causantes del estrés oxidativo, facilitaron los cambios adaptativos que, a su vez, permitieron aprovechar, de manera más eficiente, el ambiente oxidante. El más importante fue la eficiencia en la producción de energía en organismos aeróbicos.

Por este motivo, paralelamente, los procesos de adaptación evolutiva incluyen la formación de compuestos antioxidantes para proteger a las células del daño oxidativo.
Hay varias familias de moléculas que causan estrés oxidativo, siendo las más importantes las especies reactivas de oxígeno (ROS-Reactives Oxigen Species) y las especies reactivas de nitrógeno (RNS-Reactives Nitrogen Species).
Entre otros procesos adaptativos, bajo ciertas circunstancias, se encuentra el aprovechamiento de las ROS en funciones como la inducción de la proliferación y muerte celular, como en el caso del cáncer y la apoptosis.
El estrés oxidativo está determinado por el balance entre la generación de ROS y la degradación de las mismas dentro de los tejidos.

Moléculas radicales libres

Los ROS son agentes oxidantes altamente reactivos y forman parte de una clase de moléculas conocidas como radicales libres (RL). Un radical libre es cualquier molécula que contiene uno o más electrones desapareados, que son generados fisiológicamente por una transferencia de un electrón durante el metabolismo celular por ejemplo: en los procesos que generan energía en la mitocondria, donde estas reacciones solamente toman lugar en compartimentos especiales, o en el proceso oxidativo de los leucocitos polimorfonucleares durante el mecanismo de defensa fisiológica.
Los ROS, reaccionan muy rápidamente con la mayoría de los compuestos orgánicos y comienzan una serie de reacciones en cadena que modifican la estructura de algunas moléculas biológicas, particularmente de aquellas que poseen un alto contenido de ácidos grasos polinsaturados. Cada radical libre (RL) formado en el organismo puede iniciar una serie de reacciones en cadena que continúan hasta que los RL sean eliminados. Los RL tienen una vida media en el rango de nanosegundos a milisegundos y por lo tanto reaccionan con moléculas en su entorno más directo.
Estos radicales son: el anión superóxido (O2-), el radical hidroxilo (OH-), el peróxido de hidrógeno (H2O2) y el óxido nítrico.
El sistema antioxidante protege a los tejidos de los efectos de los radicales libres.
Se conocen tres grupos de antioxidantes: Antioxidantes Primarios, que previenen la formación de nuevos radicales libres, transformándolos en moléculas menos perjudiciales, antes de que puedan reaccionar, o evitando la formación de radicales libres a partir de otras moléculas. Entre estos antioxidantes tenemos a la enzima superóxido dismutasa (SOD), el ión superóxido O2- en peróxido de hidrógeno. La enzima glutatión peroxidasa (GPX) que convierte el peróxido de hidrógeno y los peróxidos lipídicos en moléculas inofensivas antes de que formen radicales libres. Y las proteínas de unión a metales (ej: la ferritina y ceruloplasmina) que limitan la disponibilidad de Fe2+ necesaria para formar el radical OH-.
Antioxidantes Secundarios, los cuales capturan los radicales libres, evitando las reacciones en cadena. Entre estos tenemos: la vitamina E, vitamina C, carotenos, ácido úrico, bilirrubina y albúmina. Y los Antioxidantes Terciarios, que reparan las biomoléculas dañadas por los radicales libres. Entre ellos tenemos las enzimas reparadoras de ADN y la metionina sulfóxido reductasa.
Cualquier deficiencia en el sistema antioxidante provoca una pérdida de protección de los tejidos frente al ataque de los radicales libres.
El espermatozoide es vulnerable al daño peroxidativo de los RL porque poseen en su membrana plasmática un alto contenido de ácidos grasos polinsaturados necesaria para mantener la fluidez necesaria en la fusión de membrana durante la fertilización. Niveles altos de RL pueden aumentar la permeabilidad de la membrana plasmática del espermatozoide, causando diversas anormalidades en la morfología espermática alterando así la fertilidad masculina. En el espermatozoide, muy poco se conoce sobre los sistemas enzimáticos involucrados en la neutralización del estrés oxidativo. Sin embargo, se ha observado la presencia de SOD, catalasa y glutatión peroxidas/reductasa. Niveles altos de RL han sido observados entre 44 a 88 % de hombres infértiles. Además, hombres con altos niveles de ROS tienen menos probabilidad de tener hijos cuando se compararon con hombres que tienen bajos niveles de ROS.

Alteraciones de la membrana plasmática

Las ROS afectan la fertilidad masculina debido a las alteraciones que se producen en la permeabilidad de la membrana plasmática, lo cual se traduce en alteraciones en la movilidad y morfología del espermatozoide.
El espermatozoide humano, rico en ácidos grasos poliinsaturados, es atacado por las ROS. La disminución de la movilidad está fundamentada en que la oxidación reduce el contenido de los ácidos grasos en la membrana plasmática del espermatozoide y en consecuencia se produce una alteración en la fluidez e integridad de la misma, con la consiguiente disminución o pérdida de la movilidad, capacitación, reacción acrosómica e interacción con el ovocito para su fertilización. El daño provocado por la peroxidación lipídica que explicaría la infertilidad estaría dado por la pérdida de casi la mitad de los ácidos grasos polinsaturados, fundamentalmente el ácido decosahexanoico (DHA. Se ha encontrado una correlación positiva entre los niveles de ROS y la fragmentación del DNA en el espermatozoide de hombres infértiles7. Todo esto, aunado a una menor capacidad de reparación del DNA, que se produce por una disminución en la actividad de las DNA polimerasas cuando aumenta la temperatura en el testículo, impide la correcta replicación del DNA, disminuyendo la mitosis celular, lo que también explica ampliamente la oligozoospermia que se observa en pacientes con varicocele.
Se conoce que la maduración de los espermatozoides ocurre en el epidídimo y que este evento es crucial para los cambios estructurales y funcionales de la célula espermática. Alteraciones en este proceso producen fallos en el sistema antioxidante y oxidativo del espermatozoide, lo cuál determinaría el posterior potencial oxidativo de ese espermatozoide.
La clave de esta actividad parece ser la retención de residuo citoplasmático por el espermatozoide inmaduro, el cual es liberado prematuramente del epitelio germinal.
Los niveles de ROS en los espermatozoides de los hombres con varicocele son también altos, independientemente de su estado de fertilidad, sugiriendo un potente efecto final de los mismos sobre la función espermática.

