medicina salud cultura

zonahospitalaria

medikuntza, osasuna eta kultura ospitaleko gunea

www.zonahospitalaria.com añoIX noviembrediciembre2014 nº50

NAVIDAD Y ALIMENTACIÓN

3 Feliz Navidad 2014 4 Empacho y digestiones pesadas 6 Sobrevivir a las navidades 8 Las úlceras venosas 10 El pan dentro y fuera de las celebraciones 12 Que el anisakis no te quite las ganas de comer pescado 13 Todas las varices se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirófano 14 Inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis 15 Cristales progresivos 16 ¿Pará qué sirve la ecografía abdominal? 17 Que el miedo al dentista no te impida disfrutar de la comida 18 Alimentos funcionales 20 El papel de la dieta y el estilo de vida en la prevención de la Diabetes Mellitus Tipo 2 22 Diabetes Mellitus Tipo 2 24 Craneotomía 26 Lactancia materna 27 Alimentación para un embarazo saludable 28 El gatillazo: otra manera de ver la disfunción eréctil 30 Veinte claves para vivir sin ansiedad 31 "Ahora no podemos parar" (unicef)

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Alfredo Erroz **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L./*L.G.*** NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026.

© **PubliSic S.L.** El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.*

Comercial
Médica y de Laboratorio

MATERIAL PARA LABORATORIOS
CLÍNICOS, QUÍMICOS E INDUSTRIALES
PRODUCTOS PARA ANÁLISIS
QUÍMICOS Y CLÍNICOS

Ronda Landaben, 3 • 31012 Pamplona
Apartado de Correos 125 • 31080 Pamplona
T. 948 22 05 85 / 948 14 23 96 • F. 948 22 05 85
info@comercialmedica.es • www.comercialmedica.es

NAVIDAD 2014. EL HOSPITAL DE BELÉN

El Hospital de Belén
no tenía enfermeras
para asistir a María
que parió en la Nochebuena
ni médicos ni matronas,
ni sanitario ninguno.
Sólo una mula y un buey,
y San José de canguro.

El Hospital de Belén
no tenía un auxiliar
para asear a ese niño
que ha nacido en el portal,
ni toallas, ni pañales,
ni colonia ni jabón.
Sólo una burra y un buey
y José de celador.

El Hospital de Belén
tiene un pesebre sencillo
para acostar a los niños
que nacen en el pasillo:
no hay un jefe de servicio
ni un director ni un gerente,
Sólo una burra y un buey
y en la puerta un residente.

El Hospital de Belén
no tiene supervisores,
ni pases de permanencia
para los buenos pastores.
y, por no tener, no tiene
guardia de seguridad;
Sólo una mula y un buey
y José de capitán
El Hospital de Belén
no tiene una limpiadora,
pero siempre está más limpio
que la purísima aurora.
no tiene lavandería,
ni cocinan alimentos;
Sólo una burra y un buey,
y José en mantenimiento

El Hospital de Belén
no tiene mantas de lana
para abrigar a María
que parió en la madrugada
ni tiene calefacción,
ni Zantaz ni Seguril;
Sólo una burra y un buey,
y San José haciendo el MIR.

El Hospital de Belén
pasa por una gran crisis
le han llegado los recortes
y lo pasa de narices.

El Hospital de Belén
no tiene, no necesita,
una capilla con velas
ni pila de agua bendita.
que Dios mismo ha preferido
para nacer un portal;
sólo una mula y un buey,
y José con felicidad.

José Ignacio Martín Badules
(Capellán del Complejo Hospitalario)

Zona Hospitalaria os desea:
Que la Paz y la Bondad del Niño Dios, nos acerque a todos a la Alegría de Belén y a la Verdad de sus dones y promesas curativas y sanativas.
Que todo Belén, nos ayude a compartir todo lo que somos y tenemos y a dar dignidad a los enfermos que cuidamos y asistimos.

Empacho y digestiones pesadas

Teresa Puras Artajo
MIR Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN Navarra

Son varios los acontecimientos a lo largo del año que vinculamos con eventos gastronómicos, como por ejemplo la Semana Santa, la época estival con sus ansiadas fiestas patronales, las Navidades...o cualquier celebración familiar que se precie. Esto que a priori es sello de identidad de nuestra cultura y como tal algo a preservar, podría convertirse en un mal recuerdo del evento si no controlamos lo que comemos y bebemos durante la celebración. Aquí daremos unas pequeñas nociones sobre los síntomas que podemos presentar y algunas recomendaciones básicas que podrían resultarnos útiles.

Entendemos como empacho aquella situación que se deriva claramente de una transgresión dietética y que ocasiona síntomas tales como: pesadez, dolor de estómago, lengua seca, falta de ganas de comer, estreñimiento o diarrea, vómitos, acidez de estomago, gases en el abdomen, distensión del abdomen...
Las digestiones pesadas sin embargo hacen referencia a la incapacidad más o menos habitual de digerir correctamente los alimentos y que no necesariamente van ligadas a transgresiones dietéticas. Aunque en un porcentaje no desdeñable de casos se asocia a estilos de vida y conductas alimentarias poco saludables, nos obliga a indagar un poco más en cada caso para descartar posibles enfermedades subyacentes.

Médicamente hablamos de dispepsia: nombre con el que designamos a aquellas digestiones difíciles y laboriosas que presentan carácter crónico. Se trata de un trastorno frecuente que afecta a algo más del 25% de la población general de los países industrializados, siendo por tanto una causa frecuente de consulta médica. La dispepsia se caracteriza por una gran variedad de síntomas que son percibidos y expresados por los pacientes de forma muy variable, lo cual, en ocasiones dificulta su diagnóstico. Una de las manifestaciones de la dispepsia pueden ser las digestiones pesadas.

Causas

La dispepsia puede tener su origen en comidas copiosas, ricas en grasas, excesivamente especiadas o combinadas con alcohol. Aunque en algunas ocasiones la dispepsia también puede estar relacionada con el consumo de fármacos (sobre todo la aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos) o enfermedades tales como la úlcera gástrica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, síndrome del intestino irritable o cáncer de estómago. Sin embargo en la mayoría de los casos (hasta un 50%), no llega a evidenciarse causa orgánica ni enfermedad metabólica que justifique la sintomatología, y es entonces cuando hablamos de Dispepsia idiopática o funcional.

Signos y Síntomas

Por lo general, la dispepsia implica dolor o molestias en la parte superior del abdomen que suele asociarse a algún otro síntoma como distensión abdominal, saciedad temprana, sensación de plenitud tras las comidas, náuseas, falta de apetito, ardor, regurgitación o eructos.
Existen, sin embargo ciertos signos o síntomas de alarma ante los cuales se debe consultar con un facultativo con el fin de descartar enfermedades subyacentes. Estos síntomas y signos son: dificultad para tragar, dolor severo, vómitos persistentes, pérdida de peso, sangre oculta en heces o anemia. También se considera un factor de riesgo la edad avanzada por lo que se recomienda consultar con su médico a cualquier persona que presente uno o varios de los considerados síntomas de riesgo o a cualquier persona mayor de 45 años que presente síntomas de dispepsia de reciente aparición.
Sin embargo, en el caso de paciente menores de 45 años, con síntomas leves o crónicos, sin ningún síntoma de alarma o que hayan sido valorados previamente de una forma completa por un facultativo puede abordarse su situación de forma inicial tranquilizando al paciente e introduciendo ciertas modificaciones en sus hábitos alimentarios y en su estilo de vida a fin de minimizar los síntomas. Por otro lado, cuando la sospecha clínica es de una enfermedad por reflujo gastroesofágico puede estar indicado realizar un tratamiento empírico con un protector de estómago y observar la evolución del paciente.

Consejos útiles

Modificar los hábitos alimentarios y estilos de vida.

a) Para prevenir el empacho y las digestiones pesadas:
1. Evitar los excesos
2. Masticar despacio y completamente los alimentos
3. Cuidar el orden de los alimentos: comenzar las comidas por alimentos que sean más fáciles de digerir como por ejemplo una ensalada para posteriormente introducir aquellos de digestión más difícil como por ejemplo la carne.
4. Evitar combinar alimentos con alto contenido en grasa.
5. Moderar el consumo de alcohol.
6. Evitar el consumo de tabaco.
7. Limitar el consumo de fármacos antiinflamatorios y siempre que se consuman procurar hacerlo con el estómago lleno.
8. La siesta no debe exceder los 20-30 minutos y se realizara a ser posible en posición semi- sentada para facilitar la digestión. Evitar las siestas tras comidas muy copiosas.
9. Controlar el estrés
10. Dormir las horas necesarias
11. Realizar ejercicio físico

b) Para combatir el empacho:
1. Beber abundantes liquidos para favorecer la hidratación y la eliminación de toxinas
2. En caso de acidez puede ser útil el tratamiento con anti-ácidos.
3. En caso de dolor de estómago: analgésicos tipo paracetamol puede aliviar los síntomas. Se evitaran siempre los fármacos antiinflamatorios.

Para concluir y como consejo general se recomienda llevar una vida saludable con una dieta equilibrada y variada, evitar las transgresiones dietéticas y realizar ejercicio físico que además de mantenernos en forma resulta una forma muy eficaz de combatir el estrés. Con todo y teniendo en cuenta estas recomendaciones se aconseja consultar con su médico cualquier síntoma de los ya antes mencionados como síntomas de alarma, cambios detectados en personas mayores de 45 años o simplemente a aquellas personas que presenten preocupación por su salud a fin de realizar una historia clínica completa y estudiar más en profundidad a las personas que se considere preciso.

Sobrevivir a las navidades

Patricia LLoves Pascual
Dietista – Nutricionista. Nº Col: NA00180.
Colegio Oficial de dietistas- nutricionistas de Navarra

Las fiestas de Navidad son la época propicia para compartir con la familia y los seres queridos en un ambiente de alegría y relax. Pero la verdad es que de reunión en reunión y de cena en cena, siempre llegamos a enero con algunos kilos de más, y es que resulta casi inevitable no sucumbir a la tentación que representa un vistoso aperitivo, un suculento pavo relleno o una bandeja repleta de turrones, polvorones, mazapanes y otras exquisiteces de esta época y no caer en excesos. Sin embargo estar atentos a nuestra salud y evitar sobrepasarnos durante las navidades es fundamental.

Es recomendable considerar algunos consejos en estas fechas y disminuir así el remordimiento de conciencia en enero.

◆ El primer consejo es muy básico: **Atención a las cantidades.** Como decimos los dietistas – nutricionistas, no hay alimentos buenos o malos, todo depende de la cantidad y éste es el gran problema de las Navidades. Se come y se bebe en exceso. Es importante no comer más cantidad de la que se ingiere un día habitual. Así conseguiremos evitar los empachos, tan frecuentes en estas celebraciones.

◆ **Prueba y disfruta lo que más te gusta pero con calma**. Se aconseja aprender a elegir lo que más deseamos, limitar nuestra ingesta a dos o tres opciones y olvidar el resto.

◆ **Cuida lo que bebes**. Recuerda que las bebidas alcohólicas destiladas (vodka, ron, whisky, ginebra, licor…) por tener una mayor grado alcohólico, contienen más calorías que las bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza, sidra…). Debes tomar alcohol de forma moderada si no quieres que todo lo ingerido se sume a la balanza. Los refrescos aportan gran cantidad de azúcares. Opta por refrescos sin azúcares (Light o zero). Procura saciar la sed con agua utilizar el vino, cava o cerveza como acompañante por placer.

◆ **Elaborar comidas menos calóricas**. Si está en nuestras manos la elaboración de la cena de Nochebuena o la comida de Navidad, podemos optar por preparar un menú menos energético. Los entrantes pueden ser de gambas a la plancha o mejillones al vapor en lugar de canapés con paté, foie o queso de untar. Las tostaditas con salmón ahumado o gulas no deben acompañarse además con mantequilla, margarina o queso en crema, utilizar mejor verduras que además de aportar pocas calorías, ponen color a nuestros platos. (por ejemplo, salmón ahumado con cebolleta, pepinillos y aceituna negra picada. Las tostadas de gulas las podemos acompañar con unos pimientos tipo piquillo). El caldo de Navidad puede contener más verduras y carnes magras y menos tocino, y siempre mejor desgrasado (quitando la capa que queda en la superficie cuando se enfria). El postre: además de los típicos navideños, poner en la mesa fruta fresca de temporada.

◆ **Elegir los platos menos grasos**. Decantarse por primeros platos vegetales (en nuestra tierra tenemos amplia variedad), evitar la frituras y las salsas, escoger un buen pescado o carne al horno en vez de una carne grasa en salsa.

◆ **Procurar no alargar eternamente las sobremesas**. Las eternas sobremesas con las bandejas de turrones, polvorones, mazapanes, barquillos, alfajores... son el mayor problema de las comidas navideñas. Es difícil resistirse a tanta tentación. Comer lentamente, saborear cada bocado, no dejarse llevar por la gula y saber decir basta ayudarán a luchar contra la tentación. Además, podemos retirar los dulces para seguir charlando tranquilamente o salir a dar un paseo para digerir mejor la comida.

◆ Más que nunca mantente en movimiento. **Realizar actividad física** de forma regular, ayuda a compensar los excesos de esos días y mantener el peso durante las Navidades. Si habitualmente realizamos deporte, durante las Navidades es aconsejable que busquemos el tiempo para seguirlo haciendo. Si normalmente no lo hacemos es bueno que no esperemos a año nuevo para proponérnoslo, mejor empecemos a realizarlo antes.

5 AÑOS de garantía en audífonos

5 AÑOS de pilas gratis

1 MES de prueba sin compromiso

TENEMOS LAS TECNICAS MAS AVANZADAS Y LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA QUE USTED VUELVA A ENTENDER.

NOS IMPORTA SU SALUD AUDITIVA

Paulino Caballero, 14 bajo. 31003 Pamplona Tl. 948 15 16 76

Las úlceras venosas

Úlcera venosa antes y después de una sesión de esclerosis con microespuma

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

La insuficiencia venosa es una enfermedad muy frecuente, y, dentro de ella, las varices son la manifestación más habitual. Se trata de una dilatación anormal y permanente de las venas del sistema venoso superficial. Si bien se trata de un problema benigno y con una progresión lenta, dejado a su evolución natural puede acarrear complicaciones muy graves, dolorosas y de difícil curación, como son las úlceras venosas.

