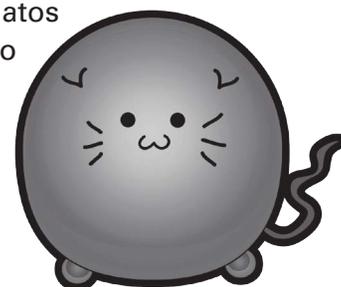


SORIA: ¿ES SALUDABLE? Dr. JM Ruiz Liso

Es una pregunta que a menudo se hacen sorianos, residentes y forasteros que nos visitan. El concepto de SALUD desde que en el siglo pasado la Organización Mundial de la Salud lo definiera, ha sufrido ampliaciones en su contenido. Actualmente es el **“estado de bienestar, físico, psíquico, social y ahora también medio-ambiental”**. No se puede estar sano en un medio natural hostil o contaminado.

Para saber el estado de salud de una población y por tanto si es o no saludable, nos basamos y utilizamos una serie de parámetros objetivos que permitan posicionar y comparar nuestro bienestar. Es necesario que al ponderar utilicemos valores semejantes. Es decir, necesitamos unas reglas estadísticas que permitan ajustar y comparar poblaciones envejecidas como la de Soria con poblaciones jóvenes, poblaciones del tercer mundo con las del mundo desarrollado. Para ello utilizamos Tasas Ajustadas a la Población

Mundial/Europea (M/E) o tasas estandarizadas. Es lo que se utiliza para conocer uno de los principales índices, como en el caso de las Tasas de Mortalidad (TAMM) o de Incidencia (TAIM) que vamos a incluir en este boletín. Ello nos permite situarnos en la realidad objetiva del estado de salud de una población a través de enfermedades como el cáncer, la diabetes o los infartos de miocardio y de factores medioambientales como la contaminación o la sostenibilidad del territorio. Y ello va a depender de nuestro estilo de vida en el que la alimentación va a ocupar uno de los factores más importantes. Hemos realizado el estudio a través de los datos que nos aporta el Instituto de Salud Carlos III durante los años 1978, 1988, 1998 y 2008 en relación con la media nacional de las provincias españolas.



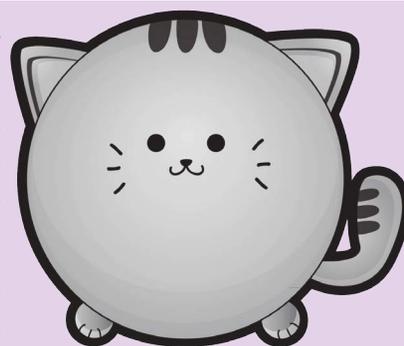
A la vista de las tablas que más adelante incluimos en este boletín y cuya interpretación más específica dejo al lector, cada uno debe contestar a la pregunta inicial de SoriaSalud 4. ¿Es Soria Saludable?. Algunas referencias de interés:

1. La provincia de Soria tiene globalmente las menores tasas de mortalidad por Infarto de Miocardio en hombres y mujeres de España.
2. Igualmente, las tasas de mortalidad por Diabetes Mellitus nos sitúan en los niveles más inferiores en ambos sexos.
3. La mortalidad por Cáncer de Estómago se ha reducido en un 80% en hombres y en un 95% en mujeres, de la que teníamos durante las nueve primeras décadas del siglo XX en toda la población en Soria.-Efecto de la alimentación-
4. La mortalidad por cáncer de mama en la mujer soriana y de acuerdo con los datos que corrobora la AECC, es una de las menores de España, -la menor en 1998- con supervivencias superiores al 80% a los 5 años, y pasando al 2º lugar tras los tumores de Colon-Recto. Todas las provincias españolas sitúan a la Mama como la de mayor mortalidad, salvo la nuestra.





5. La mortalidad por cáncer de pulmón es junto con la de próstata una de las menores del Estado.
6. El 42,7% de nuestra provincia es terreno forestal, especialmente pinares, siendo la provincia con mayor número de certificaciones (estandarizadas a nivel mundial) de Gestión Sostenible Forestal con un 24%. Un 38,7% son tierras de cultivo.
7. En relación con la calidad del aire, tan solo 1 día/año se superó la concentración de 120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ -máximo diario- Valor límite: 25 días/año* (MAGRAMA 2010)
8. La Educación medio-ambiental de nuestros escolares es de las más elevadas del Estado, así como también la de su adecuación a la Dieta Mediterránea; más del 45% frente a la media nacional que apenas supera el 12%.
9. Gran desarrollo de la Micología (senderismo, convivencia y gastronomía), de la truficultura, y de cultivos importantes de productos como el Cardo Rojo de Agreda (más de 200 Ha.) y la borraja en la prevención del desarrollo de muchos tumores.
10. Su climatología IA=2,12 -Semiárida- ($41^{\circ}46' \text{ N } / 02^{\circ}28' \text{ O}$), con 5,01 litros de precipitación anual, una temperatura media anual TMA=10,64°C y una altitud de 1082 metros. (Año 2010) .
11. Arte, Cultura, Turismo, Gastronomía, Historia y Comunidad Emblemática de la Dieta Mediterránea (Unesco 2010).
12. Según el estudio aleatorio realizado por nosotros entre más de 3.000 sorianos y residentes en la provincia, de ambos sexos, mayores de 18 años, el 9,3% (13,9% hombres y 8% mujeres) considera que su salud es excelente. De igual forma consideran su salud buena el 56,4% (67,6% h y 55,5% m), siendo regular en el 31,5% de los sorianos, sin apenas significación para quienes la consideran mala o muy mala.
13. De acuerdo con los datos de la Tarjeta Sanitaria Individual, nuestra provincia tiene una de las mayores tasas de centenarios de las áreas geográficas desarrolladas y con registros provinciales, especialmente en el sexo femenino.
14. El 88,8% de los mayores de 65 años, caminan a diario, siendo esta actividad mayor en el sexo femenino.
15. El 50,4% de la población pertenece a una o más asociaciones (38% culturales, 31,4% amas de casa, 8,8% vecinales, 8% deportivas...).
16. El 13,8% de los encuestados manifiesta ser hipertenso, siendo mayor el número de hipertensos en la población rural y en el componente femenino. Cifras por debajo de la media nacional que se aproxima al 25% de los mayores de 16 años.