Pacientes infértiles

El efecto de la varicocelectomía sobre la fertilidad masculina es aún motivo de controversias, sin embargo, se ha publicado una mejoría en la calidad seminal en un 60-80% de los pacientes infértiles. Esto sugiere que la espermatogénesis mejora seguido a la reparación del varicocele, pero no se sabe si la reparación del varicocele mejora específicamente la eliminación del resto citoplasmático en el testículo y/o en el epidídimo.
Los niveles aumentados de ROS pueden deberse a diversos factores como ambientales (temperaturas elevadas, radiación electromagnética, pesticidas o polución), de estilo de vida (consumo de alcohol, tabaco, estrés, obesidad, dietas pobres), así como otros factores que incluyen infecciones, y enfermedades autoinmunes y crónicas.
Los antioxidantes que se encuentran de manera natural en el semen incluyen vitamina C y E, superóxido dismutasa, glutatión y tioredoxina. Estos antioxidantes eliminan los ROS y ayudan a equilibrar el estado celular. No obstante, se ha encontrado que los hombres subfértiles tienen menor concentración de antioxidantes en su semen que los fértiles . Por tanto, está más que justificado que una suplementación de la dieta con antioxidantes podría reducir el estrés oxidativo, mejorando la calidad seminal y solventando los trastornos reproductivos.
También una suplementación en la dieta con ácidos grasos Omega-3 (DHA) ayudaría a corregir los efectos de los ROS sobre las membranas del espermatozoide, reemplazando los lípidos dañados por estos.

MÉDICOS, DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA Y PROFESIONALES DE CUALQUIER DISCIPLINA
¿Quiéres publicar un libro para mejorar tu curriculum vitae?

Evidencia Médica
www.evidenciamedica.com
editorial@evidenciamedica.com
http://editorialem.com/
editorialemnavarra@gmail.com
T 629687577

✔ Sabemos de la importancia de la publicación de libros y tesis doctorales para la mejora de los diferentes "Curriculum Vitae".
✔ A todos los interesados en este tema, les ofrecemos asesoramiento integral para sus ideas editoriales y les proporcionamos ISBN y el Depósito Legal.

Cáncer de piel

Academia Española de Dermatología y Venereología

El cáncer de piel tiene varias caras, su tratamiento y prevención también.

¿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.

1. Cáncer cutáneo no melanoma: engloba los 2 tipos más frecuentes que se conocen como carcinoma basocelular y carcinoma epidermoide.

Cada tipo de cáncer tiene un pronóstico diferente. A su vez, el cáncer de piel puede ser no invasivo (superficial) o invasivo. Esto viene determinado por la capacidad de llegar a capas más profundas de la piel (más allá de la capa superficial que es la epidermis).

1a. Carcinoma basocelular: es la forma más común de cáncer cutáneo invasivo y, afortunadamente, la menos peligrosa. 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.

1b. Carcinoma epidermoide: en su forma más superficial, que son las queratosis actínicas, es la forma más frecuente de cáncer cutáneo. El carcinoma epidermoide invasivo puede invadir tejidos en profundidad y puede producir metástasis, sobre todo los tumores que tiene una elevedad profundidad, los que se localizan en el labio o en la oreja y los que se desarrollan en pacientes inmunodeprimidos.

2. Melanoma: es el cáncer cutáneo más agresivo pero menos frecuente comparado con los 2 anteriores. Si se diagnostica en fases precoces la curación es superior al 95% pero si el tumor ha crecido en profundidad, entonces existe mayor riesgo de metástasis.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo?

El principal factor de riesgo evitable para la mayoría de los cánceres de piel es una sobre exposición a la radiación ultravioleta (ya sea natural-sol- o artificial-cabinas de bronceado-), inapropiada al tipo de piel. Hay factores genéticos que no se pueden modificar, como son el tipo de piel (mayor o menor capacidad para broncearse), tendencia a desarrollar nevus-lunares-, y determinadas mutaciones que predisponen a padecer tumores, aún en ausencia de una exposición solar excesiva.

¿Por qué se produce el cáncer de piel?

Los tumores se desarrollan cuando se rompe el equilibrio que existe entre el daño producido y la capacidad de reparación. 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.

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

Para el carcinoma basocelular, debido a su comportamiento indolente, no existen registros específicos. Para el carcinoma epidermoide cutáneo solo existen registros en algunos países pero no se incluyen las formas más superficiales. Se estima que la incidencia en España del cáncer cutáneo no melanoma es 7 veces superior a la del melanoma.

¿A quién suele afectar con más frecuencia?

El cáncer de piel en general, como otros muchos tumores, es más frecuente en personas mayores pero puede afectar a cualquier edad. Es importante que las personas mayores de 50 años, sobre todo si tienen factores de riesgo (historia familiar de cáncer cutáneo, historia de una exposición solar intensa, piel muy clara, múltiples nevos, etc.) acuda al dermatólogo para una revisión de su piel. El desarrollo de lesiones benignas también es más frecuente en personas mayores por lo que la aparición de manchas en personas más jóvenes debe motivar la consulta al dermatólogo, especialmente si presentan los factores de riesgo anteriormente mencionados.

¿Cómo se manifiesta?

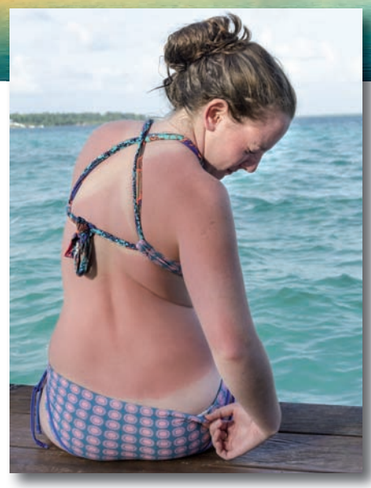
El cáncer de la piel se manifiesta de muchas formas, incluso para el mismo tipo de tumor. Puede presentarse como un pequeño bulto, tipo "grano", que crece lentamente o como un bulto que crece rápidamente. También puede manifestarse como una pequeña herida que no cicatriza o incluso como una mancha rosada que se descama y que recuerda a un eczema. 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.

Se insiste con frecuencia en los criterios ABCD para el diagnóstico precoz del tumor maligno que más nos interesa diagnosticar a tiempo, que es el melanoma:

A: asimetría.
B: bordes irregulares.
C: coloración heterogénea.
D: diámetro superior a 6 mm.

No obstante, las formas más agresivas de melanoma no suelen cumplir los criterios ABC ya que suelen ser lesiones regulares y simétricas (nódulos-bultos-), de un color homogéneo (muy pigmentado-negruzco- o sin pigmento-rojizo/rosado-) que crecen progresivamente.

El cáncer de piel puede no dar síntomas (sangrado, picor, dolor) hasta fases muy avanzadas. El hecho de que una lesión no produzca molestias no indica que se trate de algo benigno. Ante una herida que no cicatriza correctamente o una lesión que crece progresivamente, se debe consultar al dermatólogo.



¿Dónde se suele localizar?

El cáncer de piel puede dar la cara en diferentes localizaciones. El melanoma aparece con más frecuencia en el tronco en los hombres (50%)y en las piernas en las mujeres (entre extremidades y tronco, 30%), mientras que el cáncer cutáneo no melanoma se desarrolla con más frecuencia en la zona de la cara y el cuero cabelludo (80%, sobre todo en hombres calvos). Pero también el cáncer de piel puede aparecer en zonas que no están expuestas al sol como detrás de las orejas o en las plantas de los pies.

El cáncer de piel ¿se desarrolla a partir de lesiones benignas?

