medicina salud cultura

zonahospitalaria

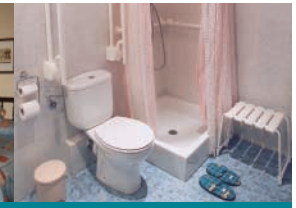
www.zonahospitalaria.com mayojunio2007 nº5

Al buen tiempo, buena salud

Información y recepción
Travesía de Acella 2, bajo
31008 Pamplona
T. 948 272 975
www.hostelet.com
info@hostelet.com

Su casa junto a la Clínica en la Zona Hospitalaria

Vista de la Clínica Universitaria desde la entrada del Hostal Abodi



HABITACIONES FRENTE A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA
TRATO FAMILIAR Y PERSONALIZADO
HORARIO DE ATENCIÓN DE 8.30 A 23.00 HORAS
ALQUILER DE APARTAMENTOS

Habitaciones con baño completo individual • Televisión con antena parabólica en todas las habitaciones • Teléfono de uso público • Servicio de limpieza diario • Cambio de lencería y toallas

zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com
mayojunio2007 nº5

Zona Hospitalaria Apdo. de correos 4321. 31080 Pamplona
Edita PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Coordinador** Alfredo Erroz **Dirección** Gonzalo Hernández e Imanol Osácar. **Redacción** PE Ferrer, Paula Esparza, María Escobedo y Sonsoles Abascal (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción** PubliSic **Publicidad** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L.** NA-2471/2006. **Tirada** 8.000 ejemplares

© 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.

Editorial

AMPLIAMOS NUESTRA PRESENCIA EN PAMPLONA

Gracias. Gracias por quinta vez en cinco números. Gracias por apoyarnos y por la acogida tan efectiva y cariñosa. Gracias a todos los que colaboráis enviándonos los correos electrónicos para suscribiros gratuitamente al boletín digital e-zh, participar en el concurso Zona de Juego o plantearnos vuestras sugerencias. Las visitas a la página web **www.zonahospitalaria.com** aumentan cada día principalmente para consultar nuestra Guía de Servicios e imprimir artículos publicados. Esto nos anima para trabajar en cómo mejorarla.

Pasar de 5.000 a 8.000 ejemplares nos coloca en los primeros puestos de mayor tirada de las revistas de Navarra. Esto nos permite estar presentes en todos los Hospitales de la Sanidad Pública de Navarra y en el Edificio de Consultas Príncipe de Viana, junto a otros 50 puntos de distribución. A partir de este quinto número ampliamos nuestra presencia hacia los Centros de Salud de Pamplona con un futuro prometedor.

Gracias a los directores de los Centros, a los médicos, profesores y profesionales que colaboran en el contenido y sin los cuales este proyecto no tendría sentido ni el mismo nivel de calidad. Gracias a las empresas que con su confianza están manteniendo vivo este proyecto y han hecho posible esta ampliación en la tirada. Gracias a todos por creer y por hacer cada día mejor ZONA HOSPITALARIA.

Ahora tiene en sus manos el quinto número de ZONA HOSPITALARIA. Aunque sea gratuita hemos apostado por un contenido de calidad que le aporte el máximo de beneficios. Aprovecho para comentarle que también estamos en internet en la dirección **www.zonahospitalaria.com** para ofrecerle varios servicios que le interesan y donde encontrará todos los artículos publicados en números anteriores. Le esperamos.

Alfredo Erroz. Coordinador ZH

SUSCRIPCIÓN ANUAL 25 €

zonahospitalaria
Envío a su domicilio de 6 ejemplares

Nombre .....
Apellidos .....
Dirección .....
.....
Ciudad ..... **CP** .....
Télefono de contacto .....

Realizar transferencia bancaria al nº de cuenta: 2054 0092 92 914558030.6

y enviar este cupón a:
ZONA HOSPITALARIA
Apdo. Correos, 4321. 31080 Pamplona

Suscríbase también mediante e-mail
suscripciones@zonahospitalaria.com

Sumario

SALUD. Precaución con las dietas milagro (4) MEDICINA. Cuidado de los ojos (6) MEDICINA. Tratamiento de la enfermedad de Parkinson (8) SALUD. Síndrome de la clase turista (9) SALUD. Amma Mutilva (10) SALUD. Cómo afrontar el periodo de exámenes (12) MEDICINA. Rehabilitación cardíaca (13) MEDICINA. Diabetes y prevención (14) SALUD. Índice de masa corporal (16) SALUD. Viajar durante el embarazo (18) SALUD. Primeros auxilios (22) SALUD. Comer (bien) en verano (24) SALUD. Golpe de calor (26) MEDICINA. Cáncer de mama (28) EDUCACIÓNYSALUD. Niños y vacaciones (30) ACTUALIDAD. Las T.I.C. aplicadas a la salud (32) MEDICINA. Cefaleas (34) CULTURA. Noticias breves, "Yo no sabía que…" e ilusión óptica (36) RECOMENDAMOS. Reseñas bibliográficas y Concurso zona de juego (38)

La información que usted necesita…

www.zonahospitalaria.com

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

A través de nuestra web, usted puede:

- *Preguntar a los doctores de zona hospitalaria por el tema de salud que más le interese.*
- *Suscribirse gratuitamente a nuestro boletín* ***e-zh*** *y recibir en su correo electrónico la revista en versión digital.*
- *Acceder a todos los artículos publicados sobre medicina, salud y cultura.*
- *Consultar nuestra* ***Guía de Servicios*** *para planificar su desplazamiento (alojamiento, restaurantes, compras…)*
- *Expresar sus opiniones y sugerencias a través de nuestro Buzón de atención al cliente.*
- *Participar en concursos con los que ganar importantes premios.*
- *Suscribirse a nuestra publicación zona hospitalaria (6 nº/año por 25 euros), y mucho más…*

Precaucion con las dietas milagro

Mª Estrella Petrina
Médico Adjunto Dietética y Nutrición. Hospital de Navarra

Esperanza Roldán
Técnico Superior en Dietética y Nutrición. Hospital de Navarra

Ya está aquí la primavera y… ¡Con qué calor ha comenzado! Llega la hora de cambio la ropa de temporada, de dejar el abrigo. Y como consecuencia de ello, de pasar revista a las tallas del año pasado. Por desgracia, es lo único que mueve a muchas personas a preocuparse de los kilos de más que se han ido acumulando: que si un poco de barriga, que si esas cartucheras. Digo por desgracia, porque no es visto como un problema de salud, que es como debería considerarse y así mantenernos alertas siempre; sino que se ve, más bien, como un problema estético. Y en esta sociedad, cada vez más preocupada por la imagen, la superficialidad toma todavía mayor relevancia.

Vamos al kiosco y leemos los suplementos dominicales, la radio, la televisión, las farmacias y demás establecimientos… Todo nos recuerda que en esta temporada hay que hacer caso a la báscula e intentar el milagro tantas veces soñado: ¡Bajar kilos sin esfuerzo! Debiéramos recordar, no obstante, que intentar perder unos kilos no es lo mismo que tratar una obesidad o un sobrepeso y que **tratamientos nutricionales demasiado estrictos y mal planteados pueden traer funestas consecuencias**. Tratar la obesidad es bajar grasa. Sí, puede que alguien se muestre sorprendido, pero no es lo mismo que bajar de peso. Mientras que bajar un kilo de músculo supone un balance negativo de 4000 Kcal y se consigue de forma rápida por tratarse de un tejido muy hidratado, bajar grasa supone un balance negativo de unas 9000 Kcal. Toda dieta en que la pérdida de peso sea en tal proporción en la que más del 25% sea a expensas de bajar tejido magro (músculo) es inválida en cuanto a su planteamiento y no sirve como tratamiento de una obesidad, con lo que supondrá, con casi total seguridad, una recuperación de lo perdido. Además, puede llevar asociado un problema de salud.

El mayor **riesgo** estriba, no obstante, en **aquellas personas que se someten a tratamientos nutricionales sin control médico**. Hay que tener en cuenta que siempre van a tener mayor riesgo las personas que sufran algún tipo de enfermedad: arritmias, insuficiencia cardíaca, hipertensión, diabetes o dislipemia, porque una dieta inadecuada puede agravar o modificar el curso de su enfermedad.

Desde el punto de vista de la nutrición, **el papel de la dieta consiste en satisfacer las necesidades nutritivas** de nuestro organismo. Esto, que parece una perogrullada, es importante, porque los defensores de las dietas extremas atribuyen a las mismas virtudes que poco tienen que ver con las necesidades nutritivas del organismo humano. **Para que una dieta sea adecuada** es preciso que se cumplan siempre **dos requisitos**:

1) Que la **cantidad total de alimentos**, o su contenido energético, sea **suficiente para mantener un peso corporal constante, dentro de los límites considerados normales** para el sujeto.
2) Que la **dieta sea variada** y estén presentes en ella **alimentos representativos de todos los grupos**: verduras, frutas, hidratos de carbono (patata, pasta, arroz, pan, legumbres), proteínas (carne, pescado, leche, huevos), grasas (aceites) y agua.

La existencia de una relación entre la dieta alimenticia y la salud del hombre se sospechó ya desde tiempos remotos. Así surgieron toda una serie de creencias que atribuían propiedades mágicas a los alimentos. No sorprende que los pueblos primitivos bebiesen la sangre de sus presas o comiesen su corazón con la esperanza de adquirir la fuerza, velocidad o astucia que admiraban de ellos. Sin embargo, lo sorprendente es que esas ideas sigan defendiéndose hoy en día y se atribuya a los alimentos propiedades inexistentes. Hoy en día muchas personas, abrumadas por la publicidad, son capaces de creer que, por ejemplo, el pomelo posee un encima que "disuelve" la grasa, aunque dicho encima no existe en el pomelo, ni en ningún alimento conocido; o que la alcachofa o su extracto obran el milagro de la dilución de la grasa. Así podríamos seguir con muchos compuestos: sopa de cebolla, cápsulas de vinagre de manzana, etc.

Dietas desaconsejadas

En los últimos años han proliferado gran número de **dietas variopintas**, **sensacionalistas y, a veces, aberrantes** que han logrado gran profusión y seguimiento. Dentro de las **dietas hipergrasas** tenemos algunas tan conocidas como la de **Atkins, Montignac, Pemmington y Lutz**. Se basan en una reducción importante de los hidratos de carbono, que llegan a desaparecer completamente en algunas de ellas y su sustitución por grasas, en general saturadas; además alguna de estas dietas combina el consumo de alimentos de forma disociada, es decir, separando la ingesta de hidratos de carbono de las proteínas y grasas. Al eliminar los hidratos de carbono de la dieta se produce un efecto cetogénico que tiende a provocar la deshidratación y la acidosis metabólica, y tiene efecto anorexígeno, con lo que la cantidad de ingesta se va reduciendo cada vez más.

También se han desarrollado **dietas hiperproteicas**, que son dietas con bajo o muy bajo aporte calórico. Se incluyen aquí dietas que fueron conocidas por sus nefastas consecuencias como las de la **"proteína líquida" o "la de la última oportunidad"**, que produjeron un importante número de muertes en Norteamérica atribuidas a alteraciones del ritmo cardíaco e importantes alteraciones neurológicas asociadas a déficits de vitamina B12. Además, el aporte proteico de estas dietas provenía de extractos de la piel de vaca. Otras como el **régimen de Scardale o la Dieta de Cooley** son dietas que eliminan totalmente las grasas y reducen a lo mínimo los hidratos de carbono, es decir: carne, fruta y verdura de forma exclusiva. Son dietas que aportan menos de 1000 Kcal, para llevar de 15 a 30 días y aseguran pérdidas de peso de hasta 7 Kg. en una semana. Estas dietas son deficientes en múltiples nutrientes y se han descrito alteraciones renales, hipertensión y litiasis renal.

Asimismo, circulan múltiples **dietas pintorescas: Dieta de la Clínica Mayo** (negada por los especialistas de dicho centro); **dieta de la bailarina Erna Carise** "eficaz, divertida y alcohólica"; **dietas adelgazantes para mejorar la sexualidad** a base de mariscos, ostras, almejas y berberechos asociados a la vitamina E, sin razones fisiológicas demostradas; **Dieta Rastafari**, macrobiótica estricta, que realizada durante tiempo prolongado, también tuvo muertos entre sus adeptos; **Dieta de la leche y el plátano; Dieta bikini o de "Victoria Principal"; "Cronodieta"**, en la que determinados alimentos engordan en función del horario en que se consuman. Variantes de esta dieta son las **"Dietas de la Hora" o la "Dieta del Calendario"; "Dieta de Beverly Hills"**, en la que determinados alimentos sólo se absorben si van consumidos con otros, generalmente exóticos; **Dieta Humplik**, que al contrario de las otras propugna el incremento en el consumo de calorías de hasta unas 6000 Kcal. y, lógicamente, engorda; **Dieta de la "sopa quemagrasa"**, a base de ingerir durante una semana sólo dicha sopa (cebolla, apio, pimiento verde, repollo, cubito de caldo, sal y pimienta) con alguna fruta y algún día carne. Hay que advertir que produce desequilibrios vitamínicos y problemas de salud cuando se realiza en grupos vulnerables. Podemos seguir, por desgracia, esta lista interminable: **Dieta de Rafaela Carrá, Dieta de los Astronautas, Dieta del chorizo o Dieta del chocolate**.

Todo ello sin ahondar en incluir los productos adelgazantes que en muchas ocasiones incluyen con estas dietas y que pueden ser objeto de otro estudio (pulseras, algas, parches, plantillas).

Parafraseando al Profesor F. Grande Covián, concluiré: *"La magia y el milagro no son los medios más eficaces para resolver los problemas de nutrición del hombre. Los conocimientos científicos no pueden resolver todos nuestros problemas, pero sólo ellos nos ofrecen una solución racional de los mismos".*

C/ Acella, 1
31008 PAMPLONA
Tel. 948 177 575
Fax 948 177 778

www.abbahoteles.com
reino-de-navarra@abbahoteles.com

Hotel Abba Reino de Navarra
★ ★ ★

abba hoteles

A 3 minutos de la Clínica Universitaria a través del Parque Yamaguchi se encuentra el Hotel Reino de Navarra con todos los servicios a su disposición.

83 habitaciones insonorizadas y climatizadas con baño completo, secador de pelo, minibar, caja fuerte, teléfono, TV color, antena parabólica, Canal+ y Canal Satélite Digital, servicio de habitaciones, etc.

Dispone de restaurante, bar, room service, salones de reuniones, garaje, gimnasio concertado, desayuno buffet, servicio de lavandería, wi-fi.

TARIFAS ESPECIALES PARA FINES DE SEMANA, CLÍNICA UNIVERSITARIA Y ZONA HOSPITALARIA

Cuidado de los ojos

Diana Iturralde
Especialista en Oftalmología.
Clínica Oftalmológica Iturralde

La vista, entre el resto de los sentidos, ha sido siempre uno de los que más preocupación e interés ha suscitado en la población, ya que se trata de uno de los instrumentos más valiosos que poseemos y al que más importancia le damos en la vida cotidiana.

Pero, ¿debemos preocuparnos por todos los síntomas que afectan a nuestros ojos? ¿Es lo mismo que veamos que algo nos pasa en los ojos que notar que algo le pasa a la vista? Ésta es la pregunta más importante que deberemos hacernos, y para eso tenemos que tener claro, antes que nada, qué claves nos pueden ayudar a distinguir la franja que separa una patología de poca importancia de la que realmente reviste gravedad.

El **enrojecimiento ocular** es la respuesta típica a una gran cantidad de afecciones. Junto con el **dolor ocular** es una llamada de atención hacia una alteración de la superficie de nuestros ojos.

En función de los síntomas que acompañan a un enrojecimiento deberíamos orientarnos hacia distintas enfermedades. Es fundamental en el diagnóstico la **presencia o ausencia de dolor**, ya que, patologías serias que podrían amenazar nuestra visión son por regla general indoloras.

Otro rasgo importante en el diagnóstico es conocer si la afectación ocular es **bilateral** (lo cual nos orientaría sobre todo hacia un proceso vírico infeccioso) o si por el contrario se limita a **un solo ojo**.

En definitiva, el cuadro acompañante muchas veces, puede ser un importante aliado a la hora de reconocer en un momento determinado si la lesión de nuestros ojos reviste o no gravedad, para así poner cuanto antes una solución, sobre todo cuando ésta es urgente.

En principio, cualquier enfermedad ocular que presente los típicos síntomas, tan frecuentes y tan molestos, como enrojecimiento de los ojos, picor, sensación de roce, legañas que impiden la apertura de los párpados y un cuadro de inflamación palpebral, con o sin dolor, no debería alarmarnos, ya que, posiblemente, sea sólo la superficie de nuestros ojos la que se vea afectada por un problema transitorio y fácilmente tratable.

Por ejemplo, un cuadro que empieza por un ojo y acaba afectando al otro, sobre todo cuando existen familiares con el mismo problema, indicaría un problema vírico contagioso que, independientemente de que sea o no tratado, va a acabar remitiendo. Cuando ese enrojecimiento es bilateral pero no se acompaña de legañas ni existe un conocido afectado, sino que se presenta con un picor intenso, frecuentemente asociado a estornudos y **congestión nasal**, deberíamos sospechar un cuadro de conjuntivitis alérgica, sobre todo si este aparece (aunque no de forma exclusiva) durante la época de primavera. Este cuadro también es más frecuente en aquellas personas que presentan cuadros de alergia de base (por ejemplo frente al polen y al polvo).

