



Complejo Asistencial
de Zamora

NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora

Febrero 2015; Vol. XI N° 1

Versión digital ISSN:1578-7516

EDITORIAL

1. Cruz Guerra N; Director de la revista Nuevo Hospital
2. Carta de Presentación de D^a. Ana Belén Báez Marín, Directora de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora

ORIGINALES

3. Papel de las nuevas tecnologías en el aprendizaje o mejora de habilidades clínicas en Anestesiología y Reanimación

Sánchez Tabernero A, Juanes Méndez JA, Hernández Zaballos F, Curto Diego B, Moreno Rodilla V, Alonso Hernández P.

11. Relaciones interdisciplinarias de la consulta médica de Foniatría del Complejo Asistencial de Zamora en patología de la comunicación infantil

Santos y Pérez ME.

19. Estudio de los factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna en una consulta de Pediatría

Luis Corral T, Pérez Grande R, Mahrady O, Hernández Villalón A, Encinas Tabanera V, Ochoa Sangrador C, Piorno Hernández MJ.

24. Estilo de Vida Mediterráneo + Patrimonio Histórico Cultural. Una simbiosis saludable

Martínez Badillo C, Badillo Santa Teresa MC.

CASOS CLÍNICOS

42. Neumonía oculta en radiografías de tórax. A propósito de un caso clínico

Maita Linares K, Marín Balbín J, Carbajosa Alcántara M, Alaejos Pascua I.

47. Fractura atípica bilateral de fémur asociado al consumo crónico de bifosfonatos: A propósito de un caso.

Castillo Solano J, Blanco Sanchón JJ, Aranguren Rodríguez DF, Camacho Jañez C, Humada Álvarez G, Vaquero Barrón M, Riera Cabanilles JL.

52. Nota Informativa: Jornada de Investigación en Enfermería, 8 de noviembre de 2014

54. Cartas al Director

55. Normas de Publicación

NUEVO HOSPITAL

Dirección

Nicolás Alberto Cruz Guerra

Secretario

Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

Comité Editorial

Mar Burgoa Arenales
Juan Carlos García Vázquez
Beatriz Muñoz Martín
Jesús Pinto Blázquez
Carmen Villar Bustos

Fundada en 2001 por el
Dr. José L. Pardal Refoyo

© Copyright 2011. Reservados todos los derechos.
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Edita:
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Diseño y realización:
Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

Nuevo Hospital, con ISSN 1578-7516 (versión digital), y de periodicidad cuatrimestral (3 nº al año) es el órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora.
<http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora>

Correo electrónico :
revistanuevohospital@saludcastillayleon.es

Presentamos el primer número de la revista Nuevo Hospital correspondiente al mes de febrero de 2015. En él se incluye un interesante trabajo original de Sánchez Tabernero y colaboradores acerca del papel de las nuevas tecnologías en la formación MIR de Anestesiología. Otro original es el enviado por Luis Corral y colaboradores, revisando los factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. Una tercera publicación corresponde a Santos Pérez, que nos aporta un estudio acerca de las relaciones interdisciplinarias de la consulta médica de Foniatría en patología de la comunicación infantil. El cuarto original es un nuevo estudio pormenorizado de Martínez Badillo y Badillo Santa Teresa acerca de la fusión entre el estilo de vida saludable y la práctica de rutas patrimoniales en nuestra ciudad de Zamora.

El número incluye dos casos clínicos: Fractura atípica bilateral de fémur asociado al consumo crónico de bifosfonatos, de Castillo Solano y colaboradores; y otro de Maita Linares y colaboradores, haciendo referencia a neumonía oculta en radiografías de tórax. Por otra parte, Villar Bustos presenta un resumen sobre la jornada de Investigación de Enfermería celebrada en noviembre de 2014.

Asimismo, se publica, dentro de la sección Cartas al Director, nota aclaratoria de la autora Ferrero Mato y colaboradores, acerca del caso clínico publicado en el número de octubre de 2014 de Nuevo Hospital, "ceguera súbita en Urgencias", y en relación a su vez con comunicación recibida por el comité editorial de esta revista, firmada por el Dr Ruiz Ezquerro, y de la cual fue cursada oportuna respuesta.

Por último, felicitamos por su nombramiento como nueva Directora de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora a Ana Belén Báez Marín, agradeciendo sus palabras de apoyo hacia nuestra revista, recogidas en la carta remitida para su publicación, y le deseamos todo el éxito en el desempeño de su cargo.

Como es habitual, en nombre de los miembros del comité editorial, debo transmitir a los autores la felicitación por el esfuerzo que supone la realización de los trabajos de este número y aprovecho como siempre para enviar un saludo a todos los miembros del CAZA, insistiendo en la lectura de la revista y a su implicación/participación en ella.

Nicolás Alberto Cruz Guerra
Director de la revista Nuevo Hospital

EDITORIAL

“Una regla sin excepción es que ningún paciente debería quedarse en el hospital ni un día más de lo absolutamente esencial”
“Notes on Hospitals” (1863)
Florence Nightingale

Con ésta y otras muchas reflexiones de la pionera de la Enfermería moderna Florence Nightingale, comienzo esta etapa importante e ilusionante como Directora de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora. Agradecer al Gerente de Atención Primaria/Hospitalaria Dr. Montes Villameriel por haber depositado su confianza en mí, y por supuesto, la deferencia por parte del Consejero de Sanidad D. Antonio M^a Sanz Aguado de aceptar esta propuesta. Espero no defraudarles.

No debo pasar por alto la disponibilidad e implicación en la formación de la Escuela de Grado en Enfermería de Sacyl de Zamora, así como las recomendaciones de la Organización Colegial de Enfermería.

Desde aquí, hago un llamamiento, para los que no tuvieron la oportunidad de escuchar mis palabras el día de la presentación, al trabajo en equipo desde esa perspectiva multi e interdisciplinar, a la creatividad y a la innovación y por supuesto a la continuidad en armonía y sintonía de los distintos niveles, Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Sociosanitaria, sin perder de vista los principios éticos que rigen las profesiones para que entre todos consigamos los mejores resultados. Humildemente os pido tiempo y comprensión, estoy por supuesto a vuestra disposición para todo lo que consideréis oportuno.

Por último, felicitar a la Revista Nuevo Hospital y darle las gracias también, por brindar la posibilidad de difundir el conocimiento.

Muchas Gracias

Ana Belén Báez Marín
Directora de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora

Papel de las nuevas tecnologías en el aprendizaje o mejora de habilidades clínicas en Anestesiología y Reanimación.

Sánchez Tabernero A

Residente de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor de cuarto año. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

Juanes Méndez JA

Profesor titular de Anatomía Humana. Departamento de Anatomía e Histología Humanas. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca. (España).

Hernández Zaballos F

Licenciado especialista en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. (España).

Curto Diego B

Profesora titular de la Universidad de Salamanca. Departamento de Informática y Automática. Facultad de Ciencias. Universidad de Salamanca. Salamanca. (España).

Moreno Rodilla V

Profesora titular de la Universidad de Salamanca. Departamento de Informática y Automática. Facultad de Ciencias. Universidad de Salamanca. Salamanca. (España).

Alonso Hernández P

Licenciado especialista en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. (España).

Correspondencia: alvarosanchezt@hotmail.com

RESUMEN

Objetivos: el objetivo del estudio realizado era revelar el papel que juegan las nuevas tecnologías en la adquisición de contenidos teóricos y en el aprendizaje o mejora de habilidades clínicas prácticas en los residentes de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor de Castilla y León. Además queríamos conocer la dotación tecnológica de los distintos hospitales públicos de dicha comunidad autónoma y la disposición de los residentes a emplear parte de su tiempo libre en el entrenamiento con nuevas tecnologías.

Material y métodos: diseñamos un estudio transversal que incluyó una muestra de 46 residentes de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor de distintos hospitales públicos de Castilla y León.

Resultados: las nuevas tecnologías son ampliamente usadas (83% de los encuestados) para la adquisición de conocimientos teóricos, mientras que su uso en el aprendizaje o mejora de habilidades clínicas prácticas es minoritario (10%). Todos los residentes encuestados emplearían parte de su tiempo libre en el entrenamiento con nuevas tecnologías. Al menos un 35% de los hospitales no dispone de los medios necesarios para llevar a cabo dicha tarea.

PALABRAS CLAVE

Anestesiología. Entrenamiento. Habilidades clínicas. Nuevas tecnologías.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente en Medicina, las habilidades clínicas prácticas han sido adquiridas mediante el modelo de imitación, el cual se basa en visualizar y ayudar a profesionales más experimentados a realizar diversas tareas. De este modo se iban adquiriendo conocimientos prácticos y poco a poco se iban realizando tareas cada vez más complejas a lo largo del tiempo, con más autonomía y con un grado decreciente en la supervisión¹.

El horario laboral de los profesionales está destinado sobre todo a la labor asistencial. Y por tanto, los médicos que quieran dedicar tiempo a la mejora de sus conocimientos teóricos, prácticos o a la investigación deberán emplear parte de su tiempo libre en dicha labor.

Los pacientes cada vez demandan profesionales más y mejor preparados y para ello se necesita tiempo que, dada la gran actividad asistencial, escasea dentro del horario laboral.

Por ello, en las últimas décadas los modelos de adquisición de habilidades tanto teóricas como prácticas están cambiando para ajustarse a las nuevas necesidades sociales. Las nuevas tecnologías están revolucionando las formas de aprender. El acceso casi inmediato a la información y los simuladores prácticos ponen a disposición de los médicos los medios necesarios para que la atención prestada a los pacientes pueda ser cada vez mejor y más segura, que es lo que muchos pacientes demandan.