Aunque el tratamiento quirúrgico de las varices es efectivo, no deja de ser un procedimiento agresivo que requiere una recuperación relativamente larga hasta que se puede volver a hacer una vida normal. Además, en determinadas circunstancias, como las anteriormente citadas úlceras venosas, no se puede llevar a cabo por el riesgo de contaminación de las heridas quirúrgicas. Se trata, por tanto, de un círculo vicioso: no se pueden operar las varices porque hay una úlcera; y la úlcera se va a mantener en el tiempo mientras no se eliminen las varices.

Reducción de la hipertensión venosa mediante esclerosis con microespuma

Ante la presencia de una úlcera venosa, la única posibilidad de curación estriba en la reducción de la hipertensión venosa. Dado que la cirugía no es una opción, la mejor alternativa es el tratamiento mediante esclerosis con microespuma. Se localiza mediante ecografía la vena afectada y se esclerosa la vena causante de que la úlcera venosa no cure. En poco tiempo la úlcera empieza a cicatrizar hasta su total resolución. Y esto sin necesidad de anestesia, ingresos, bajas, cicatrices, etc.

Varices tratadas con Clarivein ®. Resultados cinco días después del tratamiento

Éxito asegurado

A la esclerosis con microespuma sólo se le puede buscar una "pega", que consiste en que es un tratamiento del que desconocemos el número de sesiones que serán necesarias hasta tratar todos los segmentos venosos afectados. El éxito está asegurado, pero el número de sesiones es impredecible.

El catéter Clarivein®

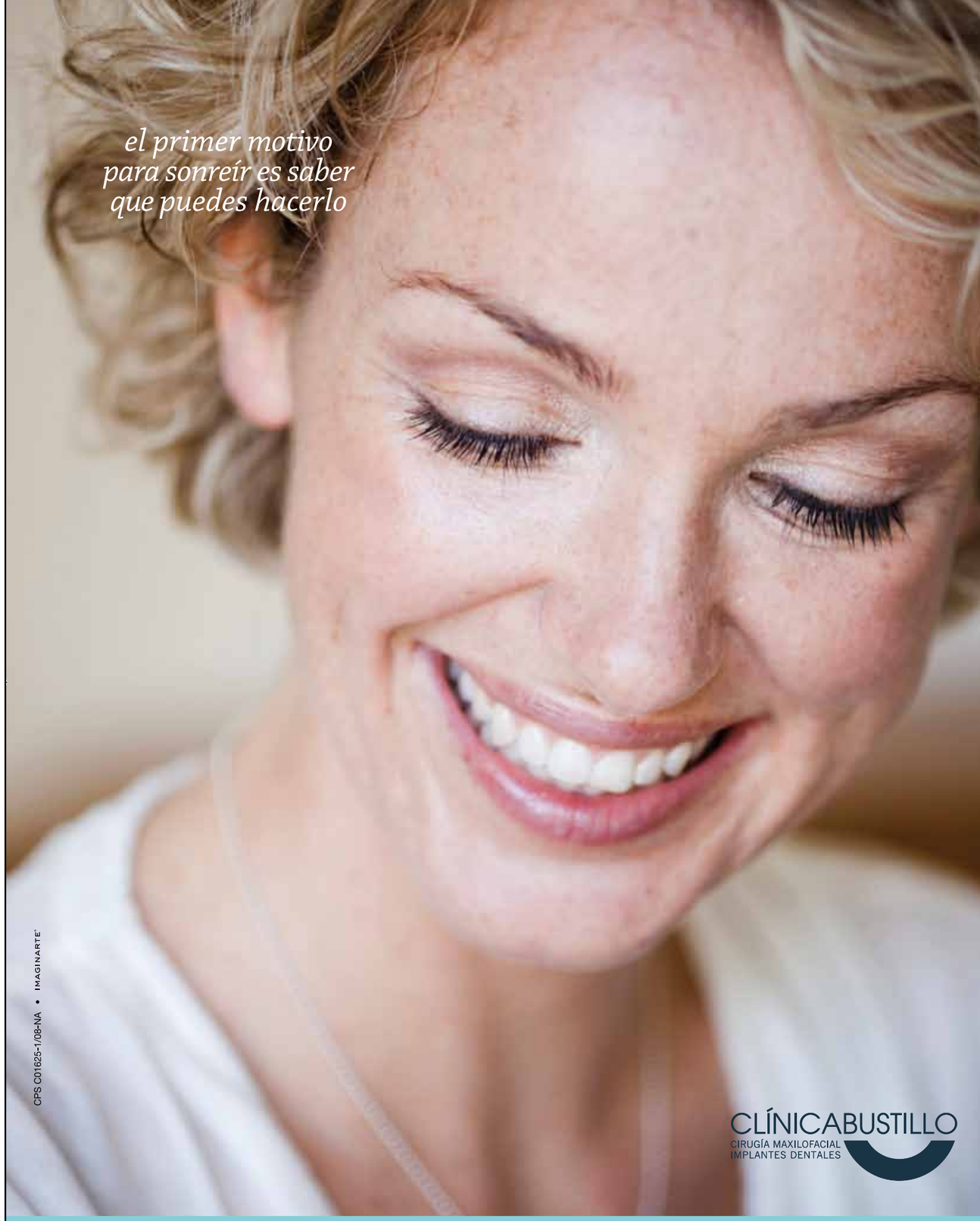
Esta pequeña "limitación" se soluciona con una innovación tecnológica, que es el catéter Clarivein®. Mediante la inserción ecoguiada de un pequeño catéter, se pueden eliminar la mayor parte de las varices en una sola sesión. Sin anestesia o sólo con anestesia local, y mediante control ecográfico, se inserta un catéter que esclerosa las venas combinando un efecto mecánico y químico. Tiene todas las ventajas de la esclerosis con microespuma, pero de una forma mucho más inmediata.
En definitiva, tanto mediante la esclerosis con microespuma como mediante la técnica Clarivein®, tenemos la posibilidad de tratar todo tipo de varices de una forma segura, no agresiva y totalmente eficaz. Y como hemos comentado, son la única opción terapéutica en presencia de una úlcera venosa.

VARICES
MICROESPUMA
CIRUGIA VASCULAR
varicesmicroespuma@gmail.com

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
CLARIVEIN® - MICROESPUMA

SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

Consulta médica Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez:
➡ PAMPLONA. Clínica San Miguel. C/ Beloso Alto, 32. T 948 296 000
➡ TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3. T 644 297 726



BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS

Dr. Ángel Fdez. Bustillo | Nº Col. 6.114-NA | Centro especializado en implantes dentales y estética facial. Técnicas regenerativas para prevenir el fracaso en implantes. Tecnología de vanguardia para el diseño de la sonrisa. Clínica de referencia en implantología y cirugía maxilofacial así como en formación avanzada para profesionales.

C/ San Fermín, 59 - 31003 Pamplona | **Teléfono 948 152 878** | consulta@clinicabustillo.com | **www.clinicabustillo.com**

El pan dentro y fuera de las celebraciones

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

Natural y tradicionalmente, toda celebración que se precie gira entorno a la mesa. Asociada a la cultura gastronómica de cada lugar, el momento del año y los gustos y preferencias alimentarios particulares, los menús a degustar contarán con manjares diversos y siempre estarán acompañados de pan. No será el pan el protagonista del banquete porque su presencia cotidiana parece que rebaja su valor dentro de un festejo. Sin embargo, nadie osaría vestir la mesa sin su sitio reservado al lado de cada comensal.

Todos los días, pan

Aunque no hay razón para evitar el pan en las ocasiones especiales ni mucho menos en los días corrientes, sí es cierto que muchas personas optan por obviarlo cuando el menú es especialmente copioso. Este hecho carece de importancia ya que, precisamente, si en algo trato de insistir al dar consejo alimentario, es en que lo ocasional no afecta negativamente al conjunto de una alimentación saludable.

Cada vez sabemos más de los alimentos, de su potencial nutritivo, de cuáles son los mejores momentos del día para comerlos y que nuestro cuerpo logre sacar el máximo rendimiento posible de ellos. Es la investigación la que nos provee de toda esta información y a través de la educación alimentaria, los dietistas-nutricionistas hacemos llegar el mensaje a cada consumidor.

El pan es un alimento beneficioso para la salud. Además, forma parte de nuestra cultura gastronómica, es accesible y seguro. Yo considero el pan imprescindible en el desayuno, necesario en la mayor parte de los almuerzos y meriendas y accesorio en comidas y cenas. Pero de una u otra manera, cada día, comeremos con pan.

Siguiendo con el razonamiento anterior, los días en los que las comidas o cenas sean de carácter festivo, tendremos que prestar especial cuidado en el resto de las tomas. Quiero decir con ésto, que intentaremos con ellas complementar con distintos alimentos para completar el aporte nutritivo del día. Voy a poner dos ejemplos para aclarar esta idea:

	Ejemplo Día 1	Ejemplo Día 2
DESAYUNO	Zumo de naranja natural Tostadas integrales con queso fresco y miel	3 rodajas de piña Pan con tomate natural y jamón serrano
ALMUERZO	1 rebanada de pan con 3 nueces y 2 ciruelas pasas	Café con leche Pincho de tortilla de champis
COMIDA	Espárragos rellenos Menestra Cordero al chilindrón Cuajada; Pan	Garbanzos con espinacas 1 Yogur natural con 1 plátano; Pan
MERIENDA	Fruta	Batido natural de frutas
CENA	Puré de verduras o ensalada vegetal variada con patata cocida Manzana asada Pan	Escarola con granada Sopa de pescado Besugo al horno con patatas panaderas Sorbete; Pan

En la alimentación debe prevalecer el orden y el sentido común. Por eso, es necesario mantener el ritmo de las comidas y que éstas sean complementarias. A lo largo del día, debemos comer las raciones de fruta y verduras repartidas en las diferentes comidas. Si vamos a comer o cenar carne, pescado o huevos, la otra comida principal del día, cena o comida, deberá contar con alimentos diferentes a las proteínas animales. El papel del pan será acompañar comidas y cenas, sobre todo, en aquellas en las que no haya otro alimento rico en hidratos de carbono (pasta, arroz, legumbre). Y como he mencionado anteriormente, será un componente energético importante del desayuno y almuerzo. En días de festejos, conviene una merienda más ligera, siempre y cuando no transcurran más de cinco horas entre las comidas principales. En definitiva, la contribución de los hidratos de carbono del pan para compensar el aporte de las proteínas y grasas de la dieta es fundamental y, al mismo tiempo, lo es también, para lograr una buena saciedad entre desayuno-comida y comida-cena.

La Navidad a la vuelta de la esquina

Tenemos las celebraciones navideñas a la vuelta de la esquina. Son fechas propicias para los encuentros familiares y de amigos y se amontonan las ocasiones para desordenar las rutinas alimentarias. No hay nada como la normalidad para poder llevar una alimentación saludable, pero no se puede renunciar a la vida social y familiar porque forma parte de nosotros. Por ello, el mejor consejo es intentar mantener el orden y buscar la complementariedad de las comidas siempre que sea posible. La fruta, las verduras y hortalizas y el pan son alimentos que nos ayudan a conseguir el equilibrio y, por tanto, no deben faltar.

RUEBER

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

IMAGEN REAL DE UNA PRÓTESIS CAPILAR RUEBER

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

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

Que el anisakis no te quite las ganas de comer pescado

David Navarro González. *Médico de urgencias del Hospital García Orcoyen de Estella-Lizarra*
Laura Sánchez Iñigo. *Médico interno residente. Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. de Burlada*

El Anisakis simplex es un parásito que se puede encontrar en el pescado, cuyas larvas pasan activas al aparato digestivo humano al ingerir pescado crudo o poco cocinado. Es visible al ojo humano, y en la fase en que infecta a peces tiene forma de muelle y mide unos 2 cm.

El primer caso en España se describió en el año 1991 y el número de casos ha ido aumentando desde entonces, convirtiéndose en un problema de salud.

¿Cómo se transmite el anisakis?

Para entender cómo podemos infectarnos de anisakis, conviene entender el ciclo biológico del parásito.

1- Las larvas del anisakis se encuentran en el agua del mar y son ingeridas por pequeños crustáceos marinos (primer hospedador intermediario).

2- Estos crustáceos son ingeridos a su vez por un pez (merluza, sardina, bonito) o cefalópodo (calamar, pulpo) y la larva se aloja en los intestinos de este segundo hospedador intermediario.

Es en este punto cuando el ser humano puede interrumpir el ciclo e infectarse al ingerir estos pescados infectados. Las larvas no pueden completar su ciclo en los humanos y al final mueren.

3- El ciclo vital del anisakis se completa cuando un mamífero marino (como el delfín, morsas o focas) ingiere estos peces infectados. En el intestino de este tercer hospedador definitivo es donde la larva se transforma en un adulto, se aparea, desova y suelta los huevos en el agua marina a través las heces, comenzando de nuevo el ciclo

¿Qué pescados transmiten la enfermedad?

Hay determinados tipos de pescado que no transmite la enfermedad aunque se consuman crudos y sin congelación previa: mejillones, almejas, ostras, pescados de ríos, de pantanos, lagos y piscifactorías, de agua dulce, o pescados desecados como el bacalao.

Los pescados más frecuentemente pasaritados son la merluza y el bonito. Sin embargo, los que más episodios producen son otros, que se consumen con menos preparación (crudos o marinados), como el boquerón, la anchoa y la sardina. También lo pueden transmitir los crustáceos (langosta, gamba, cangrejo....) o los cefalópodos (pulpo, sepia o calamar).

¿Qué enfermedades causa el anisakis?

Los anisakis plantean un riesgo para la salud humana a través de dos vías:

1- Mediante alergia a ciertos componentes del anisakis que los gusanos dejan en el pescado. Esto hace que aunque la cantidad de larvas no sea importante se pueda producir una reacción alérgica. Las reacciones se manifiestan desde urticarias leves (prurito, lesiones cutáneas), hasta un shock anafiláctico. Se puede dar de manera inmediata u horas después de la ingesta.