Pero sería distinto si este enrojecimiento fuese casi diario y aumentara a lo largo del día o en tareas que requieran de una fuerte atención visual (leer, coser, trabajar con el ordenador...) y se acompañe de una sensación constante de "arenillas" y picor leve en uno o los dos ojos. En este caso, posiblemente haya que descartar un cuadro de ojo seco secundario, y atribuirlo en la mayoría de los casos a un problema del borde de los párpados conocido como **blefaritis**, y que se trata de un problema crónico leve pero muy molesto. En este cuadro existe un exceso de secreción de grasa por parte de las glándulas que poseemos en el borde libre palpebral, y que consiguen que la lágrima, cuya única función es proteger al ojo, se vuelva una potencial "enemiga", que deja desprotegida nuestra superficie ocular. En este caso, una adecuada higiene con jabones específicos, así como el uso continuado de lágrimas artificiales, puede ser suficiente para combatir un cuadro que, no por ser leve, deja de ser tremendamente molesto.

Un problema más serio y que es necesario consultar con rapidez, se produce cuando todos los síntomas descritos se presentan en una persona portadora de **lentes de contacto**. En estos casos, nunca deberíamos tratar los ojos sin saber que es lo que realmente ocurre, ya que existen cuadros infecciosos e inflamatorios graves que se pueden asociar a esta situación.

Estas breves pinceladas del mundo de la oftalmología puede ser que nos hayan ayudado a conocer y cuidar uno de los sentidos más valiosos de los que disponemos. Pero no deberíamos concluir este tema sin recordar la función principal de nuestros ojos, la vista. Por ello, es muy importante ser conscientes de que aparte de las enfermedades de la superficie ocular que vemos diariamente, que no suelen afectar a la visión y que por regla general son fácilmente tratables, existen otras enfermedades que cursan con una pérdida visual y que sí requieren una atención urgente.

Una **pérdida repentina de visión**, que normalmente sólo afecte a un ojo, y sobre todo cuando no se acompaña de ningún otro síntoma, es un motivo de consulta urgente que no debería demorarse bajo ningún concepto. Cuando, por el contrario, esta **pérdida** es **gradual y asintomática**, deberemos orientarnos hacia algún proceso evolutivo como las cataratas, que revisten menor gravedad, por lo que, aun siendo necesaria la consulta con el especialista para encontrar un remedio y descartar que el proceso degenerativo pueda estar afectando al área principal de visión (degeneración macular asociada a la edad), no necesita realizarse de forma urgente.

NUEVA LÍNEA
DE TRANSPORTE URBANO COMARCAL
Zona hospitalaria

Servicio Centro / Zona Hospitalaria / Aeropuerto de Noáin

*La nueva línea 21 Centro (Plaza de la Paz) - Aeropuerto de Noáin conecta el centro de la ciudad y la **zona hospitalaria** con el Aeropuerto. Cada 30 minutos de lunes a viernes y cada hora los sábados y domingos, desde las 5:30 de la mañana a las 11:30 de la noche.*

Te acercamos a tu destino, buen viaje.

Mancomunidad Comarca de Pamplona
Iruñerriko Mankomunitatea

Transporte Urbano Comarcal
Eskualdeko Hiri Garraioa

Servicio de Atención al cliente 901 502 503
www.mcp.es

Tratamiento de la enfermedad de Parkinson

Mª. Rosario Luquin
Departamento de Neurología y Neurocirugía. Clínica Universitaria de Navarra

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central. Su substrato anatómico lo constituye la degeneración de las neuronas pigmentadas del tronco del encéfalo y de forma prioritaria, las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra. En la actualidad no existe un tratamiento curativo para esta entidad, por lo que los tratamientos disponibles son puramente sintomáticos.

La **levodopa** sigue siendo el tratamiento más eficaz. Desde su introducción para tratar la EP, la calidad de vida de los pacientes ha cambiado de forma sustancial. Sin embargo, alrededor de un 80% de los pacientes con EP desarrollan, al cabo de entre 3 y 5 años de haber iniciado el tratamiento con levodopa, fluctuaciones motoras y discinesias, en algunos casos invalidantes, que merman enormemente la calidad de vida. Por ello, en las dos últimas décadas se han desarrollado nuevos fármacos en un intento de reducir o prevenir las fluctuaciones motoras y discinesias que desarrollan los pacientes. La gran mayoría de estos fármacos pertenecen al grupo de los **agonistas dopaminérgicos**, fármacos que estimulan directamente los receptores de dopamina y tienen una vida media superior a la de la dopamina, lo que garantiza una estimulación más prolongada de los receptores dopaminérgicos y, en consecuencia, podría reducir las fluctuaciones motoras. Por otro lado, al producir una estimulación dopaminérgica más continua y por tanto más fisiológica, se cree posible que su utilización al inicio del tratamiento de la enfermedad podría suponer una menor incidencia de fluctuaciones y discinesias.

Estudios realizados en pacientes parkinsonianos de novo con los diferentes agonistas dopaminérgicos que existen en el mercado han demostrado que la incidencia de fluctuaciones y discinesias es menor en los pacientes que reciben tratamiento con agonistas dopaminérgicos que en aquellos tratados con levodopa. Estos resultados, unidos a los hallazgos de **PET** con fluorodopa o de **DAT-scan,** sugieren que los agonistas dopaminérgicos podrían ejercer un efecto neuroprotector sobre las neuronas dopaminérgicas todavía funcionantes. Sin embargo, la falta de un grupo tratado con placebo y el posible efecto modular de los agonistas o la levodopa sobre la actividad dopa-decarboxilasa o del transportador de dopamina, dificulta enormemente la interpretación de los resultados.

Los agonistas dopaminérgicos se clasifican de acuerdo a su estructura molecular (ergóticos y no ergóticos) y por su afinidad con los diferentes subtipos de receptores de dopamina (D1, D2, D3, D4 y D5). El hecho de que el uso de **agonistas dopaminérgicos** ergóticos se haya asociado con el desarrollo de fibrosis de las válvulas cardíacas ha llevado a considerar a los agonistas dopaminérgicos ergóticos como fármacos de segunda opción en el tratamiento de la EP y su uso está limitado a aquellos casos en los que no exista una respuesta positiva a los fármacos no ergóticos. Cuando se utilicen los agonistas dopaminérgicos ergóticos deben realizarse controles periódicos de ecocardiografía. Es interesante señalar que desde enero de 2007 se encuentra disponible un nuevo agonista dopaminérgico que puede administrarse por vía transcutánea en forma de **parches transdérmicos**, lo que permite realizar una estimulación dopaminérgica continua y evitar de ese modo la aparición de fluctuaciones motoras o discinesias.

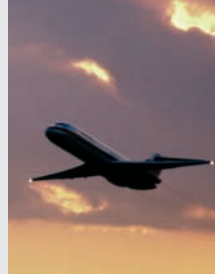
Otros fármacos disponibles en el mercado y con una supuesta acción neuroprotectora la constituyen los inhibidores de la enzima **mono-aminooxidasa B (MAO-B)** por su acción antioxidante. Aunque existen numerosos estudios experimentales que han demostrado la acción neuroprotectora de estas sustancias, no hay evidencia clínica de que los mismos resultados puedan obtenerse en humanos.

Una opción de tratamiento para los pacientes con EP que no muestran una respuesta favorable al tratamiento médico es la **cirugía**. Esta técnica consiste en la colocación de dos electrodos en ambos núcleos subtalámicos a través de los cuales se puede modificar la frecuencia de descarga de las neuronas de este núcleo. Estudios experimentales han demostrado que ese núcleo está hiperfuncionante en animales con parkinsonismo, por lo que la reducción en la frecuencia de descarga de estas neuronas se traduce en una mejoría clínica significativa. Aunque la estimulación cerebral profunda no modifica el curso natural de la enfermedad, produce un aumento de calidad de vida en la mayoría de los pacientes, que se mantiene durante al menos 10 años.

Por último, una opción de tratamiento que ha suscitado una gran expectación entre la población de pacientes con EP, son los **trasplantes de células productoras** de dopamina, pero a día de hoy esta terapia debe considerarse como una terapia puramente experimental. Quizás las células madre adultas puedan ser una buena opción de tratamiento para estos pacientes.

Síndrome de la clase turista

Dr. Javier del Cazo
Jefe del Servicio de Medicina Interna. Hospital de Estella



El síndrome de la clase turista es una trombosis de las venas de las extremidades inferiores que se produce en los viajes aéreos de más de seis horas de duración.

En un principio el problema se relacionó con el reducido espacio entre los asientos de la clase turista y los ocupantes eran comúnmente los que sufrían los problemas circulatorios. Después, se ha demostrado que ese no es el problema en su totalidad, sino que consiste en la **inmovilidad de las piernas** durante un espacio de tiempo prolongado e independientemente de la clase en la que se viaje.

Este síndrome podría darse en otras circunstancias similares, como puede ser el viaje en automóvil de un mínimo de tres horas de duración.

Según un estudio reciente, aparecido en una prestigiosa revista científica británica, una de cada diez personas corre el riesgo de sufrir este síndrome durante el vuelo. Los **factores desencadenantes**, fundamentalmente, son: inmovilidad en un espacio generalmente reducido, **deshidratación** si el pasajero no bebe agua y **abuso del alcohol y tabaco** (cuando se permite). Todos estos factores producen una tendencia muy acusada a la formación de coágulos en las piernas, sobre todo en piernas con varices, hinchadas o bien porque el paciente tenga una tendencia genética a la hipercoagulabilidad.

Algunas veces las trombosis venosas producen dolor e hinchazón, pero en otros casos no producen síntomas. Aunque el peligro sigue existiendo, ya que el coágulo formado en las venas de las piernas puede desprenderse y llegar al pulmón, dando lugar a una embolia pulmonar que puede ser mortal.

Al parecer, el peligro de sufrir una trombosis no termina cuando el viajero llega a su destino, sino que se prolonga durante un mes.

Consejos prácticos

- **Elija asientos situados en el pasillo**, ya que permiten mayor libertad de movimientos.
- **No coloque el equipaje debajo del asiento delantero** porque disminuirá el espacio .
- **Utilice medias de compresión** si está dentro del grupo de riesgo de generar trombosis.
- **Evite llevar ropas ajustadas** que impidan la circulación sanguínea. **Realice paseos cortos** por el pasillo cada 1 ó 2 horas.
- **Beba abundantes líquidos** para evitar la deshidratación y que la sangre se vuelva más espesa, con el consiguiente riesgo de trombosis.
- **Evite el alcohol, la cafeína y el tabaco,** ya que pueden provocar deshidratación.
- **Evite sentarse con las piernas cruzadas**. Esta postura impide el buen riego sanguíneo.
- **Si tiene factores de riesgo diagnosticados**: varices, insuficiencia venosa crónica, edemas (hinchazón de las piernas), enfermedades respiratorias, insuficiencia cardiaca, factores genéticos que favorecen los coágulos, se aconseja **tomar Heparina** (antitrombótica) el día previo al viaje, el día del viaje y los tres días posteriores. El resto de pasajeros sin riesgos venosos potenciales, puede tomar una aspirina la víspera y los dos días posteriores.

grupoamma
centros gerontológicos

Amma Mutilva

Galardonado en 2006 con el premio a la excelencia de gestión de un centro residencial, Amma Mutilva se ha convertido en referencia para el resto de centros geriátricos en España. Con capacidad para 180 usuarios, Amma Mutilva es la primera de un total de 23 residencias que el Grupo Amma Recursos Asistenciales dirige en la península y Canarias desde que inició su andadura en 1997.

Amma Mutilva está ubicado a cinco minutos en coche del centro de Pamplona, y pone a disposición de los mayores, ya sean residentes, usuarios de los servicios de centro de día o residentes temporales, un amplio equipo de profesionales, 12.000 metros de zona ajardinada y una completa gama de actividades, algunas realmente novedosas, como la terapia asistida con animales, o las actividades intergeneracionales.

Santiago Garde, Psicólogo Clínico y Director del centro, destaca la atención individualizada como uno de los aspectos más importantes de la filosofía de Amma. "Hay que hablar de individuos. Cada persona en concreto tiene unas características y unas necesidades, una funcionalidad, un medio... Se habla de los mayores como si fueran un grupo completamente homogéneo, y no es así. No es lo mismo tener un buen apoyo social, en un medio establecido, que ayuda a funcionar a no tener estos apoyos, gente con la que estar, o sufre algún tipo de discapacidad motora o cognitiva. En todo momento es importante tener presente que estamos hablando de personas a las que hay que poner nombres y apellidos. Cada uno tienen unas características determinadas y unas necesidades especiales. El usuario se pone en el centro del proceso y en torno a él se situan una serie de recursos y profesionales, siempre en función de un plan de atención individualizada, con objetivos concretos en función de las necesidades personales".

Actividades

El día empieza en Amma Mutilva en torno a las 7.25 horas, con una reunión en la que el equipo trata los temas de la jornada y repasa las incidencias de la noche. Después, hasta las 9.25 horas, van ayudando a los mayores a levantarse y asearse. A continuación, se sirve el desayuno. A partir de las 10.30 empieza la terapia de "Buenos Días", que Santiago define como "una terapia de orientación a la realidad". Los usuarios se saludan, se recuerdan los nombres, la fecha, la estación del año, se lee el periódico, preferentemente aquellas noticias que tienen relación con los residentes. "Se intenta estimular a los usuarios a que comenten. Se leen noticias de política, de actualidad... Todo lo que pueda provocar diálogo, interacción, comunicación entre unos y otros. Y se acaba con un consejo, un mensaje, un pensamiento para el día. Y con el menú de la comida y de la cena, que también es algo muy comentado", comenta Santiago.

Mientras se realizan estas actividades, el servicio de rehabilitación ya ha estado subiendo a ver a las personas que permanecen en cama, haciendo rehabilitación y fisioterapia. Y los doctores y la psicóloga han ido pasando visita por las camas. Después de la terapia de "Buenos Días" se pasa a los talleres de terapia ocupacional, donde cada persona realiza actividades que le ayudan a mejorar distintas habilidades: de cálculo, de lenguaje, de abstracción, de motricidad fina." En base a las necesidades de cada uno se llevan a cabo diferentes actividades: fichas, puzzles, manualidades, siempre personalizadas. También hay actividades de ocio", puntualiza Santiago. Bingo los martes, película los miércoles, juegos de bolos y karaoke y un coro de residentes, "más buscando la estimulación cognitiva que un gran nivel musical", aclara el director. Y actuaciones musicales, sobre todo en fechas determinadas como Navidad, Reyes, Semana Santa o verano.

Terapia con animales

Una de las actividades en las que Amma Mutilva es pionera es la denominada "Terapia asistida por animales", en la que se emplean mascotas como apoyo al respecto las terapias de la residencia. En este terreno, Argi, un ejemplar hembra de pastor vasco, es la "estrella" del centro. "La mascota tiene un papel de mediador: acerca, relaciona las diferentes terapias", explica el Director. Y continúa: "Cuando empezamos con la terapia con animales, pensábamos en una asistencia para la rehabilitación física. Pero nos hemos dado cuenta de que incluso personas con demencia avanzada, gracias a las mascotas, empiezan a mostrar atención al entorno, a pesar de que los terapeutas, o incluso su propia familia no lo han conseguido. La mascota produce un estímulo que moviliza a un cerebro que parecía dormido o aletargado. Por eso nos ayudan en nuestro objetivo. También se dan casos de personas que tienen muy poca relación con los demás y gracias a que cuidan a la mascota, la alimentan o la llevan al veterinario, encuentran una excusa para pasear y para relacionarse con los demás residentes", destaca.

"Sacar al perro de paseo puede ser una excusa para hacer una actividad que de otra manera costaría mucho hacer. Ayuda a que eso que supone un esfuerzo, o que es doloroso, como colocarse en las paralelas y volver a andar, o la rehabilitación después de un accidente, se encare con más ánimo, con mayor motivación", explica Santiago. La misma función tienen las peceras, repartidas por las distintas plantas, o las jaulas con Ninfas, una especie de cacatúas a las que se puede enseñar a silbar e incluso pueden llegar a pronunciar palabras. "Hay gente que baja todos los días, los cuida, los mima".

Campamento de verano

Otra de las propuestas por las que destaca Amma Mutilva, que se encuadra dentro de las actividades intergeneracionales, es un campamento anual con niños, celebrado la última semana de junio. En principio los niños eran nietos y bisnietos de los usuarios, "pero –explica Santiago- han ido incorporándose otros niños, que son amigos de los familiares, o gente que se ha enterado y les parecía buena la experiencia. Montan tiendas de campaña en el jardín y realizan actividades con los residentes. Se ayudan y se cuidan mutuamente. Lo curioso es que pasado el tiempo, niños que no tienen nada que ver con los residentes del centro vienen a visitar a estos ancianos que han conocido. Pintan, juegan, hacen teatro, y comparten conocimientos y experiencias. Vamos sembrando en los niños esa semilla del cuidado, la solidaridad, el apoyo a los mayores", concluye.