La seguridad en Anestesiología es uno de los objetivos más importantes², por ello el entrenamiento con simuladores hace disminuir los errores sobre pacientes por inexperiencia³ (Figura 1). Éstos hacen posible un mejor manejo de distintas destrezas manuales sin poner en riesgo a pacientes reales. Por ello, el desarrollo de simuladores prácticos para el entrenamiento de técnicas cada vez es mayor⁴.

El objetivo de este trabajo es conocer la realidad de los hospitales públicos de Castilla y León en cuanto a dotación tecnológica se refiere, la importancia que se le da a las nuevas tecnologías entre los residentes de Anestesiología y qué parte de su tiempo libre estarían dispuestos a emplear en el entrenamiento con nuevas tecnologías.

OBJETIVOS

El objetivo principal de nuestro estudio es conocer el papel de las nuevas tecnologías en el entrenamiento de los residentes de Anestesiología de Castilla y León.

Los objetivos secundarios son conocer la dotación de nuevas tecnologías para dicho fin en los distintos hospitales públicos de Castilla y León, y qué parte de tiempo libre estarían dispuestos a emplear en dicho entrenamiento los encuestados.

MÉTODO

Diseñamos un estudio transversal con el objetivo de investigar el uso, conocimiento y disponibilidad de las nuevas tecnologías en el proceso de formación de los residentes de Anestesiología en Castilla y León.

Para la recogida de datos se utilizó el método de evaluaciones sumarias mediante la escala psicométrica de Likert, especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo en cada ítem formulado en una escala de 1 a 4.

Con ella se pretendía conocer el perfil de los residentes (variables: años de residencia, edad, sexo), la utilización de nuevas tecnologías para la adquisición tanto de conocimientos teóricos como de habilidades clínicas prácticas, su predisposición hacia el uso de las mismas (variable: número de horas a la semana fuera de horario laboral que emplearía en el entrenamiento con simuladores), dotación de simuladores en los distintos hospitales, incluyendo una pregunta final acerca del conocimiento o no de los dispositivos hápticos (Figura 2).

La población diana del mismo fueron 46 residentes de los distintos hospitales públicos de Castilla y León. El contacto con esta población se estableció en la Reunión Anual de Residentes de Castilla y León (Figura 3).

Una vez recogidos los datos, se analizaron utilizando el programa SPSS en su versión 15.0 utilizando el procedimiento de frecuencias.

RESULTADOS

Mientras que las nuevas tecnologías fueron muy usadas en la adquisición de conocimientos teóricos,

las habilidades prácticas aún se adquieren y/o mejoran de forma tradicional.

Respecto al perfil de los 46 residentes encuestados 10 eran de primer año, 11 eran de segundo, 15 eran de tercero y 10 eran de cuarto. La mayoría de ellos tenían una edad comprendida entre 20 y 30 años (31 personas). Dos tercios de la muestra eran mujeres.

Respecto al uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), el 83% de los encuestados ha utilizado o utiliza habitualmente las nuevas tecnologías para adquirir conocimientos teóricos, mientras que sólo un 10% utiliza habitualmente simuladores, dispositivos, etc... para la adquisición o mejora de las habilidades clínicas prácticas, un 46% a veces, un 39% casi nunca y un 5% no las ha utilizado nunca (Figura 4).

Respecto a la importancia que le dieron a las nuevas tecnologías en la adquisición de conocimientos teóricos, un 46% le dio mucha importancia y un 54% las consideró imprescindibles. La adquisición y/o mejora de las habilidades clínicas prácticas con nuevas tecnologías fue marcada por un 5% como un poco importante, por un 54% como muy importante y por un 41% como imprescindible (Figuras 5 y 6).

Todos los participantes estarían dispuestos a emplear parte de su tiempo fuera del horario laboral. La mayoría entre dos y cinco horas semanales (70%) (Figura 7).

El 35% de los participantes dispone de simuladores en su hospital (principalmente maniquí), otro 35% no dispone de ningún tipo de simuladores y un 30% desconoce si su centro dispone o no de dichos elementos (Figura 8).

Cabe resaltar también que el 87% de los encuestados no conoce lo que es un dispositivo háptico (Figura 9).

DISCUSIÓN

A pesar de los grandes avances que se han producido en el ámbito de los simuladores médicos la realidad de su uso en los hospitales de Castilla y León es bien distinta.

En los últimos 25 años, los avances en simulación han mejorado significativamente el aprendizaje y mejora de la especialidad de Anestesiología,

Reanimación y Tratamiento del Dolor, y cada vez son más numerosos. Podemos citar como ejemplos los simuladores de pacientes humanos de alta fidelidad, simuladores de tareas (manejo de la vía aérea, canalización de vías centrales, bloqueos nerviosos periféricos guiados por ecografía, canalizaciones arteriales, anestesia/analgesia neuroaxial), y programas informáticos basados en simuladores en pantalla y de realidad virtual⁵.

La adquisición de habilidades clínicas prácticas en el ámbito de la Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor ha sido y es actualmente tradicional; es decir, observación de profesionales con más experiencia y realización de tareas de más sencillas a más complejas y de mayor a menor supervisión a medida que pasa el tiempo y el número de procesos¹.

Sin embargo, el desarrollo de las nuevas tecnologías y el interés que éstas despiertan en el entrenamiento de dichas habilidades puede suponer un cambio en el modelo de aprendizaje y/o perfeccionamiento⁶.

Es cierto que la mayoría de estudios realizados con simuladores en Anestesiología se han llevado a cabo en hospitales de Estados Unidos, quienes van a la cabeza de estos avances, incluyendo algunos de ellos, el entrenamiento con simuladores en sus planes de estudios.

Existen publicados algunos estudios realizados con simuladores en anestesia. En el ámbito de la anestesia cardio-torácica, los simuladores de ecocardiógrafos transesofágicos han sido estudiados con resultados superiores en los entrenados con simuladores en cuanto a la mejor realización técnica⁷⁻¹⁰. Srdjan et al³ mostraron que el uso de simuladores en este campo mejoraba el conocimiento de la anatomía ecocardiográfica normal con respecto al entrenamiento tradicional.

Zsuzsanna et al muestran en su estudio las diferencias que hay entre entrenar con o sin simulador una técnica tan común en Anestesiología como es la anestesia espinal. En este caso, a pesar de que en la realización de la técnica no mostraron diferencias, el estrés con el que se enfrentaron a pacientes reales fue menor².

El uso de simuladores en la canalización de vías centrales está ampliamente desarrollado y con resultados que arrojan gran ventaja en cuanto al menor número de intentos, la menor incidencia de

punciones arteriales y el descenso de las infecciones relacionadas con catéter¹¹⁻¹⁵.

Existen también estudios con simuladores de técnica epidural^{2,16} y fibrobroncoscopia¹⁶.

El estudio que nosotros presentamos no está centrado en evaluar las mejoras que introducen las nuevas tecnologías como tal, sino en investigar si dichas tecnologías han llegado a nuestros hospitales y el uso que se les da, en caso de tenerlas.

CONCLUSIONES

Con los resultados anteriormente expuestos podemos concluir que el uso de nuevas tecnologías en los hospitales de Castilla y León en la adquisición de conocimientos teóricos es amplio.

Sin embargo, el uso de tecnología para la adquisición y/o mejora de habilidades clínicas prácticas es escaso.

Gran parte de los hospitales carece de simuladores y otro tipo de dispositivos.

Todos los residentes encuestados estarían dispuestos a pasar parte de su tiempo entrenando con los simuladores para mejorar sus habilidades clínicas prácticas. Y la gran mayoría lo consideran muy importante o imprescindible.

Por todo ello, creemos que existe una necesidad importante en este ámbito de la formación de los residentes que sería cubierta con un aumento de la dotación de los hospitales y con la inclusión de un apartado destinado al entrenamiento con simuladores en el programa formativo de los residentes de Anestesiología y Reanimación.

AGRADECIMIENTOS

A A los autores de este estudio nos gustaría agradecer la colaboración de los residentes de Anestesiología y Reanimación de los hospitales de Castilla y León.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grantcharov TP, Reznick RK. Teaching procedural skills. *BMJ*. 2008; 336 (7653):1129-31.
2. Kulcsár Z, O'Mhony E, Lövquist E, Aboulafia A, Sabova D, Ghori K, Iohom G, Shorten G. Preliminary evaluation of a virtual reality-based simulator for learning spinal anesthesia. *J Clin Anesth*. 2013; 25(2): 98-105.
3. Jelacic S, Bowdle A, Togashi K, Von Homeyer P. The use of TEE simulation in teaching basic echocardiography skills to senior Anesthesiology residents. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2013; 27(4): 670-75.
4. Littlewood KE. High fidelity simulation as a research tool. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011; 25(4):473-87.
5. Ehrenwerth J, James B, Einsenkraft Md. Anesthesia equipment: Principles and applications. 2ª ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013.
6. Park J, MacRae H, Musselman L, Rossos P, Hamstra SJ, Wolman S, Reznick RK. Randomised controlled trial of a virtual simulator training: transfer to olive patients. *Am J Surg*. 2007; 19: 205-11.
7. Bose RR, Maytal R, Warraich HJ, Summers J, Subramaniam B, Mitchell J, Panzica PJ, Shahul S, Mahmood F. Utility of a transesophageal echocardiographic simulator as a teaching tool. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2011; 25(2): 212-15.
8. Jerath A, Vegas A, Meineri M, Silversides C, Feindel C, Beattie S, Corrin M, Tait G. An interactive online 3D model of the heart in learning standard transesophageal echocardiography views. *Can J Anaesth*. 2011; 58(1): 14-21.
9. Neelankavil J, Howard-Quijano K, Hsich TC, Ramsingh D, Scovotti JC, Chua JH, Ho JK, Mahajan A.. Transthoracic echocardiography simulation is an efficient method to train anesthesiologist in basic transthoracic echocardiography skills. *Anesth Analg*. 2012; 115: 1042-51.
10. Vegas A, Meineri M, Jerath A, Corrin M, Silversides C, Tait G. Impact of online transesophageal echocardiographic simulation on learning to navigate the 20 standards views. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2013; 27: 531-35.