17. Espacios naturales únicos como la Laguna Negra de Urbión, Pinares de Covalada, Duruelo y Vinuesa; Acebal de Garagüeta, Cañón del Río Lobos, Moncayo, Tierras Altas, Valonsadero, La Fuentona de Muriel, etc. "Debemos usar los bosques, porque si los usamos, fomentamos su protección dentro de los márgenes de la sostenibilidad". Esto lo dice Álvaro Picardo, asesor en temas forestales del Gobierno de Castilla y León, ingeniero de montes y uno de los impulsores del Bosque Modelo de Urbión, entre Soria y Burgos, un ejemplo donde se combina la explotación forestal (ganadera, maderera, resinas...) y la conservación de la biodiversidad.





DIABETES Tasas Ajustadas de Mortalidad Población Europea x 100.000 h.

Hombres	Mortalidad	1978		1988		1998		2008
Soria	2ª	5,11	2ª	7,49	3ª	8,89		11,15
Máxima	Santa Cruz	64,99	Santa Cruz	35,85	Las Palmas	32,36	Las Palmas	37,22
España	España	16,25	España	16,25	España	15,45	España	13,16
Mínima	Zamora	2,54	Segovia	4	Segovia	4,79	Madrid	6,17
Mujeres	Mortalidad	1978		1988		1998		2008
Soria	3ª	9,26	1ª	5,12	1ª	8,2	3ª	7,31
Máxima	Las Palmas	49,31	Las Palmas	48,84	Las Palmas	29,42	Las Palmas	36,29
España	España	21,76	España	20,65	España	15,82	España	11,7
Mínima	Orense	8,64	Soria	5,12	Soria	8,2	Madrid	5,76

INFARTOS de Miocardio Tasas Ajustadas de Mortalidad x 100.000 h. Pobl. Mundial

Hombres	Mortalidad	1978		1988		1998		2008
I.A.M.	Soria 3ª	49,52	Soria 2ª	40,56	Soria 2ª	41,59	Soria 1ª	24,38
Máxima	Las Palmas	126,42	Las Palmas	100,63	Segovia	41,31	Las Palmas	67,31
España	España	75,38	España	67,16	España	62,15	España	41,34
Mínima	Cuenca	45,22	Guadalajara	40,16	Segovia	41,31	Soria	24,38
Mujeres	Mortalidad	1978		1988		1998		2008
I.A.M.	Soria 4ª	22,55	Soria 4ª	16,77	Soria	24,88	Soria 5ª	11,3
Máxima	Las Palmas	58,32	Las Palmas	46,82	Las Palmas	45,7	Cadiz	28,18
España	España	31,32	España	27,18	España	25,91	España	17,24
Mínima	Zamora	16,33	Burgos	13,68	Alava	14,62	Leon	9,41

TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD x 100.000 personas en SORIA CÁNCER

HOMBRES	Mort.	1978	1988	1998	2008	MUJERES	Mort.	1978	1988	1998	2008
Pulmón	Soria	4,87	26,07	30,25	33	Mama	Soria	10,13	13,54	6,15	9,78
	España	31,92	44,65	48,54	42,2		España	13,15	16,88	15,63	12,63
Próstata	Soria	6,82	13,08	10,9	7,85	Pulmón	Soria	1,65	0,69	2,52	4,28
	España	11,87	12,51	13,63	9,42		España	3,83	3,4	4,3	6,69
Estómago	Soria	31,8	23,59	13,95	7,64	Vejiga	Soria	0,48	1,42	0,28	0,75
	España	20,88	15,11	11,12	7,82		España	1,12	1,18	1	1,12
Boca Faringe	Soria	1,74	4,57	0	2,58	Estómago	Soria	24,84	8,05	9,36	1,26
	España	4,69	6,2	6,63	4,64		España	10,65	7,02	4,69	3,49
Laringe	Soria	3,08	11,09	3,1	3,16	Melanoma	Soria	0,48	1,2	0,63	3,67
	España	7,69	7,15	5,67	3,81		España	0,28	0,57	0,86	0,73
Encéfalo	Soria	3,29	2,29	10,42	2,3	Encéfalo	Soria	0,95	2,14	3,11	0
	España	3,68	3,58	4,55	4,06		España	3,05	2,35	2,57	2,49





MITOS EN MEDICINA:

¿SE DEBE BEBER AGUA SIN ESPERAR A TENER SED?

Dr. Miguel Ángel NOGUERAS



La medicina está llena de mitos o falsas creencias. En unos casos no se encuentran pruebas científicas que confirmen estas creencias, y en otros casos ya se ha demostrado que son falsas. Sin embargo, el público y numerosos médicos siguen creyendo en ellas. Por ello, una de las tareas esenciales de la divulgación sanitaria es erradicar los mitos y ayudar a la gente a razonar científicamente.

La lucha contra los mitos y fraudes se basa en el pensamiento crítico y se opone a las afirmaciones que carezcan de pruebas verificables. Sólo se admite el método científico como única fuente fiable para admitir nuevos conocimientos sanitarios y para evaluar los admitidos hasta ahora. Es la llamada MBE (Medicina Basada en Evidencias).