Centro abierto

Amma Mutilva, igual que el resto de centros gestionados por el grupo, está en todo momento abierto a las visitas de familiares y amigos de los usuarios. "Todos los lugares del centro están abiertos para todo el mundo. Nuestros mejores auditores, quienes mejor nos van a inspeccionar, son los familiares. Es otro de los valores de Amma. El único lugar que es privado es, evidentemente, la habitación de un residente, que es para él y para sus familiares y para quien el residente considere oportuno", comenta Santiago.

Equipo profesional

Amma Mutilva cuenta con un equipo consolidado de profesionales que su director no duda en calificar de "maravilloso", formado por 2 médicos, uno de los cuales es psiquiatra; una psicóloga, dos trabajadoras sociales, dos fisioterapeutas, una terapeuta ocupacional, una animadora sociocultural (que se encarga única y exclusivamente del mundo del ocio, los hobbies, la actividad, el tiempo libre), una coordinadora de servicios generales, 12 enfermeras, y en torno a 70 gerocultoras. "Las 24 horas hay personal con los residentes, que están en todo momento atendidos y acompañados", explica Santiago. A este equipo se añade el personal de recepción, administración de personal, 12 personas de limpieza y servicios generales, como cocina y lavandería; y servicios externos como odontología, peluquería, podología, servicios religiosos. Y no debe olvidarse el apoyo de la casa Central, Recursos Asistenciales, que presta el apoyo necesario en todo momento.

Reconocimientos

Amma Mutilva recibió en 2006 el premio a la excelencia de gestión de un centro residencial. El premio valora la eficacia en la prestación de servicios y la calidad profesional y humana de los trabajadores al servicio del mayor, que mejoran la calidad de vida de los mayores, así como la gestión del centro. El jurado se compone de destacados directivos del sector, el presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), profesores del IESE y medios de comunicación especializados.

902 100 999
www.amma.es

salud

Cómo afrontar el periodo de exámenes

Dra. Raquel Calvo Ablanedo
Psiquiatra de la Unidad Infanto-Juvenil de la Fundación ARGIBIDE

María José Aibar Luis. Psicóloga Especialista en Psicología Clínica de la Unidad Infanto-Juvenil de la Fundación ARGIBIDE

Cuando nos acercamos al "temido mes de Junio" aumenta de forma importante la demanda de atención en el Servicio de Psiquiatría-Psicología Infanto-Juvenil por problemas de ansiedad ante los exámenes.

Todo estudiante siente ansiedad cuando tiene que demostrar lo que sabe **ante un examen**. Las propias condiciones de los exámenes: presión de tiempo, implicación al suspender de repetir nuevamente ese examen, generan ansiedad. Aunque esta misma ansiedad **es un factor que motiva para estudiar.** Pero experimentar niveles **de ansiedad elevados puede suponer una disminución importante en el rendimiento** e incluso una incapacidad de enfrentarse a esa situación de examen. De hecho, se estima que aproximadamente entre un 15% y un 25% de los estudiantes a partir de primaria presentan niveles elevados de ansiedad ante los exámenes.

Esta ansiedad se manifiesta a nivel físico, cognitivo y emocional. **A nivel físico** pueden existir alteraciones del sueño, de la alimentación, dolores de estomago, cabeza, nauseas, sensación de opresión en al pecho.... **A nivel cognitivo o mental** aparecen pensamientos repetitivos acerca de sus capacidades ("soy incapaz de estudiármelo todo", "no voy a poder hacerlo"...). Y **a nivel emocional** o de comportamiento, el estudiante puede tumbarse en la cama durante horas, ponerse a ver la TV o llegar a una evitación completa del examen. Para afrontar el periodo de exámenes **es fundamental una buena preparación técnica**, pero también una **adecuada preparación mental**, ya que el modo de ver los exámenes puede incrementar o **reducir los niveles de ansiedad**.

Estudiar de forma correcta

Hay que empezar por estudiar de forma correcta siguiendo unas buenas técnicas de estudio: Estudiar en un **lugar que sea motivador**, evitando lugares con distracciones. Tanto la mesa como la silla tienen que permitir el mantener una postura cómoda. De igual modo, la iluminación debe ser adecuada. Programar un **horario de estudio** que sea realista e incluya también periodos de ocio (deporte, actividades sociales...).Al planificar las horas de estudio, hay que **especificar que materia** se estudia cada vez. Conviene estudiar durante el día y **respetar las horas de descanso** y de sueño. Es mejor programar **periodos de estudio no muy largos** (50 minutos) con periodos de descanso de 5 ó 10 minutos. Al estudiar, se aconseja **sacar las ideas fundamentales**, subrayar, utilizar lápiz y papel para ir tomando notas y trasformarlas en palabras o frases que uno entienda y utilizar **técnicas de memorización**. Es aconsejable dedicar un tiempo de estudio a la materia nueva y otro al **repaso**. Repasar el primer día, al día siguiente, a la semana y al mes los temas estudiados.

Preparación mental

Pero no sólo es importante estudiar bien, será fundamental para obtener el éxito deseado una buena preparación mental que nos ayudará a reducir los niveles de ansiedad: Será muy útil practicar alguna **técnica de relajación**, como la respiración abdominal, o tensar y relajar diferentes grupos musculares. La respiración abdominal consiste en llenar de aire completamente los pulmones (tórax y abdomen), tomando el aire por la nariz, retener el aire durante unos segundos y expirarlo por la boca poco a poco. Debe realizarse varias veces concentrándose en la sensación de tranquilidad. **Detectar aquellos pensamientos negativos** que generan ansiedad, ya que en su control esta la clave para evitarla ("si no apruebo es un desastre", "no lo voy a poder estudiar", "seguro que me quedo en blanco"...). Es fundamental estar convencido de que no son pensamientos realistas, y sobre todo, darse cuenta de que son completamente inútiles y perjudiciales. Para dominar dichos pensamientos, resulta útil **desviar la atención de los mismos**. En lugar de centrarse en ellos, es mejor prestar atención a lo que se está haciendo en ese momento y despreocuparse del resultado del examen. **Cambiar esos pensamientos por otros mas positivos**, concretos y realistas, como "me voy a dar una oportunidad"; "si me esfuerzo, puedo"; "si suspendo, aunque no me guste, no es el fin del mundo"... Y mirar esa lista tantas veces como sea necesario.El día previo al examen conviene no estudiar materia nueva. Repasar y, a ser posible, **dejar de estudiar 24 horas antes del examen**.

El día del examen

Una vez que llega el día del examen será importante haber **dormido suficiente. No es aconsejable repasar a fondo ese mismo día**. Es frecuente querer recordar toda la materia de forma rápida e inmediata. Esto resulta imposible, ya que la capacidad de nuestra memoria de actualizar la información es limitada: no se puede recuperar toda la información a la vez. Esto puede crear la sensación de que "no se me nada" e incrementar notablemente la ansiedad y provocarnos la sensación de "tener la mente en blanco". Hay que **comer de manera adecuada** y no ir con el estómago vacío y evitar el café y el tabaco. Saber con tiempo cual será el **lugar del examen** para evitar ponerse nervioso. Si se empiezan a notar síntomas de ansiedad, intentar practicar los pensamientos positivos y realizar una técnica de relajación; y evitar estar con compañeros que **hablen continuamente sobre aspectos del examen.**

Durante la prueba

Durante la realización del examen se deberán seguir estas recomendaciones: **leer detenidamente el examen** y tener claro qué es lo que se pregunta antes de empezar a responder; **distribuir el tiempo** por pregunta; responder siempre **primero a las preguntas que se este seguro**. En caso de quedarse es blanco, pasar a responder otra pregunta; **Preguntar** siempre **cualquier duda** al profesor; **no apresurarse** en la realización del examen, aunque los demás entreguen el examen rápido; **leer** el examen con atención **antes de entregarlo**; y, para finalizar, es importante pensar que, **tras el examen, "uno se merece un premio"**.

A pesar de aplicar buenas técnicas de estudio y de preparación mental, habrá estudiantes que se sientan incapaces de afrontar el periodo de exámenes solos y necesiten la ayuda de un especialista. En nuestro Servicio observamos que un porcentaje de las personas que acuden por problemas de ansiedad ante los exámenes asocian otros trastornos: Trastorno de ansiedad de separación, Fobia social, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno obsesivo-compulsivo, Cuadros depresivos, que requieren un tipo de intervención especifico.

medicina

Rehabilitación cardiaca

Dr. Pedro Sanz. Médico del Club Coronario de Pamplona

Desde la antigüedad se ha considerado el deporte como un medio para llegar a la salud y el bienestar tanto físico como psíquico. En medicina, y concretamente en cardiología, se piensa lo mismo y desde hace bastantes décadas se ha decidido utilizar la actividad controlada como parte del tratamiento posterior a un evento cardiovascular.

El **programa de rehabilitación** consta de actividades físicas controladas por un especialista y bajo la dirección de un monitor. Se divide en dos partes diferenciadas: trabajo aeróbico (cicloergómetro o tapiz rodante) y **circuitos de ejercicios de mantenimiento,** donde se trabaja la movilidad, coordinación, elasticidad y flexibilidad, cualidades fundamentales no sólo para recuperarse sino para llevar una vida normal.

Los **Objetivos Generales** van a ser: **incremento** de la capacidad para el esfuerzo físico; corrección de posibles deterioros psicológicos; **condición idónea** para la práctica deportiva no competitiva; **retorno temprano** a la actividad laboral y **mejora de las relaciones** sociales y familiares. Todo esto mejora significativamente la calidad de vida, disminuye considerablemente la reincidencia de eventos cardiovasculares e incrementa la supervivencia de forma notable, es decir, se mejora el pronóstico de enfermedad.

Las mejoras objetivas más importantes que produce el **entrenamiento físico** son: **aumento del consumo de oxígeno**, mejorando la capacidad funcional. Facilita el trabajo muscular, **incrementando mitocondrias y enzimas oxidativas** que mejoran la producción de energía y la utilización del oxígeno. **Disminución de frecuencia cardíaca y tensión arterial**, tanto en reposo como en los distintos niveles de esfuerzo, incrementando el umbral de la angina si la hubiese, y disminuyendo los casos de arritmias. En sangre: **disminución de colesterol, mejora del control de glucemia y aumento del número de hematíes. Mejora el trabajo respiratorio y el intercambio gaseoso. Se superan aspectos psicológicos** como ansiedad, depresión, miedo, y aumentan la autoimagen y las ganas de vivir. **Desarrollo positivo de todo el sistema osteo-articular**, aumentando cualidades como: movilidad, flexibilidad, velocidad de reacción, coordinación y potencia muscular. Estos efectos, junto a las indicaciones dietéticas, van a reducir el peso total y, concretamente, el porcentaje graso del sujeto.

Los beneficios del programa son mayores que los riesgos, gracias al exhaustivo control médico con pruebas de esfuerzo cada 6 meses para comprobar la evolución y prever posibles problemas derivados de la enfermedad. Además, pueden ser muy útiles para personas con factores de riesgo como: hipertensión arterial, colesterol alto, obesidad, diabetes, tabaquismo, estrés, etc.

La indicación es para casi todos los tipos de patología cardíaca, isquémica, valvular, arrítmica y recuperación de cirugía y transplante cardíaco. Lo ideal es realizarlo en grupo, coordinado por un entrenador, en locales apropiados y con ropa adecuada. Sino es posible por el lugar de residencia, recomendamos contactar con estos centros para que supervisen periódicamente el programa del paciente que lo realiza en su casa.

Infinidad de trabajos científicos muestran el **efecto positivo** del deporte en patologías cardiovasculares y cuantifican con cifras muy llamativas todas las mejoras, pero lo más importante es el **incremento en la calidad de vida de los pacientes.**

Diabetes y prevención

Javier Lafita Tejedor. Médico Adjunto del Servicio de Endocrinología. Hospital de Navarra

La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta a más del 6% de la población en nuestro medio. Se caracteriza por una elevación de la glucosa en sangre, secundaria a diversos mecanismos, que podemos resumir en: ausencia de insulina (diabetes tipo 1, antes llamada juvenil o insulin-dependiente) o resistencia al efecto de la insulina (diabetes tipo 2, o no insulin-dependiente).

Los pacientes afectos de diabetes tipo 1 van a necesitar la administración de insulina desde el diagnóstico y los de tipo 2 requieren un escalonamiento personalizado de tratamientos, desde la dieta y ejercicio, pasando por distintos fármacos orales, hasta la administración de insulina después de varios años de evolución. El objetivo del tratamiento es mantener la glucosa en sangre lo más cercana posible a los niveles normales, para evitar la aparición de complicaciones a corto y largo plazo. La disponibilidad de distintos fármacos, sus asociaciones, la comercialización de nuevos tipos de insulina, sistemas de inyección más seguros y sencillos, infusores programables de insulina y sobre todo la posibilidad de determinar los niveles de glucosa con una gota de sangre extraída del pulpejo del dedo, nos ha permitido acercarnos a este objetivo, pero todavía estamos lejos de conseguir unos niveles de glucosa estables en los pacientes diabéticos, similares a los de las personas no diabéticas; siendo frecuentes las oscilaciones por encima (hiperglucemia) o por debajo (hipoglucemia) del objetivo.

Tanto la dificultad de conseguir estos objetivos, como la asociación de otros factores de riesgo (hipertensión, colesterol, tabaco, genética...) condicionan que la prevención de las complicaciones de la diabetes haya mejorado, pero no haya conseguido su total desaparición. Esta situación hace especialmente importantes las estrategias de prevención, tanto de **prevención primaria** (evitar que aparezca la enfermedad) como de **prevención secundaria** (evitar que se desarrollen complicaciones).

La diabetes se puede acompañar de afectación de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía) con lesiones en ojos, riñones y nervios, así como de lesiones en los grandes vasos (macroangiopatía): corazón, cerebro y piernas. Las **estrategias para la prevención secundaria las podríamos resumir de** la siguiente forma: intentar mantener los **niveles de glucosa en sangre los más próximo posible a la normalidad;** ajustar la dieta, ejercicio y medicación; **abandonar el hábito tabáquico y reducir los niveles de colesterol** hasta los considerados adecuados para los pacientes de alto riesgo; intentar **mantener la tensión arterial por debajo de 130 mm. de Hg. de sistólica y 80 mm. de Hg. de diastólica**; en pacientes con elevado riesgo vascular **añadir antiagregantes plaquetarios** (aspirina, clopidogrel...); **estudiar la retina**, mediante examen de fondo de ojo, con frecuencia anual; **valorar con frecuencia anual la pérdida urinaria de albúmina** (primer indicio de afectación renal por la diabetes); **revisar periódicamente la idoneidad del flujo sanguíneo y del sistema nervioso** en extremidades inferiores, así como descartar la presencia de lesiones en pies.

Si las estrategias de prevención de complicaciones son importantes, lo son todavía más aquellas enfocadas a evitar que aparezca la diabetes: **prevención primaria**. En el caso de la **diabetes tipo 1,** cuya incidencia ha aumentado de forma moderada, todavía quedan muchos escollos que vencer, dado que la enfermedad es asintomática hasta el diagnóstico y no disponemos de marcadores fiables que nos permitan saber con años de antelación qué paciente va a ser diabético, ni disponemos de tratamientos preventivos eficaces. Sin embargo, la diabetes tipo 2 ha aumentado en incidencia de forma epidémica, en buena parte debido a los hábitos alimenticios, vida sedentaria, aumento de la esperanza de vida... Varios años antes de que se eleve la glucosa en sangre, aparecen algunos **datos que nos hacen sospechar que el paciente tiene un riesgo elevado de presentar una diabetes tipo 2:** los **antecedentes familiares** de diabetes tipo 2, **obesidad** de distribución abdominal, **descenso del colesterol protector** (HDL) y **elevación de los triglicéridos** en sangre, **elevación de la tensión arterial y glucosa en sangre superior a 100 mg/dL**, sin llegar a 126 mg/dL, que se considera diagnóstico de diabetes; factores que se han reunido en el denominado **síndrome metabólico**.

En este grupo de riesgo se han intentado distintas **opciones terapéuticas para prevenir o atrasar la aparición de diabetes** que han demostrado su eficacia: **la pérdida de un 10% del peso inicial**, mediante dieta moderadamente hipocalórica y distribuida en 5 comidas y sobre todo el **ejercicio físico aerobio** (caminar a buen paso, de forma que no podamos mantener una conversación cómoda durante el ejercicio, pasear en bicicleta, nadar...). Parece que esta estrategia mejora claramente la resistencia al efecto de la insulina, evitando la sobrecarga funcional del páncreas, uno de los factores responsables de la aparición de diabetes y de su deterioro progresivo, que obliga a incrementar escalonadamente la medicación hasta requerir insulina, por falta de respuesta pancreática. También se ha comprobado la eficacia de distintos fármacos con este objetivo, algunos específicos dentro del tratamiento de la obesidad, como el Orlistat, y otros implicados en el tratamiento de la diabetes, con la característica de que su mecanismo de acción no consiste en disminuir la glucosa en sangre (provocarían hipoglucemias) sino que evitan que la glucemia se eleve: Metformina y Rosiglitazona.