11. Barsuk JH, Cohen ER, Feinglass J, McGaghie WC, Wayne DB. Use of simulation-based education to reduce catheter-related bloodstream infections. *Arch Intern Med.* 2009; 169(15): 1420-23.
12. Barsuk JH, McGaghie WC, Cohen ER, O'Leary KJ, Wayne DB. Use of simulation-based mastery learning reduces complications during central venous catheter insertion in a medical intensive care unit. *Crit Care Med.* 2009; 37(10): 2697-701.
13. Barsuk JH, McGaghie WC, Cohen ER, Balachandran JS, Wayne DB. Use of simulation-based mastery learning to improve the quality of central venous catheter placement in a medical intensive care unit. *J Hosp Med.* 2009; 4(7): 397-403.
14. Cohen ER, Feinglass J, Barsuk JH, Barnard C, O'Donnell A, McGaghie WC, Wayne DB. Cost savings from reduced catheter-related bloodstream infection after simulation education for residents in a medical care unit. *Simul Healthc.* 2010; 5(2): 98-102.
15. Ssih.org [sede web]. Minneapolis, MN: Society for simulation in Healthcare; 2011- [actualizada 2011; citada el 31 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.ssih.org/>
16. Rowe R, Cohen RA. An evaluation of a virtual reality airway simulator. *Anesth Analg.* 2002; 95: 62-66.

TABLAS Y FIGURAS



Figura 1. Simulador de paciente.



Figura 2. Dispositivo háptico.



Figura 3. Residente practicando con un simulador de intubación con fibrobronscopio.



Figura 4.

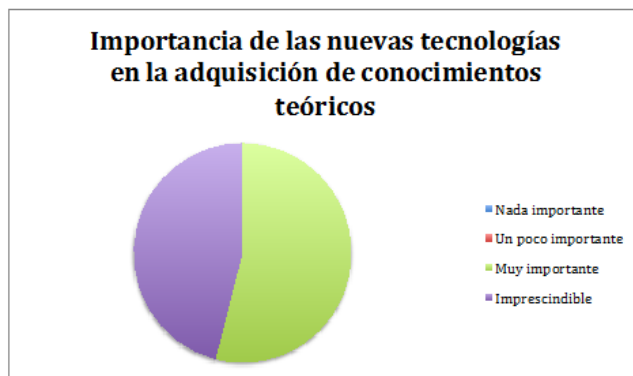


Figura 5.

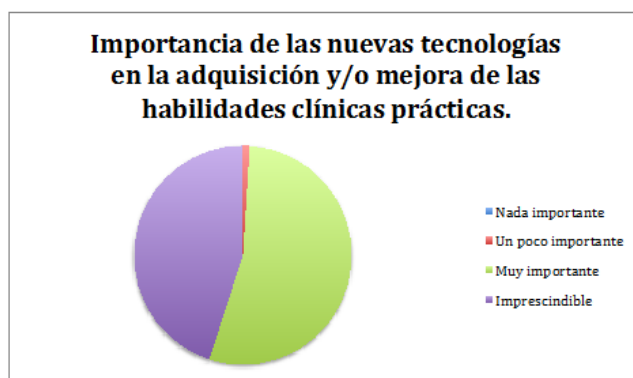


Figura 6.



Figura 7.

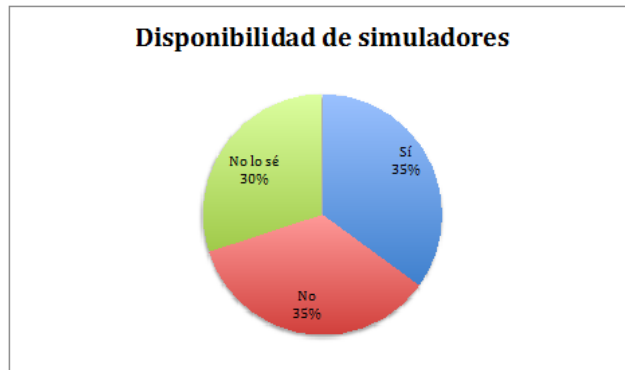


Figura 8.

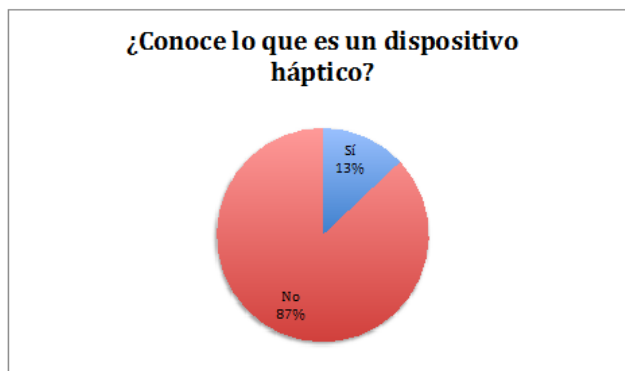


Figura 9.

Relaciones interdisciplinarias de la consulta médica de Foniatría del Complejo Asistencial de Zamora en patología de la comunicación infantil.

Santos y Pérez ME

Médico foniatra y responsable de la Unidad de Foniatría. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

Correspondencia: esantosp@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Objetivos: en el presente trabajo se intenta realizar un estudio estadístico de las patologías abordadas en la consulta médico-foniátrica del Hospital Virgen de la Concha de Zamora respecto a las alteraciones de la comunicación que ha presentado la población infantil durante un periodo de tres meses en el presente año, así como las relaciones interdisciplinarias que se mantienen con otros Servicios hospitalarios o extrahospitalarios tanto del SACYL como de los Servicios Sociales y del Ministerio de Educación.

Material y métodos: se recogieron los datos referentes a sexo, edad, servicio que solicitaba el estudio, patología, pruebas o valoraciones que se solicitaron desde Foniatría para completar el estudio y el tratamiento aplicado, entre los meses de abril y junio de 2014 de todos los pacientes en edad infantil que acudieron a la referida consulta médica.

Resultados: los obtenidos indican que la patología de la comunicación es más frecuente en niños que en niñas en una proporción 2:1 y en edades entre los tres y 10 años. El Servicio que solicitó más evaluaciones fue Pediatría con el 86% del total y principalmente Atención Primaria. Algunos pacientes presentaron procesos asociados. Predominó el grupo con alteraciones del desarrollo en el lenguaje oral y habla (54,66%) seguido del de la lecto-escritura (34,66%). En tercer lugar los problemas auditivos (17,33%) con predominancia de la hipoacusia de transmisión.

Conclusiones: desde nuestra consulta se remitieron para recibir logoterapia en su Centro Escolar con el especialista de Audición y Lenguaje (A - L) el 68% de los casos. El 10,66% acudió al INMSERSO (Centro Base). En las relaciones con Servicios del SACYL, la mayor correspondencia se mantuvo con los pediatras

(18,66%). El 16% con el servicio de ORL (principalmente con Audiología). Sólo uno fue remitido a Psiquiatría infantil y otro a Electrofisiología. Un 14,66 % de los pacientes fueron alta.

PALABRAS CLAVE

Desarrollo del lenguaje. Retraso del lenguaje. Dislexia. Foniatría.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

Se realiza este estudio con los datos obtenidos del segundo trimestre de 2014 respecto a la evaluación y diagnóstico de las patologías en el campo de la comunicación infantil tanto del lenguaje oral como escrito que se han presentado en la consulta médica de Foniatría del Complejo Asistencial de Zamora (CAZA).

La Foniatría según la Real Academia de la Lengua se define etimológicamente como: "Parte de la Medicina dedicada a las enfermedades de los órganos de la fonación". La Sociedad Médica Española de Foniatría (SOMEF), constituida en octubre de 1982, realiza una exposición más detallada del tema e indica que es "la especialidad médica encargada de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del **lenguaje, el habla y la voz** como vehículos de la comunicación verbal así como de los trastornos de la **audición** que inciden

sobre ellas y los trastornos de la **deglución**. En sentido amplio es la especialidad médica dedicada a los trastornos de la **comunicación**".

Aporta, por tanto, un método médico conservador, no invasivo o rehabilitador al estudio de los aspectos funcionales predominantes en el diagnóstico y tratamiento en estos pacientes (aspectos cognitivos, conductuales, emocionales, lingüísticos, perceptivo-motores, etc). Combina conocimientos de disciplinas médicas (Otorrinolaringología, Rehabilitación, Neurología, Psiquiatría, Pediatría, Odontología, etc) y no médicas (Lingüística, Fonética, Acústica, Psicología, Pedagogía, Ciencias de la Comunicación, Ciencias del Comportamiento, etc.) para abordar de manera específica y diferenciada estos trastornos. Esta perspectiva funcional sintoniza de forma especial con el concepto actual de funcionamiento y discapacidad de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la OMS) (www.somef.es).

Así pues, la Foniatría es una ciencia multidisciplinar, que ha de mantener relación con otras áreas del saber que actúan desde otros "puntos de vista" con los casos que aborda y estas relaciones son el fundamento del presente estudio.