En todas las especialidades médicas existen mitos y fraudes, pero en Urología encontramos un mito que ha llegado a convertirse en un dogma de fe, me refiero a la creencia de que beber mucho agua es bueno para la salud y se debe beber sin esperar a tener sed. Este mito nació en 1945, cuando una institución norteamericana, **la Food and Nutrition Board of the National Research Council**, publicó una serie de directrices para fomentar y marcar las pautas para una alimentación sana y saludable. *“Una norma común para todo tipo de personas es de un mililitro de agua por cada caloría de alimentos. Para los adultos es de 2,5 litros diarios en la mayoría de los casos. La mayor parte de esta cantidad está contenida en la ingesta diaria de alimentos.”* Esta recomendación pasó a interpretarse como la necesidad de beber 2,5 litros de agua al día, olvidando el último párrafo sobre el contenido de agua de los alimentos. Posteriormente, esta teoría de los dos litros fue difundida por nutricionistas famosos, porque era una clave importante en sus regímenes de adelgazamiento. Otro apoyo importante a esta idea viene de la cultura de la imagen, en que numerosas modelos difunden la idea de que

mantienen una figura estilizada gracias a beber mucho agua. Los medios de comunicación han ayudado a difundir estas imágenes e

ideas, y algunas marcas de agua embotellada se han sumado con agresivas campañas de propaganda. Por otra parte, numerosas organizaciones oficiales lo recomiendan, aunque ninguna aporte pruebas científicas sobre sus posibles beneficios, con la excepción de que los médicos recomendamos beber mucha agua en determinadas patologías (enfermedades de tráquea y bronquios, cálculos renales, infecciones y hematuria), y ello se ha interpretado como que es bueno beber como prevención.

¿Qué dice la medicina basada en evidencias sobre este tema? De forma inevitable es necesario recurrir a unas referencias demasiadas académicas pero indispensables para demostrar su solidez, pero podemos resumir sus aportaciones más importantes en los siguientes puntos:

- En las personas sanas, nuestro cuerpo es capaz de regular el agua que necesitamos mediante el reflejo de la sed. Un consumo excesivo de agua puede ser peligroso produciendo una intoxicación hídrica, hiponatremia (disminución del sodio en la sangre) e incluso la muerte.
- Los estudios existentes sugieren que el líquido necesario se encuentra en los alimentos y bebidas de uso cotidiano, que se complementan con el reflejo de la sed.
- En la revisión realizada por Margaret McCartney (*BMJ 2011;343:d4280*) demuestra que no hay evidencias que prueben el beneficio de beber una mayor cantidad de agua.





- La revisión de Heinz Valtin en el *American Journal of Physiology* (2002; 283:r993-r1004,) demuestra la falta de evidencias que apoyen la recomendación de beber 8 vasos de agua (“no solo no hay evidencia científica de que necesitamos beber mucha, sino que la recomendación podría ser perjudicial”).
- En otra revisión publicada por Rachel C. Vreeman y Aaron e. Carroll (*BMJ* 2007; 335: 1288) demuestran que no hay pruebas sobre el beneficio de beber antes de tener sed.

CONCLUSIONES

La afirmación de que es conveniente beber una determinada cantidad de agua y de forma continuada e incluso sin sed, en las personas sanas, no está sustentada por pruebas científicas serias.



LA GOTA

No vamos a hablar de meteorología ni de agricultura, sino de una enfermedad llamada de “depósito” de sustancias nocivas, fundamentalmente para nuestras articulaciones, y que causa dolor agudo aunque nos olvidemos de ella hasta que aparece.

La **gota**, conocida como la “**enfermedad de los reyes**”, es una **enfermedad metabólica** producida por una acumulación de sales de **urato** en el cuerpo, sobre todo en las articulaciones, en los riñones y tejidos blandos, por lo que se considera tradicionalmente una **enfermedad reumática**. Las crisis, que a menudo surgen súbitamente, se caracterizan por un **dolor muy intenso, por lo general en el dedo gordo del pie**.

Era una **enfermedad asociada a la realeza y a las clases altas de siglos pasados** (el paciente más famoso que padeció gota fue Enrique VIII) pero ahora vuelve a resurgir y parece estar más **vinculada a la obesidad, la mala dieta, el consumo excesivo de alcohol y enfermedades cardiovasculares** como la hipertensión, según lo publicado en la **revista *Rheumatology***.

La **BBC** afirma que un estudio comparó cifras de la prevalencia de la **enfermedad en Nueva Zelanda e Inglaterra** y encontró que los casos de gota se han **duplicado en los últimos diez años**, observándose un “**drástico aumento**” de **86,6%** en las admisiones hospitalarias por causa de la enfer-

medad. Se piensa que la enfermedad afecta del **1% al 2% de la población en occidente** aunque en **Australia**, en la última década, las cifras de la enfermedad se han **duplicado**.

El **aumento de casos de enfermos de gota**, creen los investigadores, que puede estar ligado a la **longevidad y los cambios en la dieta** ya que se relacionan principalmente con **enfermedades cardiovasculares** como **hipertensión (39%)**, **seguido de enfermedad renal (27%) y diabetes (27%)** donde el **sobrepeso y la falta de ejercicio** han contribuido a aumentar estos casos.