2- Por una infección de los gusanos en el aparato digestivo del humano: la anisakiasis o anisakidosis. La clínica habitual de la infección es dolor abdominal, nauseas, vómitos y cambios en el ritmo intestinal habitual. En raras ocasiones puede producir úlceras gástricas, ileitis, apendicitis o una obstrucción intestinal que puede preciar de intervención quirúrgica.

¿Cómo prevenirlo?

No se debe dejar de consumir pescado, sino el parásito, y por ello aportamos una serie de consejos:

- **Eviscerar el pescado lo antes posible**, bien el propio pescadero o nosotros mismos nada más llegar a casa. Así se evita que el parásito pase del intestino hacia la carne y se elimina con las vísceras en la mayoría de los casos.
- Para evitar la infección del parásito se debe comer el pescado correctamente cocinado: dos minutos a 60 ºC elimina el parásito. Cocido, frito, al horno y a la plancha, en las que se alcanza unos 60 grados de temperatura en toda la pieza, elimina el parásito.
- **Congelando el pescado** se descartan todos los riesgos. Lo mejor es hacerlo durante 48 horas a una temperatura de -18ºC o ultracongelación a –35 ºC durante al menos 15 horas.
- Si se compra pescado **congelado industrialmente**, el riesgo está ya totalmente eliminado.
- Los vinagres, marinados o ceviches **no son un tratamiento suficiente** para eliminar el parásito. Las larvas de Anisakis sobreviven 2 meses en vinagre.

Todas las varices, incluidas las de gran calibre, se pueden tratar sin anestesia y sin pasar por el quirófano

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Especialista en Cirugía Vascular
Hospital San Juan de Dios. Pamplona

Cerca del 30% de la población navarra tiene varices y una buena parte necesita tratamiento quirúrgico (Safenectomía). Aunque se trata de una cirugía relativamente sencilla y con pocos riesgos, no deja de ser una intervención y requiere, por tanto, pasar por un quirófano, anestesia general o raquídea y más o menos tiempo de reposo y baja laboral.

En los últimos años han ido apareciendo otras técnicas en el tratamiento de las varices, con menores requerimientos anestésicos y una más pronta reincorporación de los pacientes a la vida normal. De todas ellas, la 'Esclerosis ecoguiada con microespuma' es, hasta la fecha, la única que se realiza sin ningún tipo de anestesia y la única que permite a los pacientes una incorporación inmediata a la vida normal.

Durante más de doce años nosotros hemos tratado más de 2000 pacientes utilizando esta técnica, consolidada ya, en equipos con experiencia suficiente, como una alternativa a la cirugía convencional para tratar todo tipo de varices de las extremidades inferiores.

Eco-Doppler

Se trata de una técnica poco invasiva que identifica las venas enfermas mediante una prueba denominada 'Eco-Doppler'. Una vez identificadas, se realiza una punción en la piel, guiada con la ecografía, y se introduce un fino catéter en la vena que se quiere tratar. Ya dentro, se inyecta en la vena enferma un fármaco en forma de espuma que irrita la pared y la esclerosa, la endurece, hasta hacerla desaparecer. El efecto es el mismo de una operación pero NO ES UNA INTERVENCIÒN QUIRÙRGICA.

Al no tratarse de una operación tiene algunas ventajas. En primer lugar, nunca necesita anestesia, puesto que el procedimiento tan sólo requiere una o varias punciones en la piel. Tampoco necesita ingreso, ya que se realiza en la misma consulta. Además, el paciente puede seguir realizando una vida completamente normal (trabajar, conducir, viajar...) desde el mismo momento en que sale por la puerta de la consulta sin ninguna necesidad de reposo ni, por supuesto, de baja laboral.

Varias sesiones en el tratamiento

El principal inconveniente del procedimiento, si se puede llamar así, es que requiere un poco de paciencia puesto que son necesarias varias sesiones hasta completar el tratamiento.

La técnica se puede utilizar en todas las varices, desde las pequeñas telangiectasias (arañas vasculares) hasta las grandes dilataciones dependientes de la vena safena que habitualmente se remiten para operar. En este tipo de varices grandes o "troncular", en las que la safena está enferma, la esclerosis con microespuma tiene muy buenos resultados, ya que se trata normalmente de venas de gran tamaño y con mucha sintomatología y se consigue, sin pasar por un quirófano, no sólo la eliminación de las venas visibles sino también la desaparición o la mejoría notable de los síntomas propios de la enfermedad.

Dr. Leopoldo Fernández Alonso
Angiología y Cirugía Vascular. Tratamiento de varices SIN cirugía. Esclerosis con microespuma.

Hospital San Juan de Dios
c/ Beloso Alto, 3
31006 PAMPLONA

T 948 29 06 90
M 639 07 05 09
leopoldofa@gmail.com

www.leopoldofernandezalonso.es.tl

CPS-C2261/1/14-NA

Inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis

Carolina Pastor Aguirre
Matrona Partos Complejo Hospitalario de Navarra B
Miembro de ANAMA (Asociación Navarra de Matronas)

El dolor del trabajo de parto es un dolor visceral, único, asociado a un evento precioso en la vida cómo es el nacimiento de un bebé.
El dolor de tipo lumbar ocurre en alrededor de un 30% de los partos. La hipoxia (falta de oxígeno) del músculo uterino, la acidosis láctica (producción de ácido láctico por falta de oxigeno en los tejidos), la distensión del segmento uterino inferior, el estiramiento de los ligamentos y la presión sobre el hueso de la pelvis, pueden contribuir al dolor experimentado en la primera etapa de parto.

Estudios argumentan que el origen del dolor de las contracciones uterinas que se experimenta en el área baja de la espalda es comúnmente atribuible a la posición occípito-posterior del bebé (el bebé mira hacia el pubis de la madre en vez de hacia el sacro). El occipucio (parte posterior de la cabeza) y dorso fetal apoyan directamente sobre la cara posterior del segmento uterino inferior, de modo que es más probable que el dolor sea irradiado hacia la zona lumbar.

Las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis, pueden aportar un gran alivio del dolor de espalda en el trabajo de parto sin la preocupación de que este método podría afectar a la madre y/o al feto.
El rombo de Michaelis es la zona en la que el dolor se siente con más fuerza en las mujeres en trabajo de parto. Este es el sitio recomendado para aplicar las inyecciones. Cuando el agua estéril se inyecta bajo la piel provoca una pequeña ampolla o pápula que causa irritación local y una fuerte estimulación sensorial de los nociceptores de la piel, aliviando de este modo el dolor referido en la parte baja de la espalda.

Indicaciones

- Pródromos (síntomas iniciales de parto)
- Primera etapa del trabajo de parto
- Dolor lumbar importante

Lugar y número de punciones

El rombo de michaelis está formado por la apófisis espinosa de Lumbar 5, el surco interglúteo y las espinas iliacas póstero-superiores. Los artículos hablan de 4 punciones: dos sobre los vértices laterales del rombo de Michaelis y otras dos unos 2 cm más abajo y un cm más medial.

Técnica

- El agua estéril se administra por medio de cuatro inyecciones intradérmicas o subcutáneas sobre el sacro. Esta zona ha sido denominada rombo de Michaelis.
- Usar una jeringa de insulina con una aguja de calibre pequeño. (25G o 30G)
- Las inyecciones se administran de forma secuencial durante una contracción uterina.
- Se realiza en el acmé (pico) de la contracción uterina para mitigar la percepción del dolor debido a la inyección en sí.
- La serie de cuatro inyecciones debe ser completada en el plazo de 20-30 segundos.
- Dos inyecciones laterales a la columna lumbo-sacra coincidiendo con las espinas iliacas póstero-superiores de la pelvis.
- Dos inyecciones 2-3 cm por debajo y 1-2 cm medial a cada una de las dos primeras.

Vías de administración

- 0,1 ml de agua estéril intradérmica (piel) para elevar una ampolla pequeña en la superficie de la piel en cada uno de los cuatro sitios.
- 0,5 ml de agua estéril subcutánea (tejido subcutáneo)en cada uno de los cuatro sitios.

Una variante de esta técnica es administrar dos inyecciones de 0,5 ml de agua estéril coincidiendo con las espinas póstero-superiores de la pelvis.

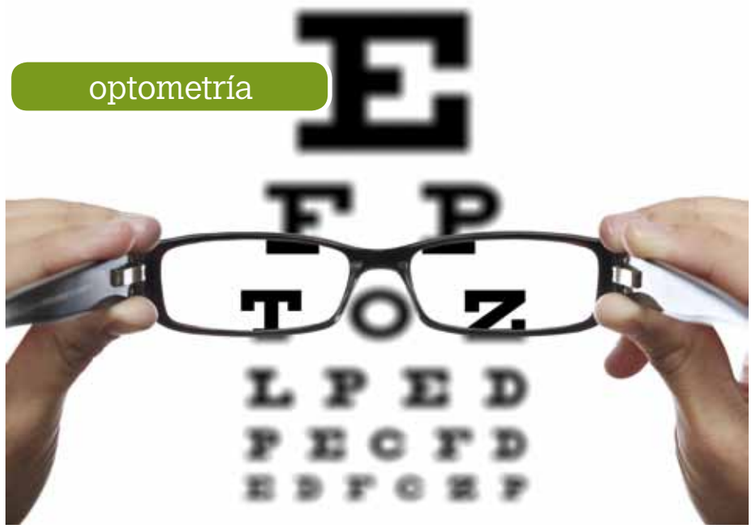
Mecanismo de acción

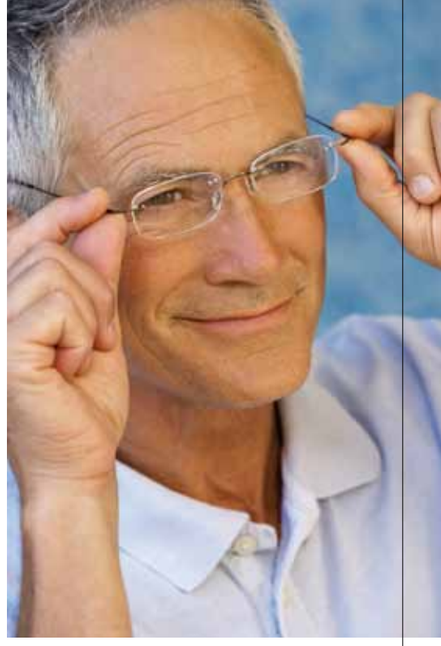
Existen varias teorías:

- Mecanismo de acción desconocido
- Teoría de contra-irritación: la creación de un dolor contrarresta el otro.
- Acción local de endorfinas en el sitio de punción.
- Teoría del control de la puerta de entrada o teoría del umbral del dolor "Gate control Theory of pain" del Melzack y Wall: los estímulos de presión viajan por fibras nerviosas de transmisión rápida mielinizadas (fibras A) que a nivel del hasta posterior de la medula espinal, va a interrumpir el paso por el haz espinotalámico de los estímulos dolorosos que proceden de fibras de transmisión lenta no mielinizadas (fibras C).

Conclusiones

Método analgésico fácil ,rápido ,eficaz y sin efectos secundarios
Tiene el máximo nivel de evidencia IA y grado de recomendación A
Recomendado por la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricía) y la IPN (Iniciativa al Parto Normal)
Debido a los mismos efectos terapéuticos y ser menos dolorosa se recomienda la administración subcutánea.
Posee potentes beneficios analgésicos en las mujeres que sufren dolor de espalda en el trabajo de parto y su uso en este contexto terapéutico es justificable.





Cristales progresivos

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

Los cristales progresivos son la solución idónea para los presbitas. Sólo con una gafa graduada podemos ver correctamente a todas las distancias, pues la graduación varía progresivamente.

La parte inferior de la lente está graduada para visión de cerca y la parte superior para visión de lejos. Existe también una zona intermedia para la media distancia como el ordenador.

Podemos cambiar de una visión a otra sin cortes visibles, con comodidad y sin que suponga un esfuerzo para nuestros ojos.

De esta manera, no es necesario cambios de gafas constantemente para ver a distintas distancias.

Existe una amplia gama de progresivos para adaptarse a las características visuales de cada persona, según las actividades a realizar.

Actualmente existen dos tipos de cristales progresivos:

Retallado digital avanzado

Los cristales se trabajan punto a punto en las dos superficies de la lente, para obtener la graduación del usuario, de esta forma se consiguen zonas ópticas amplias de gran calidad y diseño personalizado.

Retallado tradicional

De esta manera, se trabaja sólo la cara interna de la lente, los campos visuales son menos amplios, tienen más aberraciones. Estos progresivos los denominamos estandar, son más económicos.

Al cristal progresivo le podemos aplicar los tratamientos que el usuario necesite.

- Antirreflejante: para mejorar la calidad de la imágen
- Protección UVA
- Protección luz azul: disminuye la distorsión y reduce la fatiga ocular
- Fotocromáticos.
- Filtros solares.

No es lo mismo llevar un progresivo diseñado hace quince años, con un diseño tradicional que un progresivo retallado digitalmente con amplios campos de visión.

Las nuevas generaciones de cristales progresivos han reducido el tiempo de adaptación, creando una visión más cómoda, adaptada a cada persona.

GRATIS TU 2º PAR DE CRISTALES PROGRESIVOS

óptica unyvisión

AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • T. 948 178 188

AVDA. PÍO XII · CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA · AVDA. NAVARRA · ÓPTICA UNYVISIÓN

Descuento, no acumulable a otras ofertas, válido con la presentación de este anuncio HASTA EL 1 DE FEBRERO DE 2015

CH CAROLINA HERRERA

radiología

¿Para qué sirve la ecografía abdominal?

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
RESONANCIA | TAC | ECOGRAFÍA

La ecografía abdominal es el estudio de las estructuras abdominales mediante la utilización de ondas de ultrasonidos. Este tipo de ondas se lleva utilizando más de 50 años sin que se hayan descrito efectos secundarios de su uso. Los ultrasonidos se producen aplicando una corriente eléctrica a una pieza cerámica (efecto pizoeléctrico) y gracias a la cantidad de agua que posee el cuerpo humano (alrededor del 75% de nuestro cuerpo es agua) se obtiene la imagen.