Las patologías o trastornos más frecuentes de la comunicación en niños suelen ser las alteraciones en el desarrollo del lenguaje y habla y posteriormente las del lenguaje escrito, existiendo una cierta relación entre ambas, es decir que, en casos en los que se ha presentado alguna alteración del lenguaje en años posteriores pueden apreciarse dificultades en la adquisición correcta de la lecto-escritura pero esto no acontece en todas las situaciones, existe un porcentaje que presentan alteraciones en el lenguaje escrito "de novo" sin haber existido factores negativos en el desarrollo del lenguaje oral.

El lenguaje articulado es exclusivo del ser humano, es su forma de comunicación y esta capacidad se debe a que el hombre adquirió la postura erecta, al ser bípedo y a la situación de sus órganos fonatorios. Al nacer la laringe está situada a un nivel superior al que será su emplazamiento definitivo, por esto el bebé sólo puede gritar o emitir llantos pero no tiene la capacidad de emitir vocablos o el lenguaje tal y como lo conocemos; éste se irá desarrollando durante la primera infancia. La comunicación oral "cumple múltiples funciones: obtener y trasvasar información, ordenar y dirigir el pensamiento y la propia acción, permite imaginar, planificar, regular... Es el recurso más complejo y completo que se aprende naturalmente, por una serie de intercambios con el

medio ambiente, a través de otros interlocutores más competentes; ...esta asimilación se hace sobre un fondo madurativo complejo que interviene en la determinación de los distintos aspectos audio-fonatorio-lingüísticos"¹.

Los componentes del lenguaje son: la pragmática, la semántica, la sintaxis, la morfología, la fonética y la fonología. La alteración de cualquiera de estas vertientes dará origen a los trastornos del lenguaje y/o habla. El lenguaje puede estar alterado en su vertiente receptiva (comprensión), expresiva (producción) o en ambas.

En el sistema lingüístico se reconocen tres dimensiones desde la doble vertiente: forma (Fonética, Fonología y Morfosintaxis), contenido (Semántica) y uso (funciones pragmáticas o del lenguaje).

La Pragmática "estudia las reglas que dirigen el uso del lenguaje, los efectos esperados y buscados sobre el receptor y los medios específicos utilizados para tal fin"¹. En el uso del lenguaje tiene en cuenta aspectos como la melodía o entonación que se emplee en la producción de las palabras o frases, así distinguimos palabras con idéntica fonología pero sentido diferente como por ejemplo ¡hala! (exclamación) y Alá (Dios de los musulmanes); en el lenguaje oral no existen reglas ortográficas por lo que la entonación se hace indispensable para la diferenciación de conceptos. Pero a este nivel corresponde también la capacidad de comprensión del lenguaje figurado y así sabemos el significado correcto de la alocución "Fulanito es un fantasma": no evocamos a un espíritu vestido con una sábana blanca y una bola adosada a su pie, pero si existen trastornos en esta esfera, los pacientes serán incapaces de captar el sentido figurado y sólo percibirán lo concreto, en el caso anterior imaginarán una figura de disfraz y no alcanzarán la correcta idea que el interlocutor ha deseado transmitir. En niños con TEA (Trastorno del Espectro Autista) es una de las áreas principalmente afectadas.

La Semántica se encarga del significado de las palabras. "También se ocupa de la expresión de significados a lo largo de una secuencia de acontecimientos, de cómo se organiza y se relaciona la información y de la adquisición y el uso de categorías abstractas"¹. "El niño atraviesa una serie de etapas a través de las cuales su percepción de la realidad se va transformando en lenguaje gracias a sus experiencias y a los modelos transmitidos por el ambiente social"².

La Sintaxis es la correcta ordenación de las estructuras que componen el discurso. Todos sabemos que en castellano, la frase está estructurada como sintagma nominal + sintagma verbal y que el artículo determinado o indeterminado antecede al nombre o sustantivo, que el verbo es anterior a los complementos directo, indirecto o circunstancial... En la frase "el niño come manzanas en el patio del colegio" existe una correcta estructuración sintáctica, no así en la siguiente situación: "come manzanas niño colegio patio", en este caso estamos ante una alteración en el desarrollo del lenguaje porque además de emplear un estilo telegráfico, el orden de los elementos del discurso están alterados. La **Morfología** se encarga de la correcta relación del número y género. Por eso la mayoría de los autores emplean el término **Morfosintaxis** para referirse a la parte de la Lingüística que se encarga del estudio de la estructura interna de la/s palabra/s y su relación dentro de la oración.

En cuanto a la **Fonética y la Fonología**, son dos expresiones para referirse a conceptos interrelacionados pero diferentes. Como indica Pérez en 2006 de modo conciso "La Fonética se ocupa de las características físicas de los sonidos: los rasgos laríngeos, el punto y el modo de articulación. La Fonología estudia la manera en que se organiza el sistema de sonidos que conforman el lenguaje"¹.

Para que la adquisición lingüística se produzca deben de cumplirse dos requisitos: potencialidad de los dispositivos cerebrales, auditivos y visuales, y la existencia de estímulo social, interacción con los usuarios de la lengua. La comunicación humana implica el desarrollo de habilidades cognitivas porque el hecho del habla supone un conjunto de concatenación de abstracciones³.

Si el desarrollo evolutivo del lenguaje de los niños no se realiza de forma adecuada en cualquiera de las vertientes señaladas constituirán los denominados trastornos del desarrollo del lenguaje y/o habla. "Los trastornos en el desarrollo del lenguaje pueden aparecer como consecuencia de déficits más generales de tipo cognitivo o sensorial, de falta de estimulación y aislamiento social o de lesiones neurológicas evidentes, pero también como déficits específicos. Entre los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje el prototípico y principal es el TEL (trastorno específico del lenguaje) con sus subtipos clínicos, expresivo o mixto; pero también pueden aparecer retrasos de lenguaje o trastornos fonológicos⁴.

Para nosotros no es lo mismo una alteración en el desarrollo del lenguaje que en el habla. El lenguaje abarca un concepto más complejo y está más relacionado con las estructuras y capacidades superiores que el habla. Un trastorno del lenguaje sería el déficit sintáctico- fonológico que definían Rapin y Allen y un trastorno de habla son las conocidas dislalias o alteración en la producción correcta de los diferentes logogramas y entre las que se encuentran el rotacismo o dificultad en la producción del logograma /R/ a partir de los seis años de edad, porque hasta ese momento se considera un proceso evolutivo. Pero en este estudio los hemos englobado en el mismo apartado dado que la finalidad del mismo no es un estudio pormenorizado de las patologías infantiles de la Comunicación sino las relaciones interdisciplinarias de la Unidad de Foniatría en este campo.

A grandes rasgos podríamos indicar que los trastornos del lenguaje pueden agruparse en alteraciones propias del mismo o déficits específicos; trastornos asociados a otras patologías o síndromes como el TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad), déficits cognitivos, TGD (trastorno generalizado del desarrollo), Síndrome de Down e incluso, en las denominadas "enfermedades raras"; pueden estar asociados a déficits sensoriales como la hipoacusia y sordera o alteraciones visuales graves; o bien tener un trasfondo social por privación afectiva y/o social y en los actuales plurilingüismos de los emigrantes o adopciones (en estas situaciones finales, se comportan como trastornos del lenguaje aunque realmente en la mayor parte de los casos carecen de base anatomo-fisiológica que lo justifique pero son casos en los que también se realiza logoterapia).

Las alteraciones del control motor (disartria) dificultan la inteligibilidad del habla y la expresión verbal en su conjunto. Además pueden encontrarse alteraciones en el ritmo del habla o en la fluidez comunicativa como la taquifemia (habla rápida o farfullante) o la disfemia (tartamudez). Los niños también pueden presentar disfonías cuyo origen puede ser orgánico y/ o funcional. Los trastornos de la lecto-escritura se engloban en el término de dislexia y ésta puede ser léxica o fonológica según la vía de adquisición del lenguaje escrito que se encuentre alterada. En la primera es la denominada "vía visual" (no es sinónimo de problemas en la vía óptica) y en la segunda la audiológica o déficit de relación entre la grafología y la fonología.

La Foniatría estudia desde un punto de vista médico los trastornos de la Comunicación humana, existiendo diferentes profesionales que abordan este estudio desde otras vertientes; por eso hablamos de interdisciplinariedad. A lo largo de este trabajo podrá apreciarse que manifestamos relaciones con otras especialidades médicas como la Pediatría, la Neurología infantil, la Psiquiatría infantil o la Otorrinolaringología (ORL) pero también las mantenemos con otro tipo de profesionales como el Psicólogo, Psicopedagogo u Orientador de los Centros Escolares; estos suelen valorar a los pacientes desde la óptica de su arte participando junto con el Médico Foniatra en la orientación terapéutica. El Audiólogo infantil y/o Audiometrista suele llevar a cabo las pruebas y el estudio de la audición solicitado por el Médico y participando por tanto, en el tratamiento auditivo de los trastornos del lenguaje, habla y voz. El Logopeda y/o Maestro especialista en Audición y Lenguaje, elabora y ejecuta el programa de logoterapia o rehabilitación, siguiendo la orientación terapéutica marcada por el Médico Foniatra y el resto de los profesionales citados.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha llevado a cabo en el segundo trimestre de 2014 (primavera) en la consulta médica de Foniatría del CAZA. El número total de pacientes evaluados en primera consulta ha sido de 75 niños cuyas edades oscilan entre los seis meses de edad y los 14-16 años.

Se ha realizado un estudio estadístico en el que se recogen variables como el sexo y la edad; los servicios que solicitaron nuestra valoración como Médico Foniatra en la esfera del desarrollo de la Comunicación infantil; el tipo de patología que se observó y la terapéutica que se indicó; y cuáles fueron los servicios o instituciones que colaboraron en este fin para conseguir una visión y un abordaje global de la patología de nuestros pacientes así como una atención completa y diversa.