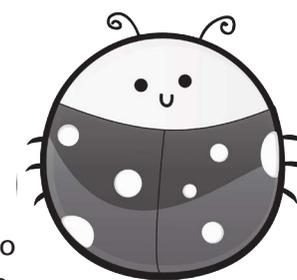
El profesor **Alan Silman**, director médico de la organización **Arthritis Research**, afirma, según la **BBC**, que: “Hay una verdadera falta de conocimiento tanto de pacientes como de profesionales de la salud sobre el tratamiento de esta **dolorosa enfermedad**. Y existe una necesidad real de ofrecer una mejor educación a estos dos grupos”

Además los resultados confirman que las **personas que sufrían gota junto con otro trastorno**, como insuficiencia cardíaca o enfermedad cardiovascular, tenían una **menor probabilidad de supervivencia** que los que fueron admitidos en el hospital únicamente por gota.

Esto sugiere que la **epidemia de obesidad**, que nos está afectando ya a España, podría también ser responsable del drástico aumento en el número de **casos de gota**.



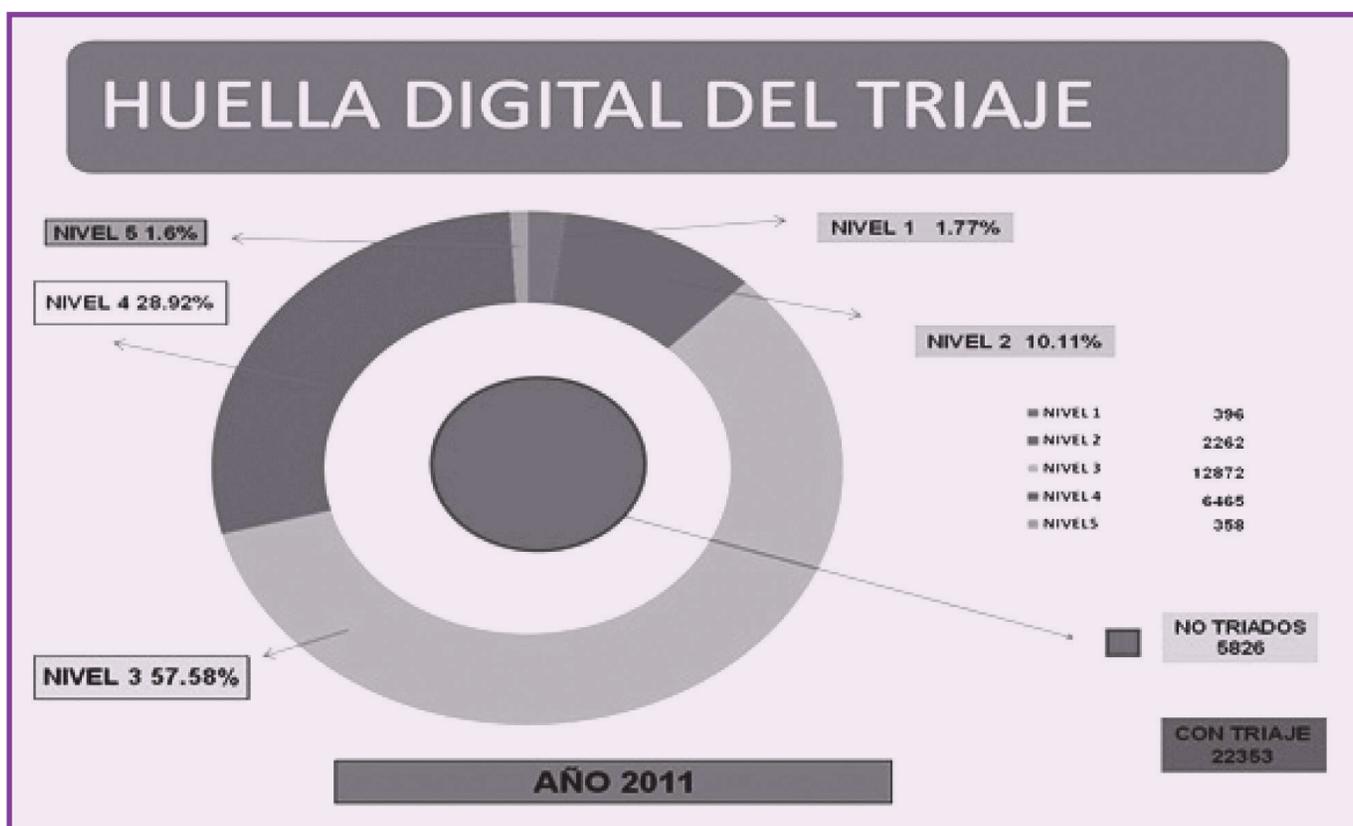
LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIA EN EL SIGLO XXI (I)



Dr. Luis Lapuerta

A decir verdad, Urgencias ya no tiene nada que ver con lo que era antes. De ello nos hemos encargado un poco todos. El desarrollo tecnológico, cultural, y sobre todo las tecnologías de la información, fundamentalmente Internet, han convertido el Servicio de Urgencias en un servicio bullicioso, lleno de personas, unas veces como pacientes, otras veces como usuarios y otras como clientes. Hemos perdido el sentido común y nos hemos vuelto intolerantes con nuestra salud. No soportamos la enfermedad y lo que hace 30 años era parte de nuestra existencia, ahora se ha convertido en nuestro mayor enemigo. Recuerdo mis primeros años en los que la gente solicitaba atención médica solo en situaciones de gravedad. Hemos pasado a multiplicar por 10 las consultas médicas. Comparando urgencias metafóricamente con una gran ciudad como Nueva York, podríamos decir que en urgencias nunca se descansa incluso los habituales, que los hay, se sorprenden si un día hay calma. Urgencias se ha convertido en una consulta de alta resolución donde los pacientes buscan diagnósticos ciertos en poco tiempo huyendo así del entramado