La mayoría de los tumores malignos no aparecen asociados a lesiones benignas previas. En el caso del melanoma, solo el 20% se asocia con nevos pre-existentes. 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.

¿Cómo se diagnostica?

El cáncer de piel se ve, y para un dermatólogo puede resultar bastante sencillo el diagnóstico mediante el examen físico exclusivamente. No obstante, cada vez se diagnostican tumores de menor tamaño gracias a determinadas técnicas como la dermatoscopia, que consiste en un dispositivo con lente de aumento y luz polarizada, el cual permite ver estructuras que no son evidentes a simple vista. En caso de duda se realiza una biopsia que consiste en obtener un pequeño fragmento de piel (3-4 mm) para analizar al microscopio.

¿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 terapias no quirúgicas que incluyen quimioterápicos tópicos, inmunomoduladores, crioterapia, electrocirugía y terapia fotodinámica, entre otras. La cara más agresiva de muchos tumores ha cambiado actualmente gracias a los nuevos tratamientos disponibles. Aunque lo mejor es realizar un diagnóstico precoz, el cáncer de piel se puede tratar con éxito, incluso en fases avanzadas.

¿Qué es la craneosnestosis?

Mirian Ruedas, Begoña Morrás y Amaya Sevigne
Enfermeras de quirófano del Complejo Hospitalario de Navarra

Es un defecto congénito (desde el nacimiento) que causa el cierre prematuro anormal de las fontanelas. Las fontanelas son conexiones que separan cada uno de los huesos del cráneo. Esto provoca que se presente una forma anormal de la cabeza. La craneosinestosis es una afección que provoca el cierre muy prematuro de una ó más suturas del bebé.

Su causa es desconocida. Hay dos variantes:
La forma hereditaria (relacionada con la genética) : que suele manifestarse con convulsiones, disminución de la capacidad intelectual y ceguera.
La forma sin antecedentes familiares se da en niños sanos y con una inteligencia normal.

Síntomas

- Desaparición temprana de la fontanela.
- Surco sobresaliente y duro a lo largo de la sutura afectada.
- Forma de la cabeza irregular.
- Poco o ningún aumento del tamaño de la cabeza con el tiempo a medida que el bebé crece.

Exploración

Al bebé se le realizará un examen físico y neurológico para diagnosticar la afectación.
Se pueden realizar diversos exámenes:

- Medición de la circunferencia de la cabeza del bebé.
- Radiografías del cráneo.
- Tomografía computerizada de la cabeza.

Pronóstico

La recuperación de los pacientes depende del número de suturas que estén involucradas y de si se presentan otro tipo de defectos. Los pacientes que se someten a cirugía suelen tener buen pronóstico, salvo aquellos que estén asociados al síndrome genético.

Tratamiento

El tratamiento principal es la cirugía cuyo objetivo es reducir la presión en el cerebro, corregir las deformidades y mejorar la apariencia de la cabeza del niño. La edad óptima para realizar está cirugía es antes de que el niño cumpla los 6 meses de edad.
La cirugía libera las suturas que se encuentran fusionadas.
Después de la cirugía el niño será llevado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y después de 1 ó 2 días, será trasladado a la planta de hospitalización, donde permanecerá de 3 a 7 días.
En el postoperatorio inmediato de la cirugía es normal que el niño presente hinchazón en la cara. Y en este periodo de tiempo también es posible que haya que realizar transfusión sanguinea, si se necesita, durante la cirugía ó en la UCI.
La posición adecuada en la cama es con el cabecero elevado para reducir él hinchazón; el cual desaparecerá aproximadamente a las tres semanas postcirugía.
Tras la cirugía el niño presentará un vendaje tipo turbante alrededor de la cabeza.
Se le puede recetar un casco especial que deberá llevar todos los días durante el primer año postcirugía. La finalidad de este casco es ayudar a corregir la forma de la cabeza.
Se podrá retirar durante el baño (aproximadamente una hora al día), por lo debe llevar el casco incluso cuando está durmiendo.

Complicaciones

Ante cualquiera de estos signos de alerta acuda a su médico:

- Fiebre, que la temperatura supere los 38,5º C.
- Vómitos ó no poder retener líquidos.
- Dolor de cabeza, irritabilidad.
- Enrojecimiento e hinchazón a lo largo de las zonas de incisión.
- Aumento de la temperatura de la zona de incisión.
- Pus, sangrado u otra secreción de la herida.
- Disminución del estado de alerta, somnolencia y debilidad.

Prevención

La mejor forma de prevención son los controles rutinarios del niño sano al pediatra, donde le medirán el perímetro craneal de manera periódica.
Las familias con craneosinestosis hereditaria podrán buscar asesoramiento genético.
Su médico le indicará en que momento se puede lavar la incisión y como se deben realizar las curas.
Para ayudar a controlar el dolor en el postoperatorio de su hijo use paracetamol o si es alérgico la medicación que le indique su médico.

Recomendaciones para el cuidado de la cicatriz

Mantenga la herida de la cirugía limpia y seca.
Para limpiar la herida hay que seguir estos sencillos pasos:
Lavarse las manos antes de empezar.
Usar una toallita suave y limpia.
Humedecer la toallita y usar jabón antibacteriano.
Limpiar con un movimiento circular y suave, yendo de un extremo de la herida al otro.
Retirar el jabón con la toallita y repetir el movimiento de limpieza para aclarar la herida.
Secar la herida con pequeños toques con una toalla limpia o un paño seco.
Lavarse las manos al terminar.

Protección de la cicatriz

Durante el primer año después de la cirugía, es recomendable aplicar en la cicatriz un protector solar de alta protección, además de cubrir la cabeza del niño con un sombrero ó gorro. Esto impedirá que la piel de la herida cambie de color.

Peligro de las fiebres altas en los adultos

Herless R. Guevara Cerquera
Médico Residente de MF y C

Aproximadamente un 6% de los adultos menores de 65 años y un 10 a 15% de los mayores de 65 años; que acuden al médico de cabecera, presentan fiebre como uno de sus síntomas principales.

¿Que es la fiebre?

La temperatura normal del cuerpo está controlada por el cerebro y por lo general oscila entre 36 y 38ºC, dependiendo de la edad, sexo y en que momento del día se mida. La fiebre es un signo y síntoma de varios tipos de enfermedades infecciosas y no infecciosas, que aparece cuando la temperatura es superior a 38ºC.
La temperatura se puede medir en la boca, oídos, axilas y en el recto.

¿Por qué es un peligro la fiebre alta?

En los adultos jóvenes con fiebre, por lo general, la gran mayoría, presentan enfermedades benignas autolimitadas, debidas a virus y bacterias. Pero hay un pequeño grupo, menos habitual, con meningitis o infección generalizada llamada sepsis; es en este último grupo el gran reto del médico.
En los adultos mayores de 65 años con fiebre o en las personas que tienen enfermedades crónicas con fiebre, son un grupo de alto riesgo de enfermedad grave. En este grupo la causa mas frecuente de fiebre son las infecciones y la mayoría originado por bacterias. Los órganos de la vía respiratoria, urinario y piel, son los más afectados.