RESULTADOS

1.-Epidemiología.

Durante el periodo comprendido entre los meses de Abril y Junio (ambos inclusive) de 2014 se valoraron en la consulta médica de Foniatría del Hospital Virgen de la Concha de Zamora un total de 75 casos "de novo" de los cuales 51 fueron niños y 24 niñas.

De ellos se solicitaron pruebas específicas como Audiometría infantil (ORL) o PEATC (Potenciales Evocados del Tronco Cerebral) en el servicio de Electrofisiología, para despistaje de la hipoacusia en siete niños y cuatro niñas, a los que posteriormente se revisó en la consulta foniátrica durante el periodo de tiempo que estamos estudiando.

Distribución por sexo

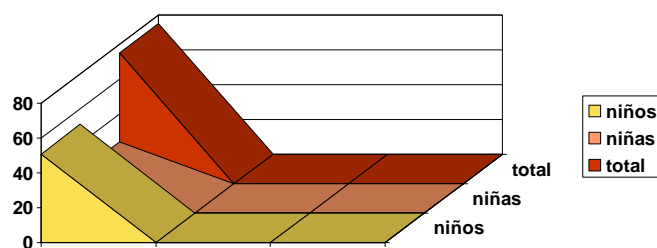


Figura 1.

Los Servicios que solicitaron valoración foniátrica fueron diversos. El mayor número lo registró PEDIATRÍA, con un número de 67 de los 75 totales, de los que 62 fueron a petición del Pediatra de Atención Primaria del área de Salud de Zamora y de estos en tres situaciones por indicación del Equipo Pedagógico del MEC. Otras tres solicitudes se realizaron a nivel interprovincial (Neurología pediátrica de Salamanca y Pediatría-Foniatría del Hospital La Paz de Madrid), y en dos ocasiones lo requirió el Servicio de Pediatría de nuestro hospital. El servicio de ORL del CAZA lo solicitó en cuatro situaciones, en dos el IMNSERSO, una el Médico de Atención Primaria (MAP) y otra petición fue directa, realizada por los propios padres.

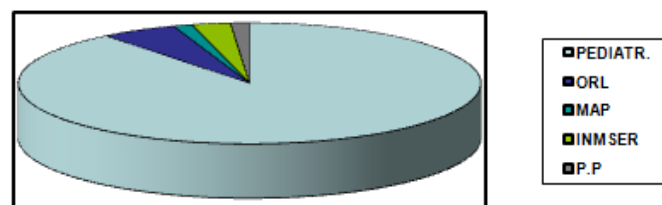


Figura 2.

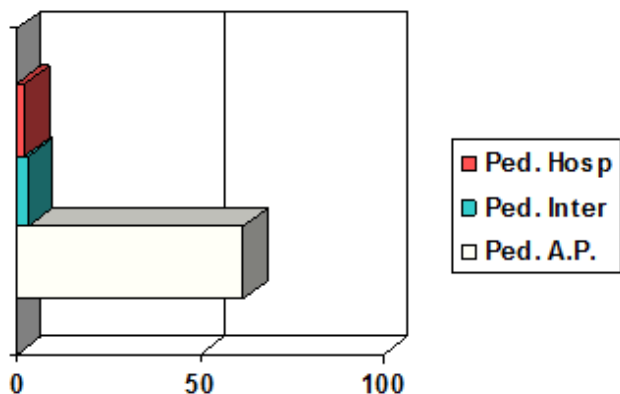


Figura 3. Distribución de servicios pediátricos

En cuanto a la edad de los pacientes, el grupo principal es el comprendido entre los tres y seis años con un total de 34 evaluaciones, seguido del de siete a 10 años con 32. De 11 a 13 años se valoraron cinco casos y uno entre los 14 y 16 años. Los menores de dos años atendidos fueron tres.

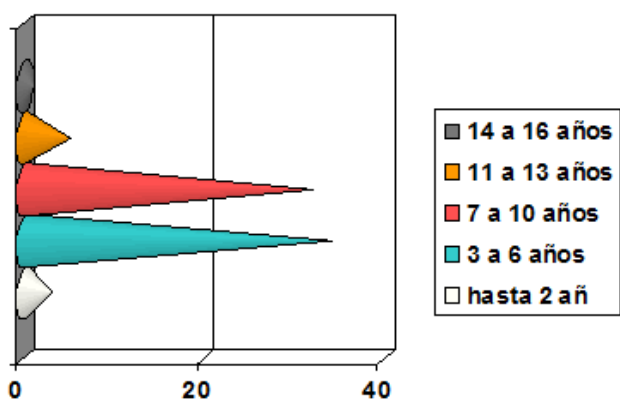


Figura 4.

Los 11 niños que acudieron a revisión, tras la realización de las pruebas acústicas solicitadas desde la consulta médica de Foniatría, tenían edades comprendidas entre los tres y 10 años (dos se incluyen en la primera franja de tres a seis años y los nueve restantes entre los siete y 10 años).

2.- Etiología.

Los motivos y patología foniátrica a valorar fue diversa. Se ha intentado agruparla en epígrafes un tanto generales y dentro de las posibilidades a fin de agilizar la comprensión del estudio; así por ejemplo no hemos hecho distinción entre el tipo de retraso de lenguaje y retraso de habla y tampoco si el retraso del lenguaje era receptivo, expresivo o ambos. Por otro lado, un paciente puede presentar más de un proceso patológico y se referirán todos en la estadística.

En nuestro estudio, de los 75 casos de novo, en dos situaciones se realizó despistaje y el resultado no arrojó alteraciones en nuestra esfera. El grupo más numeroso de nuestra patología es el correspondiente a retraso del desarrollo del lenguaje y habla con un total de 41 casos, seguido del de la patología de la lecto-escritura que se apreció en 26 ocasiones. En 13 situaciones se evaluó y valoró hipoacusia, tres de ellas fueron de tipo neurosensorial y 10 de transmisión. Esta patología suele ir asociada a casos de retraso de lenguaje y habla pero también se presentó en un caso con alteración de la lecto-escritura, en otro se evidenció en el contexto de Neurofibromatosis, y otro presentaba Sd. de Down. En siete pacientes observamos disfonía infantil, una de ellas de carácter orgánico al detectarse un quiste intracardal. Seis niños de los evaluados presentaban TDAH asociado a alguna de las patologías ya referidas y en dos se evidenció síndrome atencional sin hiperactividad. También fueron remitidos para evaluación y prescripción de tratamiento dos bebés con alteraciones en la deglución debido a prematuridad. En escolares apreciamos dos casos de deglución atípica. En cuanto a las alteraciones del ritmo del habla, tuvimos un caso de disfemia y otro de taquifemia. En tres ocasiones existían alteraciones en la articulación de la palabra o disartria.

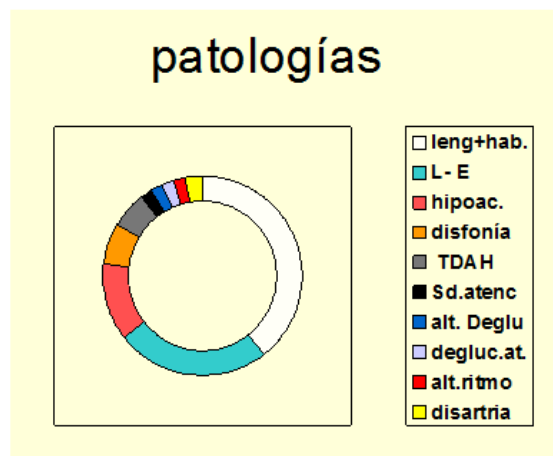


Figura 5.

3.- Tratamiento indicado y relación de la Consulta de Foniatría con otros Servicios hospitalarios y extrahospitalarios.

Los niños que precisan rehabilitación en la esfera del lenguaje y que están escolarizados, de acuerdo con la normativa de la ley de Necesidades Educativas Especiales, reciben la terapia en los Centros Escolares realizando la misma los Maestros Especialistas en Audición y Lenguaje (estos profesionales pueden estar en posesión de este título como tal o bien ser logopedas que también están en posesión de algún título de Maestro). Los que no han alcanzado la edad escolar serán tratados por los logopedas del INMSERSO. Aún así, los padres son libres de elegir, según su criterio, la posibilidad de que sus hijos realicen rehabilitación privada con alguno de los logopedas y/o maestros de Audición y Lenguaje que ejercen esta actividad en la provincia de Zamora.

Como servicio que somos de la Sanidad Pública, sea cual sea el lugar donde se realice la terapia de rehabilitación del lenguaje, siempre tienen las puertas abiertas a la valoración y reevaluación médico foniátrica en el CAZA; siendo un derecho que les ampara. En el hospital no se lleva a cabo la rehabilitación logopédica infantil, sólo se tratan adultos.

Consideramos que los Pediatras deben estar al tanto de los progresos y necesidades que presentan los niños en nuestra esfera por lo que, se realiza siempre un informe clínico que se les remite con todas las pruebas llevadas a cabo para la obtención del diagnóstico y el tipo de terapia que precisan.

En ocasiones, nosotros también precisamos de la opinión y valoración de otros especialistas como ORLs, Psiquiatras infantiles, Equipo Pedagógico del Colegio y Pediatras.

En el periodo de tiempo de este estudio, en 51 ocasiones se indicó la conveniencia de rehabilitación con el maestro de Audición y Lenguaje (A-L) del Centro escolar y en seis casos además, precisaron apoyo escolar, actividad ésta que suele llevarse a cabo con otro profesor diferente del de A-L. En cinco pacientes, los padres optaron por la Logopedia privada. En ocho situaciones, al tratarse de niños menores de tres a cuatro años que aún no habían iniciado la escolarización, los remitimos para recibir terapia al INMSERSO (Centro Base). En uno de los casos a estudio se hizo necesaria la indicación de prótesis auditivas (audífonos).