Ninguna de las pautas evaluadas, que han utilizado fármacos, ha conseguido demostrar su superioridad frente al tratamiento con dieta y ejercicio aerobio, por lo que se recomienda tratar a estos pacientes mediante estas medidas, en lugar de fármacos, hasta que alguno de ellos demuestre ser claramente superior o aporte algún otro tipo de ventajas.

La **estrategia de prevención primaria de la diabetes tipo 2** podría resumirse en: informar a los pacientes considerados de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 de los beneficios de la dieta y ejercicio; **prescribir tratamiento dietético y pautas de ejercicio** a los pacientes con glucosa en ayunas de 100 a 126 mg/dL o en aquellos con glucosa de 140 a 200 tras una sobrecarga oral de glucosa (glucemia basal alterada e intolerancia a la glucosa), situaciones ambas claramente reconocidas como de pre-diabetes; **acordar con el paciente el seguimiento que se va a llevar a cabo de estos programas; monitorizar la posible aparición de diabetes cada 1 ó 2 años y tratar los posibles factores de riesgo vascular asociados** (hipertensión, colesterol, tabaco...).

Índice de Masa Corporal, una medida de salud

Mª Estrella Petrina
Médico Adjunto de Dietética y Nutrición.
Hospital de Navarra

Lambert Adolphe Jacques Quetelet definió por primera vez esta relación entre el peso y la talla de una persona en 1869. Posteriormente Ancel Keys en 1972 retomó este concepto y se estableció el índice de masa corporal como la relación entre el peso de una persona expresado en kilogramos dividido por su altura expresada en metros y elevada al cuadrado.

$$\text{I.M.C.} = \frac{\text{Peso (Kg.)}}{\text{Altura (metros)}^2}$$

Su facilidad de cálculo, su poca variabilidad al ser tomado entre distintos observadores y su buena correlación con la adiposidad o cantidad de grasa corporal de una persona han dado como resultado que hoy en día se haya aceptado internacionalmente como **medida de obesidad**, tanto a nivel individual como en estudios epidemiológicos.

De la evolución natural de una persona, sabemos que a lo largo del desarrollo y sobre todo, a partir de la edad adulta, las variaciones en el peso ocurren por variaciones en la cantidad de grasa del organismo, de ahí que se correlacione bien con la cantidad de grasa. Sin embargo, tiene limitaciones que lo invalidan y hay que tenerlas en cuenta:

- Se establecen correcciones normales en sus valores con la edad. Es un índice válido entre los 20 y 65 años.

Edad (años)	Indice de Quetelet (Kg./m2)
19-24	19-24
25-34	20-25
35-44	21-26
45-54	22-27
55-64	23-28
65 o más	24-29

Tabla 1.

- No valora el incremento de masa muscular en deportistas; ellos, al desarrollar más musculatura pesan más y por eso su I.M.C. es más elevado, lo que no significa que sean personas más obesas.
- Nos puede informar de la cantidad de grasa total pero no de la distribución de la misma. Esto es muy importante a la hora de valorar las enfermedades asociadas a la obesidad. No es lo mismo la grasa que se distribuye de forma homogénea por la superficie corporal o más en las caderas (**obesidad homogénea y ginoide**), que la grasa que se distribuye a nivel abdominal (**obesidad central o visceral**), infiltrando los órganos y que es la causante de enfermedades asociadas a la obesidad como diabetes, hipertensión, hipercolesterolemias... y que favorece el desarrollo final de enfermedades cardiovasculares.

La obesidad es una **enfermedad crónica** que se caracteriza por el exceso de grasa de un organismo y como consecuencia el exceso de peso. Así, si en un varón más del 20-25 % de su peso es grasa lo definiremos como obeso y en la mujer cuando este porcentaje supera el 30-33%. Dado que estas medidas son difíciles de calcular en la práctica clínica, porque exigen el empleo de tecnologías dedicadas más a la investigación, se emplean los valores de I.M.C. para clasificar la obesidad cuantitativamente. El último consenso de la Sociedad Española para el Estudio De la Obesidad (SEEDO, 2007) establece la siguiente clasificación (TABLA 1).

Categoría	Valores límite IMC (Kg./m2)
Peso insuficiente	< 18.5
Peso normal	18,5 – 24.9
Sobrepeso grado I	25 – 26.9
Sobrepeso grado II	27 – 29.9
Obesidad tipo I	30 – 34.9
Obesidad tipo II	35 – 39.9
Obesidad tipo III (mórbida)	40 – 49.9
Obesidad tipo IV (extrema)	≥ 50

Tabla 2.

La obesidad, especialmente la visceral, confiere un incremento del **riesgo de morbi-mortalidad**, no sólo de origen cardiovascular, sino también de otras causas como es el caso del cáncer o la diabetes y sus complicaciones. El cálculo del riesgo de un paciente dependerá especialmente del exceso de peso, la distribución de la grasa corporal, la presencia de factores de riesgo cardiovascular y otras co-morbilidades como factores genéticos, tabaquismo... Para medir la distribución de la grasa corporal y como medida complementaria y necesaria a la evaluación de la obesidad debemos medir el **Índice Cintura-cadera**. Con una cinta métrica se mide el perímetro de cintura en el punto medio entre la ultima costilla y la cresta ilíaca (inicio de la cadera), que pudiera corresponder con el ombligo, y el perímetro de cadera a nivel de los trocánteres mayores (punto más saliente de las caderas). Un Índice de Cintura-cadera > 1 en el varón y a 0,85 en la mujer es indicativo de una distribución central o visceral de la grasa y por tanto de mayor riesgo de morbimortalidad. El Índice Cintura-cadera nos informará mejor de la evolución de la pérdida/ganancia de peso de un individuo. Hoy en día se mide con más frecuencia y de forma exclusiva el perímetro de cintura, por correlacionarse bien con la cantidad de grasa abdominal. Se establece como cintura de riesgo los siguientes valores (NCEP: APT. III 2005; SEEDO 2007):

Varones > 102 cm. Mujeres > 88 cm.

La obesidad conlleva también un riesgo incrementado de mortalidad. El incremento de mortalidad se produce desde grados moderados de sobrepeso. Los estudios epidemiológicos poblacionales demuestran que personas con un I.M.C. superior o igual a 30 Kg./m2 presentan un incremento de aproximadamente entre 50% y 100 % tanto de la mortalidad total como de la debida a enfermedades cardiovasculares respecto a la población con un I.M.C. de 20 a 25 Kg./m2. Por el contrario, conforme avanza la edad un cierto grado de sobrepeso no es perjudicial, de forma que tras lo 65 años la mortalidad parece no incrementarse si no se supera un I.M.C. de 28-29.

La morbilidad asociada al sobrepeso y la obesidad se ha comprobado en muchas alteraciones de la salud, entre las que cabe destacar la diabetes tipo 2, dislipemia, hipertensión, hiperuricemia y gota, la enfermedad coronaria y cardiovascular, colelitiasas, hígado graso, la osteoartrosis, insuficiencia cardiaca, el síndrome de apneas del sueño, algunos tipos de cáncer (de mama, endometrio, colon, próstata, hígado y vías biliares), alteraciones cutáneas, alteraciones menstruales, esterilidad y alteraciones psicológicas.

El médico debe realizar un esfuerzo para determinar las enfermedades asociadas al exceso ponderal y especialmente a las que son susceptibles de mejoría tras la pérdida de peso. Los objetivos de tratamiento van dirigidos a mejorar o eliminar las complicaciones asociadas a la obesidad y a disminuir el impacto de futuras complicaciones médicas relacionadas con el exceso de peso. Bajo estas premisas, los objetivos de adelgazamiento no deben centrarse en alcanzar el peso ideal, sino en conseguir pequeñas pérdidas de peso (entre un 5% y un 10 % del inicial), pero mantenidas a largo plazo.

Viajar durante el embarazo

Dr. Jesús Zabaleta. *Centro de Atención a la Mujer de Burlada*

No es necesario que canceles tus planes de viaje debido a que estás embarazada. Basta con que sigas unos sencillos consejos y que tu médico te diga que es seguro para ti. En la mayoría de los casos puedes viajar hasta cerca de la fecha probable de parto. La seguridad del viaje y los medios de transporte dependen de si tienes algún problema que necesite cuidado especial, lo avanzado de tu embarazo y de tu comodidad.

En este artículo comentaremos: consejos para viajar segura y cómoda cuando estás embarazada, cuándo y dónde planeas viajar y cuál puede ser el mejor medio de transporte para ti.

Consejos saludables para viajar durante el embarazo

Antes del viaje, anticipa cualquier complicación o emergencia que podría surgir. Asegúrate de que tu seguro sanitario es válido en el extranjero, y comprueba si la póliza cubrirá a tu recién nacido en el caso de que des a luz mientras estás fuera. Puede que quieras considerar obtener una póliza suplementaria de seguro para viajes o una póliza de seguros para una evacuación médica. Consúltalo en tu agencia de viajes. Averigua qué instalaciones médicas hay en tu lugar de destino. Las mujeres en el último trimestre de embarazo deberían localizar hospitales que puedan atender complicaciones del final del embarazo, como la hipertensión, o la eventualidad de un parto o cesárea.

Si vas a necesitar visitas prenatales mientras estás en el extranjero, haz las gestiones necesarias antes de iniciar el viaje. Consulta con tu médico para buscar la mejor forma de realizarlo.

Conoce tu grupo y Rh sangre y asegúrate de que en las zonas que vas a visitar se analiza la sangre de los donantes para el virus VIH y el virus de la hepatitis B. Que tu medico/a conozca tus planes de viajar. El/ella te puede ofrecer consejos sobre el momento más seguro y trasportes adecuados para que tú viajes.

Cuándo y dónde viajar

El mejor momento para viajar es el segundo trimestre del embarazo (entre las semanas 14-26 del embarazo). Para ese momento la mayoría de las mujeres ya han pasado las náuseas matutinas del primer trimestre y ha disminuido mucho el riesgo de aborto espontáneo. Durante el final del embarazo, a menudo es más incómodo moverse y permanecer sentada durante mucho tiempo. También hay un riesgo aumentado de parto prematuro (el parto que ocurre antes de la semana 37 del embarazo).

Durante el tercer trimestre (a partir de la semana 26), muchos médicos aconsejan permanecer dentro de un radio de 500 km del domicilio debido al riesgo de aparición de problemas tales como hipertensión, flebitis o parto prematuro. La mejor norma que puedes aplicar es seguir las señales de tu cuerpo. Cómo te sientes es una de las mejores guías para tu bienestar y seguridad. Esto es válido tanto durante los viajes como en casa. La mayoría de los lugares son seguros para ir durante el embarazo. No obstante, puedes necesitar hacer planes especiales. Si viajas a un lugar de mayor altitud puedes sentir falta de aire. Te llevará unos días acostumbrarte. Cuando estés escogiendo el modo de viajar, piensa cuánto tiempo va a durar el viaje. A menudo la vía más rápida es la mejor. No importa cuántas paradas extra tengas durante el viaje para asegurar tu comodidad y seguridad.

Aunque esta norma general sirve para la mayoría de los embarazos normales, se debería advertir del peligro de viajar durante el embarazo a las mujeres con las siguientes condiciones médicas: (Puesto que la lista de debajo podría estar incompleta, es importante consultar tu historia médica personal con tu médico/a antes de planear un viaje).

- Antecedentes de aborto (hasta que se confirme el curso de embarazo normal).
- Cérvix incompetente.
- Antecedentes de embarazo ectópico (hasta que se confirme el curso de embarazo normal).
- Antecedentes de partos prematuros o rotura prematura de las membranas.
- Antecedentes de anomalías en la placenta o anomalías en el momento actual.
- Embarazo múltiple (más de un feto) en el embarazo actual.
- Anemia severa.
- Amenaza de aborto o hemorragia vaginal durante el actual embarazo (hasta que se dé de alta al proceso).
- Antecedentes de hipertensión o diabetes con cualquier embarazo.
- Antecedentes de infertilidad o esterilidad.
- Enfermedad valvular del corazón o insuficiencia cardiaca congestiva.
- Antecedentes de enfermedad tromboembólica.
- Disfunción crónica de un sistema de órganos que necesite intervenciones médicas frecuentes.

Asimismo se debería aconsejar a las mujeres embarazadas sobre el peligro de viajar a los siguientes destinos que presentan riesgos adicionales. Como la lista de debajo podría ser incompleta, es importante consultar sus planes de viaje con tu médico/a antes de planear un viaje.

- Áreas de altitud elevada.
- Áreas endémicas para una enfermedad o con brotes en ese momento de infecciones transmitidas por insectos o alimentos que ponen en peligro la vida.
- Áreas con malaria endémica resistente a la cloroquina.
- Áreas donde se recomiendan o requieren las vacunas con virus vivos.

Por tierra

Para viajes cortos, un coche puede ser una buena forma de viajar. Intenta que la conducción diaria sea breve. Pasar horas en la carretera es irritante incluso si no estás embarazada. Una buena pauta es no viajar más de 5 o 6 horas cada día.

Abrocharse el cinturón durante el embarazo. Para una mejor protección en un vehículo, es necesario llevar un cinturón de seguridad de tres puntos de apoyo, que cruce por el hombro. Debes llevar la cinta inferior a la altura del pubis y la superior cruzando tu tronco entre los senos, pasando más arriba del fondo uterino. Si lo llevas así el cinturón de seguridad no lastimará a tu bebé. Recuerda que él dispone de la amortiguación que proporciona el estar rodeado por el líquido amniótico. Es mucho más probable que tú y tu bebé sobreviváis a un accidente si llevas el cinturón correctamente sujeto.

¿Por qué utilizar el cinturón de seguridad? El uso del cinturón de seguridad es obligatorio. El hecho de estar embarazada no te excluye de esa obligación. Es importante que sepas que la causa más frecuente de muerte en la mujer joven no está relacionada con las complicaciones del embarazo. Es la muerte por accidentes de coche. Está demostrado que el uso del cinturón de seguridad disminuye los riesgos de lesiones fatales en un accidente de coche, motivo por el cual su uso debe ser permanente, aunque a veces resulte algo incómodo.

Para prevenir lesiones, sujeta el cinturón tanto con la banda en el regazo como en el hombro en cada viaje. Aleja el asiento del salpicadero tanto como sea posible. No debes desconectar tus air bag debido al embarazo. Los beneficios de un air bag son mucho mayores que los riesgos, tanto para la embarazada como para su bebé. Si tienes un accidente -incluso un latigazo menor del tronco- acude a tu médico para asegurar que tú y tu bebé estáis bien.

Si tienes planeado viajar en autobús o tren, hay unas pocas cosas que tienes que recordar. Los autobuses tienen pasillos estrechos y cuartos de baño pequeños. Los trenes tienen más espacio para pasear, pero los baños a menudo son justos y pequeños. Con ambos medios de transporte, el trazado a veces es irregular. Sujétate a los pasamanos o a la parte posterior de los asientos cuando te levantas y desplazas. Ten especial cuidado en las escaleras. No te preocupes de que un bache pueda provocarte el parto. Aunque los saltos pueden ser llamativos, son inocuos.

Por aire

Viajar en avión es casi siempre seguro durante el embarazo. Generalmente, a las mujeres no se les permite viajar en avión después de las 36 semanas de embarazo en los vuelos nacionales y después de las 32 semanas en los vuelos internacionales. Esto se debe a regulaciones de cada empresa y de la duración del vuelo a realizar, ya que no hay médicos a bordo para la atención de un parto de urgencia. Lo ideal es averiguar en la compañía aérea cuáles son las reglamentaciones vigentes con respecto al embarazo antes de decidir el viaje. Los aviones de las principales aerolíneas están presurizados. Esto significa que el aire en la cabina tiene más oxígeno que el del exterior. Muchos aviones privados no están presurizados. Es mejor evitar altitudes mayores que 2000 metros en aviones pequeños.

Muchas embarazadas temen pasar por los equipos detectores de metales en el aeropuerto antes de ingresar al avión. Las radiaciones de estos equipos no son ionizantes y no implican riesgo alguno para tu bebé. Igualmente, si lo deseas, puedes recurrir a ser revisada por el personal femenino para evitar este tipo de radiaciones. Escoge con atención tu asiento. Reservar un asiento aislado o al lado del pasillo hará que sea más fácil para ti levantarte y pasear más o menos cada hora. Tampoco tendrás que cruzar por delante de tus vecinos de asiento para ir al lavabo. Intenta conseguir un asiento cerca de la parte frontal del avión, ya que habitualmente el movimiento es menos brusco en esa zona. Un asiento justo tras la pared que divide la primera clase y los asientos tiene un espacio extra para estirar las piernas.

Por mar

Viajar por mar puede ser divertido, pero también puede trastornar tu estómago. Si nunca has viajado antes en un barco, puede que no sea un buen momento para intentarlo. Si lo has hecho antes y piensas que el movimiento del barco puede provocarte molestias, consulta las normas de la travesía para embarazadas. Asegúrate de que el barco lleva un médico o enfermera a bordo. Asegúrate también de que está dotado con servicios médicos modernos. Consulta a tu medico sobre medicinas seguras para calmar el mareo.