administrativo-burocrático que rodea a la sanidad actual, cosa lógica por otra parte. Es habitual utilizar la atención en Urgencias para solventar las esperas, a veces excesivas de las Consultas Externas de Especialista. Todo el mundo sabe qué días y a qué horas urgencias está colapsado, pero lejos de seguir los cauces de la atención sanitaria pública que dispone de Centros de Salud, ambulatorios, puntos de atención continuada, urgencias extrahospitalarias, etc, la gente padece una tremenda **hospitalitis** y no le importa esperar unas horas en las salas de urgencias de los hospitales, si con ésto consigue su finalidad. Los hay que acuden a Urgencias por el hecho de pasar por allí, por no meterse en la noche, porque para eso pagan, y un largo repertorio. Pero además desoyen campañas de información y rechazan las indicaciones del personal sanitario de dirigirse a su Centro de Salud por patologías banales tras ser valorada su situación médica tras realizarles el **triaje** (clasificación de gravedad).



En la representación expuesta, figura el nivel de gravedad de los pacientes atendidos en Urgencias. Como puede verse, el número de urgencias potencialmente graves (niveles I y II) escasamente representa un 12%. Por el contrario, niveles de baja gravedad (IV y V) representan cerca de un 30%, siendo la mayor parte de los mismos subsidiarios de ser atendidos en los Centros de Salud o los Servicios de Urgencias extrahospitalarios. A este respecto, hay que sumar la espontaneidad de los usuarios por múltiples situaciones ya explicadas con anterioridad, lo que hace que se retrase la asistencia y que los parámetros de calidad puedan disminuir (mayor demora de la prevista, largas permanencias en Urgencias, realización de estudios innecesarios, duplicar asistencias, y un largo etc.

En cuando a la procedencia de los pacientes en nuestra provincia, solo un 30% de los pacientes acuden a su médico de Atención Primaria o consulta con los Servicios de Emergencias 112, siendo la espontaneidad del 70%, cifra similar al resto del conjunto de provincias. Son muchos los pacientes y las situaciones, generalmente justificadas, pero las hay injustificadas y otras fruto de la picardía. Hay gente que acude a Urgencias a la carta, es decir, a la hora y el día por ellos escogidos. Dictaminan qué tipo de pruebas hay que realizarles y exige estudios injustificados y excesivamente caros. Hasta para los escritores, pintores y caricaturistas, Urgencias se ha convertido en una forma de vida.

La sostenibilidad del sistema sanitario público es un problema clásico que ahora se ha vuelto a poner de actualidad debido a la situación de crisis económica que vivimos y que afecta a los países de la Unión Europea y especialmente a España. Desde los años 60 se puso de manifiesto que el gasto sanitario de los países industrializados crecía sistemáticamente por encima del PIB. Parece que el interés sobre este asunto aumenta en las épocas de crisis y disminuye en épocas de bonanza cuando sólo se habla del mismo en foros técnicos, mientras que ahora es un problema que afecta a la opinión pública habiéndose convertido en un arma electoral utilizada por todos los partidos políticos. Ya en la anterior crisis económica de principios de los 90 en España hubo una iniciativa parlamentaria que tuvo como fruto el Informe de la Comisión Abril sobre medidas de eficiencia y sostenibilidad del Sistema Sani-

tario Español. Dicho informe tenía propuestas muy interesantes; algunas se han ensayado en las nuevas formulas de gestión que se han ido implantando en el sistema nacional de salud a los largo de estos últimos años y otras muchas interesantes quedaron el olvido. En la situación actual de crisis económica profunda, donde bajo la crisis financiera subyace un problema de competitividad de nuestro país, es más importante que nunca hacer un análisis objetivo de la situación económica y sanitaria de España y de su Sistema Sanitario para saber qué medidas deberían de tomarse para garantizar la sostenibilidad del mismo, aumentando la eficiencia y disminuyendo el gasto sanitario sin afectar al resultado final de salud de la población.

La sociedad española está viviendo profundos cambios laborales, sociales y culturales en que los usuarios demandan una asistencia sanitaria cada vez más especializada, moderna a nivel tecnológico y con el menor tiempo de demora posible. Esta concepción que tienen los usuarios de la atención sanitaria es lo que hace que muchos prefieran acudir a un servicio de urgencias hospitalario en lugar de ir a un centro de salud, ya sea de urgencias o a su médico de familia. Expresiones como “la cita para mi médico de familia tarda tres días y yo así no puedo seguir”, “es que me tarda en ver el especialista nueve meses y yo estoy mal ahora”, “aunque me pase todo el día al menos me lo hacen todo”, son cada vez más habituales en los servicios de urgencias hospitalarios.

En los últimos 20 años se ha producido una gran revolución en la atención hospitalaria de urgencias. Hace años la gente acudía por patologías graves, la demanda estaba contenida y la gente era más responsable. Se confiaba en los médicos de cabecera y se trataban los síntomas, en muchas ocasiones, con los “remedios de la abuela. Ahora los tiempos han cambiado. Queremos que las cosas sean ya. Queremos que un catarro dure unas horas, que una neumonía se cure en dos días y somos intolerantes a cualquier síntoma banal. Queremos que se nos hagan pruebas, cuantas más caras, mejor, para eso pagamos, y ésto ha desencadenado el endeudamiento del sistema sanitario. Si a ésto le sumamos que somos más con menos (más de cinco millones de parados que no cotizan a la seguridad social), el problema está servido.