Causas de Fiebre

Infecciosas: Oídos y garganta, Pulmones y bronquios, Cardiovascular, Digestivas, Genitourinario, Neurológico, Piel y partes blandas y Sistémicos (generalizado).
No infecciosas: Tormenta tiroidea, Convulsión reciente, Pancreatitis, Tumos maligno, Fiebre medicamentosa, Gota, Trombosis venosa profunda, Rechazo de trasplante, entre otros.

Por último, si usted dentro de sus síntomas que presenta, tiene fiebre alta, debe saber en qué grupo de riesgo se encuentra. Acudiendo a su médico en el momento oportuno.

La Hidrocefalia

Dra. Zazpe Cenoz Idoya, Dra. Carballares Ianire, Dr. Diaz Molina Jorge, Dr. Zabalo Gorka, Dr. García Romero Juan Carlos, Dr. Vázquez Míguez Alfonso, Dr. Ortega Rodrigo, Dr. Azcona Gonzaga Javier, Dr. Portillo Bringas Eduardo.
Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Navarra

El término hidrocefalia se deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza. Como su nombre indica, es una patología que se caracteriza por la acumulación excesiva de líquido en el cerebro. Aunque la hidrocefalia se conocía antiguamente como "agua en el cerebro", el "agua" es en realidad líquido cefalorraquídeo (LCR) un líquido de aspecto similar que rodea al cerebro y la médula espinal. La acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo resulta en la dilatación anormal de unas cavidades cerebrales llamadas ventrículos. Esta dilatación ocasiona una presión potencialmente perjudicial para los tejidos cerebrales.

El sistema ventricular está constituido por cuatro ventrículos conectados entre sí. El LCR es producido en su mayor parte por los plexos coroideos a razón de 0.35 ml/minuto o 500 ml/día. Un adulto tiene 150 ml de éste y se renueva cada 6 o 7 horas.
Normalmente, el líquido cefalorraquídeo fluye a través de los ventrículos, baña la superficie del cerebro y la médula espinal y posteriormente es absorbido en las llamadas granulaciones aracnoideas pasando a la corriente sanguínea.
El líquido cefalorraquídeo tiene dos funciones importantes: 1) mantener flotando el tejido cerebral, actuando como un colchón amortiguador 2) servir de vehículo de transporte de los nutrientes al cerebro y eliminar los desechos. El equilibrio entre la producción y la absorción de líquido cefalorraquídeo es de vital importancia. En condiciones normales, el líquido es casi totalmente absorbido en la corriente sanguínea a medida que circula. Sin embargo, cuando se perturba este equilibrio (bien por obstrución a su circulación o bien por imposibilidad para su reabsorción), se produce la hidrocefalia.

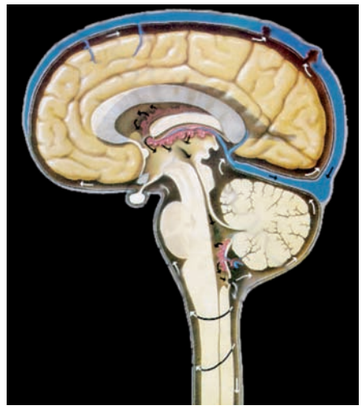


Fig. 1 Esquema de la circulación del LCR

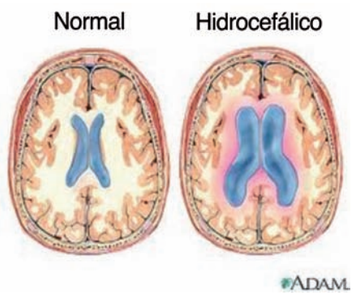


Fig2. Dilatación de los ventrículos laterales

¿Existen distintos tipos de hidrocefalia?

La hidrocefalia puede ser congénita o adquirida. La hidrocefalia congénita se halla presente al nacer y puede ser ocasionada por influencias ambientales durante el desarrollo del feto o por predisposición genética. La hidrocefalia adquirida se desarrolla a partir del nacimiento. Puede afectar a las personas de todas las edades y es ocasionado por una lesión o una enfermedad. Entre las causas que motivan la aparición de hidrocefalia se encuentran: hemorragia cerebral, meningitis, tumores o traumatismos.
La hidrocefalia también puede ser obstructiva o comunicante. La hidrocefalia obstructiva ocurre cuando el líquido cefalorraquídeo se ve bloqueado a lo largo de las estrechas vías que conectan entre sí los ventrículos. La hidrocefalia comunicante ocurre cuando el líquido cefalorraquídeo aún puede fluir entre los ventrículos, pero termina acumulándose debido a que existen dificultades para su reabsorción.
Una variante especial de hidrocefalia es la llamada hidrocefalia de presión normal que ocurre normalmente en las personas ancianas. Se caracteriza por producir pérdida de memoria, demencia, incontinencia urinaria y dificultad para caminar siendo este último su síntoma cardinal.

¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas de la hidrocefalia varían con la edad. Por ejemplo, la capacidad de un niño de tolerar la presión del líquido cefalorraquídeo difiere de la de un adulto. El cráneo del niño puede expandirse para alojar el aumento del líquido cefalorraquídeo debido a que las suturas (las juntas fibrosas que conectan los huesos del cráneo) no se han cerrado todavía. En la infancia, puede sospecharse la existencia de hidrocefalia si existe un rápido aumento de la circunferencia de la cabeza o un tamaño de la cabeza extraordinariamente grande. Otros síntomas pueden incluir vómitos, sueño, irritabilidad, desvío de los ojos hacia abajo (llamado también "puesta de sol") y convulsiones.
Niños mayores y adultos pueden experimentar síntomas diferentes debido a que su cráneo no puede expandirse para alojar el aumento del líquido cefalorraquídeo. Los síntomas pueden incluir dolores de cabeza seguidos de vómitos, náuseas, papiledema (hinchazón del nervio óptico a nivel de la retina), visión borrosa, diplopia (visión doble), desvío hacia abajo de los ojos, problemas de equilibrio y coordinación, problemas para caminar, incontinencia urinaria, letargo, somnolencia, irritabilidad, u otros cambios en la personalidad o en la capacidad cognitiva, incluida la pérdida de la memoria.

¿Cómo se diagnostica la hidrocefalia?

La hidrocefalia se diagnostica mediante una evaluación neurológica clínica y mediante el uso de técnicas de imagen cerebral como la ecografía trasfontanelar en los lactantes, la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM).

¿Cuál es el tratamiento?