AL USAR EL CINTURÓN DE SEGURIDAD

- Lleva siempre las correas en el regazo y sobre el hombro.
- Abrocha la correa baja a la altura de tus caderas, bajo tu vientre.
- Nunca coloques la correa cruzando el vientre.
- Coloca la correa del hombro en el centro del pecho (entre tus mamas), nunca bajo tu brazo.
- Coloca las correas de forma cómoda. Que puedas mover las correas con holgura.
- La parte superior de la correa debería cruzar tu hombro sin frotar tu cuello. Nunca deslices la parte superior de la correa fuera de tu hombro. Las correas de seguridad pueden causar fractura de costillas o lesiones en tu abdomen cuando se colocan demasiado flojas o demasiado altas. Pero causa más daño el hecho de no usarlas.

ALGUNOS CONSEJOS PARA VIAJAR CÓMODA EN AVIÓN

- **Realizar caminatas**

Durante el vuelo es muy importante no permanecer sentada por períodos superiores a las dos horas. Debes realizar caminatas para evitar la acumulación de líquido en piernas (edema) y el desarrollo de tromboflebitis (inflamación de las venas asociadas con la formación de coágulos sanguíneos).

- **Mejorar la circulación sanguínea**

Para evitar los calambres en las piernas y la hinchazón puedes realizar estos ejercicios. Mientras estés sentada o parada estira tus piernas llevando tu talón hacia adelante de modo que puedas estirar tus músculos gemelos. Mientras estés sentada puedes realizar ejercicios rotando los pies y también moviendo los dedos.

- **Ocupar dos asientos**

Si en el avión hay posibilidad de ocupar dos asientos, lo ideal es la posición acostada sobre tu lateral izquierdo, que previene la compresión del útero sobre la vena cava, que es la que recoge la sangre proveniente de los miembros inferiores hacia el corazón. También puedes elevar tus piernas sobre el otro asiento cuando te canses de estar acostada.

- **Calzado**

Usa zapatos cómodos y livianos. Las zapatillas son una muy buena opción en el momento de caminar. También puedes llevar un par de pantuflas para colocarte en caso de que te moleste el calzado. En este caso te sentirás más cómoda pero pueden hincharse un poco tus pies debido a la presión en la cabina.

- **Medias elásticas de compresión**

Es aconsejable utilizar medias de compresión el día que viajes. En este caso es importante que te las coloques por las mañanas antes de levantarte de la cama. Esto ayudará a tu circulación sanguínea y aliviará la hinchazón en las venas

- **Ropa cómoda**

Viaja con ropa cómoda y liviana, no ceñida, y que esté confeccionada con fibras naturales (algodón, lana, lino, etc.)

- **Equipaje**

Es conveniente no llevar mucho equipaje. En caso de que sea imprescindible llevarlo, y en este caso si es necesario, se aconseja pedir ayuda al personal del aeropuerto.

PUNTOS CLAVE EN LOS VIAJES

Estos son algunos puntos útiles que se aplican a cualquier modelo de viaje que escojas:

- Acude a tu médico/a antes de que planifiques un viaje al final del embarazo. No es deseable ponerte de parto lejos de casa.
- Lleva una copia de tu cartilla o un informe del embarazo si vas a estar lejos del hogar.
- Pregunta a tu médico/a por las condiciones médicas de tu lugar de destino y la cobertura de tu seguro para casos de urgencia.
- Ten en cuenta que tus planes de embarazo pueden cambiar rápidamente. Pueden surgir problemas en cualquier momento. Contrata un seguro que te devuelva el importe de los billetes por si no los usaras.
- Mientras dure el viaje, intenta pasear cada hora. Estirar las piernas disminuye el riesgo de trombosis venosa y hace que estés más cómoda. También disminuirá los edemas de tus tobillos y pies.
- Lleva zapatos y ropa cómodos. Es buena idea llevar medias de compresión.
- Lleva algunos aperitivos ligeros que pueden ayudarte a prevenir las náuseas.
- Tómate tiempo para comer. Una dieta variada y equilibrada durante el viaje te recargará de energía y hará que te sientas bien. Asegúrate de que tomas fibra para prevenir el estreñimiento, un problema común durante los viajes (y en el embarazo).
- Toma abundantes líquidos para prevenir infecciones de orina. Lleva contigo alguna botella de agua o de zumo.
- No tomes ninguna medicación que no se haya prescrito para ti y sin consultar a tu médico/a (incluidas pastillas para el mareo, laxantes, remedios para la diarrea o pastillas para dormir).
- Duerme bien y descansa a menudo.
- Estira los músculos de la espalda de vez en cuando.
- No intentes hacer demasiadas cosas. Es tentador visitar muchos sitios turísticos pero es vital que ajustes el paso a tu estado de gestación.

Viajes al extranjero

Si estás planeando un viaje fuera del país, coméntalo con tu médico/a antes de acudir a la agencia de viajes. El/ella puede ayudarte a decidir si el viaje al extranjero es seguro para ti. Tu médico también puede ayudarte a calcular qué pasos has de seguir antes de contratar el viaje. Asegúrate también conseguir una copia de tu cartilla de embarazo o un informe del mismo para llevarlos contigo.

Prevención de enfermedades

Una enfermedad rara en nuestro medio puede ser común en otras áreas. Por ello, algunos países requieren a los visitantes que se vacunen antes de viajar allí. Antes del viaje, investiga qué tipo de vacunas puedes necesitar.

La malaria es una infección transmitida por la picadura de mosquitos. Causa anemia y síntomas similares a la gripe. Durante el embarazo puede provocar abortos, muerte fetal, crecimiento fetal retrasado y otros problemas. Puedes ayudar a evitar las picaduras de mosquitos llevando camisetas de manga larga, mosquiteras y lociones repelentes de mosquitos. Ningún fármaco te protege por completo de la malaria. Un fármaco llamado cloroquina puede ayudar a prevenir y tratarla. Su uso es seguro durante el embarazo. Debes comenzar a tomarla unas pocas semanas antes del viaje y seguir tomándolo unas semanas tras la vuelta. No hay otra medicación segura que prevenga la malaria.

Es mejor que te vacunes antes de que te quedes embarazada, aunque esto no se puede planear siempre con la suficiente antelación. Algunas vacunas son seguras durante el embarazo. Comenta estos aspectos con tu médico/a.

Comida y agua no segura

El viajar a otros países significa que puedes estar expuesta a otros tipos de gérmenes. Frecuentemente se trasmiten en la comida y el agua y pueden hacerte enfermar. Esto puede ocurrir tanto en las ciudades como en las zonas rurales.

La diarrea del viajero puede ser un problema menor para alguien que no está embarazada, pero es un problema mayor para ti. Una deshidratación severa puede hacer que tu bebé pierda líquidos y nutrientes. Si tienes diarrea, toma abundantes líquidos para combatir la deshidratación. Antes de tomar un tratamiento para la diarrea, consulta con tu médico para asegurar que es seguro. La mejor forma de prevenir esta enfermedad es evitando comidas y bebidas no seguras. Asegúrate de:

- Beber sólo agua embotellada, zumos en conserva o embotellados, refrescos, productos lácteos pasteurizados, té caliente o caldos. El uso de yodo para purificar el agua puede no ser seguro para las mujeres embarazadas.
- No poner hielo en tus bebidas. No bebas en vasos que hayan podido ser lavados en agua contaminada. Bebe directamente de la botella o usa vasos de papel.
- Evitar la fruta y la verdura fresca a menos que haya sido cocinada o pelada.
- No comer carne o pescado poco cocinado (crudo o semicrudo).

Cuidados médicos

Incluso si tienes una salud perfecta antes de ir de viaje, nunca sabes cuándo puede ocurrir una emergencia. Localiza el hospital más próximo al lugar que vas a visitar. Consulta en la agencia de viajes el tipo de seguro médico que vas a contratar, su cobertura y los recursos de los que dispondrás. Si vas a viajar a un país en el que no se habla tu idioma, es buena idea llevar un diccionario bilingüe a la entrevista con el médico. Tras tu llegada, acude a tu embajada o consulado. Esto puede ser útil si necesitas dejar el país por una urgencia.

Finalmente...

Viajar puede alterar tu rutina diaria. Si sigues un programa sensato y estás alerta a las señales de tu cuerpo, deberías tener pocos problemas. Comenta a tu médico/a tus planes de viaje. El/ella puede ayudarte con tus problemas y ofrecer consejo sobre el momento y la forma más segura de viajar.

Primeros auxilios

Dr. Kiko Betelu
Médico de emergencias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Una secuencia "de película": una persona se cae al suelo bruscamente. ¡Parece que se está ahogando!. ¡Se está muriendo! ¿Qué podemos hacer? ¡Que alguien llame a un médico!... Esta escena la hemos visto docenas de veces en la televisión o en el cine. Y seguro que siempre tienes las mismas sensaciones. Qué jaleo, qué nervios. Espero que nunca me toque a mí una situación así. Déjame que te haga una pregunta: Si te toca una situación como esta... ¿Sabrías cómo actuar?

En España cada año fallecen de "muerte súbita" cerca de 25.000 personas. ¡Cuatro veces más que en accidentes de tráfico! En Navarra la cifra aproximada es de un caso cada día. Más de la mitad de las veces, el suceso ocurre en presencia de otras personas. Y si la actuación de estos testigos es la correcta, las probabilidades de supervivencia se multiplican por dos o por tres.

Como puedes ver, no es tan difícil que alguna vez presencies esa escena en la realidad. En la piscina, en el cine, paseando por la calle o incluso en tu casa. Puede tratarse de tu padre o de tu hijo. Y ahora te vuelvo a hacer la misma pregunta: ¿Sabrías cómo actuar?

Perdóname por incomodarte. Después de hacerte estas preguntas, creo que es hora de que me presente. Soy médico de emergencias. Uno de esos médicos vestidos con chaleco amarillo que llegan en una ambulancia medicalizada para actuar en esas situaciones, o en los accidentes de tráfico. Y escribo este artículo para decirte un par de cosas: La primera, que **si te toca alguna vez presenciar esa escena, es muy importante que te atrevas a actuar**. La segunda, que **es más fácil de lo que en principio te puede parecer**. Te lo explico a continuación.

Las instrucciones que siguen, son para **personas que se desmayan SIN haber sufrido un accidente**. De los accidentes ya hablaremos otro día. **¿Qué puedes hacer?** Si presencias como una persona se desmaya y cae al suelo, debes acercarte y comprobar si está consciente o no, o si se ha atragantado.

Una persona se ha desmayado

■ **¿Está consciente?** Basta para saberlo que le hables o que le muevas un poco con suavidad. Pregúntale: "¿Qué le pasa?". Si no contesta en principio es que está inconsciente.

■ **Alerta al 112.** Llama inmediatamente al 112 e indica lo que ocurre y el lugar exacto donde estás. Con esta llamada los profesionales nos ponemos en marcha para llegar al lugar lo más rápidamente posible. Si está inconsciente o atragantado, tienes que actuar sin pérdida de tiempo...

■ **Está inconsciente pero... ¿Respira?** Coloca a la persona "boca arriba". Con una mano echa un poco hacia atrás la frente y con la otra agarra y levántale la mandíbula. Con esta maniobra evitas que se ahogue por "tragarse la lengua". Recuerda que esto no se puede hacer si la persona ha sufrido un accidente. Si tiene algo en la boca y lo puedes coger sácalo. Una dentadura, un caramelo... Si no lo puedes coger no insistas, porque lo acabarás atascando más. Después acerca el oído a la boca y mira el pecho de la persona. Podrás comprobar si respira, porque **oirás** su respiración, o **verás** como se mueve el pecho o **notarás** como sale el aire.

■ **Si respira...** Coloca a la persona de lado, para que no se trague la lengua, y espera a que lleguemos nosotros. Si la pierna y el brazo que quedan hacia arriba los doblas, la posición será más estable. Es lo que llamamos la "posición lateral de seguridad".

■ **Si NO respira,** comienza inmediatamente las maniobras de **"soporte vital básico":**

– Masaje cardíaco: Coloca a la persona "boca arriba" y sobre una superficie dura. Arrodíllate junto a ella. Coloca el talón de la mano sobre el centro del pecho y con la otra mano entrelazada, comienza a hacer compresiones y relajaciones. Debes hundir el pecho cada vez unos 4 centímetros hacia abajo. Dos veces cada segundo. Cada 30 compresiones hay que hacer 2 "respiraciones boca a boca".

– "Respiración "boca a boca": Con el pulgar y el índice de la mano que sujeta la frente, ciérrale la nariz. Con la otra mano manten la mandíbula elevada y la boca abierta. Inspira profundamente y rodea con tus labios la boca de la persona. Después sopla y comprueba como se eleva el pecho al entrar el aire. Deja que salga el aire y repite la maniobra otra vez. Puedes usar un pañuelo entre la boca de la persona y la tuya.

Si estáis dos personas interviniendo, una debe hacer el masaje y otra la respiración. Cada 30 compresiones, se detiene el masaje y la segunda persona hace 2 insuflaciones. Y después se sigue de nuevo con el masaje. 30:2. Si sólo intervienes tú, tendrás que hacer 30 compresiones y 2 insuflaciones sucesivamente. **Si se tratase de un niño** que te parece menor de ocho años, la secuencia debe ser de 15 compresiones por cada 2 insuflaciones. Si se realizan bien las maniobras de "soporte vital básico", se puede mantener con vida a la persona durante unos minutos, hasta que lleguemos los profesionales.

Una persona se ha atragantado

■ **Si está consciente pero se ha atragantado,** anímale a toser con fuerza. Es la mejor maniobra para echar lo que se haya podido tragar.

■ **Alerta al 112.** Llama inmediatamente al 112 e indica lo que ocurre y el lugar exacto donde estás. Con esta llamada los profesionales nos ponemos en marcha para llegar al lugar lo más rápidamente posible. Si está inconsciente o atragantado, tienes que actuar sin pérdida de tiempo...

■ **Si empieza a desfallecer y ya casi no tose,** Inclina a la persona hacia adelante. Con la palma de la mano, dale cinco golpes secos en la espalda entre "las paletillas". Si no se recupera, agárrale por detrás, coloca tu puño sobre la "boca del estómago" y agárralo con la otra mano.Entonces haz cinco compresiones hacia arriba y hacia atrás. **Si se trata de un niño pequeño,** cógelo sobre tus rodillas e inclínalo un poco hacia abajo, mientras lo sujetas con una mano debajo de su cuello. Con la otra mano dale los cinco golpes en la espalda con solamente dos dedos como si fuera un masaje fuerte.

Si no se recupera, dale la vuelta sujetándole por la nuca, y con dos dedos de la otra mano, realiza cinco compresiones en mitad del pecho. Repite las maniobras hasta que se resuelva la situación o hasta que pierda la consciencia.

■ **Si pierde la consciencia,** actúa como hemos visto para la persona inconsciente y realiza las maniobras del soporte vital básico que hemos aprendido antes.

¿Cuánto tiempo tengo que estar así?Antes de que te des cuenta, nosotros llegaremos allí y nos haremos cargo de la persona.¡Qué alivio! Seguro que se te ha hecho eterno...

Cuando te tranquilices un poco, vas a pensar en dos cosas: Pase lo que pase, sentirás la gran satisfacción de haberte atrevido a hacer lo correcto...Y aún más importante... Si conseguimos que la persona sobreviva, en buena medida te lo debemos a ti.

RESUMEN

A.- Actuación ante una persona que se desmaya sin haber sufrido un accidente.
1º- ¿Está consciente?
2º- Alerta al 112.
3º- ¿Respira?
4º- Si la persona respira, colócala en posición lateral de seguridad.
5º- Si no respira, realiza las maniobras de Soporte Vital Básico.

B.- Actuación ante una persona que se ha atragantado.
1º- Si está consciente anímale a toser.
2º- Alerta al 112.
3º- Si la persona desfallece, inicia las maniobras de desobstrucción.
4º- Si se queda inconsciente, realiza las maniobras de Soporte Vital Básico.