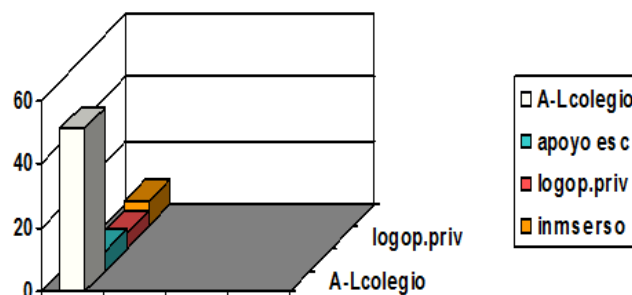


Figura 6.

En cuanto a las relaciones con otros colectivos médicos, en dos ocasiones se solicitó desde la consulta de Foniatría valoración al ORL de nuestro hospital dado que podría ser conveniente la intervención quirúrgica de V.A. y/o drenajes transtimpánicos. También derivamos a un paciente para evaluación a ORL de Salamanca ante el grado de hipoacusia observada por si estuviese indicada la realización de alguna técnica quirúrgica (implante coclear) que no se lleva a cabo en nuestro hospital. En un caso se solicitó consulta a Psiquiatría infantil. En 14 pacientes se remitió información al Pediatra y se aconsejó a los padres que acudiesen a revisión con el mismo.

En tres ocasiones se pautó revisión médico-foniátrica independientemente de las 11 a las que nos hemos referido tras la realización de las pruebas específicas solicitadas tanto a audiometrías infantiles en el Hospital Virgen Concha (10) y en un caso en Electrofisiología.

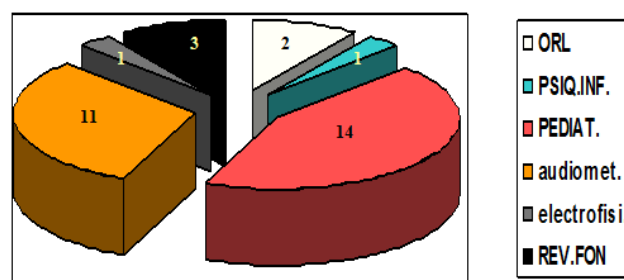


Figura 7.

Se otorgaron 11 altas desde Foniatría correspondientes a los dos pacientes que no presentaban patología de nuestra esfera, al paciente que alcanzó la edad de 16 años porque pasa a ser considerado adulto y los ocho que fueron remitidos al INMSERSO porque ellos suelen realizar sus

evaluaciones y tratamientos de forma continuada hasta que los niños adquieren la edad escolar y entonces los remiten a su Pediatra para que si lo estiman oportuno nos los deriven nuevamente. (El INMSERSO solicita valoración médico-foniátrica en el caso de niños en edad previa a la escolarización y que le han llegado por otros cauces. En el resto será el Pediatra el que realice la derivación).

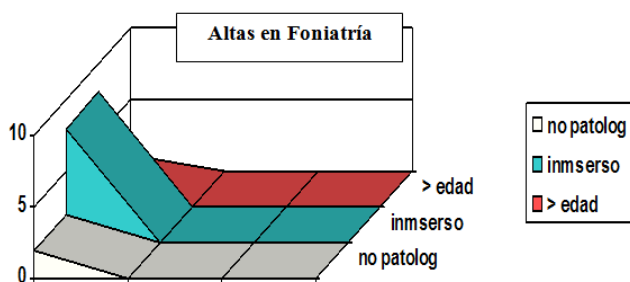


Figura 8.

CONCLUSIONES

1.-La patología de la comunicación es más frecuente en niños varones que en las féminas en una proporción 2/1. En cuanto al factor edad el grupo mayoritario se encuadra en el intervalo entre los tres y los 10 años.

2.-El Servicio que solicitó mayor número de evaluaciones médico-foniátricas fue el de Pediatría con un 86% del total de los casos registrados y fundamentalmente los de Atención Primaria (de estos en un 4% a instancias de los Equipos Pedagógicos del Ministerio de Educación). Un 5,33 % de los casos provinieron del servicio de ORL de nuestro hospital. En un 4% las solicitudes fueron de carácter interprovincial (Hospitales Universitario de Salamanca y La Paz de Madrid), y en un 2,66 % fueron remitidos desde el INMSERSO. De forma excepcional se registró una petición directa a nuestra Unidad por parte de los padres de un niño.

3.- En cuanto a la patología estudiada, no en todos los casos los pacientes acudieron por una única alteración; al contrario, pudieron mostrar procesos asociados como por ejemplo: retraso del lenguaje oral y de la lecto-escritura; retraso del lenguaje o habla e hipoacusia; retraso del lenguaje y TDAH; disfonía y cualquier otro tipo de patología de las registradas, etc. Por ello, el estudio de la muestra arroja valores

superiores al 100% dado que no nos hemos basado exclusivamente en la patología predominante sino que hemos registrado el total de las observadas. Una vez realizada esta aclaración, se apreció que el mayor número de alteraciones sucedieron en el grupo del desarrollo del lenguaje oral y habla (54,66%) seguido de las dificultades en la adquisición de la lecto-escritura (34,66% del total). Ocupando el tercer lugar los problemas auditivos con un 17,33% de procesos siendo de ellos, el predominante en el 77% la hipoacusia de transmisión (la mayoría de los niños tenían entre siete a 10 años). La disfonía ocupó el 9,33% como motivo de consulta en Foniatría. Un 4% de los niños presentaron disartria y en un 2,66% se trató de problemas del ritmo articulatorio.

4.- Como ya hemos referido la consulta médica de la Unidad de Foniatría del CAZA mantiene relaciones con otros servicios de la red Sanitaria (SACYL) pero también con los Equipos del Ministerio de Educación y con los de los Servicios Sociales. Así pues, desde nuestra consulta se remitieron para recibir logoterapia en su Centro escolar con el maestro especialista en Audición y Lenguaje al 68% de los pacientes que fueron evaluados en este periodo de tiempo y a un 10,66% se indicó la conveniencia de acudir al INMSERSO (Centro Base) dado que los niños no habían adquirido la edad de escolarización. En cuanto a las relaciones interdisciplinarias con otros Servicios del SACYL, la mayor correspondencia se mantuvo con el grupo de Pediatras (18,66%) y de forma significativa con los de Atención Primaria. En el 16% con el servicio de ORL y principalmente con la sección de pruebas audiológicas del mismo (13,33%) y en dos ocasiones (2,66%) se hizo imprescindible la valoración del Especialista en ORL. En una ocasión se solicitó valoración a Psiquiatría infantil y en otra pruebas electrofisiológicas. Tres (4%) fueron los casos que precisaron reevaluación médico-foniátrica para poder emitir un diagnóstico. A un 14,66 % de los pacientes evaluados en Foniatría durante la primavera de 2014 se les otorgó el alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Pedraza P, Salmerón López T. Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; VIII(8):679-93
2. Monfort M, Juárez Sánchez A. El niño que habla. El lenguaje oral en preescolar. Madrid: CEPE; 1997.
3. Santos Pérez ME, Bajo Santos C. Alteraciones del lenguaje en pacientes afectos de síndrome de down. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla León Cantab La Rioja. 2011; 9 (2): 1-19.
4. Gallego López C, Rodríguez Santos F. Trastornos específicos del lenguaje. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris. Ediciones; 2009.p. 239-48.

Estudio de los factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna en una consulta de Pediatría.

Luis Corral T

Estatutario Interino Médico de Área en A.P. del C.S. de Aliste. Zamora. (España).

Pérez Grande R

MIR 3 en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Mahrady O

MIR 2 en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Hernández Villalón A

MIR 4 en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Encinas Tabanera V

Enfermera de Pediatría en A.P. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Ochoa Sangrador C

Unidad de Investigación. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Piorno Hernández MJ

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Correspondencia: rperezga@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Objetivos: Detectar posible factores que puedan influir en el abandono de la lactancia materna.

Material y Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de los recién nacidos (n=72), atendidos en una consulta de Pediatría durante el periodo de un año (junio 2012 - julio 2013), evaluando diferentes factores que influyen sobre la lactancia materna exclusiva.

Resultados: En nuestro estudio, la mayoría de las mujeres eran españolas (93,1%), con estudios superiores (76,3%) y trabajando fuera del hogar (86,1%). Un 89,9% participó en cursos de educación maternal. El 12,5% abandonaron la lactancia antes de la salida del hospital. El porcentaje de abandono fue del 40,3% en el tercer mes, 56,9% en el quinto y del 100% en el séptimo mes. El principal motivo de abandono fue por hipogalactia (59,2%), seguido de la introducción de la alimentación complementaria a partir del sexto mes de vida (38%). Encontramos una significativa relación entre el abandono en el tercer mes y un menor nivel de estudios (niveles 1, 2 y 3: 100,0 %, 56,3 % y 32,1 % respectivamente;

p=0,022), así como con no haber recibido educación maternal (Sí 35,9 %; No 75%; p=0,034). En el 93% de los abandonos medió una indicación del Pediatra de iniciar la lactancia mixta.

Conclusiones: En nuestro medio, encontramos una relación entre la continuidad de la lactancia y asistir a cursos de educación maternal, y el nivel de estudios de la madre. El Pediatra es el principal responsable del abandono dada la influencia que tienen los consejos para introducir la alimentación complementaria.