La hidrocefalia se trata con más frecuencia mediante la colocación quirúrgica de un sistema de derivación o válvula. Este sistema desvía el líquido cefalorraquídeo desde el sistema nervioso central a otra zona del cuerpo donde pueda ser absorbido.
La válvula de derivación está compuesta por un tubo silástico flexible o catéter y la vávula propiamente dicha. Un extremo del catéter se coloca en el sistema nervioso central – la mayoría de las veces dentro del ventrículo en el interior del cerebro, pero, también, puede ser colocado dentro de un quiste o de un lugar cercano a la médula espinal. El otro extremo del catéter se coloca normalmente dentro de la cavidad peritoneal (abdominal), pero también puede colocarse en otros lugares dentro del cuerpo, tales como en la aurícula derecha del corazón o en la cavidad pleural en el tórax dónde el líquido cefalorraquídeo puede drenar y ser absorbido. Una válvula situada a lo largo del catéter mantiene el flujo en una dirección y regula la cantidad de flujo del líquido cefalorraquídeo. En ocasiones estas válvulas pueden regularse desde el exterior con un sencillo imán.

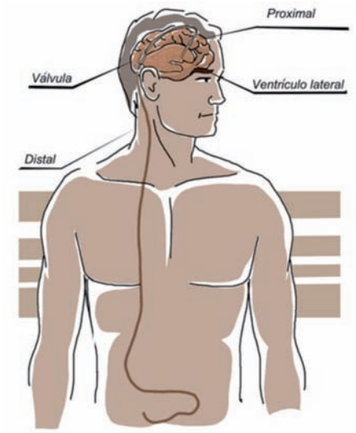


Fig. 3. Válvula Ventrículo-peritoneal

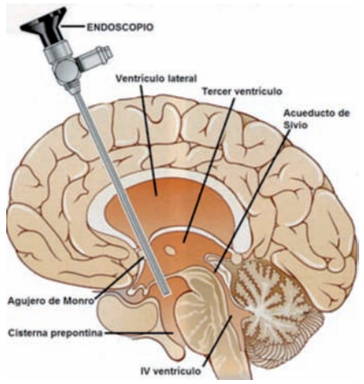


Fig. 4. Ventriculocisternostomía endoscópica

Un número limitado de pacientes pueden ser tratados con un procedimiento denominado ventriculocisternostomía. Está especialmente indicada para aquellos casos con hidrocefalia obstructiva. Este procedimiento se realiza con un neuroendoscopio y consiste en efectuar un pequeño orificio en el suelo del tercer ventrículo, permitiendo al líquido cefalorraquídeo pasar la obstrucción y fluir hacia el lugar de reabsorción alrededor de la superficie del cerebro. Este procedimiento permite sortear la obstrucción creando un nuevo camino para el flujo del líquido cefalorraquídeo y no requiere dejar ningún dispositivo en el interior del organismo.

¿Cuáles son las posibles complicaciones de un sistema de derivación?

El porcentaje de complicaciones en los dispositivos de derivación es muy bajo no obstante debemos estar atentos a los signos que nos avisan de una posible disfunción del dispositivo.Entre las complicaciones de los sistemas de derivación se encuentran: el fallo mecánico, infecciones, obstrucciones y la necesidad de prolongar o reemplazar el catéter. En estas circunstancias el sistema de derivación normalmente requiere algún tipo de ajuste o revisión. En algunas ocasiones basta con regular la presión de la válvula de derivación sin necesidad de una nueva intervención. Cuando hay razón para sospechar que un sistema de derivación no está funcionando de forma apropiada (por ejemplo, si vuelven a aparecer los síntomas de la hidrocefalia), deberá buscarse atención médica inmediatamente.

Los problemas en los sistemas de derivación de LCR pueden originarse tanto por drenaje excesivo como por drenaje insuficiente. El drenaje excesivo ocurre cuando la derivación permite al líquido cefalorraquídeo salir de los ventrículos con más rapidez que con la que se forma. Este drenaje excesivo puede hacer que los ventrículos se colapsen, rompiendo vasos sanguíneos y ocasionando dolor de cabeza, hemorragia (hematoma subdural) o ventrículos en hendidura. Por contra en los casos en los que el líquido cefalorraquídeo no es drenado a un ritmo adecuado se produce un drenaje insuficiente y los síntomas de la hidrocefalia antes descritos vuelven a aparecer de forma más o menos aguda.
Además de los síntomas comunes de la hidrocefalia, las infecciones de una derivación pueden producir también síntomas tales como fiebre, rigidez nucal, enrojecimiento o sensibilidad a lo largo del conducto de derivación. En ocasiones el catéter peritoneal puede ocasionar molestias a nivel peritoneal, con mayor frecuencia justo después de su colocación, que se solucionan habitualmente de forma espontánea. En los casos de catéteres alojados en la aurícula pueden provocar extrasístoles o arritmias, aunque esto es poco frecuente.
Cabe destacar que, en los casos en los que está indicada y se realiza con éxito, la ventriculocisternostomía endoscópica evita la mayoría de estos problemas.

¿Cuál es el pronóstico de la hidrocefalia?

La hidrocefalia es un problema potencialmente tratable, ya sea mediante los sistemas de derivación o las técnicas de neuroendoscopia, y en la mayoría de los casos la sintomatología es reversible. No obstante la hidrocefalia está producida por patologías con un mal pronóstico inherente como algunos tumores cerebrales. En cualquier caso es importante realizar un diagnóstico temprano de cara el éxito del tratamiento.

¿Qué es la Bioética?

Dr. Koldo Martínez Urionabarrenetxea

El neologismo "bioética" lo mencionó por primera vez Van Renselaer Potter en 1970 en un artículo titulado "Bioética, la ciencia de la supervivencia". Para él, biólogo, el término tenía un sentido muy amplio directamente relacionado con la ecología. Casi al mismo tiempo también lo utilizó André Hellegers, obstetra católico preocupado por los problemas éticos del origen de la vida, que formó parte de la Comisión nombrada por Pablo VI en 1964 para el análisis de la moralidad de los métodos anticonceptivos.

Bioética deriva etimológicamente de bios, esto es, vida, concepto a cuyo alrededor han surgido dos corrientes éticas, muy enfrentadas hoy, por la defensa de la "sacralidad" de la vida una y por la de la "calidad" de la vida de la otra, y de éthos, término que puede ser interpretado tanto como costumbres, tradición, folklore, normas, reglas, leyes, así como también excelencia del carácter, virtud, tensión constante hacia la perfección.

La Bioética es una disciplina académica, una fuerza política en la medicina, en la biología y en los estudios del medio ambiente; también significa una perspectiva cultural importante. Se ha extendido hasta los ámbitos del derecho y las políticas de gobierno; ha entrado en los estudios de literatura, historia y cultura en general, en los medios de comunicación social y en las disciplinas de filosofía, religión, literatura, en los ámbitos científicos de la medicina, biología y medio ambiente, demografía y ciencias sociales.

Varias causas han propiciado su nacimiento: a) La emancipación de los pacientes; b) La emergencia de nuevas tecnologías; c) La nueva organización económica, política y social; y d) El cambio social y cultural.