De manera general, los médicos que solicitan estas pruebas son los especialistas en Medicina Interna, Digestivo, Urología y Cirugía.

En comparación con otras técnicas

La ecografía abdominal tiene gran utilidad diagnóstica en manos expertas. El menor tamaño del ecógrafo y su movilidad hacen que sea idónea para pacientes ingresados que tienen dificultades para desplazarse hasta Resonancia Magnética o al escáner/TAC.
La ecografía es una prueba en la que no se utilizan radiaciones (rayos x), presenta menos incompatibilidades que otras pruebas y su tiempo de realización es breve. Son especialmente apropiadas en pacientes claustrofóbicos, cuando hay micro roturas fibrilares-musculares, litiasis vesiculares y vesicales, entre otras. Por eso, resulta habitual en muchas ocasiones realizar una ecografía abdominal antes que una Resonancia Magnética o un TAC y se deriva a estas pruebas cuando se necesita completar el estudio diagnóstico.

Las pruebas más realizadas

Las ecografías son imprescindibles hoy en día en el diagnóstico del cáncer de páncreas, de vesícula y vías biliares y de enfermedades hepáticas como son hepatitis, adenomas, pancreatitis, cálculos y colecistitis (ecografía abdominal y hepatobiliar). En estas pruebas se debe hacer un barrido del páncreas, el hígado, la vesícula biliar, los riñones, las glándulas suprarrenales, el bazo, la aorta, la vejiga y la próstata. Las ecografías son muy frecuentes en el estudio de las afecciones o patologías urológicas como pueden ser los cálculos o piedras en el riñón, los quistes, los tumores y la hipertensión renal (ecografías renovesicales y renovesicoprostáticas) en las que se exploran detenidamente los riñones, las glándulas suprarrenales, la parte visible de los uréteres, la vejiga urinaria y la próstata.
En todas las ecografías abdominales, la calidad de la exploración depende de la experiencia del radiólogo, de la calidad del ecógrafo y también de la colaboración del paciente con la respiración y con el correcto seguimiento de las instrucciones del radiólogo. En ocasiones, se requiere una preparación previa a la prueba por parte del paciente: realizando ayuno, ingiriendo líquidos, etc.

odontología

Que el miedo al dentista no te impida disfrutar de la comida

25 AÑOS
sannas CLÍNICA DENTOFACIAL | Clínica Dental San Jorge

Actualmente, gracias a la sedación inhalatoria o intravenosa, los pacientes que tienen odontofobia o ansiedad ante su visita al dentista pueden realizarse cualquier tratamiento odontológico con total tranquilidad.

Es por todos conocida la importancia que supone el tener una correcta salud bucal y poder realizar algo tan básico y vital como la masticación y deglución de los alimentos. De esta manera ayudamos a nuestro organismo a adquirir los nutrientes elementales que mantendrán nuestro cuerpo sano en todas las edades y circunstancias.

Entre las múltiples causas que dificultan una adecuada función masticatoria están las ausencias dentarias múltiples o totales más común en adultos de cualquier edad, o el deterioro dental avanzado producido por diferentes causas, también común en adultos, pero alarmantemente presente en niños y personas jóvenes.

El miedo al dentista

Una de las causas más frecuentes que dificulta la solución a dichos problemas, es el miedo al dentista (odontofobia), o el creer que pueden ser procedimientos largos y molestos. Actualmente es posible solucionar problemas dentales múltiples en una sola sesión, gracias a la sedación consciente en combinación con un equipo odontológico adecuadamente entrenado. Es decir, podemos sedar a un paciente por ejemplo un niño, y realizarle bajo sedación varias obturaciones, desvitalizaciones o extracciones. También se puede proporcionar a un paciente adulto sedación consciente para hacerle extracciones dentales, y colocación de implantes en una sola sesión y devolverle su salud bucal sin dolor y sin traumas añadidos.

Tratamientos exprés

La falta de tiempo es otra de las excusas para no buscar una solución a los problemas de salud buco dental. Hoy en día, gracias a las nuevas tecnologías, es posible la realización de prótesis, como coronas, carillas o incrustaciones, en el mismo día. Gracias a los sistemas de escaneo, digitalización, diseño por ordenador, y fresado "in situ" de las estructuras, muchos de los problemas se pueden solucionar con eficiencia y sin necesidad de acudir a numerosas visitas.

sannas
DENTOFACIAL
Implantología
Sedación y control de la ansiedad
Diseño de sonrisa
Rejuvenecimiento facial
Centro de Prevención Oral
Invisalign
Ortodoncia
Blanqueamiento dental
Periodoncia
Endodoncia
Prostodoncia
Apnea respiratoria
Disfunción de la A.T.M.
Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica | 948 384422 | www.gruposannas.com

Alimentos funcionales

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

En los últimos años los alimentos funcionales han ido invadiendo el mercado, y en la actualidad forman parte de nuestra dieta habitual. La evolución de lo que el consumidor demanda ha hecho cambiar de forma drástica el concepto de alimento. Si el siglo pasado comenzaba con la preocupación por encontrar alimentos suficientes y posteriormente alimentos sanos (libres de gérmenes y de tóxicos), al final del mismo, las evidencias científicas relacionadas con la dieta y la salud, han propiciado la demanda de alimentos saludables (bajos en calorías, en sal, en colesterol o ricos en vitaminas) y, finalmente, de alimentos funcionales.

Se ha demostrado que muchos alimentos tradicionales como las frutas, las verduras, el pescado y la leche contienen componentes que resultan beneficiosos para nuestro organismo. El concepto más aceptado como definición de alimento funcional, es el del consenso Functional Food Science in Europe (FUFOSE): un alimento puede considerarse funcional cuando se demuestra adecuadamente que, además de sus efectos nutritivos, afecta beneficiosamente a una o más funciones del organismo de forma que mejora su estado de salud o bienestar o reduce el riesgo de enfermedad.

Esta definición pone en evidencia tres aspectos:

1• Que el efecto es independiente de las propiedades nutricionales del alimento,

2• Que debe ser demostrado adecuadamente,

3• Que el efecto beneficioso puede afectar a funciones fisiológicas, al bienestar o al riesgo de enfermedad.

En este tipo de alimentos se incluyen tanto los alimentos naturales (cereales, frutas, verduras, pescado) como los modificados:

- Por agregarles o enriquecerles en algún nutriente determinado. Ejemplos: lácteos enriquecidos (ácido fólico, calcio-vitamina D, omega 3), leches fermentadas (con omega 3, con bacterias probióticas) o enriquecidas con preobióticos, zumos enriquecidos, cereales fortificados, pan enriquecido (con ácido fólico, sal yodada, calcio), huevos enriquecidos con omega 3, alimentos suplementados con proteínas y L-carnitina para deportistas, alimentos enriquecidos con antioxidantes (vitamina E, C, zinc, selenio)
- Por eliminar o limitar componentes poco saludables: lácteos sin lactosa o pobres en grasa, alimentos sin gluten, sin sal.
- Por modificar la biodisponibilidad de los nutrientes: alimentos ricos en fitosteroles.
- O por asociación de varias de estas modificaciones.

Figura 1

Concepto	Declaraciones		
	Bajo contenido	**Contenido reducido**	**Exento de**
Energía	< 40 Kcal* - < 20 Kcal**	< 30% energía del original	< 4 Kcal*, < 4 Kcal**
	Bajo contenido	**Bajo contenido grasa saturada**	**Exento de**
Grasa	<3 g/100 g* ó <1,5 g/100 ml**	Ag saturados + ag *trans*	<0,5 g/100 g* ó 100 ml**
Grasa saturada	<1,5 g/100 g* ó <1,5 g/100 ml**	< 1,5 g/100 g* ó <0,75 g/100 ml* o bien <10% del valor calórico	<0,1 g/100 g* ó 100 ml**
Azúcares	<5 g/100 g* ó <2,5 g/100 ml**		<0,5 g/100 g* ó 100 ml**
	Bajo contenido	**Muy bajo contenido**	**Exento de**
Sodio/sal	<012 g Na /100g*	<0,04 g/100g*	<0,005 g/100g*
	Fuente de	**Bajo contenido**	
Fibra Proteínas	>3 g/100 g* ó 1,5 g/100 ml** >12% de la energía	>6 g/100 g* ó > 3 g/100 Kcal** >20% de la enería	
	Fuente de	**Alto contenido**	
Vitaminas/minerales	>15% de las RDA	>30% de las RDA	
	Contiene	**Mayor contenido**	**Contenido reducido**
Nutrientes	Cuando cumple las especificaciones del reglamento. En vitaminas y minerales el equivalente a fuente de ...	Cumple las condiciones de fuente de ... y está incrementado > 30%	Reducción de al menos un 30% respecto a similares
Otros conceptos	Contenido reducido Light (ligero) Natural	< 30% del contenido original; en micronutrientes <10% <30% del contenido original; en micronutrientes <10% Cuando el ingrediente declarado no es añadido sino propio	

**Alimento sólido. **Alimento líquido*

Declaraciones nutricionales autorizadas en la comercialización de alimentos funcionales (Reglamento europeo 1924/2006)

Los mensajes y etiquetas, claros y entendibles

La Comunidad Europea ha elaborado un Reglamento (1924/2006) que exige que la comercialización de alimentos funcionales esté avalada por estudios científicos que justifiquen las declaraciones nutricionales o de salud. Los mensajes y etiquetas deben ser claros y entendibles por el consumidor medio. De acuerdo con el citado Reglamento, se pueden diferenciar los siguientes tipos de declaraciones:

- **Declaraciones nutricionales**: declaración que afirme que un alimento posee propiedades nutricionales beneficiosas específicas con motivo del aporte energético ("bajo en sodio") o los nutrientes que aporta ("enriquecido en calcio"). *(Ver figura 1)*
- **Declaraciones saludables**: declaración que dé a entender que existe una relación entre una categoría de alimentos y la salud ("los fitosteroles pueden reducir el nivel de colesterol en sangre").
- **Declaraciones de reducción del riesgo de enfermedad**: declaración que dé a entender que el consumo de una categoría de alimentos, un alimento o uno de sus constituyentes reduce significativamente un factor de riesgo de aparición de una enfermedad ("el calcio es necesario para el crecimiento y desarrollo normales de los huesos de los niños").

Áreas de investigación

Las principales áreas de investigación de alimentos funcionales en la actualidad son:

- **Crecimiento y desarrollo en la primera infancia**. Dirigidas a estudiar las posibles aplicaciones de los alimentos funcionales durante el embarazo, el desarrollo del feto, la lactancia y durante el período infantil. De esta manera, encontramos alimentos enriquecidos en: hierro, yodo, ácido fólico, ácidos grasos (omega-3 y omega-6), calcio, vitaminas A y D, leches de fórmulas infantiles con nutrientes específicos que favorecen su crecimiento y desarrollo, etc.
- **Regulación de procesos metabólicos**. En relación con el mantenimiento de un peso adecuado, mejor control de la glucemia (nivel de azúcar en sangre), o de las tasas de colesterol y triglicéridos plasmáticos asociados a riesgo cardiovascular. Algunos ejemplos son los alimentos de bajo contenido energético (bajos en grasas o en azúcares sencillos), enriquecidos en omega-3 o grasa monoinsaturada (ácido oleico) o con fibra.
- **Defensa contra el estrés oxidativo**. Las sustancias antioxidantes funcionan como una barrera frente al efecto nocivo de los radicales libres sobre el ADN (los genes), las proteínas y los lípidos de nuestro cuerpo. Su consumo contribuye a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, degenerativas e incluso de cáncer. Respecto a los productos enriquecidos con sustancias antioxidantes (vitaminas C y E, beta-carotenos, selenio, cinc y fitoquímicos o sustancias propias de vegetales), destaca el aumento de éstos en el mercado, tales como zumos de fruta y bebidas de leche, entre otros, que pueden incluir una o varias sustancias antioxidantes entre sus ingredientes, con el fin de paliar los procesos de oxidación.
- **Sistema cardiovascular**. Por su contribución a la hora de reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares encontramos alimentos enriquecidos en ácidos grasos monoinsaturados, poliinsaturados (omega 3 y omega 6), con sustancias de acción antioxidante, fitoesteroles, ciertas vitaminas del grupo B (B6, B9, B12) y fibra.
- **Función del tracto gastrointestinal**. En este sentido, encontramos alimentos con probióticos (yogures y otras leches fermentadas con bacterias ácido-lácticas), prebióticos (alimentos con fibra soluble como los fructo-oligosacáridos) y los enriquecidos en fibra soluble e insoluble o ricos en fibra (legumbres, verduras y hortalizas, frutas frescas y desecadas, frutos secos y cereales de grano entero y productos que los incluyen como ingrediente), destinados a mejorar la función intestinal y la formación de heces, la composición de la flora bacteriana del colon y la función del tejido linfoide del intestino