En Urgencias debe primar lo grave sobre el orden de llegada, hecho este no entendido por muchos de los pacientes



Consumir refrigerios malsanos (salados y dulces) podría aumentar el riesgo de cáncer de colon y recto en las personas que presentan una susceptibilidad genética a ciertos tipos de cáncer



Las urgencias en los hospitales del SNS crecen continuamente, tanto en pacientes atendidos como en metros cuadrados. En el año 2008, último del que se disponen datos estadísticos, se atendieron 27.180.369 urgencias registradas, lo que supuso un incremento del 51% con respecto a 1997. Frente a un 51% de incremento de las urgencias, la población aumentó un 15%.

Uno de los índices más sencillos y de mayor utilización para tener una indicación indirecta de la gravedad de las patologías atendidas es el porcentaje de urgencias ingresadas, es decir cuántos pacientes de los que acuden a urgencias precisan ingreso en el hospital. En 2008 ingresaron el 11,94% de los pacientes atendidos en la urgencia, mientras que en 1997 esa proporción fue del 15,02%. Y si comparamos la frecuentación de urgencias aumentó en un 27,50%, con una cifra de 547,39 urgencias por cada 1000 habitantes en 2008. Baste decir, que en la actualidad más del 50% de los procesos neoplásicos se diagnostican en Urgencias, cuando su tiempo de latencia ha podido ser de varios meses.

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuida-

dos urgentes, a cualquier hora del día o de la noche. Durante muchos años se han empleado campañas informativas disuasorias de acudir a Urgencias por patología banal, no habiendo obtenido el resultado previsto por parte de la población. En la actualidad se busca más lo "rápido que lo urgente". Ninguna otra unidad asistencial ha evolucionado tan intensamente en los últimos 20 años. En los SUH se han realizado mejoras estructurales en cuanto a espacio y dotación; cambios organizativos, aumento y especialización de las plantillas. Presentan una gran accesibilidad (económica, administrativa, física y temporal) y alto grado de eficacia y calidad asistencial que progresivamente les ha proporcionado un amplio nivel de aceptación y prestigio entre la población general. Todo esto se traduce en una mejora indiscutible de la oferta, tanto en calidad como en cantidad, y en un aumento progresivo y constante de la demanda que explica que de forma cíclica aparezcan los mismos problemas de antaño: fenómenos de saturación, aglomeración, esperas excesivamente prolongadas para la asistencia inicial y la realización de pruebas diagnósticas, etc. Esta situación se repite en distintos ámbitos y países en los que las raíces del problema pudieran ser diferentes, pero con los mismos efectos. El incremento de

la demanda se atribuye al crecimiento de la población, su envejecimiento, al aumento de la prevalencia de patologías crónicas, pero también y en gran medida, a la utilización del Servicio de Urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes. Aumenta la frecuencia de uso de los SUH, pero no lo hace el porcentaje de pacientes graves.

(PARTE I de 2).



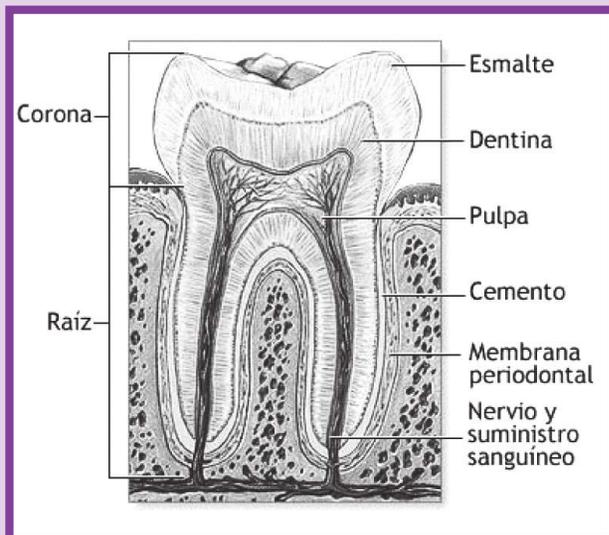
Los niños que comen muchas comidas saladas también tienden a consumir más bebidas azucaradas, lo que a su vez podría condicionar un mayor riesgo de obesidad

LOS DIENTES SON PARA TODA LA VIDA (I)

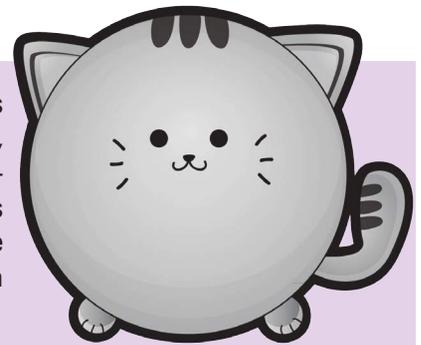
Dra. Matilde Medina

Los dientes en el ser humano, además de servir fundamentalmente para masticar, tienen otras funciones: ayudan a la fonación al apoyarse la lengua en ellos para articular ciertos sonidos; afectan también a las dimensiones y expresión de la cara que puede ser modificada de forma desagradable por la ausencia, alteración del crecimiento, posición o coloración del diente.

Durante la infancia, tenemos los “dientes de leche”, que posteriormente serán reemplazados por los dientes definitivos del adulto



que son de varios tipos: incisivos, caninos o colmillos, premolares y molares, que nos acompañarán toda la vida.



El diente está formado por la **corona** (parte visible) y por la **raíz** que está inmersa en el maxilar. Consta de varias capas, la más externa de la corona está calcificada y es la más dura del organismo, es el **esmalte**; por dentro se halla la **dentina** que penetra en el maxilar para formar la raíz y alberga la cavidad pulpar que se continúa en la raíz por el canal radicular por el cual pasan nervios y vasos. La dentina de la raíz está cubierta por un tejido duro que se llama **cemento**. Las raíces se mantienen en su posición por la **membrana periodontal** que se extiende desde el cemento hasta el maxilar.