Buscar lo mejor para el paciente

Según la ética médica clásica, la enfermedad altera no sólo el equilibrio físico del enfermo, sino también el mental. Ello le impide tomar decisiones sabias o prudentes. Y, por tanto, la principal virtud que se requiere del enfermo es la obediencia. Ello hace que la relación médico-paciente esté estructurada verticalmente, en la que el médico actúa de un modo paternalista buscando lo mejor para el paciente, pero sin tomar en cuenta los deseos del mismo. Hoy la relación clínica es vista como una relación entre personas adultas, autónomas y responsables al haberse producido una horizontalización y democratización de todas las relaciones humanas. Fruto de ello es la exigencia del consentimiento informado y de la participación en la toma de las decisiones que afectan al cuerpo, la salud, la enfermedad, la vida y la muerte de todos y cada uno de nosotros.

La medicina ha avanzado en el último siglo más que en los 40 siglos precedentes. Tanto que recientemente han sido redefinidos como: 1) la prevención de la enfermedad y promoción de la salud; 2) el alivio del dolor y del sufrimiento; 3) la curación y el cuidado de los enfermos y el cuidado de quienes no tienen curación; y 4) la prevención de la muerte prematura y la ayuda para morir.

También se han producido preocupantes cambios institucionales y políticos que hoy cuestionan la universalización de la asistencia sanitaria, así como el igual acceso de todos los ciudadanos a los servicios de salud, esto es, temas de justicia sanitaria, por la cantidad, la gravedad y la profundidad de los problemas que ha provocado la crisis.

La medicina contemporánea se basa en datos

La medicina antigua era esencialmente subjetiva, basada en las opiniones personales del médico. La medicina contemporánea, en cambio, intenta aplicar el método científico por lo que busca basarse en datos, pretende ser esencialmente objetiva. Por eso se habla hoy de medicina basada en la evidencia, esto es, en datos y pruebas de eficacia, de seguridad, de efectividad y de eficiencia.

Hoy está universalmente aceptado que los juicios médicos son –o deben ser– razonados, razonables, probables y prudentes. Y en esto se parecen a los juicios éticos, que en una sociedad multicultural deben necesariamente ser también razonados, razonables, probables y prudentes.

Aristóteles describía la deliberación como el método de la racionalidad práctica, y por tanto, como el propio de las decisiones técnicas, artísticas, éticas y políticas. Y la definía como el proceso intelectual de ponderación de todos los factores que deben ser tenidos en cuenta en un proceso razonable de toma de decisiones. La deliberación es un arte basado en el respeto mutuo, cierto grado de humildad intelectual y el deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos, mediante la escucha y el intercambio de opiniones y de argumentos con el resto de personas involucradas en el proceso.

Economía del desacuerdo moral

Aún así, siempre existirán desacuerdos morales en la sociedad, por la escasez de recursos, por nuestra limitada generosidad, por la incompatibilidad de algunos de los valores que las personas defendemos y por el imperfecto entendimiento que tenemos de las cosas en general. Desacuerdos cuya realidad debemos aceptar y con los que parece razonable aprender a vivir mediante una "economía del desacuerdo moral" que nos permita intentar llegar a acuerdos morales razonables y seguir deliberando sobre las cuestiones en que dicho acuerdo ha resultado imposible. Esto es lo que defendemos los partidarios de la democracia deliberativa.

Este es también el método utilizado en los Comités de Ética Asistencial (CEA), órganos creados como un instrumento multidisciplinar deliberativo y asesor en los centros sanitarios para ayudar, tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes, en la toma de decisiones en las situaciones de incertidumbre en las que todos nos vemos envueltos a la hora de decidir en temas relacionados con la salud. En los CEA se integran médicos, enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales, psicólogos, capellanes, celadores, etc., así como personas ajenas a las profesiones y centros sanitarios, interesadas en las cuestiones bioéticas. Los CEA pretenden servir de instrumento de búsqueda de soluciones a los múltiples conflictos que surgen en el ejercicio de la práctica médica: problemas de información, de comunicación entre sanitarios y pacientes, de toma de decisiones, etc.

El método de análisis y de toma de decisiones de los CEA puede y debe, en mi opinión, trasladarse a la sociedad y generalizarse en múltiples ámbitos de decisión política, porque sólo a través de la deliberación seremos capaces de razonar, dialogar y llegar a acuerdos respetuosos entre nosotros, con el planeta y con la diversidad de seres que lo pueblan. Y a mantener la discrepancia moral junto con la disposición a seguir buscando y deliberando en el futuro si el acuerdo actual no es posible. Es por ello que la bioética puede también ser entendida como una biopolítica en la medida en que defiende un análisis racional, prudente y razonable de todas las cuestiones en los ámbitos correspondientes, recuperando así su inicial vocación de reflexión global sobre la supervivencia en el planeta.

PROYECTO DE LAS MISIONERAS DE CRISTO JESÚS

Construcción de un Centro Materno-Neonatal Concha Arraiza

Diócesis de Maroua-Mokolo

Misión Católica de Bogo

Contactos las hermanas:
marietuka@yahoo.fr
polaroshuerta@hotmail. com

DONACIONES: Banco Popular
Alcalá,26. 28001-Madrid
Nº de cuenta: **0075 0001 83 0606017742**
Misioneras de Cristo Jesús, para la maternidad de Camerún

Quien quiera desgravar en la declaración de la renta debe enviar todos sus datos a:
Misioneras de Cristo Jesús
Peñuelas 18-5º A. 28005 MADRID
T. 915 174 178 ó 915 174 289

La Dermatitis Atópica

Marta Ferrer Puga
Clínica Universidad de Navarra

Se trata de un eczema crónico que se caracteriza por una piel muy seca, cuyo síntoma principal es el picor que impide incluso el sueño nocturno; este picor origina un rascado intenso que a su vez ocasiona lesiones en la piel que en muchos casos se sobreinfectan, con lo que el cuadro se auto perpetúa.

Afecta a un 20% de la población infantil. En un 60% de los casos aparece en el primer año de vida, en un 30% entre el primer y cuarto año de vida y en un 9% en la vida adulta. Afecta a uno de cada diez niños en países desarrollados y la incidencia sigue aumentando. Esta enfermedad cuenta con un componente hereditario importante. Se llama así porque "atopia" quiere decir que existe una tendencia a desarrollar enfermedades alérgicas. La atopia se hereda y los pacientes con esta enfermedad tienen con gran frecuencia enfermedades alérgicas.

En un alto porcentaje de niños con dermatitis atópica esta desaparece; sin bien en aquellos con fondo alérgico, forma parte del primer paso de la denominada "marcha alérgica" que se sigue de alergia alimentaria, asma y rinitis sucesivamente. Por este motivo los pacientes se benefician de una valoración por parte del especialista en Alergia que indicará las medidas de evitación o tratamiento adecuadas.

El eczema alterna períodos de empeoramiento y mejoría. La lesión consiste en áreas de piel enrojecida en las que se forman ampollas pequeñas que se acaban rompiendo formándose finalmente una descamación fina de la piel sobre un fondo enrojecido. Por el rascado las lesiones se infectan formándose costras que pueden supurar. Por otra parte el rascado intenso y prolongado, origina lo que se denomina liquenificación y es la formación de una capa de piel grisácea, gruesa y con grietas.