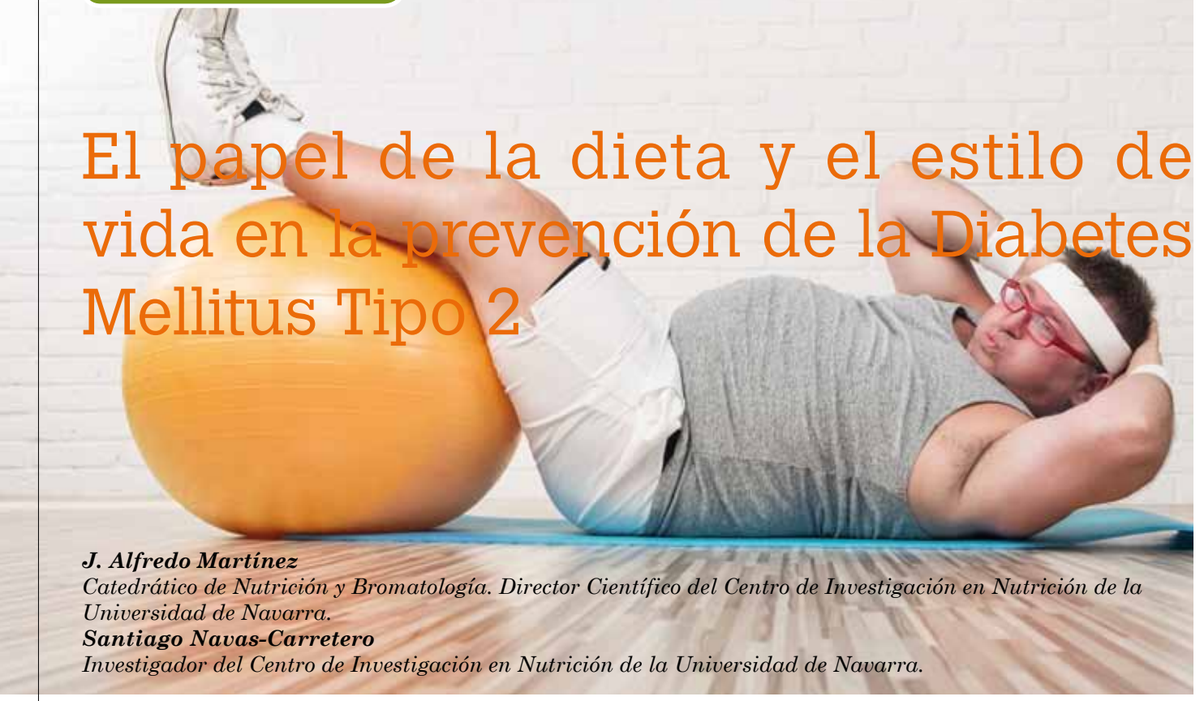
- **Funciones psicológicas y conductuales**. En relación con el apetito y la sensación de saciedad, el rendimiento cognitivo, el humor o tono vital y el manejo del estrés. Se engloban en esta área los alimentos ricos en fibra y los enriquecidos en fibra (de alto valor de saciedad), alimentos con nutrientes específicos para pacientes con deterioro cognitivo, alimentos con sustancias excitantes del sistema nervioso (cafeína, ginseng, etc.) o tranquilizantes (melisa) extraídos de plantas, etc.
- **Rendimiento y mejora del estado físico**. Se han estudiado los efectos de diversos nutrientes y su acción en el ejercicio, en la mejora de la retención de agua, la regulación térmica y el rendimiento físico junto con la postergación de la fatiga y la recuperación muscular.

Los alimentos funcionales pueden formar parte de la dieta de cualquier persona. Además pueden estar especialmente indicados en aquellos grupos de población con necesidades nutricionales especiales (embarazadas y niños), estados carenciales, intolerancias a determinados alimentos, colectivos con riesgos de determinadas enfermedades (cardiovasculares, gastrointestinales, osteoporosis, diabetes, etc.), personas mayores y deportistas de élite. Por otra parte, los alimentos con declaraciones de reducción del riesgo de enfermedad nunca pueden sustituir a los tratamientos médicos establecidos.

Los alimentos funcionales no curan ni previenen por sí solos alteraciones ni enfermedades y no son indispensables. Si bien en determinadas situaciones pueden ser una buena alternativa cuando encontramos dificultades para cubrir los requerimientos con alimentos naturales, aportando un complemento saludable a una dieta apropiada y a un estilo de vida activo.

SI TOMA SINTROM - SI ESTÁ ANTICOAGULADO/A
LA PULSERA BIENOK® PUEDE SALVARLE LA VIDA

En nuestro día a día, en caso de accidente, BIENOK® es una sencilla y económica manera de informar que estamos Anticoagulados.
Venta en Farmacias y Establecimientos autorizados.
Más información: www.bienok-nxv.com manuelliso@yahoo.es



El papel de la dieta y el estilo de vida en la prevención de la Diabetes Mellitus Tipo 2

J. Alfredo Martínez
Catedrático de Nutrición y Bromatología. Director Científico del Centro de Investigación en Nutrición de la Universidad de Navarra.
Santiago Navas-Carretero
Investigador del Centro de Investigación en Nutrición de la Universidad de Navarra.

Durante las últimas décadas, la sociedad ha experimentado cambios drásticos que han afectado al comportamiento y estilo de vida del ser humano. La mecanización en los puestos de trabajo, la globalización de la tecnología, la falta de tiempo y las mejoras en el transporte, son algunos de los aspectos que han llevado a un aumento en el consumo de comida rápida con un elevado aporte calórico y al sedentarismo. Todo esto ha contribuido enormemente a que la obesidad sea considerada una pandemia. Este hecho no sólo es un problema de los países industrializados, sino que también la obesidad va aumentando notablemente en los países en vías de desarrollo, ya que estos países están adquiriendo estilos de vida cada vez más parecidos a los occidentales, disminuyendo la actividad física y teniendo un consumo elevado de alimentos con alta densidad energética.

En este sentido, el notable incremento de la obesidad, va en paralelo con el incremento del síndrome metabólico. Estas patologías son consideradas dos de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), convirtiéndose en uno de los problemas de salud pública más importantes de este siglo.

La preocupación ante las elevadas tasas de obesidad y el aumento en la incidencia de la diabetes tipo 2, ha llevado a que diversas sociedades científicas y sistemas de salud en todo el mundo, analicen de manera exhaustiva toda esta información. De esta manera, numerosos estudios ponen de manifiesto que los cambios de alimentación y estilos de vida, tienen resultados favorables y con costes menores que la propia enfermedad. Así pues, la prevención puede considerarse una herramienta útil para disminuir la prevalencia de muchas enfermedades crónicas como la obesidad, el síndrome metabólico o la diabetes tipo 2.

La DM2 es una enfermedad metabólica compleja, de origen multifactorial y que frecuentemente se asocia con obesidad y otros componentes del Síndrome Metabólico. Se caracteriza por una hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) y por una alteración en el metabolismo de la glucosa, debido a una reducción y/o resistencia a la insulina. El factor hereditario de esta enfermedad es evidente, pero además, puede verse afectada por factores ambientales, tales como la alimentación, el sedentarismo, el alcohol, el estrés o el tabaco entre otros.

Esta patología se ha convertido en un problema de salud mundial y una de las principales causas de morbimortalidad. Además de las complicaciones a corto plazo, la DM2 tiene graves complicaciones a largo plazo, como pueden ser las nefropatías, retinopatías, angiopatías, neuropatías, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica o accidente cerebrovascular. Aproximadamente un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatía y accidente cerebrovascular. La neuropatía de los pies incrementa el riesgo de úlceras en los mismos, desembocando con el tiempo en amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y alrededor de un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión. La diabetes también es una de las principales causas de insuficiencia renal y en torno al 20% de los pacientes mueren por esta causa. En definitiva, los pacientes que padecen diabetes presentan un riesgo de muerte al menos dos veces mayor que las personas sin diabetes.

Por lo tanto, la pérdida de peso es el pilar fundamental para la prevención de la diabetes tipo 2. Aunque no se alcance el normopeso, las pérdidas entre 5-10 kg han demostrado ser efectivas para mejorar el control metabólico, el riesgo cardiovascular y aumentar la esperanza de vida. Otras fuentes también apuntan que reducir el peso corporal en al menos un 5%, permite obtener una mejoría a corto plazo de la resistencia a la insulina, el Síndrome Metabólico y los factores de riesgo asociados.

Estudio PREVIEW: un gran reto en la prevención de la DM2

Este estudio, financiado por la Unión Europea, se ha lanzado simultáneamente en 6 países europeos (Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, Holanda, Bulgaria y España), además de en Australia y Nueva Zelanda. El proyecto consiste en una investigación de intervención nutricional donde se compararán dietas con mayor o menor contenido en proteína, mayor o menor índice glucémico y combinación con dos niveles distintos de actividad física (moderado y alto), además de realizar un seguimiento durante un periodo de 3 años en personas prediabéticas con sobrepeso y obesidad.

Este proyecto supone un reto importante, además de tener una utilidad extremadamente valiosa de cara a la toma de decisiones en el área de la Salud Pública. Los resultados obtenidos podrán acercar el objetivo de prevención del sobrepeso y la obesidad en las poblaciones más vulnerables, como son los niños y la población de la tercera edad con el objetivo de reducir la incidencia de DM2.

Un total de 2.500 participantes (200 niños y adolescentes entre 10 y 18 años, 800 adultos jóvenes entre 25 y 44 años, y 1.500 adultos mayores, entre 55 y 70 años) serán reclutados para el estudio.

Todos los voluntarios adultos seguirán durante 8 semanas una dieta baja en energía. El objetivo para poder acceder a la intervención nutricional es conseguir una pérdida de peso igual o superior al 8% de su peso inicial. Los niños y adolescentes no serán sometidos a este periodo de pérdida de peso, simplemente seguirán una dieta de mantenimiento durante estas 8 semanas antes de comenzar el periodo de intervención.

Ya antes de la fase de pérdida de peso, todos los participantes serán aleatorizados en uno de los cuatro grupos de tratamiento (dos dietéticos y dos de actividad física) que se desarrollarán a lo largo de las 148 semanas de intervención nutricional o mantenimiento de peso. Las intervenciones comenzarán inmediatamente después de terminar la fase de pérdida de peso, siempre y cuando se haya conseguido el objetivo marcado. El periodo de intervención pretende aumentar la sensibilidad a la insulina y prevenir la aparición de DM2, manteniendo el peso perdido a largo plazo y a través de otros efectos saludables derivados de la dieta y la actividad física.

Las dos intervenciones dietéticas serán:

MP = Moderada en proteína: Consumo de proteína normal (comparado con la media nacional) y menor que el grupo HP, consumo de hidratos de carbono aumentada en comparación con el grupo HP, enfocándose en hidratos de absorción rápida o moderada (índice glicémico – IG – moderado o elevado).

HP = Alta en proteína: Consumo de proteína mayor, hidratos de carbono normal o levemente disminuidos, con énfasis en hidratos de carbono de absorción lenta (IG bajo).

Ambas dietas están diseñadas para ser sanas y reducir el riesgo de una futura DM2 y/o ganancia de peso. Sin embargo, estas dietas nunca se han comparado en el mismo estudio, y por lo tanto no conocemos si una u otra se puede considerar superior.

Cambio de mentalidad y conducta

Los participantes recibirán instrucciones sobre cómo elaborar la dieta. El material también incluye un libro de cocina diseñado exclusivamente para PREVIEW, con recetas específicas para cada tipo de dieta. Los participantes deben estar dispuestos a cambiar su mentalidad y tener disposición al cambio, hecho fundamental para el éxito del tratamiento, y el personal de PREVIEW les guiará en el camino con las técnicas más novedosas y efectivas de modificación de conducta.

Las dos intervenciones de ejercicio serán:

IM = Intensidad Moderada: 150 minutos semanales, como andar rápido (ejercicio sin sudar o resoplar de forma evidente)

AI = Alta Intensidad: 75 minutos semanales, como correr (ejercicio que le hace sudar y resoplar al menos un poco).

Se motivará a los voluntarios a realizar su propio programa, eligiendo las actividades más adecuadas y entretenidas, siempre que el criterio de intensidad moderada o intensa se cumpla. Ambos programas de ejercicio se han diseñado en consonancia a las recomendaciones actuales para la actividad física. Sin embargo, no está claro si una intensidad es superior a la otra.

Dado que todos los participantes están distribuidos al azar en una dieta y uno de los grupos de actividad física, el número total de combinaciones (grupos de intervención) es de cuatro (MP-IM, MP-IA, HP-IM y HP-IA).

Todos los participantes en PREVIEW tienen un mayor riesgo de padecer DM2. En este estudio, todas las intervenciones son conocidas por reducir ese riesgo, lo que no se conoce es si una dieta es mejor que otra o si un tipo de entrenamiento es mejor que el otro. En personas con un riesgo muy elevado de desarrollar DM2, casi la mitad desarrollarán diabetes en 3 años. En aquellos que comienzan una intervención en su estilo de vida, se espera que sólo 1 de cada 5 (20%) desarrolle DT2 en esos 3 años.

Información Estudio PREVIEW:
948425744 // 616244655
voluntariosnut@unav.es

Ver Bibliografía:
www.zonahospitalaria.com (nutrición)

Diabetes Mellitus Tipo 2

J. Alfredo Martínez
Catedrático de Nutrición y Bromatología.
Director Científico del Centro de Investigación en Nutrición de la Universidad de Navarra.
Santiago Navas-Carretero
Investigador del Centro de Investigación en Nutrición de la Universidad de Navarra.

La DM2 es una enfermedad metabólica compleja, de origen multifactorial y que frecuentemente se asocia con obesidad y otros componentes del Síndrome Metabólico. Se caracteriza por una hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) y por una alteración en el metabolismo de la glucosa, debido a una reducción y/o resistencia a la insulina. El factor hereditario de esta enfermedad es evidente, pero además, puede verse afectada por factores ambientales, tales como la alimentación, el sedentarismo, el alcohol, el estrés o el tabaco entre otros.

La resistencia a la insulina puede definirse como la disminución de la capacidad de esta para ejercer sus funciones en los tejidos diana típicos, como el músculo esquelético, el hígado o el tejido adiposo. Los términos SM y resistencia a la insulina no deben confundirse. El SM es una patología asociada a la resistencia a la insulina y esta constituye un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular.
La DM2 se caracteriza fundamentalmente por una resistencia a la insulina y por el deterioro de las células beta del páncreas. Probablemente, la resistencia a la insulina preceda al inicio de la enfermedad, por lo que la DM2 no siempre es el inicio del SM. Aunque no todos los casos de resistencia a la insulina derivan en DM2, se sabe que la resistencia a la insulina es el mejor de los factores predictivos para el desarrollo de diabetes.