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna exclusiva. Abandono lactancia materna.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) ofrece contrastados beneficios y, por este motivo, organismos nacionales e internacionales la recomiendan como alimento exclusivo hasta los seis meses, y en combinación con la alimentación complementaria hasta los dos años. A pesar de ello, la proporción de niños con LM exclusiva (LME) en nuestro país desciende de forma llamativa durante las primeras semanas tras el parto. Así, en el estudio de Suárez y cols¹, la proporción de lactantes con LME al mes era del 37% y a los tres meses del 15%.

La mayoría de las publicaciones de los últimos años reflejan la preocupación por no conseguir prolongar la lactancia de forma óptima.

Puesto que los factores que influyen en la continuidad de lactancia materna son numerosos, unos modificables desde el sistema sanitario y otros independientes del mismo, los objetivos de este trabajo son cuantificar la supervivencia de la LME y detectar los posibles factores que puedan estar influyendo en su abandono, para valorar posibles intervenciones desde el ámbito sanitario e intentar mejorar la continuidad de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio de cohortes prospectivo con seguimiento de todos los recién nacidos atendidos entre junio de 2012 a julio de 2013 en una consulta de Pediatría del Centro de Salud Virgen de la Concha de Zamora (n=72).

La población objeto del estudio son todos los recién nacidos durante el periodo de un año, adscritos a esta consulta de Pediatría.

Los datos recogidos incluyeron variables socio-demográficas referidas a la madre: edad, origen, nivel de estudios, trabajo fuera del hogar, educación maternal, duración de la gestación, y si el parto fue por cesárea.

Del lactante se recogieron los siguientes datos: peso al nacer, si precisó ingreso, edad en la que el lactante abandona la LME, motivo del abandono y responsable de la decisión de abandonar la LME.

Hemos considerado LME aquella en la que el lactante recibe sólo leche procedente de su madre. Se sigue considerando LME cuando en el 5^o-6^o mes se inicia la ingesta de pequeñas cantidades con gluten (sin objetivo alimenticio), por indicación del Pediatra para la prevención de la enfermedad celiaca.

Se realizó estadística descriptiva de todas las variables y contraste entre variables cualitativas mediante test de Ji cuadrado o pruebas exactas.

RESULTADOS

Factores socio-demográficos.

* *Datos de la madre:* La mayoría de las mujeres son españolas (93,1%), el resto proceden de Brasil, Bulgaria, China, Marruecos y República Dominicana. La edad media fue de 35 años. La mayoría tienen estudios superiores (76,3%), un 22,2% estudios medios y un 4,2% son mujeres sin estudios o con primarios incompletos. Trabajan fuera del hogar el 86,1%. De igual manera, la mayoría (89,9%) participó en un curso de educación maternal. La duración de la gestación fue de 38 a 42 semanas en un 87,5%. No se registró ninguna gestación mayor a la semana 42. En cuanto al tipo de parto fue eutócico en el 70,8% de los casos y por cesárea en el 29,2%.

* *Datos del lactante:* Los recién nacidos (RN) precisaron ingreso en el 8,3% de los casos. Su peso medio al nacer fue de 3.229 g.

El abandono de la LME fue del 12,5% en el periodo que comprende desde el nacimiento hasta la salida del hospital. El porcentaje de abandono en los periodos siguientes alcanzó el 40,3% en el tercer mes y el 56,9% en el quinto. En el séptimo mes de vida el abandono fue del 100% (Figura 1).

El motivo del abandono de la LME fue en un 59,2% por hipogalactia, un 38% por introducción de la alimentación complementaria y el resto, repartido entre trabajo materno (1,4%) y enfermedad mamaria (1,4%) (Figura 2).

En cuanto al responsable del abandono de la LME, encontramos un 7% por iniciativa materna frente a un 93% por decisión del Pediatra, bien por introducción de lactancia mixta o por introducción de la alimentación complementaria.

En el grupo de madres con estudios superiores (32,1%), encontramos un abandono menor de la LME antes del tercer mes de vida, estadísticamente significativo (Tabla 1), con respecto a los otros dos grupos estudiados. Dicha relación no es significativa en el abandono de la LME en el quinto mes.

No existió relación entre el abandono de la LME y el trabajo fuera del hogar de las madres, tanto en abandonos al tercero como al quinto mes.

Del grupo de madres que acudió a cursos de educación maternal, observamos un abandono inferior de la LME en el tercer mes de vida (35,9%), (Tabla 1) que en el grupo que no acudió a estos cursos. No se encontró relación significativa en el estudio en el quinto mes.

En cuanto a la duración de la gestación, existía una tendencia a mayor abandono de la LME entre las gestaciones inferiores a 38 semanas, pero las diferencias no eran estadísticamente significativas (Tabla 1). La misma tendencia se observó con el parto por cesárea, con mayor tasa de abandono aunque sin diferencias significativas (Tabla 1).

Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación con el ingreso del RN o el país de procedencia de la madre (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Observamos que uno de los principales factores relacionados con la atención sanitaria que influyen en la continuidad de la LME, es el haber recibido información sobre la LM directamente de los profesionales sanitarios durante la gestación y en los primeros meses de vida. En nuestro estudio encontramos una clara relación entre la continuidad de la LME y la asistencia a cursos de educación maternal. Esto demuestra la influencia positiva de la promoción de la lactancia materna desde el ámbito sanitario. Yaque y cols² estudiaron un grupo de 1.194 niños que asistían al control del Niño Sano en cuatro Centros de Salud. Uno de los factores que influían de forma determinante era la asistencia a clases de educación maternal.

Hay otros factores del ámbito social y cultural que se añaden también en la continuidad de la lactancia materna. Factores como el nivel de estudios o trabajar fuera del hogar. En nuestro trabajo, en el grupo de madres con estudios superiores el abandono de la

LME fue menor. García Vera y Martín Calama³, encontraron menor tasa de lactancia materna en mujeres con menor nivel de estudios. Trabajar fuera del hogar no fue un factor determinante en el abandono de la LME.

Los factores estudiados relacionados con la continuidad de la LM también han sido investigados por diversos autores. Así, el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP)⁴, no encontró diferencias significativas al valorar el trabajo de la madre.

En casi todos los estudios se pone en evidencia el hecho de que la cesárea suele ser un factor que dificulta la LM, quizá por un retraso en la primera puesta al pecho. Hay que señalar que en una cesárea realizada con anestesia general, puede iniciarse la lactancia tan pronto como la madre despierte. Moreno Manzanares y cols⁵ encontraron que las mujeres que habían tenido partos pretérmino dieron menos lactancia materna. García Vera y Martín Calama³ encontraron que había una menor tasa de lactancia materna en mujeres a las que se les había practicado una cesárea.

En nuestra muestra, quizás debido a que es pequeña, no hubo relación significativa entre la LME y el país de origen materno. En otros trabajos realizados, como el de Oves Suarez y cols⁶ (Estudio CALINA), ponen de manifiesto que la prevalencia de LME durante los primeros meses de edad es más alta en las madres inmigrantes que en las madres de origen español, y los factores socio-culturales, obstétricos y perinatales, son distintos en relación con el país de origen materno.

Coincidimos con otros estudios (Dura Trave⁷, Barriuso⁸ y Morán Rey⁹), que identificaron como principal motivo de abandono de LME la hipogalactia en los primeros meses de vida, siendo en nuestra muestra el Pediatra, el principal responsable, bien por aconsejar lactancia artificial o mixta en los primeros meses de vida o por la introducción de la alimentación complementaria al sexto mes.

En conclusión, la LME depende de diferentes factores, favorables o desfavorables que pueden conducir al abandono precoz o favorecer la continuidad de la LME. Estos factores son susceptibles de promoverse o fortalecerse así como de corregirse, para que la LM sea más satisfactoria y duradera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez M. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit.* 2001; 15(2): 104-10
2. Yaque M, Castillo E, Praena M, Sancho C, Fernández A, Herrera C et al. Factores relacionados con el inicio de la lactancia materna en nuestro medio: diferencias entre cuatro zonas básicas de salud. *Rev Pediatr Aten Prim.* 2000; II(6): 231-9.
3. García Vera C, Martín Calama J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Rev Pediatr Aten Prim.* 2000; II(7): 373-87.
4. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr.* 1999; 50(4): 333-40.
5. Moreno Manzanares L, Cabrera Sanz MT, García López L. Lactancia materna. *Rev Rol Enferm.* 1997; 20: 79-84.
6. Oves Suarez B, Escartín Madurga L, Samper Villagrasa M.P, Cuadrón Andrés L, Álvarez Sauras M.L , Lasarte Velillas JJ et al. Inmigración y factores asociados con la lactancia materna. Estudio CALINA. *An Pediatr (Barc)* [revista en internet]. 2013 [acceso 8 octubre 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.09.008>
7. Durá Travé T. Evolución de la prevalencia de la lactancia materna en el medio rural. Análisis de catorce años. *Acta Pediatr Esp.* 2000; 58(3):191-8.
8. Barriuso Lapresa LM, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr.* 1999; 50(3): 237-43.
9. Morán Rey J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr.* 1992; 36: 45-50.