La localización de los eczemas de la dermatitis atópica varía con la edad: en el lactante afecta fundamentalmente a la cara y a la superficie extensora de brazos y piernas; en niños y adolescentes aparece de forma característica en las flexuras de codos y rodillas. En el adulto, además de estas localizaciones, aparece en el cuello, zona retroauricular, párpados y labios. A pesar de que es muy llamativo no es en absoluto contagioso.

En cuanto al mecanismo, hay tres hechos que confluyen: una barrera cutánea alterada, una piel inflamada y una facilidad para sufrir infecciones, especialmente de un germen denominada Staphylococcus. La alteración de la barrera cutánea permite, además de la entrada de gérmenes que inflaman las capas más profundas de la piel, que penetren alérgenos que por su gran tamaño nunca traspasarían la barrera cutánea. Esos alérgenos entran en contacto con las células inmunes y de este modo sensibilizan al paciente. De tal forma que los pacientes con dermatitis atópica podrían sensibilizarse a través de la piel y no de forma inhalada como ocurre en el resto de alérgicos. Esto tiene otra implicación, y es que los pacientes alérgicos emporan al estar con contacto la piel con alérgenos inhalantes, por esto presentan brotes al estar en contacto con ácaros, o epitelios animales a los que son alérgicos. Esto hace conveniente que sean valorados por especialista en alergología. Si se evita el alérgeno implicado, la dermatitis atópica puede mejorar ostensiblemente.

La barrera cutánea está alterada porque en muchos casos los pacientes tienen alterado el gen de una proteína denominada filagrina que actúa como sellador entre las células de la piel. Por este motivo tiene un patrón hereditario. Además de la filagrina, otros factores como el pH de la piel es anormal.

Esta enfermedad afecta enormemente a la calidad de vida, no sólo porque el picor intenso impide dormir (en el caso de los niños, también a sus padres) con lo que ya sería suficiente, sino que afecta también al aspecto y apariencia externa, y en el caso de niños pequeños la piel es áspera, y por el picor que padecen el niño evita el contacto físico porque le molesta la ropa y está cansado de que le apliquen cremas constantemente, además, el niño con frecuencia se rasca como un arma cuando quiere llamar la atención de sus padres o manifestar descontento. Por este motivo en ocasiones se puede requerir apoyo psicológico.

Tratamiento

No existe un tratamiento curativo, pero si se cuidan los puntos que indicamos a continuación se puede controlar la enfermedad y hacer que tenga un impacto menor en la calidad de vida.

Hidratar la piel: es absolutamente esencial este punto. Es aconsejable tener la precaución de emplear cremas hidratantes con el menor número posible de componentes químicos, perfumes, etc. Son aconsejables también los baños con jabones neutros y aceites sin jabón. Sobre las lesiones agudas (cuando son exudativas con líquido) se debe emplear lociones, preparaciones líquidas. Y en el eczema crónico hay que emplear cremas. Si la piel está muy seca habrá que emplear pomada o ungüento.

Para la hidratación también son útiles los baños emolientes que son baños de agua templada (30-33ºC) de 5 a 10 minutos al día en que se evita el uso de detergentes y empleo de la esponja, estos baños eliminan las costras, relajan al paciente y disminuyen el picor. Además, facilita la aplicación posterior de cremas hidratantes o tratamientos. Para la ducha se deben emplear geles con pH neutro o aceites de baño sin jabón.

En ocasiones cuando la piel está muy infectada, se pueden emplear, bajo la supervisión del médico, baños con antisépticos o lejía muy diluida.

Suprimir los factores desencadenantes e irritantes: evitar fibras sintéticas, en niños procurar que tengan las uñas cortas, evitar la exposición a temperaturas extremas ya que la sudoración es un factor claramente irritativo en la dermatitis atópica.

En general los baños en el mar y el sol son beneficiosos para la dermatitis atópica., se toleran mejor que los baños en piscina.

Es también importante secar el sudor tras la realización de deporte con toallas de algodón, y posteriormente emplear en la ducha geles sin detergente o aceites sin jabón y aplicar cremas emolientes también después de la ducha tras el deporte.

A pesar de estas medidas, en ocasiones la enfermedad se exacerba y es preciso emplear **tratamiento médico**. Este se basa en el empleo de fármacos que disminuyan la inflamación, detengan la infección y frenen la respuesta inmunológica que está causando esta inflamación de la piel. Este tratamiento puede aplicarse de forma tópica (directamente sobre la piel) o de forma sistémica.

Para el tratamiento tópico están en primera línea los corticoides, que poseen todas las funciones que hemos referido anteriormente, son especialmente eficaces cuando se aplican al inicio de las lesiones. De este modo se puede aplicar diluidos en la propia crema hidratante con lo que se aplican en menor cantidad. No es necesario aplicar una gran cantidad, como norma sirve la regla de "la unidad de la punta del dedo" establecida por un dermatólogo inglés a principio de siglo, y que establece que para extender en ambas palmas y luego distribuir sobre el cuerpo basta la cantidad de crema que cabe en la falange del primer dedo. Esto ayuda a que no aparezcan efectos secundarios por exceso.

Los corticoides por el poder que tienen de frenar la inflamación, disminuyen el picor. En ocasiones se piensa que hay que esperar a que aparezcan lesiones francas o importantes, y ocurre lo contrario, es mucho mejor aplicarlo apenas aparecen ya que de esta forma se evita que progresen, desaparece el picor que frena el rascado y se evita tener que emplear más cantidad.

Otros fármacos tópicos son los inhibidores de la calcineurina, son inmunosupresores que frenan a las células T que tienen un papel importante en la reacción inflamatoria. Pueden emplearse a partir de los 2 años de vida. Tienen una eficacia similar a los corticoides y están especialmente indicados en zonas de la piel más sensibles como la cara donde no es recomendable emplear corticoides.

En ocasiones, bajo supervisión médica, son útiles los vendajes oclusivos para curar lesiones más graves o sobreinfectadas.

En cuanto al tratamiento sistémico, será indicado por el médico. En ocasiones puede ser necesario emplear antibióticos, o un tratamiento inmunosupresor en casos más graves.

En cuanto a los antihistamínicos, no suelen ser muy eficaces para disminuir el picor, ya que el picor de la dermatitis atópica no está mediado por la histamina. En todo caso en algunos pacientes disminuye parcialmente el picor, en ese caso, en contra de lo que se suele hacer, es aconsejable emplear antihistamínicos de segunda generación que no producen sueño.

Los antihistamínicos de primera generación se suelen emplear pensando que por su efecto sedante ayudarán al descanso nocturno impedido por el picor, pero los antihistamínicos sedantes inducen un sueño fraccionado y afecta negativamente al rendimiento escolar.

Se están investigando nuevos tratamientos, fundamentalmente biológicos, que frenarían de forma selectiva a los mediadores responsables de causar la inflamación y que son prometedores, pero en estos momentos se encuentran en fase de investigación.

Conclusión

La dermatitis atópica es un trastorno complejo, con un componente hereditario y factores ambientales asociados.

Se precisan medidas higiénicas y de cuidado de la piel de forma constante ya que se trata de una condición de la piel que acompañará durante muchos años o a lo largo de toda la vida.