Diagnóstico de diabetes

Los criterios actuales para el diagnóstico de diabetes según la ADA son los siguientes:

- HbA1C ≥ 6.5%. La prueba debe ser realizada en un laboratorio, usando el método certificado por el National Glycohemoglobin Standarization Program y estandarizado por el ensayo DCCT (Diabetes Control and Complications Trial).
- Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl. El ayuno se define como la falta de ingesta calórica durante al menos 8 horas.
- Dos glucemias ≥200 mg/dl durante la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO). Esta prueba debe realizarse como lo indica la OMS, con una carga de glucosa equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Una glucemia al azar ≥200 mg/dl (en un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica).
- En ausencia de hiperglucemia inequívoca, el resultado debe confirmarse por la repetición del análisis.

Cuando los niveles de glucemia de un paciente se encuentran elevados pero no alcanzan las cifras diagnósticas de diabetes, se clasifica como:

- Glucemia basal alterada (GBA): Paciente con niveles de glucemia en ayunas entre 100-125 mg/dl, según la Asociación Americana de diabetes; y entre 110-125 mg/dl para la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Intolerancia a la glucosa (ITG): Pacientes con niveles a las 2 horas de la SOG entre 140-199 mg/dl.
- Riesgo elevado de desarrollar diabetes: Pacientes con HbA1c entre 5,7-6,4%.

Complicaciones de la DM2

Esta patología se ha convertido en un problema de salud mundial y una de las principales causas de morbimortalidad. Además de las complicaciones a corto plazo, la DM2 tiene graves complicaciones a largo plazo, como pueden ser las nefropatías, retinopatías, angiopatías, neuropatías, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica o accidente cerebrovascular. Aproximadamente un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatía y accidente cerebrovascular. La neuropatía de los pies incrementa el riesgo de úlceras en los mismos, desembocando con el tiempo en amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y alrededor de un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión. La diabetes también es una de las principales causas de insuficiencia renal y en torno al 20% de los pacientes mueren por esta causa. En definitiva, los pacientes que padecen diabetes presentan un riesgo de muerte al menos dos veces mayor que las personas sin diabetes.

Tratamientos y estratégias de prevención

El aumento cada vez más creciente ya mencionado de estas enfermedades, hace que el objetivo primordial sea prevenir o retrasar su aparición, evitando así las graves consecuencias que pueden afectar a la calidad de vida de la población, como es fundamentalmente la enfermedad cardiovascular. La prevención también es la mejor manera de soslayar el gran impacto económico y social y la importante demanda de servicios de salud que genera el desarrollo de estas patologías.
El tratamiento de la DM2 debe de ser multidisciplinar, y por supuesto, no sólo debe centrarse en esta patología, sino en todos los factores de riesgo cardiovascular asociados.
El SM, la obesidad, la hipertensión arterial y la dislipemia, son las patologías más frecuentes que conducen al desarrollo de DM2. La evidencia que demuestra que el control de estos factores de riesgo evita o retrasa el desarrollo de la enfermedad, es clara. En este sentido, diversas intervenciones sobre el estilo de vida, a través de cambios de alimentación, actividad física, y programas de educación nutricional, revelan una disminución en el riesgo de la progresión de prediabetes a DM2 en un 50-60%.
Por lo tanto, en relación a la prevención, la pérdida de peso es el pilar fundamental para el manejo de estas patologías. Aunque no se alcance el normopeso, las pérdidas entre 5-10 kg han demostrado ser efectivas para mejorar el control metabólico, el riesgo cardiovascular y aumentar la esperanza de vida. Otras fuentes también apuntan que reducir el peso corporal en al menos un 5%, permite obtener una mejoría a corto plazo de la resistencia a la insulina, el SM y los factores de riesgo asociados. Además, en pacientes con SM, se ha comprobado que retarda la aparición de DM2.
Numerosos estudios avalan el hecho de que el exceso de peso es el factor de riesgo más importante en el desarrollo de la DM2. Un estudio de cohorte (36) en mujeres con un seguimiento de 16 años, concluyó que el factor de riesgo más importante en el desarrollo DM 2 era un IMC elevado. En el caso de los hombres, un estudio de cohorte (37) con un seguimiento de cinco años, concluyó que los hombres con un IMC >35 tenían un riesgo mayor comparado con tener un IMC <23. La obesidad abdominal (índice cintura-cadera >0,95) también aumentó el riesgo de diabetes en una cohorte de varones. Y en otro estudio de cohortes realizado en población general alemana, el mayor riesgo de DM2 fue en hombres con un elevado IMC junto con un alto índice cintura-cadera.
El patrón alimentario a seguir, siempre debe ser personalizado y adaptado a las necesidades de cada individuo. Debe tenerse en cuenta la edad, el sexo, la actividad física, el estado metabólico, la situación económica y los alimentos típicos y disponibles del lugar de origen del individuo en concreto. Como regla general, los hábitos alimentarios deben basarse en una alimentación con un bajo contenido en grasa saturada, grasa trans y colesterol, siendo el aceite de oliva el principal aporte de grasa en la dieta. También se recomienda disminuir el consumo de azúcares sencillos, aumentar el consumo de pescado, especialmente el de pescado azul e incrementar la ingesta de frutas, verduras y cereales integrales.
También cabe destacar junto con los correctos hábitos alimentarios, los efectos favorables de la práctica regular de actividad física. Sus efectos beneficiosos sobre el SM y la DM2 han sido puestos de manifiesto en diversos estudios. Ayuda a bajar de peso y a mantenerlo tras un periodo de pérdida, reduce todos los componentes del SM y el riesgo de enfermedad cardiovascular. La actividad física es parte fundamental tanto del tratamiento de los pacientes con la enfermedad, así como de los que están en riesgo de desarrollarla. Debe de ser incluida en la vida cotidiana de la población, aparcando actividades sedentarias como la televisión o los videojuegos, e incluyendo actividades de ocio al aire libre orientadas a un mayor consumo calórico como pasear, andar en bici, nadar o hacer excursionismo. Antes de iniciar un programa de actividad física, debe valorarse el estado y capacidades del individuo, así como las posibles complicaciones que puedan aparecer en su desarrollo. La elección del tipo de ejercicio siempre se realizará en ausencia de contraindicación médica y como regla general, se aconseja que sea de intensidad moderada, de 3 a 5 días por semana y con una duración de al menos 30 minutos.
Hasta la fecha continúa el debate sobre el tipo de dieta y actividad física más efectivo para conseguir y mantener la pérdida de peso. Numerosos estudios analizan distintos tipos de dietas y patrones alimentarios basados en diferentes repartos de nutrientes, destacando los hidratos de carbono, proteínas, grasas y fibra. También el papel que juega la dieta mediterránea en la prevención de la DM2 ha sido puesto de manifiesto en diferentes artículos.

Información Estudio PREVIEW:
948425744 // 616244655
voluntariosnut@unav.es

Ver Bibliografía:
www.zonahospitalaria.com (nutrición)

CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN TEMPRANA
PSICOLOGÍA INFANTIL Y LOGOPEDIA

Material para trabajar la comprensión de frases de doble sentido.
Orientado a personas con TGD, y otras dificultades para interpretar el lenguaje.

Dirección Técnica: **Inés Rubio**
Ilustradora: **Mónica Rubio**
T **676702522**

Pedidos: **www.editorialgeu.com**

Craneotomía

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

Craneotomía, derivado de las palabras griegas Kranion (cráneo) y Ektomia (extirpación quirúrgica), es un término empleado para referirse a la intervención quirúrgica donde se reseca un fragmento óseo del cráneo para acceder a la cavidad craneal y extirpar lesiones tumorales o hematomas, con reposición posterior del colgajo óseo. En los casos en los que el hueso no se puede reponer el procedimiento se denomina craniectomía.

Para realizar una craneotomía es necesario realizar en primer lugar trepanaciones del hueso (perforaciones del cráneo) y posteriormente seccionar el puente óseo entre los distintos agujeros mediante una sierra, de tal forma que pueda ser levantado un colgajo óseo.

¿Cómo ha evolucionado la craneotomía a lo largo de la historia?

La Neurocirugía es la especialidad más antigua de todas las Ciencias Médicas, ya que no hay duda de que la primera intervención quirúrgica que realizó el hombre fue la trepanación craneal, ya fuera con propósitos médicos, místicos o incluso, en ocasiones, punitivos.
En distintos cráneos fechados en la era del Neolítico, entre los años 5000 y 2000 a J.C., se pueden observar numerosos indicios de trepanaciones (Figura 1).

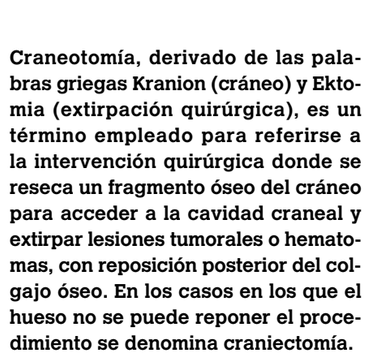


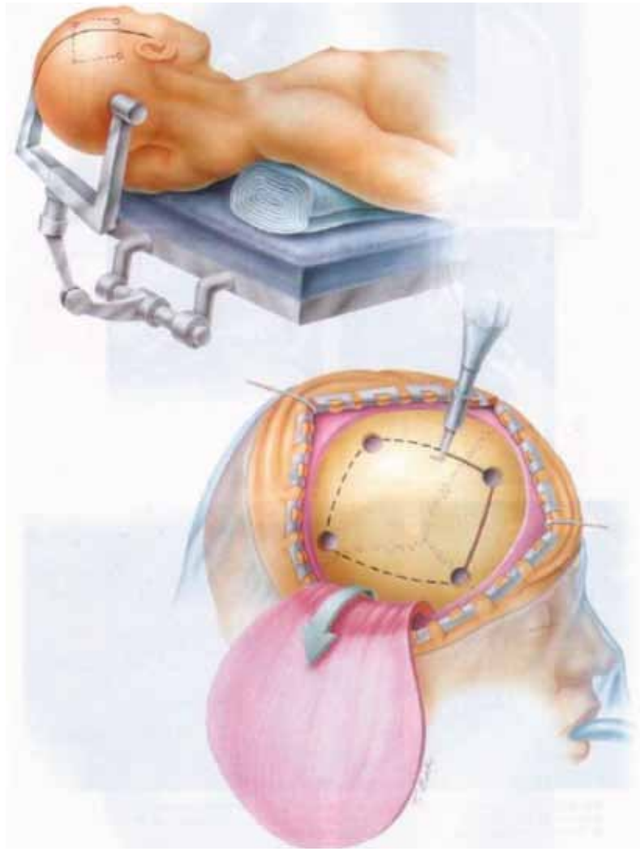
Figura 1

Las trepanaciones se encuentran generalmente cercanas a áreas fracturadas o con hundimientos craneales; esto orienta a que, coincidiendo con el aumento del número de lesiones craneales producidas por hachas, piedras o armas arrojadizas, en esta época se empezara a emplear la trepanación como medida terapéutica. Parece indudable que gran parte de estas intervenciones fueron realizadas en vivos, como lo prueban los signos de crecimiento y regeneración ósea en el borde del cráneo. El instrumental probablemente estaba compuesto por piedra pulimentada, agua abundante, hierbas para limpiar la sangre y tal vez se ayudasen con las uñas.
Los egipcios poseían grandes conocimientos anatómicos, tal y como queda reflejado en los papiros datados aproximadamente en el año 1550 a J.C. A pesar de ello, apenas realizaban intervenciones quirúrgicas puesto que era más partidarios de realizar tratamientos más conservadores. Los hundimientos craneales, por ejemplo, eran tratados con huevos de avestruz mezclados con grasa aplicados a la herida y, posteriormente, se aplicaba un vendaje al tiempo que se pronunciaba un sortilegio.
En Grecia los saberes médicos tuvieron su apogeo entre los siglos V y III a J.C. Hipócrates fue uno de los grandes personajes de esta época, ya que logró desvincular la medicina y la cirugía de la superstición y de la magia, cobrando el protagonismo la observación, la razón, el método y el buen sentido. Se perfeccionó asimismo la técnica de la trepanación y se ampliaron las indicaciones a los traumatismos craneales, la epilepsia, la ceguera y a alguna cefalea.
En los próximos siglos el centro de la civilización se fue desplazando desde Grecia a Italia. Es allí donde gracias a Celso (cirujano que describió los síntomas cardinales de las infecciones) la Neurocirugía dio un paso más allá, ya que por primera vez describió los trepanadores con un tope que impedían la perforación accidental de las meninges y del cerebro.
La Neurocirugía fue evolucionando a medida que se empezaron a aplicar criterios racionales y en ocasiones experimentales a la cirugía. Sin duda, en este proceso jugaron un papel imprescindible las universidades europeas que fueron cobrando importancia durante los siglos XI y XII, ya que gracias a estos centros los saberes Médicos y Quirúrgicos pudieron expandirse por el resto de Europa.

¿Cómo se realiza actualmente una craneotomía?

En primer lugar es importante ser meticulosos en las medidas de asepsia con el fin de minimizar los riesgos de infección. Para ello se limpia el campo quirúrgico con antiséptico (povidona yodada, clorhexidina, etc.) y posteriormente se emplean campos quirúrgicos para aislar el campo de trabajo del resto de estructuras contaminadas por gérmenes.
En las intervenciones programadas contamos con la ayuda del neuronavegador, un aparato que nos ayuda a localizar la lesión del paciente dentro de un modelo en 3D que se obtiene tras la realización de una resonancia magnética. Esto complementa los conocimientos anatómicos y permite seleccionar la localización, tamaño y forma más adecuados para la craneotomía.
Tras seleccionar la mejor vía de acceso para la intervención deseada, se realiza una incisión con bisturí y los bordes sangrantes de la herida se coagulan con un bisturí eléctrico. Existen otros instrumentos para detener el sangrado, como los clips de Ranney o las pinzas de hemostasia.

Una vez realizada la incisión, muchas veces con forma de hoz, se rechaza el colgajo de piel. Después se disecan las estructuras subyacentes (periostio y músculo temporal), dejando así el hueso visible.