HERBORISTERÍA-COSMÉTICA-ECOTIENDA
Betula
PLANTAS MEDICINALES Y TÉS AROMÁTICOS
ALIMENTACIÓN ECOLÓGICA
COSMÉTICA NATURAL ECOLÓGICA
LIBROS, COMPLEMENTOS Y CALZADO
ASESORAMIENTO PROFESIONAL
Elena Ciriza (FARMACÉUTICA)
Avda. Pío XII, 29. 31008 Pamplona. Tel.: 948 170 583

Xubero
CALZADOS Y COMPLEMENTOS
Por la compra superior a 100 €
Regalo de un bolso
Imprescindible presentar este anuncio
(Oferta válida hasta fin de existencias)
CALLAGHAN • NATURE • FERRAGUT
DONA FLEX • BELÉN GONZALO • COTORRUELO
Sancho Ramírez, 3 • Tel. 948 266 752 • 31008 Pamplona

cross HOTELES
El saber hacer de siempre. Hoy.
ALTO NIVEL DE CALIDAD Y SERVICIO

49 H. Dobles · 35 H. Individuales · 1 Suite · 1 Ejecutivo
PRECIOS ESPECIALES PARA EL PERSONAL, PACIENTES Y ACOMPAÑANTES DE LA ZONA HOSPITALARIA
A 5 minutos de Hospitales · Parking privado cubierto
Hotel cross Elorz ★★★ Sport

Wifi GRATUITO
Rincón Internet

Servicio gratuito de traslado
(aeropuerto, renfe, estación autobuses y zona hospitalaria)

Menú: 12 € + iva
Ciudad del Transporte · Pamplona · Pl. de Europa 13 · 31119 · Imarcoain, Navarra
Tel: 34 948 314050 · Fax: 34 948 314051
reservas@crosshoteles.com
www.crosshoteles.com

Comer (bien) en verano

Zubieta MI., Santiago S., Cuervo M. y Aicua A.
Dietistas-Nutricionistas.
Formación continuada en Nutrición y Salud.
Instituto de Ciencias de la Alimentación (ICAUN).
Universidad de Navarra

El verano se caracteriza por la llegada del calor y por las altas temperaturas que modifican los hábitos alimenticios. Entre los principales determinantes de la dieta en esta época, encontramos que el organismo requiere menor cantidad de energía para mantener la temperatura corporal, el calor aumenta las pérdidas hídricas por sudoración y el riesgo de intoxicaciones alimentarias aumenta.

Unido a todo esto, el verano y las vacaciones, normalmente conllevan un cambio de la rutina, se realizan mayor número de actividades al aire libre... Como consecuencia se tiende a consumir alimentos fríos, más refrescantes, más fáciles de digerir y se usan modos de preparación más sencillos y rápidos.

Para evitar que todas estas modificaciones nos lleven a hacer una alimentación excesiva e inadecuada, debemos: **realizar una dieta equilibrada, asegurar una adecuada hidratación y cuidar la conservación y manipulación de los alimentos.**

Realizar una dieta equilibrada

La dieta equilibrada va ayudar a mantener una salud adecuada. Conlleva la inclusión de todos los grupos de alimentos, y con una frecuencia y cantidades convenientes. Un ejemplo se recoge en la Pirámide de la Alimentación Saludable para la población Española publicada por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) en 2004 y presentada a continuación.

Es aconsejable que se fraccione la dieta de 4 a 5 tomas diarias, regulares y ligeras para evitar digestiones pesadas.

El **tipo de alimentos** más indicados son los que ayuden a soportar mejor las altas temperaturas y sean de fácil digestión. Los que debemos consumir a diario son los que tienen mayor proporción de agua como las frutas y verduras, y los denominados "típicos del verano" como sorbetes y helados, que deben consumirse con moderación. Los cereales, preferentemente integrales, junto con legumbres, frutas y verduras, deben ser la base de la alimentación.

Las **preparaciones culinarias** más indicadas son las sencillas, rápidas y que menor grasa añadan como: plancha, brasa, horno, papillote o microondas, evitando las salsas, guisados, empanados, rebozados y fritos.

El **patrón de comidas** aconsejadas es:

- **Desayuno**

Su aporte nutricional es muy importante, ya que ayuda a lograr un adecuado rendimiento a lo largo del día. Debería incluir: lácteos, cereales y frutas o zumo natural.

- **Media Mañana, Merienda y/o Recena**

Es recomendable no pasar muchas horas sin comer. Con ello, se evita llegar a las comidas principales con ansiedad, mareos, disminución del rendimiento y sensación de fatiga. Se aconseja alternar: cereal con embutido magro, queso fresco o requesón con verdura, lácteos y fruta. La recena es mejor que sea lo más ligera para no causar molestias digestivas en el sueño. Podrían incluirse alimentos "típicos del verano" pero su consumo debe ser moderado ya que en general son alimentos calóricos. Entre ellos, los más indicados son los realizados a base de hielo, frutas y verduras.

- **Comida y Cena**

La cena se aconseja que sea ligera, compuesta por alimentos diferentes a los incluidos en el resto del día y de fácil digestión. Deben incluir: verdura (cocida o en ensalada); carne magra, pescado o huevo; fruta o lácteos y pan y agua.

Asegurar una adecuada hidratación

Con las altas temperaturas aumenta la sudoración, sobre todo si se realizan actividades al aire libre o nos exponemos al sol. Sudar ayuda a regular la temperatura corporal y conlleva la pérdida de agua y electrolitos que deben reponerse con la dieta y abundante líquido.

Los síntomas de deshidratación son: sed, disminución del volumen de orina, sequedad de piel y mucosas, cansancio, mareos y/o confusión, aumento de la frecuencia cardiaca, y pérdida del conocimiento. Los grupos de **población de mayor riesgo** son: bebes y niños, puesto que su sistema de regulación de temperatura no está bien desarrollado; ancianos, porque tienen disminuida la sensación de sed y deportistas o personas que realicen actividad física, ya que sus pérdidas son mayores.

Si el resto del año se recomienda una ingesta de líquidos mínima de 1,5 a 2 litros al día, durante el verano puede aumentar hasta unos 3 litros diarios. Esta cantidad puede ser todavía mayor en personas que realicen actividad física, que estén expuestas al sol...

Consejos para hidratarse: no esperar a tener sed. La bebida por excelencia es el agua, es la que mejor calma la sed. También se puede recurrir a zumos de frutas naturales o caldos fríos de verduras y hortalizas, bebidas isotónicas, e infusiones suaves. Por último, reseñar que los alimentos que presentan alto contenido en agua como las frutas, verduras y hortalizas también contribuyen a mantener un adecuado estado de hidratación.

Cuidar la conservación y manipulación de los alimentos a consumir

Las altas temperaturas y los cambios de los hábitos durante el verano hacen que el riesgo de toxiinfecciones alimentarias aumente. Éstas son enfermedades causadas por el consumo de alimentos contaminados, por microorganismos patógenos o sus toxinas. Los síntomas más habituales son gastrointestinales, como: diarreas, vómitos, malestar general, etc.

Las principales causas de su desarrollo son la inadecuada manipulación y conservación de los alimentos o la ingesta accidental de agua no potable.

Alimentos de mayor riesgo: salsas o preparaciones que incluyan huevo, carnes y derivados, pescados y derivados, mariscos, lácteos y derivados, pasteles (con cremas y natas), alimentos poco cocinados y frutas, verduras y hortalizas que no se hayan lavado adecuadamente.

Recomendaciones generales para evitar problemas: comprobar que los envases están en buen estado y cerrados; conservar los alimentos de forma adecuada (ordenar el frigorífico situando los productos de mayor riesgo en la parte inferior); procurar transportar los alimentos bien tapados y en neveras, sin sobrecargarlas; no poner en contacto alimentos crudos con cocinados; mantener la basura y desperdicios alejados; mantener los alimentos a temperatura ambiente el menor tiempo posible; lavarse las manos antes de la manipulación; no descongelar a temperatura ambiente, ni volver a congelar un alimento ya descongelado; en el cocinado alcanzar 70º C en el centro del producto; utilizar utensilios limpios para cada uso; lavar los productos vegetales minuciosamente y evitar que los animales domésticos se acerquen a los alimentos, lugar de preparación y consumo de los mismos.

Golpe de calor

Antonio Gutiérrez Urrestarazu
Diplomado en Enfermería y Experto Universitario en Urgencias y Emergencias

La patología inducida por el calor ocurre cuando fracasan los mecanismos encargados de la regulación del calor corporal. El calor puede afectar a todas las personas, siendo más vulnerables las mayores de 65 años y menores de 5 (sobre todo los lactantes), las personas con mucho peso, las que tienen patologías crónicas y las que realizan una actividad que requiera mucho esfuerzo.

En condiciones normales, la temperatura corporal se mantiene dentro de unas mínimas oscilaciones gracias al equilibrio existente entre los mecanismos de producción y conservación del calor, y los mecanismos encargados de su eliminación. Como la mayoría de las veces la temperatura ambiente es inferior a la corporal, el organismo disipa la mayor parte del calor generado mediante radiación (emisión de calor) y convección (movimiento del aire calentado a nuestro alrededor). Si la temperatura ambiente iguala o supera la corporal, el único medio para disminuirla es la evaporación a través de los pulmones, hiperventilando; o a través de la piel, sudando, mecanismo que pierde eficacia cuando la humedad relativa es elevada. Por otro lado, podemos incrementar de manera interna la producción de calor cuando realizamos una actividad física importante.

Cuando hay un incremento del calor corporal, ya sea de origen externo, a partir del ambiente o interno, por actividad física, se producen los siguientes cambios fisiológicos: se estimula el centro hipotalámico del cerebro, el cual redistribuye el flujo sanguíneo desde las vísceras a la piel y los músculos ejercitados; y el flujo aumentado de la sangre por la piel permite mayores pérdidas de calor por radiación, convección y sudación, pero provoca una sobrecarga circulatoria.

Con objeto de disminuir la mortalidad ocasionada por el aumento de la temperatura ambiental, el Instituto de Salud Pública de Navarra ha establecido un **Protocolo de Prevención en caso de ola de calor**, que tiene como objetivos la vigilancia ante estas situaciones, alertando a los profesionales y la población en general e informando de las medidas preventivas que pueden tomarse. Con este fin se distribuyó el folleto "Verano: Calor y Salud" en centros de salud, residencias de ancianos, clubes de jubilados, servicios de asistencia domiciliaria y servicios de asistencia social. También puede encontrarse en Internet en la dirección: http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/Verano.html

Las tres urgencias inducidas por el calor, por orden creciente de gravedad, son: calambres por calor, agotamiento por calor y golpe de calor.

Calambres por calor

Son **espasmos dolorosos de la musculatura voluntaria** que habitualmente se presenta tras el ejercicio físico intenso. Aparecen por disminución aguda de sodio, al reponer las cuantiosas pérdidas de sudor sólo con líquidos sin aporte salino. Suelen durar minutos y son benignos. El tratamiento es reposo en ambiente fresco y reposición salina oral con "Sueroral" o cualquier bebida comercial que contenga sales.

Agotamiento por calor

Es el síndrome por calor más común. La causa es la pérdida de agua, sodio o ambas que origina una deshidratación y una disminución de oxígeno y nutrientes a los tejidos. Los **síntomas** son inespecíficos: debilidad muscular, cansancio, dolor de cabeza, mareo, sed, nauseas, vómitos, diarrea, calambres musculares, ansiedad, obnubilación, signos de deshidratación y sudoración. La temperatura suele ser normal, pero si existe fiebre suele ser menor de 40 º C. Toda persona, en especial las más vulnerables, con indicios de agotamiento por calor, **deben acudir a urgencias para su valoración**. El tratamiento es reposo en ambiente fresco y reposición de agua y sales de manera oral o intravenosa en el área de observación del Servicio de Urgencias.

Golpe de calor

Se suele conocer también con el nombre de insolación. Aunque es el cuadro menos frecuente, es el más grave. **Es una emergencia sanitaria**, cuya mortalidad es elevada y las lesiones dependen de la duración y el grado de hipertermia (temperatura corporal elevada). Es un fracaso multiorgánico debido a un aumento excesivo de la temperatura corporal (superior a los 40 º C) tras un fallo de los mecanismos de termorregulación. Generalmente se instaura de forma rápida y se debe sospechar en personas con temperatura elevada, alteración del nivel de conciencia y exposición previa a temperaturas elevadas y/o ejercicio intenso. La mejor estrategia de tratamiento es la **prevención**. Puesto que los antitérmicos son ineficaces porque necesitan de los mecanismos de termorregulación que han fracasado, se deben iniciar **medidas físicas de enfriamiento rápido**, incluso mientras llegan los Servicios de Emergencias, con el paciente desnudo en posición fetal y frotando la superficie corporal con compresas con agua helada y ventiladores para favorecer la disipación, hasta temperatura rectal menor de 39 º C.

Prevención

En Navarra, el Protocolo de Prevención en caso de **ola de calor** establece la temperatura umbral, es decir, la temperatura ambiente diaria a partir de la cual se observa un incremento de la mortalidad, cuando ésta supera los 35,8 ºC de máxima y los 22,5 ºC de mínima y se mantiene durante 1 o más días consecutivos.

Asimismo, ante las olas de calor recomienda tomar las siguientes medidas:

- Beber más líquidos frescos independientemente de su nivel de actividad e incluso sin tener sed. No beber líquidos que contengan cafeína, alcohol o grandes cantidades de azúcar y evitar las bebidas muy frías (pueden dar dolor de estómago).
- Dentro de casa buscar el lugar más fresco y usar el ventilador o el aire acondicionado si se puede. Si tiene un ventilador puede colocar delante del mismo una botella de agua helada, para refrescar el ambiente. También puede ir a un lugar público climatizado como bibliotecas, centros comerciales, cafetería, cine, etc.
- Durante el día mantener las ventanas cerradas, y ventilar por la noche. Darse una ducha o baños fríos de inmersión. Vestir con ropa holgada, ligera y de colores claros. Realizar las actividades que requieran mayor esfuerzo físico a primera hora de la mañana y últimas horas de la tarde y moderar el ejercicio físico.
- Evitar la exposición al sol en horario de mediodía o primeras horas de la tarde. Protegerse del sol con medidas de barrera como sombreros, sombrillas, gafas y con cremas de factor de protección mayor de 15.
- Nunca dejar a nadie en un vehículo estacionado y cerrado y menos a las horas centrales del día. En alertas de olas de calor contactar con las personas mayores de su entorno al menos dos veces al día para asegurarse de que toman medidas para evitar el calor y comprobar su estado de salud. Consultar a los servicios de salud de forma inmediata ante la aparición de fiebre alta o alteraciones del estado de consciencia.

Avances en el tratamiento del cáncer de mama

Dr. Fernando Domínguez
Jefe Clínico del Servicio de Cirugía General del Hospital Virgen del Camino y Ex-Presidente de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

Cuando se habla o se escribe acerca de los aspectos epidemiológicos del cáncer de mama, se suele comenzar diciendo que es la neoplasia que más mortalidad produce en la mujer entre los 35 y los 50 años y que su incidencia aumenta cada año. Y esto, que además de ser absolutamente cierto, es lo que habitualmente destacan los medios informativos en grandes titulares, no debe separarse de otra afirmación tan real como la anterior: la mortalidad producida por el cáncer de mama ha mostrado un progresivo descenso en la última década. Tomando como ejemplo lo ocurrido en Navarra por resultar más cercano, en 1995 murieron 90 mujeres por cáncer de mama mientras que en 2005 lo hicieron 78, es decir, un 13% menos. Estos datos son más llamativos si consideramos que en este periodo de tiempo su incidencia aumentó entre el 1y 2 % anual. Actualmente alrededor del 76% de las mujeres españolas diagnosticadas de cáncer de mama sobreviven a la enfermedad.

Esta disminución de la mortalidad es debida a varios factores que se imbrican entre sí y que se apoyan en dos pilares fundamentales: el **diagnóstico precoz** y los **avances en los tratamientos quirúrgico y oncológico.**

Por un lado, el diagnóstico del cáncer de mama es cada vez más precoz. Este irrefutable hecho se produce gracias a la mejora de los procedimientos diagnósticos de imagen (mamografía digital o digitalización de imágenes mamográficas, técnicas de biopsias dirigidas por estereotaxia, resonancia magnética nuclear, etc.) y a la mayor sensibilización de la población inducida por el desarrollo e implantación de los **Programas de Detección Precoz** (hoy ya existentes con mayor o menor éxito en todo el territorio estatal). Esta sensibilización, desencadenada por las campañas publicitarias de los programas, provoca que las mujeres con edades no incluidas en los Programas busquen procedimientos alternativos para realizarse revisiones mamarias y mamografías (a través de la Sanidad Pública o la Sanidad Privada), que posibilitan el diagnóstico de tumores de mama todavía en estadios iniciales.

Pero también los avances de los distintos tipos de tratamiento han condicionado la disminución de la mortalidad, además de una mejoría evidente de la calidad de vida de las pacientes. Por lo que respecta al **tratamiento quirúrgico**, se tiende cada vez más a una menor agresividad sobre la mama y los ganglios axilares. Hasta hace unos pocos años a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama infiltrante se les realizaba linfadenectomía axilar completa, lo que producía secuelas en todas ellas, algunas graves e invalidantes como el linfedema severo. Actualmente la técnica de biopsia del ganglio centinela (cuando está indicado realizarla), permite conocer el estado de afectación ganglionar, con mayor eficacia que cuando se realizaba sistemáticamente la linfadenectomía axilar y con mínimas secuelas. Se sabe desde hace muchos años que el pronóstico del carcinoma de mama depende poco del tipo de tratamiento que se haga a nivel local, ya sea conservador o mastectomía, siempre y cuando la técnica quirúrgica esté bien indicada y bien realizada, como lo demuestran algunos estudios publicados (Kingsmore, 2004). Sin embargo, son indudables las **ventajas del tratamiento conservador**: además de tener una importante repercusión estética y que la calidad de vida de las pacientes es mayor, facilita el diagnóstico precoz, ya que está demostrado que las mujeres acuden antes al médico ante cualquier síntoma si saben que el diagnóstico de cáncer de mama no les va a conducir inexorablemente a la amputación que suponía la mastectomía. Se cierra así el círculo tratamiento quirúrgico-diagnóstico precoz, tan íntimamente ligados.