A continuación revisamos algunos de los procesos que pueden afectar a los dientes y damos unos consejos de prevención.

Las enfermedades bucodentales más frecuentes en la población son la caries y la enfermedad periodontal.

¿Qué es la caries dental?

- Es una enfermedad infecciosa que no se cura espontáneamente, ataca a las estructuras duras del diente formando cavidades que pueden dar lugar a la destrucción total del diente.
- En su comienzo suele ser indolora y puede ocasionar inflamación, dolor y otros trastornos.
- En su desarrollo intervienen:
 1. El consumo de azúcares y el tiempo que permanecen en la boca.
 2. Las bacterias presentes en la boca.
 3. La resistencia del diente.
- Su tratamiento depende de la fase evolutiva y suele consistir en la eliminación del tejido cariado y posterior obturación con distintos materiales (empaste).



Las mujeres mayores que pierden peso y luego lo recuperan, podrían aumentar su riesgo de problemas cardiovasculares (dietas yo-yo)

¿Qué son las enfermedades periodontales?

Son patologías infecciosas causadas por bacterias que afectan al periodonto, es decir a los tejidos que sostienen a los dientes. Hay 2 grandes grupos:

- 1. Gingivitis:** Cuando se afecta únicamente la encía, es reversible. Su principal señal de alerta es el sangrado. Si no se trata adecuadamente, puede derivar en periodontitis. Su tratamiento consiste en mejorar la higiene y practicar un detartraje ("limpieza de boca" o del sarro)
- 2. Periodontitis:** Se inicia si la gingivitis se mantiene mucho tiempo y además se dan otros factores (genéticos, ambientales, locales...). Aquí se produce una destrucción más profunda que afecta a los otros tejidos del periodonto (el hueso alveolar, el cemento del diente y el ligamento periodontal). Es irreversible y favorece la progresión adicional de la enfermedad al crear un espacio debajo de la encía (bolsa periodontal) en la que cada vez se acumulan mayor cantidad de bacterias que puede provocar la pérdida dentaria. Repercute en la salud general. Su tratamiento además de la mejora de la higiene y el detartraje consiste en practicar raspado y alisado radicular y en casos avanzados cirugía periodontal seguidos de controles de mantenimiento cada 3-6 meses según los casos.

¿En qué consiste una endodoncia? ("matar el nervio")

1. En eliminar el tejido pulpar enfermo del interior de los conductos del diente.
2. En limpiar y preparar esos conductos hasta el final de sus raíces.
3. En rellenar y obturar completamente esos conductos con material especial.

Sirve para salvar los dientes, evitando su extracción cuando la pulpa está afectada de forma irreversible por caries profunda o traumatismos.

¿Qué son los implantes dentales?

Son aditamentos, como raíces artificiales, creados para sustituir los dientes ausentes o perdidos por cualquier causa. Actualmente están fabricados preferentemente en titanio químicamente puro y actúan como sustitutos de las raíces dentales.

Sobre los implantes podemos sujetar todo tipo de prótesis, desde prótesis completas hasta dientes unitarios o puentes de más de una pieza.

Se colocan con una simple intervención quirúrgica, bajo anestesia local en condiciones de esterilización del campo quirúrgico. Normalmente se dan unos puntos de sutura que se retiran en una semana.

El implante "reposa" aproximadamente de 2 a 4 meses según el caso para que quede integrado (soldado al hueso) y poder aguantar después las fuerzas de la masticación. Pasado ese tiempo de espera, se inicia el tratamiento restaurador (prótesis).

La prótesis podrá ser cementada o atornillada sobre una pieza intermedia entre implante y corona llamada pilar.

Cuando es dentadura completa puede ser fija o removible según los casos y número y disposición de los implantes.

En algunos pacientes con unas características especiales, se pueden realizar implantes de carga inmediata, colocando implante y diente o dientes desde el mismo día de la cirugía.

Es imprescindible establecer un plan de revisiones periódicas.



Los adultos mayores con cáncer de colon que tomaron una dosis baja diaria de aspirina tendieron a vivir más que los que no utilizaron el fármaco

¿CÓMO SE PREVIENEN? CONSEJOS BÁSICOS:

I. Cuidar la alimentación: Es un factor determinante en la salud bucal. Algunos alimentos especialmente los dulces generan ácidos que atacan el esmalte debilitándolo y llegando a destruirlo (caries). Evitarlo depende en gran medida de adoptar una dieta sana y con bajo contenido en azúcares cariogénicos.

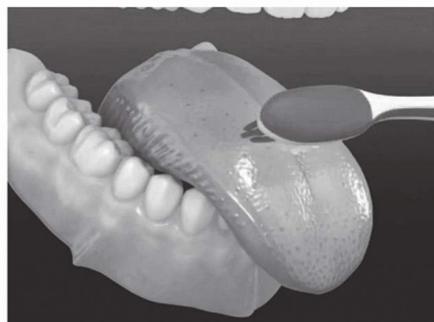
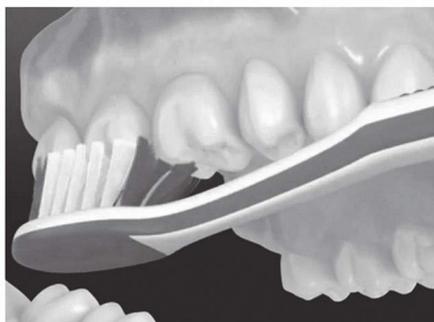
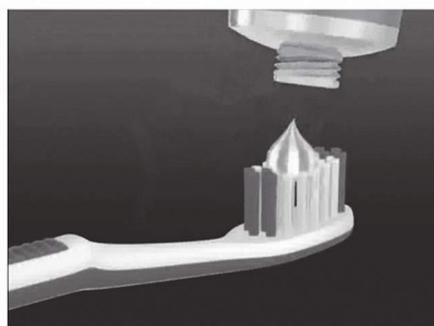
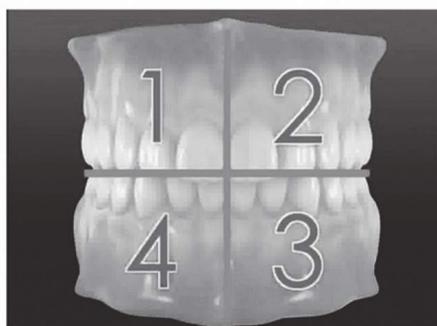
II. Higiene cuidadosa de la boca :