Con un perforador eléctrico se realizan los agujeros de trepanación. Pueden ser realizados desde un trépano hasta los que se deseen, aunque generalmente se suelen realizar entre tres y cuatro. Posteriormente, con una sierra eléctrica que cuenta con un protector diseñado para evitar el daño de la duramadre y del cerebro, se procede a cortar el hueso uniendo los fragmentos entre los distintos agujeros realizados, de forma que quede un colgajo óseo con la forma deseada.
Se levanta el colgajo utilizando disectores con el objetivo de separar la duramadre (meninge más externa) y los vasos meníngeos adheridos al hueso para que estos no se lesionen. El colgajo se protege durante el resto de la cirugía con una compresa húmeda. El sangrado derivado de los bordes óseos se detiene con cera de hueso y para el sangrado de las meninges se emplea el coagulador bipolar.
Con bisturí se realiza una incisión en la duramadre y se completa el corte con tijeras de Metzembaun; luego se rechaza el colgajo de duramadre.
En función del procedimiento quirúrgico específico se puede emplear microscopio para magnificar el campo quirúrgico.
Una vez evacuado el hematoma o resecado el tumor se procede al cierre. Para ello se sutura la duramadre con hilo irreabsorbible. Se fija el colgajo óseo (salvo que el propósito de la cirugía sea reducir la presión intracraneal) con miniplacas y tornillos de titanio. El tejido subcutáneo y la piel se cierran por planos con material absorbible.

Lactancia materna

Marién Navarro Elizondo
Médico de familia

A principios de octubre se celebra en España (y resto de Europa) la Semana Mundial de la Lactancia Materna.

Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna, sobre la que se han elaborado numerosas recomendaciones. La OMS puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años.

Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses se recomienda:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua;
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

Primer alimento natural

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

Amamantar requiere aprendizaje

La lactancia materna es a la vez un acto natural y un comportamiento que se aprende. Amamantar no es solamente un acto instintivo, también requiere aprendizaje, información y sobre todo observación previa. Muchas mujeres no han cogido a un bebé en brazos hasta tener el suyo y tampoco han visto amamantar. Es buena idea acudir durante el embarazo a un grupo de apoyo a la lactancia materna, ver a otras madres con sus bebés e informarse bien. La única manera de prevenir las dolorosas grietas es acudir a un grupo de apoyo durante el embarazo y observar y aprender en qué consiste una buena posición.

Ventajas para la salud física y psíquica

La lactancia materna es mucho más que un alimento. Existe numerosa evidencia científica de sus múltiples ventajas para la salud física y psíquica de los niños y de las madres. La lactancia materna además favorece una relación muy estrecha entre madre e hijo y la continuidad del vínculo afectivo que se inicia durante el embarazo. Por todo ello, proteger, apoyar y fomentar la lactancia materna debe representar para toda la sociedad algo cuyo valor es incuestionable y necesario.

La alimentación al pecho tiene que ser a demanda, es decir, hay que ofrecer el pecho al bebé cuando éste lo pida y durante el tiempo que quiera. De este modo se regula la producción de leche según las necesidades del niño, se asegura la ingesta de leche del inicio y del final de la toma, cuya composición es diferente. Muchos niños, además de alimento, buscan consuelo en el pecho de su madre. Un bebé que llora y que demanda ser amamantado necesita a su madre. Retrasar innecesariamente el momento de la toma causa un sufrimiento evitable tanto para el bebé como para su madre.

Por otro lado, durante el tiempo de lactancia, la madre puede y debe hacer una vida normal con su bebé, lo que incluye frecuentar lugares públicos. La lactancia no funciona con horarios preestablecidos, por lo que es habitual que el bebé tenga necesidad de lactar en alguno de esos lugares y es responsabilidad de toda la sociedad permitir que pueda hacerlo con libertad.. Esta actitud representa un obstáculo para continuar con la lactancia y desanima a las futuras madres que pueden ver modificada su decisión de alimentar al pecho a su bebé por las dificultades sociales que esto conlleva.

Alimentación para un embarazo saludable

Sonsoles María Iglesias Constante
Matrona. Complejo Hospitalario de Navarra. B

Durante la gestación las necesidades nutricionales están ligeramente aumentadas, pero esto no significa que debas comer por dos. Es muy importante que tu alimentación sea variada y equilibrada, pero además durante el embarazo debes reforzar tu dieta con alimentos ricos en ácido fólico, calcio, hierro y yodo. Es conveniente que tomes cereales (arroz, pasta, maíz,...), legumbres (lentejas, guisantes, alubias,...) y patatas. Los alimentos completos o integrales te aportarán además fibra y otros nutrientes.

Limita el consumo de azúcar, dulces, miel,... y de grasas, sobre todo las de origen animal, contenidas en las carnes, embutidos, fiambres, queso, huevos, nata, y en la bollería industrial. El pescado azul y el aceite de oliva aseguran un aporte adecuado a las necesidades de ácidos grasos esenciales, no dejes de tomarlos.

El ácido fólico debe estar incluido en tu dieta desde antes de quedarte embarazada y a lo largo del primer trimestre de la gestación, ya que previene algunas malformaciones congénitas, como la espina bífida y otras alteraciones neurológicas en el recién nacido. Algunos alimentos, sobre todo las verduras de hoja verde, son ricos en ácido fólico, pero para asegurar una cantidad adecuada de este nutriente es necesario que tomes suplementos en pastillas. La dosis de ácido fólico recomendada es 0,4 mg diarios desde antes del embarazo, prolongándolo durante el primer trimestre de gestación. Sólo aquellas mujeres que hayan tenido ya algún con espina bífida deben tomar dosis superiores.

La principal fuente de calcio en la dieta está constituida por productos lácteos, vegetales de hoja verde, alimentos enriquecidos con calcio y las raspas finas de algunos pescados como anchoas o sardinas en conserva. Su absorción mejora cuando se asocia a cantidades adecuadas de vitamina D, que la podemos obtener tomando convenientemente el sol y con la ingesta de alimentos como pescados grasos, leches enriquecidas o yema de huevo. Incluso una dieta bien equilibrada no te asegura una cantidad de hierro suficiente, por lo que puede ser necesario que lo tomes de forma suplementaria (pastillas, soluciones o sobres), para prevenir la aparición de anemia de cara al parto. Puedes aumentar la ingesta de hierro realizando un consumo racional de carne, huevos, pescado, frutos secos y legumbres.

Comidas no copiosas

El yodo es esencial en el embarazo para el desarrollo neurológico del feto. Para tener unas buenas de yodo es importante que desde antes de la gestación consumas alimentos ricos en este micronutriente (pescado, leche,...) y que utilices para cocinar siempre sal yodada.

Bebe entre 1-1,5 litros de agua al día, ya que contribuye a aumentar el volumen sanguíneo, forma parte del líquido amniótico y favorece el tránsito intestinal. Es recomendable que limites el consumo de bebidas estimulantes como el café, té o refrescos de cola.

Recuerda que es mejor realizar 5-6 comidas al día que no sean muy copiosas. Toma diariamente 2-3 frutas, 2-3 raciones de verduras y hortalizas (al menos una como ensalada). Deja lugar a los alimentos como legumbres, la pasta, el arroz, el pan o las patatas, mejor en su forma integral. Toma 3-4 raciones diarias de lácteos como la leche, el yogurt y el queso. Modera el consumo de carnes rojas y cocina bien las que vayas a comer. El pescado debe figurar al menos 2-3 veces por semana en tu dieta, busca la variedad en su consumo. Opta preferentemente por una cocina ligera, mediante hervidos, alimentos al vapor y salteados. No abuses de los asados y fritos. Ingiere una cantidad abundante de líquidos (agua, leche, zumos) y evita las bebidas con gas y las que contienen cafeína. El alcohol no puede tomarse en el embarazo, puede perjudicar gravemente a tu hijo/a.

Por último, recuerda que las verduras, frutas, legumbres y cereales integrales, por ser ricos en fibra, ayudan a evitar el estreñimiento, producen saciedad y retardan la absorción de azúcares sencillos.

PROYECTO DE LAS MISIONERAS DE CRISTO JESÚS

Construcción de un Centro Materno-Neonatal Concha Arraiza

Diócesis de Maroua-Mokolo
Misión Católica de Bogo

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

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

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

El gatillazo: otra manera de ver la disfunción eréctil

Dr. José Luis García
Psicólogo clínico, especialista en sexología.
CAM Iturrama. Servicio Navarro de Salud

Si eres hombre, ¿alguna vez has tenido un gatillazo? Si eres mujer, ¿tu compañero ha tenido esta experiencia? Es decir, y en términos más populares y desenfadados, ¿un día, teniendo relaciones sexuales, no se le puso dura, no se le levantó o bien, tuvo erección pero la perdió? Bueno, pues hoy vamos a utilizar este hecho como excusa, para hablar muy sucintamente de la disfunción eréctil masculina, que es un trastorno sexual mucho más complejo y que puede manifestarse a través de un gatillazo. Sea como sea, hablamos de algo que preocupa profundamente a muchos hombres y a sus parejas y que tiene serias repercusiones en el conjunto de la vida de la persona afectada.

Y lo hacemos en buena parte porque, en los últimos tiempos observamos noticias en los medios de comunicación, extraordinariamente recurrentes, sobre este problema desde una única perspectiva que nos vienen a decir que la disfunción eréctil es resultado fundamentalmente de causas biológicas, que es un buen indicador de un infarto para los próximos dos o tres años y que el único tratamiento es el farmacológico, apoyándose, en algunos casos, en investigaciones y estudios financiados por los propios laboratorios que fabrican esos medicamentos. Eso no vale, es jugar con trampa, con las cartas marcadas. Pues bien como quiera que estamos en desacuerdo con esos planteamientos, probablemente diseñados desde los lobbys de la industria farmacéutica, queremos ofrecer otra perspectiva sobre este problema de salud para que los/as lectores/as tengan al menos otra manera de ver el asunto

Cuidar la alimentación, no fumar ni beber alcohol

Ahora entiendo la angustia de Javier, un paciente nuestro de 18 años que el último viernes tuvo un gatillazo con una chica, y que leyendo ese tipo de noticias, inmediatamente me llamó angustiado porque pensaba que le va a dar un infarto. No, amigo Javier, no pienses que eres un candidato a tener un infarto o una isquemia coronaria aguda por ese hecho. Preocúpate más de cuidar tu alimentación, de no fumar ni beber alcohol y hacer ejercicio físico frecuente….incluyendo hacer el amor con tu chica y disfrutar de ello, que es entre otras muchas cosas un ejercicio físico maravilloso, muy saludable por cierto y que puede prevenir otros problemas de salud. Pensamos nosotros que no se puede afirmar rotundamente que "La disfunción eréctil debe considerarse un aviso de infartos agudos de miocardio y de otras enfermedades vasculares" o decir que "constituye un buen indicador de riesgo cardiovascular (un síntoma centinela) anticipándose en 2 o 3 años a eventos tan severos como la isquemia coronaria aguda, infarto de miocardio o el ictus…"

¿Cuántos hombres de los que han tenido episodios de disfunción eréctil han tenido luego un infarto, ictus o isquemia coronaria?

¿Y cuántos no? ¿Cuántos del primer grupo eran fumadores, consumían alcohol o sustancias estimulantes, eran obesos o no tenían hábitos saludables? En Navarra según datos oficiales tenemos unos 1900 casos de infartos (800) y de ictus (1100) al año. ¿Todos estos hombres han tenido una disfunción eréctil previamente?

Por tanto y si bien puede haber un determinado número de casos, nadie lo pone en duda, no se puede deducir que siempre la disfunción eréctil es un síntoma centinela de riesgos cardiovasculares. Ni mucho menos concluir, acto seguido y aquí esta realmente la clave -o trampa como se prefiera- de este argumentarlo: que el tratamiento de la disfunción eréctil es exclusivamente con determinadas pastillas. Eso no es ético. Se crea la preocupación, la necesidad y luego se ofrece la solución mágica de la pastilla. Y saben muy bien que un hombre preocupado por su erección es un excelente candidato a tomar lo que sea y que, además, lo va a mantener en secreto.

Por eso, en las dos últimas décadas estamos asistiendo a un extraordinario interés, yo diría incluso hasta obsesivo, por tener una erección a la carta. De ahí que se promueva el uso de aparatos medidores de la rigidez y tumescencia del pene, anuncios caros de clínicas privadas que ofrecen mágicos productos para aumentar el tamaño del pene, tanto en grosor como en su alargamiento y que solo sirven para sacarle la pasta al incauto varón; inyectables directos en el pene de prostaglandinas u otras drogas vaso-activas, incluso se han fomentado las operaciones costosísimas de las todopoderosas prótesis de pene.

Sin embargo donde los laboratorios se implican a fondo es en ofrecer la sustancia mágica y definitiva que permita una automatización de la erección en cualquier momento, es decir los fármacos anti-impotencia sobre todo unas archiconocidas píldoras, que provocan una vasodilatación en el pene. Y lo hacen con procedimientos y argumentos que más que responder a la verdad, preocupándose por la salud sexual de los varones, parece que lo que en realidad le interesa es que sus accionistas saquen buenos dividendos. A nosotros nos parece que el lobby de la industria farmacéutica, en general, tiene demasiado poder en el conjunto de la atención sanitaria en nuestro país y que en el ámbito de la conducta sexual masculina es una autentica pasada.

¿A que viene tanto interés por el pene erecto del varón?

¿A quien beneficia esta "movida"? Es obvio el negocio farmacéutico extraordinario: los propios laboratorios dicen que en España hay al menos dos millones y medio de varones con una disfunción eréctil. Resulta fácil imaginarse los cuantiosos ingresos que supone consumir de por vida este medicamento. Cada pastilla además puede costar en torno a los 15 euros, por lo que con una frecuencia razonable de relaciones sexuales, te va a suponer no un ojo de la cara, si no los dos. A este paso para no pocos varones, tener relaciones sexuales va a ser un asunto inalcanzable y solo para los ricos.

De momento esta movida refuerza el modelo tradicional de que la erección y el coito son lo más importante en una relación sexual. Todo gira alrededor de esta premisa. Pero nos preguntamos ¿Las parejas son más felices? ¿Se trata de un enderezamiento del miembro o de conseguir una relación sexual más saludable y gratificante?