Requiere paciencia y constancia en aplicar esas medidas de hidratación y evitar desencadenantes. Hay que contar con el apoyo y seguimiento del médico especialista para controlar la enfermedad.

La Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) ha publicado una guía básica para el cuidado de la piel de los pacientes con dermatitis atópica que se encuentra en la sección de pacientes de nuestra página web **www.cun.es** y puede ser muy útil.

Consejos a los padres

- Intentar controlar el picor, mantenga las uñas cortas.
- Hidratar la piel.
- Evitar usar jabones perfumados, usar aceites limpiadores libres de jabón.
- Evitar fibras que puedan irritar la piel como lana y fibras sintéticas, mejor algodón.
- Evitar lavar la ropa con jabones irritantes.
- Reducir las causas de sudoración excesiva como demasiada ropa.
- No sobrecalentar las habitaciones.
- Si alguien de la familia tiene herpes simple, evitar el contacto del niño con esa persona.
- Evitar en casa el humo de tabaco.
- La exposición gradual al sol y al agua de mar suele ser muy beneficiosa, sin embargo, si las lesiones supuran o están sobreinfectadas, se debe evitar el contacto con la arena.

Factores irritantes

- Fibras sintéticas.
- Jabones y detergentes.
- Perfumes y cosméticos.
- Sustancias como el cloro, disolventes, aceites minerales.
- Polvo.
- Humo de tabaco.

Método madre canguro

Mª Graciela Dorado Fernández, Allende Pérez Félez e Iratxe Garnica Martínez
Enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecológia. Complejo Hospitalario de Navarra

Durante el embarazo, la madre y el bebé, constituyen un sistema psicosomático cerrado e inseparable, que se interrumpe durante el parto. En los partos pretérmino (gestación menor de 37 semanas) este binomio se quebranta antes de tiempo.

Se estima que en todo el mundo nacen 15 millones de niños prematuros. Siendo esta, la principal causa de mortalidad durante las 4 primeras semanas de vida y la segunda entre los niños menores de 5 años. Y asociándose a una gran morbilidad.

Los partos pretérmino se han ido incrementado en las últimas décadas, como consecuencia, principalmente, del aumento de la edad materna y de el uso de técnicas de reproducción asistida, que dan lugar a un aumento de embarazos múltiples.

Orígenes

El Método Madre Canguro (MMC) es un claro y bello ejemplo de cómo desde los países que no cuentan con un gran desarrollo, pueden generarse conocimientos aplicables universalmente.

En el Hospital San Juan de Dios de Bogotá (Colombia) en 1978, motivados por la escasez de recursos técnicos y materiales que aseguraran la supervivencia del recién nacido prematuro, se ideó un programa de cuidados, que consistía en colocar al bebé en contacto piel con piel con su madre y alimentarle con leche materna.

Poco a poco se fue difundiendo a otros países y comenzaron a aparecer estudios en los que se identificaron sus numerosas ventajas.

Apareciendo en España por primera vez, en 1994, en el hospital Joan XXIII de Tarragona.

El MMC se define como el contacto piel con piel entre la madre y el niño prematuro de la forma más precoz, continua y prolongada posible, con lactancia materna, para que ambos se beneficien de sus ventajas.

Técnica

- Atuendo de la madre: no es necesario el uso de ropa especial, aunque existen fajas de sujeción que pueden aportar mayor comodidad y seguridad.
- Atuendo del bebé: Si la temperatura ambiental es de 22-24º C, el bebé llevará un pañal, un gorro y unos calcetines.

Si es menor de 22º C, el bebé llevará además, una camiseta de algodón abierta por la parte delantera.

Posteriormente se cubrirá con la ropa de la madre.

Se le coloca al niño entre los pechos, de forma que la pared anterior del tórax del niño entre en contacto con la piel de su madre.

La cabeza debe estar ladeada y levemente extendida, así la vía respiratoria está libre y se favorece el contacto visual entre ambos.

Tipos de métodos

Intermitente: el bebé sale a cuidado canguro con los padres durante un tiempo más o menos prolongado y después regresa a la incubadora. Es el método usado en las unidades neonatales españolas.

Continuo: el niño permanece ingresado en el hospital en contacto piel con piel las 24 horas del día. Es el método empleado en países como Colombia, Suecia o Sudáfrica.

Beneficios

Para el recién nacido prematuro:

- Sistema termorregulador: logra una temperatura corporal más constante.
- Sistema cardiovascular: mayor estabilidad en el nivel de oxígeno y en la frecuencia cardiaca.
- Sistema respiratorio: reducción de los episodios de apnea.
- Sistema digestivo: mayor ganancia ponderal al favorecer la lactancia materna. Glucemias más estables.
- Sistema inmunológico: menor riesgo de infecciones.
- Mejor desarrollo cognitivo y disminución del estímulo doloroso.
- Desarrollo psicomotor: beneficios de la posición en flexión y de la limitación de movimientos.
- Desarrollo neurológico: calidad del sueño y estado de alerta-tranquilidad adecuado, menor actividad muscular y menor llanto.

Para sus padres:

- Aumento del vínculo afectivo.
- Gran satisfacción al sentirse protagonistas en el cuidado de sus hijos.
- Mayor nivel materno de oxitocina.
- Menos casos de depresión postparto.

Económicos:

- Acortamiento de la estancia hospitalaria y menor tasa de reingresos.

En la actualidad está demostrada su eficacia y se debe ofrecer a todos los niños prematuros y a los nacidos a término enfermos, siempre individualizando los casos.

SOLUCIONES FINANCIERAS PARA FUNCIONARIOS

SFF es la respuesta que el colectivo de salud estaba esperando. Servicios Financieros, jurídicos y fiscales **enfocados para los trabajadores del colectivo salud de Navarra**. Servicio integral a todos nuestros clientes. Convenio con las principales entidades financieras para conseguir mejores condiciones para tus ahorros ó conseguir esa financiación que tanto necesitas.

Agrupacion de préstamo
Agrupamos todos tus préstamos y tarjetas. Facilitamos esa liquidez que necesitas en este momento. Redución de cuotas hasta en un 75 %.

Financiación
Disponemos de una amplísima gama de productos de financiación; desde préstamos personales, hipotecarios, leasings, rentings, etc...

Ahorro e inversión
Convenio con diferentes entidades financieras y casas de inversión. Conseguimos que tus ahorros crezcan de forma segura, teniendo en cuenta el perfil de cada cliente, su horizonte temporal, así como su sensibilidad fiscal.

ESTAMOS PARA AYUDARTE, PARA QUE TUS GASTOS DEJEN DE PREOCUPARTE Y DEVOLVERTE LA TRANQUILIDAD

SOLUCIONES FINANCIERAS PARA FUNCIONARIOS SFF

C/ Esquíroz, 29 Trasera • 31007 Pamplona
Tel.: 948 316 850 • Fax: 948 346 938
www.solucionesfinancierasparafuncionarios.com
email: info@solucionesfinancierasdenavarra.com