- **Cepillado correcto:** Con una pequeña cantidad de pasta fluorada cepillar todas las caras de los dientes durante 2 o 3 minutos como mínimo 2 veces al día, preferentemente después de cada comida y antes de acostarse. También cepillar la lengua, el paladar y la cara interna de las mejillas. El uso del revelador de placa (pastillas de colorante que tiñen la placa dental, para ayudarnos a detectarla) es importante para aprender a cepillarse.
- **Uso de la seda dental o cepillos interproximales:** Para eliminar la placa de las zonas interdentales y bajo las encías.
- **Enjuagues bucales:** según las necesidades particulares. (Flúor diaria o semanalmente y/o antisépticos).

III. Visitar regularmente a su dentista: 1 o 2 veces al año, para realizar actividades preventivas (aplicaciones de geles de flúor, selladores de fisuras en los niños....) y/o curativas (obturaciones, endodoncias...)



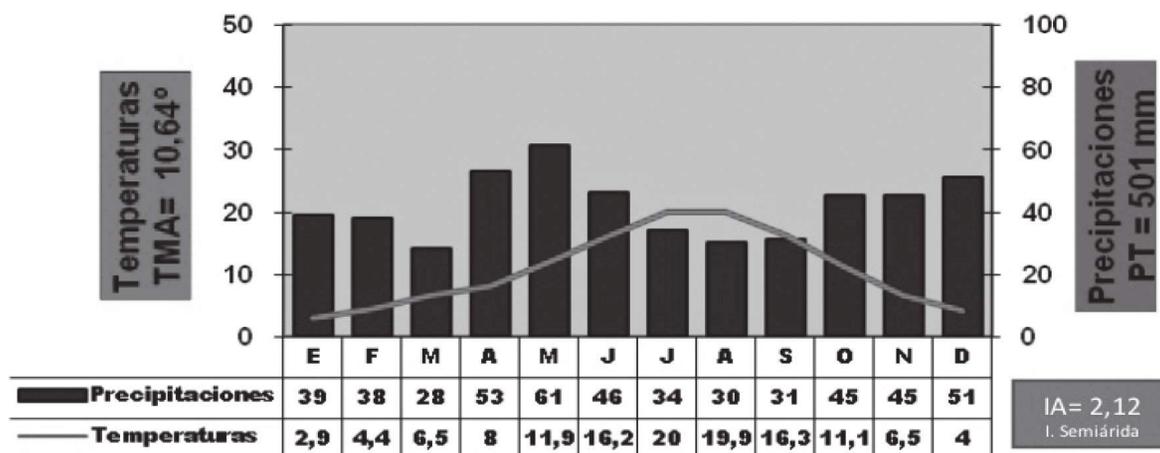
PASO A PASO PARA UN BUEN CEPILLADO



SORIA

41°46'N
02°28'O

Altitud =1.082ms



SORIA CARDIOPROTEGIDA

LOCALIZACIÓN DE DESFIBRILADORES CAJEROS AUTOMÁTICOS y DESAs en CAJA RURAL



24 HORAS

OFICINAS DE Caja rural de Soria

- Diputación, 1
- Avda. Mariano Vicén 39
- Camaretas
- Francisco de Agreda, 2
- Avda. Valladolid, 7
- Plaza de Mariano Granados nº 2.
- Pol. Ind. Las Casas
- Zona de Hipermercado. Leclerc

POLICÍA LOCAL. Obispo Agustín, 1

POLICIA NACIONAL
Comisaría Nicolás Rabal 9

CUARTEL DE LA GUARDIA CIVIL
Eduardo Saavedra 2

PALACIO CONDES DE GÓMARA
AUDIENCIA PROVINCIAL



- Centro de Salud **Soria Norte**
- Centro de Salud Soria Sur. **La Milagrosa**
- Hospital de La **Virgen del Mirón:**
Entrada al hall
- Hospital de **Santa Bárbara.** Urgencias

CENTROS MÉDICOS

- **PAMA.** Ronda Eloy Sanz Villa 2
- **ASISA.** Pasaje Mariano Vicén
- **Mutual Cyclops.** Las Balsas, 4
- **Mutua Universal.** Avda Duques De Soria 1

JORNADA LABORAL SIN FESTIVOS

- **Delegación Territorial**
Junta de Castilla y León. Linajes 1

DESFIBRILADORES EN LA PROVINCIA: CONSULTAR AYUNTAMIENTOS

EDITA: Fundación Científica Caja Rural de Soria. Ejemplar gratuito. Coordina: D. Ruiz García
Puede consultar esta y otras publicaciones de la FCCR en la web: www.fundacioncajarural.net
D.L. SO-1/2012



Tener elevado el PSA (antígeno prostático específico) no es signo de padecer un cáncer de próstata. (30% Soria)