Por tanto tenemos que decir que todos los hombres en algún momento de su vida sufren uno o varios gatillazos. El cuerpo y la mente nunca están al 100%. Cualquier preocupación, cansancio, estrés, despiste, falta de concentración,etc. puede ocasionar ese comportamiento. Lo que hay que hacer es tranquilizarse y no pensar que estamos ante un grave problema cardiaco futuro. La actitud de la mujer tiene en este primer momento una gran importancia. Tranquilos, no pasa nada. Que no cunda el pánico. La inmensa mayoría de las veces no es un indicador de una patología grave, sino que es una conducta normal. En términos generales, la preocupación por " el rendimiento" y por quedar bien, " por cumplir" , la duda de que no va a salir bien, de que va a fallar, la angustia y la ansiedad acerca de la erección y otros muchos factores psicologicos, provocan y mantienen la disfunción eréctil.

¿Qué habría que hacer?

Hablar con la compañera de esas preocupaciones, cambiar nuestras practicas sexuales, introducir algunos cambios en el horario, en los juegos…..tomarse las cosas con mayor flexibilidad, divertirse, reírse y pasarlo bien, usar juguetes, ver alguna peli porno, introducir un lenguaje erótico y atrevido…. Con esto a veces es suficiente. Claro que no es igual la respuesta sexual de los 18 años que a los 50, y saber que los hombres necesitan estimulación directa y variada en el pene a partir de la década de los 30. Ella tiene que estimularle directamente el pene, con la mano, con la boca o con cualquier otra zona corporal. Y él, estar tranquilo y disfrutar solo de ese momento, y no pensar en que si se le pondrá dura o no.

Si aun estando tranquilos el problema se repite varias veces entonces consultemos a un especialista en conducta sexual. Este valorará si hay un componente orgánico o bien si es de naturaleza psicológica o de relación. Y derivará al especialista correspondiente para una mejor atención. Hay diferentes modelos psicológicos de terapia sexual, además de las pastillas – que no hay duda de que algunos hombres necesitan – para curar esta disfunción.

De momento tenemos que considerar que, independientemente del origen de la disfunción eréctil, todos los hombres que padecen este problema, sufren enormemente, porque ese hecho afecta directamente no solo a su vida afectiva y de relación sino también a su identidad como persona y como varón. Y esto también hay que tratarlo psicológicamente por el psicólogo especialista.

Veinte claves para vivir sin ansiedad

Dra. Lissy Herrera Valdez
Especialista en Medicina familiar y comunitaria. Semergen. Navarra

1. Aprender a relajarse
Informarse de cómo hacerlo
Practicar diariamente técnicas de relajación diafragmática y relajación muscular.

2. Dormir lo necesario
Intentar dormir unas 8 horas al día.
No acostarse tarde .
Realizar actividades relajantes antes de ir a dormir (leer, escuchar música tranquila).

3. Evitar excitantes
Evitar té, café y cualquier otra bebida excitante.
Moderar el consumo de tabaco y alcohol.

4. Buscar ambientes agradables

5. Organizarse
Planificar as actividades con antelación dejando algunos huecos para imprevistos.
Así se ahorran preocupaciones, sobresaltos y olvidos.

6. Priorizar
EL día solo tiene 24 horas.
Seleccionar las actividades más importantes y aprender a delegar en los demás.

7. Solucionar problemas
Afrontar los problemas no esconderlos.
Cuando vea que es capaz de solucionarlos, se sentirá mucho mejor.

8. Tomar decisiones
Seguir un proceso lógico.
Plantear el problema, buscar posibles soluciones, analizar pros y contras de cada una de ellas y elegir las mejores.
No existe la solución perfecta.
Una vez decidido, no volver a dudar, eso crea más ansiedad.

9. No ser catastrofista
La ansiedad que nos produce una situación depende de las consecuencias que prevemos.
No híper valorizar la posibilidad de que todo salga mal.
No empezar a sufrir por un problema que aún no existe.

10. No complicarse más la vida
En época de tempestades no hacer mudanza.
No añadir nuevas dificultades a la vida.
Ahora no es buen momento para dejar de fumar, hacer mudanza o cambiar de trabajo.

11. Hacer ejercicio
Practicar algún deporte de forma moderada pero regular.
Por ejemplo andar 30 minutos al día ayuda a relajarse.
Evitar la actividad física extenuante.

12. Cuidar la alimentación
Comer sano, aficionarse a la dieta mediterránea.
Aprovechar el momento de la comida para desconectar y olvidarse de las preocupaciones.

13. Practicar el "ocio"
Dedicar los fines de semana y las vacaciones a descansar y cultivar aficiones, cambiar de actividad.
Dejar el trabajo en la oficina .

14. Fomentar relaciones sociales
Cuidar a las personas de su entorno más próximo y dejar que le cuiden .
No es momento de sacar a flote problemas del pasado.
Evite los conflictos y las confrontaciones.

15. Minimizar el problema
Nadie esta libre de problemas emocionales.
No dejar que la ansiedad domine su existencia.
Ni esta peligrosamente enfermo, ni se está volviendo loco.
Dentro de poco lo controlará perfectamente, confíe en su capacidad resolutiva y déjese ayudar .

16. Olvidarse del "¿Qué dirán?"
Actuar con naturalidad.
No preocuparse de lo que los demás puedan pensar de usted o de su problema.

17. Aprender a decir que no
Darse permiso para decir no, cuando así lo desee.
Simpatice y diga algo amable a su interlocutor, pero dígale que no directamente y sin justificaciones .
Si quiere ayudarle hágalo de una forma que sea aceptable y posible para usted.

18. Dejarse ayudar
Hay mucha gente dispuesta a echarle una mano (amigos, familiares, médicos).
Aprender a llamarlos y pedirles ayuda.

19. Superar los miedos
Hacer una lista de las cosas que le producen temor y afrontarlas.
Empezar por las más fáciles.
No dejar que un miedo irracional le limite o le cree dificultades.

20. Premiarse
Reconocer sus avances, felicitarse por los progresos y premiarse cuando consiga ciertos objetivos.
Nunca menospreciar los logros por pequeños que sean.

"Ahora no podemos parar"

Laura Lecumberri
Matrona y evaluadora-asesora IHAN-UNICEF

La Hermana Rumana Rashid, matrona en el hospital recientemente renovado por UNICEF, enseña a una madre la forma correcta para poner a su niño al pecho en Garissa, Kenia.

En esta crisis que no acaba, uno de cada cuatro de nuestros niños y nuestras niñas está en el umbral de la pobreza. En este mundo globalizado donde, según Unicef, 17.000 menores de 5 años mueren cada día por causas evitables, la nutrición es una de esas causas que se pueden evitar, y la lactancia materna (LM), el pilar primero y principal para que esa nutrición sea correcta. La LM, según la evidencia científica, es un factor indispensable para el descenso de la morbi-mortalidad infantil. Una de las principales intervenciones que apoya UNICEF en distintos países, es la promoción de la lactancia materna, así que hago mío el slogan de la actual Campaña de Unicef "ahora no podemos parar".

En la Cumbre del Milenio de la ONU del 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron 8, siendo la nutrición el ODM nº 4. Si el problema del Ébola hubiera tenido la dimensión actual, probablemente este habría sido uno de los principales objetivos de dicha Cumbre. "Poco se ha hablado sobre el protocolo a seguir en niños en caso de ébola, menos aún si es compatible o no con amantar" (ver ficha de e-lactancia.org), por esto tampoco "ahora no podemos parar".

En 1994 la OMS y UNICEF adoptan la Baby Friendly Hospital Iniciative (BFHI) para la promoción y protección de la LM. En 1996 llega a nuestro país bajo el nombre de IHAN (antigua Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, y actual Iniciativa por la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia). Hay evidencia suficiente que demuestra que los 10 pasos para la acreditación hospitales IHAN y los 7 pasos para los C. de Salud aumentan la prevalencia de la LM.

Lactancia materna

El Parlamento de Navarra, el 12/6/2002 insta al Gobierno a proteger, promover y apoyar la Lactancia Materna, y a propiciar en todos los hospitales de la Comunidad Foral de Navarra, los recursos necesarios para el desarrollo de la IHAN. La Orden Foral 4/2004 de 28 de enero, establece la Comisión Asesora Técnica para la Promoción de la LM (CAT) en Navarra y su función sería promover acciones tendentes a conseguir la acreditación IHAN.
La Dirección del Departamento de Salud preside la CAT y sus miembros son representantes de los Hospitales públicos y Centros de Salud, C. de Atención a la mujer, CUN, Clínica San Miguel, Colegios de enfermería y médicos, Grupos de apoyo a LM (Amagintza/LLL) y UNICEF. La reunión de la CAT debe ser anual.
Según las estadísticas, los índices de LM en Navarra han mejorado, aunque estamos lejos de esa LM exclusiva a los 6 meses, ideal para la OMS. Nuestros mayores escollos son descenso entre 10 y 15 puntos del % de LM desde el alta del hospital a los 15 días de vida, y la diferencia de los índices de LM entre profesionales. Aparentemente nuestros servicios sanitarios cubren adecuadamente, embarazo, parto, puerperio y salud infantil sin embargo esta atención no es paralela a nuestros índices de Lactancia Materna.
Según la Coordinadora Nacional de la IHAN, un lactante alimentado con fórmula necesitará unos 60 botes de 900 gr. los primeros 6 meses y 50 los otros 6 siguientes, en total, unos 1500-2000 euros anuales por bebé. Si a esto añadimos que según la evidencia científica, disminuyen las patologías de los bebés con Lactancia Materna, bajaría la frecuentación a los Servicios Sanitarios y se abaratarían los costes al Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea. Si se siguiera lo que ya en el 2002 nos mandó el Parlamento de caminar dirección IHAN, probablemente nuestra situación de Pobreza y Salud Infantil mejoraría, así que "ahora no podemos parar".

Nuevo edificio de Urgencias

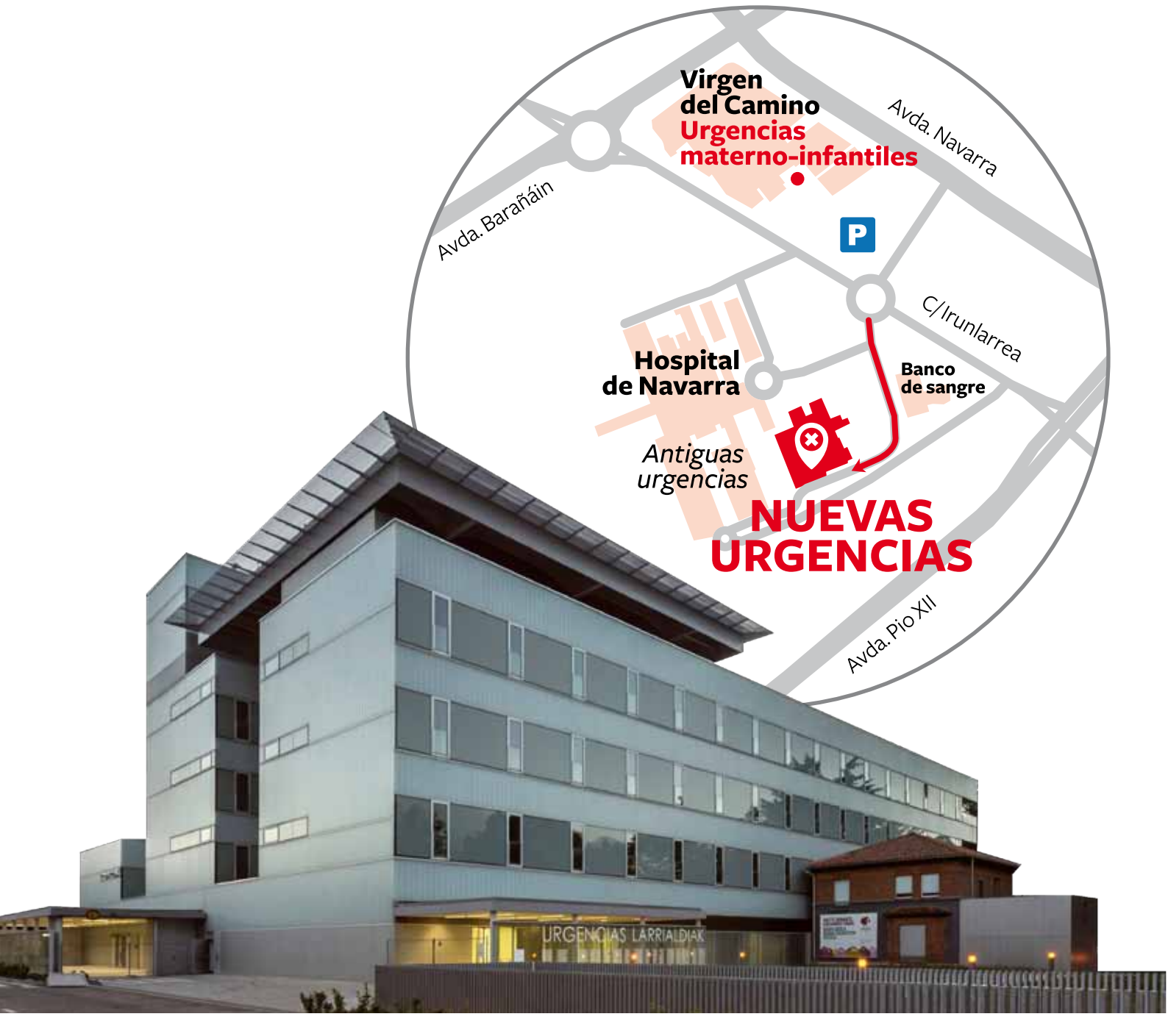
del Complejo Hospitalario de Navarra

Los servicios de urgencias para personas adultas del Hospital de Navarra y del Hospital Virgen del Camino se han trasladado a un nuevo edificio, situado junto a las antiguas urgenciasdel Hospital de Navarra.

Las urgencias materno-infantiles se mantienen en Virgen del Camino.

Nuevas dotaciones para una mejor atención a pacientes y familiares: tecnología más avanzada, mejores equipamientos, circuitos diferenciados y más áreas de espera.

Recuerde: un uso responsable de la urgencia hospitalaria nos permite atenderle mejor.



www.navarra.es
948 012 012

Gobierno de Navarra