Las técnicas de **Cirugía Oncoplástica**, cada vez más utilizadas, permiten realizar tratamientos conservadores en situaciones que hace unos años ni se hubiesen planteado; y las técnicas de mastectomía ahorradora de piel permiten reconstrucciones mamarias postmastectomías que hace unos años no se hubieran realizado. También mejoran la calidad de vida técnicas de radioterapia como la braquiterapia (utilizada nuevamente después de unos años en desuso), o como podría hacerlo también la radioterapia intraoperatoria si se llegase a demostrar su eficacia en los ensayos clínicos que se están realizando.

Otro motivo de disminución de la mortalidad por cáncer de mama son los avances habidos en el **tratamiento sistémico de la enfermedad**, es decir, **quimioterapia y tratamientos hormonales**. La llegada reciente de nuevos fármacos, unos más o menos relacionados con los agentes quimioterápicos o los tratamientos antiestrogénicos empleados anteriormente, y otros que aportan un concepto nuevo en el tratamiento del cáncer de mama (como el de las dianas moleculares que aporta el anticuerpo monoclonal trastuzumab- Herceptin®-), han supuesto una importante reducción de los efectos secundarios de los tratamientos utilizados habitualmente y de la mortalidad, tal y como demuestran diversos ensayos clínicos publicados de unos años a esta parte. Este es el caso de los taxanos, o de los inhibidores de la aromatasa que han sustituido al tamoxifeno en el tratamiento de tumores hormonodependientes en postmenopaúsicas, o el caso del ya mencionado Herceptin® que se emplea como terapia de primera línea en pacientes con tumores que expresan una determinada proteína (c-erb-B2).

Todas estas innovaciones en el tratamiento han llevado al ansiado resultado de mejorar la supervivencia y la calidad de vida en el cáncer de mama. Sin embargo, estos logros todavía no son suficientes, y estos esperanzadores resultados alcanzados no deben relajarnos en la búsqueda de nuevas armas diagnósticas y terapéuticas que permitan mejorar todavía más. Falta mucho camino por recorrer, y en este empeño debemos implicarnos tanto los profesionales (con nuestro esfuerzo personal aunque sepamos que no siempre va a ser reconocido), como las administraciones públicas que deben gestionar el gasto sanitario y dirigirlo hacia aquellos objetivos auténticamente prioritarios (nueva tecnología, potenciación de ensayos clínicos, investigación sanitaria, ampliación de edades de los Programas de Detección Precoz si ello se demostrase útil, etc.). Si este empeño no es común, el retroceso en los logros alcanzados en la lucha contra el cáncer de mama será inevitable y baldío el esfuerzo realizado hasta el momento actual.

HOSTAL-RESTAURANTE
MESÓN DEL BARRO

Menú del día y platos típicos navarros

HOSTAL RECIÉN REFORMADO

Habitaciones confortables y apartamentos para estancias cortas y/o largas

Trato familiar

C/Acella, 2
T. 948 256 366
606 430 948
Fax 948 252 926

www.mesondelbarro.com

Niños y vacaciones: ¿padres en apuros?

Pedro Berástegui
Padre, profesor y asesor de formación. Centro de Adaptación Pedagógica

No pocos padres y madres temen la llegada de las vacaciones de sus hijos e hijas por no tener clara cúal debe ser la actitud ante tanto tiempo libre. Pretendo hacer una reflexión sobre el aprovechamiento del tiempo libre por parte de los niños y niñas en vacaciones, de cara a un ocio creativo y a una salud mental, física y emocional lo más equilibrada posible.

La mejor manera de disfrutar de las vacaciones no es "no hacer nada", sino el **aprender a usar el tiempo libre.** Muchas son las variables a contemplar a la hora de plantearse el tiempo libre como oportunidad educativa, pero una muy importante sería la de educar en la **identidad y autonomía personal**. Obsérvese que acabamos de citar el principal objetivo de la Educación Infantil a lograr por la escuela y a completar por la familia trabajando en la misma dirección y con sentido.

Una lluvia de ideas nos daría como resultado algo parecido a este listado en el que se incluyen recomendaciones, tan de sentido común, que he dudado en escribir alguna de ellas. La variante de la edad de los niños es la más importante y a la que habrá que ajustarse, pero con carácter general puedo indicar que: no todo el tiempo de las vacaciones debe ser para hacer lo que se quiera, al menos se podría realizar una **actividad diaria de forma consensuada y programada** entre padres e hijos, si es posible, y requiere estar descansado, realizarla a primera hora del día y junto con otros niños de edad parecida o diferente; cualquier edad es buena para meter el gusanillo de ayudar un poco en casa; según la estación del año, será mejor una **actividad al aire libre** que dentro de casa, pero si tiene que ser en casa, que no sea en el cuarto de la tele y depende de si el adulto puede o no estar presente; la actividad planificada debe tener algún **componente de género en el sentido de romper los moldes tradicionalmente establecidos.** Los chicos pueden y deben pasar una mopa, y las chicas pueden y deben arreglar un pinchazo en la bicicleta; es necesario dar la **posibilidad de elegir entre varias actividades consensuadas** y escritas en un panel en lugar visible y que permita comentarios y revisiones diarias o, por lo menos, semanales; y por último, **que sean los propios niños los que decidan repetir las actividades** más placenteras.

Algunas **actividades concretas** que se pueden proponer dependiendo de la edad, de la autonomía de los niños, de los estilos educativos, y de tantas y tantas cosas...

En casa: jugar con cajas, palos, telas, etc.; dibujar, pintar, construir, experimentar con materiales no comerciales; construir marionetas; leer titulares del periódico; decidir, con la programación de la tele delante, lo que se va a ver cada día; escribir cuentos para contarlos a otros más pequeños o a mayores; ayudar a cocinar cosas sencillas; colaborar en hacer la lista y la compra diaria; poner la lavadora, al comienzo con ayuda; tender la ropa y recogerla; empezar a planchar, por ejemplo, los pañuelos; aprender a enviar un correo electrónico; aprender a escribir a máquina; aprender a manejar la cámara digital de fotos; escuchar música de su grupo favorito; aprender a hacer crucigramas, sopas de letras, sudokus, etc.; realizar juegos de mesa: cartas, oca, parchís, dominó, ajedrez,...(Los abuelos y abuelas suelen ser magníficos transmisores de estos juegos tan divertidos y educativos). Piénsese en algunos **objetivos, capacidades o competencias** que se trabajan: memoria, atención, esfuerzo, respeto, paciencia, saber ganar, saber perder, aprender a ayudar, respetar el turno, diferir el placer, cálculo mental, estrategias, premeditaciones, previsiones, y otros que cada experto en cada juego podría precisar. Antes de pedir una pizza por teléfono para merienda-cena, pide ayuda a un mayor por si quiere hacer chocolate caliente para ti y tus amigos. Aconsejo tostar pan de días anteriores para untar en el chocolate.

En la calle: aprender a andar por el pueblo o por el barrio con un plano; andar en bicicleta; patinar; jugar a pelota en el frontón del pueblo o del barrio; jugar con los amigos al marro o al bote-bote en las noches de verano; saltar a la comba cantando las canciones que te enseñe la abuela; practicar los juegos de calle que te enseñe el abuelo; comer pipas sentados en un banco con los amigos.

En lugares especiales: viajar al pueblo a ver a los abuelos; ir al monte a por setas con algún experto; iniciarse en un deporte desconocido; visitar un museo; conocer el conservatorio; acercarse a una academia de pintura; visitar el Ayuntamiento de la localidad; ir a un teatro; ir al cine; hacerse socio de la biblioteca pública o aprender danzas de la zona.

Con personas muy especiales: un taller de costura con la abuela, por ejemplo: una bufanda de muchas lanas sobrantes te quedaría fantástica; repostería con la ayuda de la abuela: si le pides que te enseñe a hacer torrijas, te aseguro que no se resistirá lo más mínimo; un poco de bricolaje con el abuelo para realizar un teatrillo de madera donde hacer el teatro de marionetas o un Kamishibai (palabra japonesa que significa teatro de papel): ten paciencia con él y déjale que te explique cómo se coloca el pelo en la sierra de marquetería; iniciarse en el coleccionismo de sellos, monedas, postales, plantas secas, lo que al abuelo y a ti os guste. Os sorprenderá las veces que cito a los abuelos, pero creo firmemente que los extremos de la edad, niños y abuelos, se necesitan. No olvidéis decirles que les queréis mucho y darles tantos besos como años tienen.

Para ir cerrando estas pequeñas propuestas, aunque no me corresponde aconsejar sino ayudar a hacer pensar a los padres y madres, pero si es posible, evita algunas cosas: comprar juguetes para que se entretengan..., alquilar vídeos para entretenerlos una tarde..., gastar dinero (en la medida de lo posible) para no se sabe bien qué...

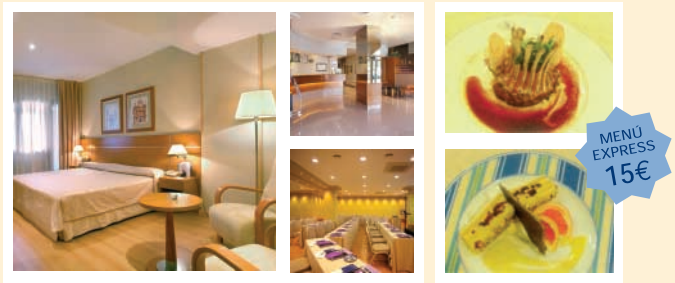
Por último, pero no por ello menos importante, algunas recomendaciones: **ponles la tele, pero luego no te quejes de que no saben hacer otra cosa. Déjales jugar a la "play" sin ningún control de nada, pero luego no te lamentes de algunas cosa que piensan, sienten, dicen y hacen. Instala un ordenador en su cuarto y no controles nada de lo que allí pasa, es posible que no pasen ni de curso. Cómprales el móvil más caro, págales sus facturas, no controles nada de nada y luego quéjate de que no hablan contigo.**

Pasa este texto a tus hijos, a tus familiares próximos o a las personas que comparten estas preocupaciones. Vuestra salud y la de vuestros hijos e hijas bien merece unos minutos de lectura, reflexión, puesta en común en casa y muchas pequeñas complicidades y prácticas, algunas serias y otras, la mar de divertidas.

Porque como decía el poeta G. Celaya: *"Educar es lo mismo que poner un motor a una barca... hay que medir, pesar, equilibrar... y poner todo en marcha. Pero para eso, uno tiene que llevar en el alma un poco de marino... un poco de pirata... un poco de poeta... y un kilo y medio de paciencia concentrada".*

Salud para todos. Felices y aprovechadas vacaciones.

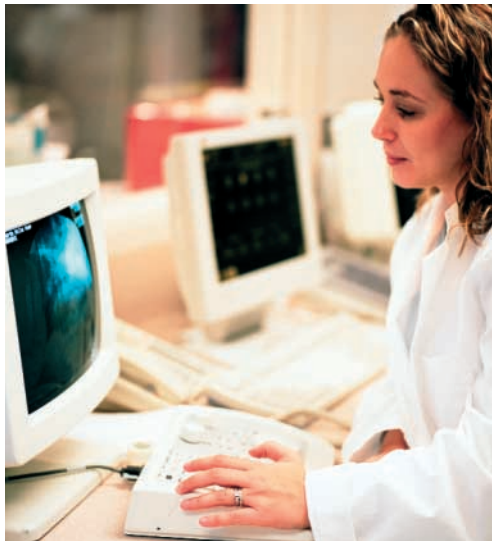
HOTEL-RESTAURANTE
TRYP SANCHO RAMÍREZ ***
Sancho Ramírez, 11 • 31008 Pamplona • Tel. 948 271 712 • Fax 948 171 143
tryp.sancho.ramirez@solmelia.com • www.solmelia.com



SITUADO EN LA ZONA HOSPITALARIA Y UNIVERSITARIA, JUNTO AL PARQUE YAMAGUCHI Y FRENTE A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA. ESTABLECIMIENTO COMPLETAMENTE RENOVADO EN EL 2003: HABITACIONES CLIMATIZADAS INDIVIDUALMENTE, CERRADURAS ELECTRÓNICAS, MINIBAR, CAJA FUERTE, MESA DE TRABAJO, TV SATÉLITE Y CANAL PLUS. BAÑO COMPLETO CON SECADOR, ESPEJO DE AUMENTO Y TELÉFONO HABITACIONES NO FUMADORES Y HABITACIONES ADAPTADAS PARA MINUSVÁLIDOS. DESAYUNO BUFFET, CAFETERÍA CON HORARIO ININTERRUMPIDO, SERVICIO DE HABITACIONES, RESTAURANTE CON MENÚ DEL DÍA Y SUGERENCIAS DE TEMPORADA. GARAJE PRIVADO, SALONES CON CAPACIDAD PARA 200 PERSONAS, INTERNET WI-FI EN TODAS SUS INSTALACIONES Y GIMNASIO CONCERTADO 50 M.

Sol Meliá
www.solmelia.com
Información y reservas en su Agencia de Viajes o en el tel. 902 14 44 44
TRYP HOTELES
Hoteles en la Ciudad

Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones aplicadas a la Salud



Luis Serrano
Profesor Titular del Departamento de Ingeniería Eléctrica y Electrónica. Universidad Pública de Navarra

El vertiginoso desarrollo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) experimentado en las dos últimas décadas ha supuesto un profundo cambio para la sociedad actual convirtiéndola en más dinámica y más globalizada, afrontando retos cada día más espectaculares. Este cambio ha sido asumido por los ciudadanos en sus puestos de trabajo, en sus relaciones personales y sociales, en su educación, la cual, afortunadamente para todos ha mejorado, en la gestión de sus gastos y ahorros y en la relación con la administración local, autonómica y central. En definitiva, ha supuesto un cambio en el estilo de vida. Como no podía ser de otra forma, la Sanidad no vive de espaldas a esta revolución tecnológica y actualmente se está experimentando un gran interés en aplicar estas técnicas en todo el ámbito de la Salud de los ciudadanos.

Debemos partir de la base de que la ciudadanía tiene una buena percepción tanto de la calidad del Sistema Sanitario actual como del funcionamiento del mismo y así lo demuestran las últimas ediciones del barómetro Sanitario publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Con este trasfondo, podemos hacer un breve análisis de cómo estas TIC pueden mejorar e incluso revolucionar los procesos sanitarios actuales en aras de una universalización de la salud, una mejora de los diagnósticos y una mejor y precoz medicina preventiva. Para el éxito de este desafío es necesaria la participación de todos los "actores" involucrados: Profesionales de la Medicina, Ingenieros, Pacientes, Agentes Sanitarios y Dirigentes Políticos.

¿Es posible aplicar las TIC en la Sanidad para la mejora de su gestión, de la misma forma que se ha hecho en procesos industriales de relevancia como el Sector del Automóvil, la Distribución Alimentaria, la Construcción, etc.? Esta pregunta no tiene fácil respuesta por lo que nos limitaremos a dar unas pinceladas de cómo aspectos parciales de la Sanidad van mejorando o modificándose día a día por el uso de las TIC.

Si en una oficina bancaria se han cambiado los papeles por los ordenadores, los cuales son ubicuos, al igual que las sillas o las mesas de dicha oficina, para la mejora de la gestión de nuestro dinero y la centralización de los datos ¿No será posible hacer lo mismo en la Sanidad? Obviamente la respuesta es que sí, y afortunadamente así se ha hecho o se está haciendo. Yo soy capaz desde mi casa de controlar mi cuenta bancaria y mover los fondos sin mayor problema ¿No sería posible hacer lo mismo en la Sanidad? Es decir, ¿podría consultar mis datos sanitarios desde casa por Internet o desde cualquier lugar que yo considere oportuno? Sea este nuestro punto de partida.

La digitalización de datos sanitarios y por ende, el desarrollo de la **Historia Clínica Electrónica** es uno de los grandes desafíos de la Sanidad actual en nuestro país. Esto no significa que no exista, sino todo lo contrario. Actualmente, se dispone de dicha herramienta en Atención Primaria y en alguno de los Servicios de Atención Especializada pero... el reto debe ser la integración de toda la información en una única historia, la cual debería ser estándar e ínter-operable, de forma que los datos puedan ser consultados en cualquier lugar y en cualquier momento por personal autorizado.

Como es de imaginar para poder "alimentar" dicha historia es necesario que todos los datos de interés sanitario generados (léase Análisis, Electrocardiograma, Radiografías, TAC, Resonancias, etc) estén en el formato digital adecuado para poder ser almacenados en dicha Historia Clínica Electrónica. Aquí surge la idea de **Hospital Digital**, lo cual, más que el futuro, es ya un presente en algunas de nuestras Comunidades Autónomas. Lógicamente, no es factible pasar de la noche a la mañana a esta situación ideal, por lo que día a día, se va convergiendo a esta situación desde todos los Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas. Desde Atención Primaria, en donde el médico introduce tanto los síntomas que el paciente le comenta durante la consulta, como los medicamentos recetados; pasando por los Servicios de Atención Especializada como, por ejemplo, Radiología, con la generación de imágenes digitales en vez de las clásicas "placas", u Oftalmología, con el uso de los Retinógrafos No Midríaticos para la revisión de Retinopatía Diabética, generando asimismo imágenes digitales; hasta el uso de herramientas informáticas para la mejora del diagnostico, o la implantación de prótesis basadas en nuevos materiales, etc. En definitiva, se almacena gran cantidad de información sanitaria en formato digital dentro y fuera de los hospitales, la cual, en vez de estar dispersa en "islas de información" y no accesible para el personal médico que la necesite, debería estar centralizada y debería ser utilizada para la investigación, como pilar básico en la mejora del Sistema Sanitario en general (prevención, atención, etc.).

Sumado a esta convergencia de centralización de datos médicos generados dentro y fuera de los hospitales, y basado en el éxito de Internet y de la telefonía móvil, surge con gran fuerza la aplicación de las TIC en el **entorno personal**, porque ofrecen la posibilidad de monitorizar señales biomédicas durante las tareas cotidianas del paciente sin tener que ir al hospital. También en el **entorno domiciliario**, donde se crea la oportunidad de que pacientes con características especiales como crónicos o recién operados de bajo riesgo puedan permanecer en sus hogares disponiendo de todas las atenciones médicas necesarias: **Hospitalización a Domicilio**. Además, en este caso merece la pena citar las posibilidades que ofrece la Telemedicina para la atención de pacientes en entorno rurales alejados de los Centros Sanitarios de Especialidades.

La digitalización de datos médicos no solo tiene por objetivo la centralización de los mismos, sino que sirve como medio para la aplicación de técnicas especiales sobre las señales y las imágenes para la mejora diagnóstica, la prevención de enfermedades, etc.

Como se puede comprobar por lo comentado anteriormente, se abre ante nosotros un gran abanico de posibilidades tecnológicas que deberían ir calando en nuestros Sistemas Sanitarios. Es obvio que la tecnología, por sí misma, está empujando su utilización en la Sanidad, incluso en casos no justificados ni por calidad de servicio, ni por coste. Somos nosotros, los pacientes, quienes deberíamos ser realmente los protagonistas de esta historia, demandando a nuestras Instituciones Sanitarias y Políticas una apuesta estratégica de inversión en TIC aplicadas a la Salud para la mejora de todos los aspectos de la Sanidad. Esta reivindicación debería realizarse de manera responsable siendo conscientes de las limitaciones presupuestarias actuales. Además, el paciente debe estar convencido de que el Personal Médico, tanto de Atención Primaria como Especializada, es su aliado en esta solicitud y no su rival, dado que los resultados de este desafío redundan en beneficio de todos.

Cefaleas

Dr. Gerardo Soriano
Servicio de Neurología. Hospital de Navarra

La cefalea o el dolor de cabeza es una experiencia prácticamente universal. Casi todas las personas han sufrido, sufren o sufrirán a lo largo de su vida dolor de cabeza. En la mayoría de los casos es un proceso benigno. Su importancia radica en su alta prevalencia y en que en ocasiones puede ser un padecimiento crónico. El dolor de cabeza es muchas veces incapacitante. Es una causa muy frecuente de baja y absentismo laboral, representando por esta razón, un importante factor socioeconómico. También condiciona una pérdida de la calidad de vida, interfiriendo en las relaciones personales, familiares y en el ocio. Un diagnóstico y tratamiento correcto dirigido por el médico de atención primaria o el neurólogo consigue en la gran mayoría de los casos un control correcto del dolor de cabeza y consiguientemente, una mejoría de la calidad de vida de las personas que lo padecen. En muy pocas ocasiones la cefalea será el síntoma de alarma de un proceso intracraneal por lo que las pruebas complementarias, como el TAC craneal, tantas veces solicitado, es un prueba que ayuda muy poco al correcto diagnóstico de la mayor parte de los dolores de cabeza.

Entre el 50% y el 80% de la población padece dolor de cabeza con relativa frecuencia, aunque se da en todas las edades y en ambos sexos es más frecuente en las personas jóvenes, de edad media y en las mujeres.

Aunque con la nueva clasificación se describen más de 100 tipos de dolor de cabeza, la mayoría de los pacientes que consultan por cefalea sufren **cefaleas primarias**. De estas, las dos más frecuentes son la migraña (también conocida como "jaqueca") y la cefalea tensional, ambas con unas características clínicas muy bien definidas y con un tratamiento específico. En cuanto a las cefaleas secundarias, la más frecuente es la que se relaciona con la fiebre, habitualmente en relación con procesos infecciosos virales.

La migraña, una de las causas más frecuentes de dolor de cabeza, afecta aproximadamente al 14% de la población. Es más habitual en el sexo femenino y normalmente suele comenzar en etapas tempranas de la vida. Es más fácil presentar migrañas si nuestros padres también las han padecido (componente hereditario), aunque existen muchos otros factores que pueden ser los responsables, en algunos casos, de desencadenar crisis de migraña. El dolor de la migraña suele afectar de forma característica sólo a una parte de la cabeza (desde la frente hasta la nuca, habitualmente sólo en un lado). Es un dolor de características pulsátiles (como latidos), normalmente es intenso e imposibilita la realización de las actividades diarias. Aumenta con la actividad física, los ruidos y la luz, que lo hacen insoportable. Se acompaña de nauseas y vómitos, y si no se pone tratamiento suele durar desde varias horas hasta 72 horas. Se alivia con el reposo en lugares tranquilos, sin ruido y sin luz. Para poder diagnosticar una migraña es necesario que estos episodios de dolor sean recurrentes en el tiempo. En ocasiones precediendo al dolor de cabeza pueden aparecer ciertos síntomas neurológicos como puntos brillantes en los campos visuales o bien sensación de adormecimiento en un lado de la cara y/o de una parte del cuerpo que normalmente duran unos minutos. Esta cefalea que se precede de síntomas neurológicos se conoce con **migraña con aura**.

Cuando el diagnóstico de la migraña ha sido realizado por el médico de atención primaria o por el neurólogo es cuando ellos indicarán el tratamiento más correcto. En todos los casos siempre es muy importante evitar, si es que existen, factores desencadenantes de la migraña. La disminución de horas de sueño, en ocasiones el aumento de horas de sueño, estrés, ciertos alimentos (chocolate, frutos secos, conservas, quesos curados, café, cítricos), alcohol, tabaco, olores fuertes (ciertos perfumes), cambios atmosféricos, son factores que en algunos pacientes provocan los episodios de migraña. En mujeres en edades fértiles no es infrecuente que durante la menstruación puedan aparecer crisis de migrañas.

El tratamiento farmacológico dependerá de la intensidad, gravedad, limitaciones y frecuencia de los episodios de dolor. Cuando los episodios cursan con dolor leve los fármacos indicados son los **analgésicos simples** (paracetamol, ácido acetilsalicílico, metamizol, antiinflamatorios -naproxeno, ibuprofeno-), serán mas efectivos si se toman cuando el dolor comienza. Si habitualmente la migraña se acompaña de nauseas y vómitos es conveniente asociar un fármaco que los evite (domperidona, metoclopramida). Si la migraña es de intensidad moderada están indicados otros fármacos que no son analgésicos pero que actúan de forma específica en la migraña. Estos fármacos son los **triptanes** (almotriptan, elepriptan, flavotriptan, rizatriptán, sumatriptam y zolmitriptan). En algunos pacientes con migraña los episodios son más graves y frecuentes por lo que además de tratar el dolor agudo con triptanes, tendremos que plantear tratamiento preventivo con otra serie de fármacos (topiramato, ácido valproico, amitriptilina, propanolol, antagonistas del calcio), que se mantendrán durante un periodo de varios meses, consiguiendo con ello reducción significativa de frecuencia e intensidad de las migrañas.

Entre el 50% y el 80% de la población padece dolor de cabeza con frecuencia. Es una causa muy habitual de baja y absentismo laboral

La **cefalea tensional** es la otra causa de dolor de cabeza. Más frecuente que la migraña aunque habitualmente menos incapacitante. Predomina en el sexo femenino y en edades medias de la vida. El dolor afecta a toda la cabeza aunque es mas fácil que se localice en la parte posterior (nuca). El dolor es referido como "sordo", opresivo, "un casco o banda que aprieta la cabeza", asociándose muchas veces con contractura a nivel cervical, normalmente es de intensidad moderada, interfiriendo pero no limitando la realización de las actividades de la vida diaria. No se acompaña de nauseas, ni de vómitos. Cuando estos dolores de cabeza son episódicos, es lo mas frecuente, el tratamiento indicado son los analgésicos simples (como en la migraña). Si el dolor de cabeza es de aparición diaria es cuando hablamos de **cefalea tensional crónica**. En estos casos es habitual que se acompañe de un componente de ansiedad y de depresión, por lo que la mayor parte de las veces el tratamiento que se deberá instaurar es con antidepresivos. También ayudará a un buen tratamiento de estas cefaleas modificar nuestros hábitos de vida (deporte, medidas anti-estrés...).

No es infrecuente la **automedicación** en los pacientes con episodios frecuentes de migraña y sobre todo en la cefalea tensional, esto puede ser el responsable en algunos casos de la **cronificación** de las cefaleas, el abuso de analgésicos es en algunos pacientes el responsable del dolor de cabeza (cefalea por abuso de analgésicos). Esta cefalea es de difícil manejo terapéutico. Es muy importante por lo tanto que el dolor de cabeza deba ser diagnosticado y tratado por el medico de atención primaria o bien el neurólogo, consiguiendo de esta manera un control efectivo de la cefalea, evitando en muchos casos su cronificación.

A 50 m. de la Clínica Universitaria

Pensión Bar Restaurante
PASADENA

Pío XII, 32 • 31008 Pamplona • T. 948 26 15 49 / 626 60 72 52
www.pensionpasadena.com • info@pensionpasadena.com

- Habitaciones nuevas. Exteriores con baño y TV
- Trato familiar. Limpieza diaria
- Oferta en desayunos
- Menú del día 10 €
- Platos combinados, bocadillos, sandwiches, hamburguesas, tapas variadas...

Horario Pensión y Bar de 7,30 h. a 23,00 h.

Noticias breves

La consejería del Gobierno de Navarra ha firmado un convenio con el Ayuntamiento de Ansoáin para construir un Centro de Salud.

El Servicio Navarro de Salud aprobará el proyecto en un plazo máximo de tres meses.

La Asociación de Fibromalgia de Navarra (AFINA) ha abierto su sede en la Calle Monasterio de Fitero, 33 bajo en Pamplona.

AFINA agrupa a 360 personas y lleva en funcionamiento desde 1998. Gracias a la nueva sede los asociados disponen de un lugar donde recibirán atención e información.

La red GRACE pone en marcha el primer estudio europeo de infecciones respiratorias y resistencia a los antibióticos en atención primaria.

El objetivo es evaluar la gestión de los antimicrobianos en los centros de atención primaria, tras hacerse público que un 80% de estos fármacos se prescribe fuera del ámbito hospitalario.

La Consejería de Salud presentó la "Guía del dolor lumbar y ciática" en la Clínica Ubarmin.

Esta publicación recoge la planificación de la información, el establecimiento de pruebas diagnósticas accesibles e incluso talleres y modelos de comunicación, y está dirigida a los profesionales de la Salud. De esta forma se quiere optimizar el tratamiento de estos procesos, que en 2005 causaron más de 8.000 bajas.

El Síndrome del latigazo Cervical es la lesión más frecuente en los accidentes de tráfico.

El porcentaje de personas que presentan esta dolencia tras verse involucradas en una colisión es superior al 35%, según un estudio publicado por el Instituto de Valoración Corporal INVALCOR. La causa de esta lesión es el movimiento brusco de la cabeza, que puede dañar diversas estructuras del cuello como músculos, ligamentos y articulaciones.

La Asociación de Ayuda en Carretera DYA Navarra se va a encargar de desarrollar el Plan Nacional de Cursos de Resucitación Cardiopulmonar, mediante un convenio firmado con la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).

Una técnica quirúrgica permite, por primera vez, recuperar la funcionalidad total en fractura de muñeca.

Se trata de una cirugía mínimamente invasiva, que sólo requiere una pequeña incisión, y en la que se implanta una placa especial (Micronail) fabricada en titanio.

El Gobierno de Navarra y Cruz Roja han creado el Centro de Recursos para Mayores y Personas Dependientes.

Este centro tiene la misión de informar y ofrecer los servicios necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y está situado en la sede de Cruz Roja (C/ Leyre, 6 - 3ª planta).

El Hospital de Navarra celebró el domingo, 13 de mayo, el día del enfermo.

Los asistentes a la celebración participaron en una misa y disfrutaron de un concierto ofrecido por la Coral de Larraga.

"Yo no sabía que ..."

El koala duerme 20 horas al día. De esta forma consigue ahorrar la energía necesaria para poder sobrevivir cuando hay condiciones de escasez de alimentos en su hábitat natural.

Existen más de 6.000 lenguas en el mundo. Más de la mitad están amenazadas con la extinción, según un informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

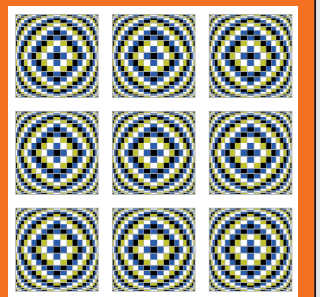
La leche es uno de los alimentos más completos. Contiene casi todos los elementos básicos que el cuerpo necesita: agua, grasas, proteínas (la caseína, rica en fósforo, es la más importante), carbohidratos, vitamina A, potasio, fósforo, tensioactivos...

La cascada más alta del mundo es "El salto del Ángel". Su altura está cifrada en los 978 metros. Está ubicada en la "Gran Sabana" del estado Bolívar, al sureste de Venezuela.

La seta roja de Super Mario Bros es muy venenosa. Ésta, que provoca que Mario aumente de tamaño en el juego, es muy parecida a la Amanita Muscaria, seta comúnmente conocida como "matamoscas", ya que intoxica a las moscas que se posan sobre ella.

Ilusión óptica

En realidad están fijos pero a la vista del ser humano los cuadrados se mueven.



recomendamos

PARA COMPRENDER AL ENFERMO
Ángel Cornago Sánchez

Salud

Reconociendo la vulnerabilidad del ser humano como punto de partida de la solidaridad, estas páginas se orientan hacia una visión de la persona en sentido global, afirmando que la enfermedad no sólo tiene causas físicas o funcionales, sino que los aspectos psicológicos, afectivos, sociales, de sentido de la vida, intervienen en los procesos de salud-enfermedad y viceversa. El autor realiza, a lo largo de 16 capítulos, un trabajo que contribuye a humanizar la comprensión y la relación con el paciente y su familia. Comprender al enfermo y a su familia es uno de los retos fundamentales de los profesionales de la salud. Lo es, sobre todo, cuando la medicina se humaniza, no pierde la genuina valencia terapéutica de la relación interpersonal y considera imprescindible un enfoque humano en el ejercicio profesional.
El libro incluye un prólogo de José Carlos Bermejo, director del Centro de Humanización de la Salud.

Historia íntima del pene. La nueva sexualidad masculina.
Dr. José Luis Arrondo

Salud

El pene, ese miembro desconocido.
El libro aborda con desparpajo y rigor científico diversas cuestiones y numerosas preguntas sobre el miembro viril. Con lenguaje desenfadado y directo plantea el debate sobre la sexualidad en la pareja del siglo XXI. Recomendado a hombres y mujeres. El texto se acompaña de dibujos que lo hacen más ameno.

Ed. Nau Llibres
Los derechos de autor se destinan a un proyecto contra **la explotación sexual de la infancia en Filipinas**.

Zona de juego

SENDA VIVA regala 6 entradas de niños para 6 personas que se sortearán entre los lectores que averigüen la solución al juego que planteamos.

Moviendo un sólo vaso conseguir que queden en la secuencia:
LLENO-VACÍO-LLENO-VACÍO-LLENO-VACÍO

Envíe su respuesta con su nombre y teléfono de contacto antes del 15 de julio a la dirección:
redacción@zonahospitalaria.com

Los nombres de los ganadores se publicarán en el número 6 de la revista y en la página web:
www.zonahospitalaria.com

Las entradas son válidas hasta el 31 de agosto.

Los ganadores del sorteo de las entradas de adultos para SENDA VIVA han sido:

1. Carmen Innerarity
2. Ainize Junquera
3. Víctor Goñi Ciaúrriz

Solución de la zona de juego ZH4: 11.

APARTAMENTOS EQUIPADOS

HABITACIONES INDIVIDUALES Y DOBLES

ALOJAMIENTOS ACELLA

☎ 948 261 000

CON AIRE ACONDICIONADO (OPCIONAL)

HORARIO DE RECEPCIÓN:

De lunes a jueves de 9:00 a 23:15 h.

Viernes y sábado de 9:00 a 23:00 h.

Domingos de 11:30 a 14:30 y de 16:30 a 23:15 h.

RECEPCIÓN: Travesía Acella, 3 BAJO

T. 948 261 000 / 948 173 348

Móvil: 619 786 999

Fax: 948 261 000

reservas@hostalacella.com

www.hostalacella.com