TABLAS Y FIGURAS

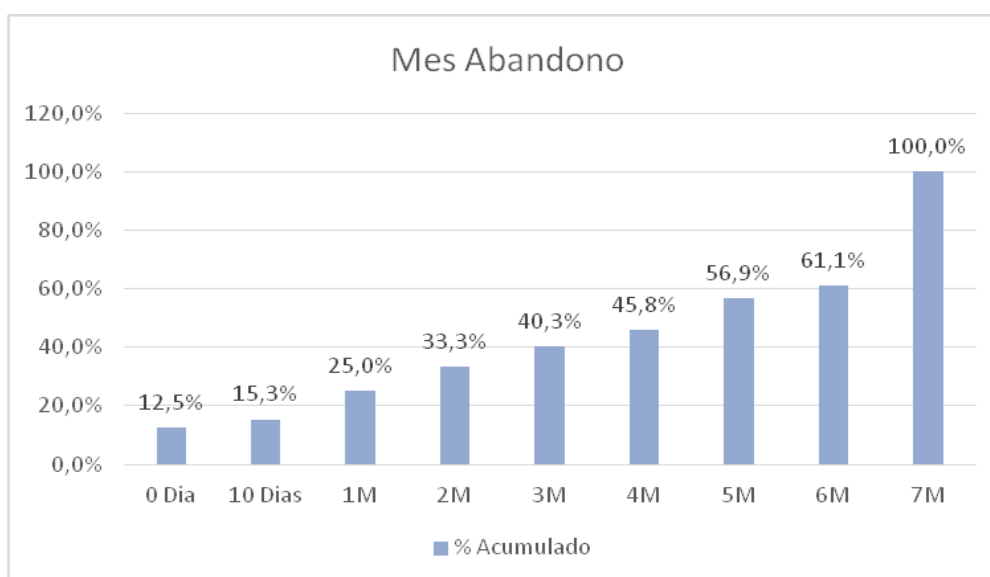


Figura 1: Muestra el porcentaje de abandono de la LME en los primeros siete meses de vida.

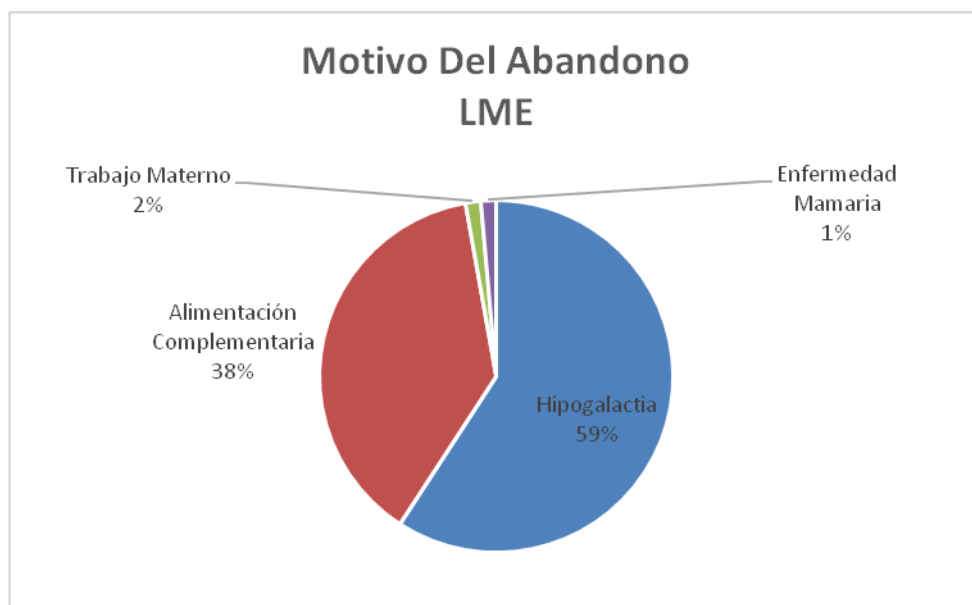


Figura 2: Motivo del abandono de la LME.

Tabla 1		Factores que influyen en el abandono Precoz de la LME			
		3 meses	p	5 meses	p
Nivel de Estudios	1	100,0 %		100,0 %	
	2	56,3 %		68,8 %	
	3	32,1 %	0,022	50,9 %	0,138
Trabajo Fuera del Hogar	Si	37,9 %		56,5 %	
	No	60,0 %	0,171	60,0 %	0,833
Educación Maternal	Si	35,9 %		54,7 %	
	No	75,0 %	0,034	75,0 %	0,27
Duración de la Gestación < 38	Si	66,7 %		77,8 %	
	No	36,5 %	0,084	54,0 %	0,177
Cesárea	Si	42,9 %		66,7 %	
	No	39,2 %	0,775	52,9 %	0,285
Ingreso RN	Si	33,3 %		66,7 %	
	No	40,9 %	0,717	56,1 %	0,615
Nacionalidad de la madre: ESPAÑOLA	Si	37,3 %		55,2 %	
	No	80,0 %	0,060	80,0 %	0,280

Tabla 1.

LME: lactancia materna exclusiva. RN: recién nacido. Niveles de estudio: 1 Sin estudios o primarios incompletos; 2 Primer grado, graduado escolar, segundo grado incompleto; 3 BUP, bachiller superior o estudios universitarios.

Estilo de Vida Mediterráneo + Patrimonio Histórico Cultural. Una simbiosis saludable.

Martínez Badillo C

Estudiante de 5º de Grado en Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca. (España).

Badillo Santa Teresa MC

Auxiliar Administrativo. Laboratorio de Microbiología. Experta en Gestión del Patrimonio Histórico y Cultural. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

Correspondencia: conchibadillo@gmail.com

RESUMEN

Objetivos: Actualmente, estamos inmersos en una realidad social y laboral que promueve el sedentarismo y favorece la obesidad. Por eso, es necesario que se produzca un cambio para frenar este retroceso que hemos experimentado en nuestra forma de vida, fomentando y recuperando el Estilo de Vida Mediterráneo y, por ende, la Dieta Mediterránea. Los objetivos de este trabajo son:

1. Ayudar a recuperar el Estilo de Vida Mediterráneo.
2. Descubrir nuestro Patrimonio Histórico-Cultural.

Material y métodos: La elaboración y ejecución de Rutas Histórico-Culturales favorece la práctica del ejercicio físico.

Los circuitos que se proyectarán de cada una de las rutas serán muy variados, según la riqueza patrimonial de la localidad. La organización de cada circuito lleva en origen una preparación mínima. Sobre un plano de la localidad, se puede perfilar el recorrido a realizar, bien de manera tradicional o utilizando las nuevas tecnologías. Los itinerarios pueden diseñarse de manera homogénea o heterogénea, según los tipos de bienes culturales que se agrupen, pudiéndose desarrollar de forma autoguiada o autónoma.

Los elementos necesarios para adquirir el hábito de caminar, correr o montar en bicicleta son mínimos. A

la hora de iniciarse, hay que hacerlo con criterio y sin prisas.

Conclusiones: La suma del Estilo de Vida Mediterráneo y nuestro Patrimonio Histórico Cultural formaría una simbiosis saludable que ayudaría a fomentar hábitos sanos a través de la elaboración de Rutas Patrimoniales, favoreciendo así la práctica de ejercicio físico, pudiendo llegar a convertirse en la motivación que necesitamos para que perdure dicha praxis.

Tanto los organismos públicos como privados, así como los ciudadanos, debemos implicarnos de una manera directa y cercana en la recuperación del Estilo de Vida Mediterráneo, apoyándonos en nuestro Patrimonio Histórico-Cultural.

PALABRAS CLAVE

Estilo de Vida Mediterráneo. Rutas Patrimoniales. Dieta Mediterránea.. Actividad física. Patrimonio Histórico-Cultural. Filosofía de Cuidarse.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo XX, especialmente en los países desarrollados, nació un nuevo concepto de salud pública en el mundo. Para responder al mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) trabajó durante años intentando dar soluciones a través de diferentes diligencias, como la Conferencia de Alma-Ata¹, que buscó la salud para todos los pueblos y niveles sociales, fundamentalmente en la Atención Primaria, o la Carta de Ottawa, que demandó la salud para países industrializados. Pero ha sido en esta última década cuando, desde la esfera pública y también, ligeramente, desde la privada (código PAOS)², cuando diversos organismos han venido preocupándose por el problema que representa la salud en nuestra sociedad y, sobre todo, por el abandono progresivo del Estilo de Vida Mediterráneo, lo que ha provocado un aumento de la obesidad y del sedentarismo.

Esta preocupación ha influido para que en el año 2004 la OMS aprobara la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*³. Gracias a ello, también en España, el Ministerio de Sanidad impulsó el desarrollo de la Estrategia NAOS⁴ (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), poniéndose en marcha diferentes iniciativas a nivel estatal y local. Con anterioridad, se fundaron el Observatorio de la Nutrición y el Estudio de la Obesidad, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)⁵, así como la Plataforma de la Unión Europea para la Alimentación y Actividad Física, con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, sobre todo los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación sana y de la práctica regular de actividad física.

Hasta ahora, en España está en vigor la Ley 17/2011 de 5 de julio de Seguridad Alimentaria y Nutrición⁶, que atiende a las perspectivas clásicas de la seguridad alimentaria.

En julio de 2013, más de 48 países firmaron la *Declaración de Viena*⁷, en la que la OMS exhortó a los países que la integran a emprender acciones más

firmer contra la obesidad y el sobrepeso, para reducir las enfermedades relacionadas con ambos.

Pero las inquietudes sobre el tema se extrapolan, también, a diferentes congresos, como el celebrado en Granada en septiembre de 2013, donde su presidente, el profesor Ángel Gil, subrayó que “la detención del crecimiento exponencial que está teniendo la obesidad en el mundo requiere de nuevas estrategias, en las que se deben implicar las entidades públicas y privadas”.

Según el estudio realizado por el investigador norteamericano Steven Blair, el sedentarismo es uno de los problemas de salud del siglo XXI que acaba afectando a todos los órganos corporales. Este experto, que estudia el impacto de la inactividad y el ejercicio físico en la salud, ha asegurado que las personas obesas que hacen ejercicio tienen menos riesgo de fallecer o contraer otras enfermedades crónicas que aquellos que no tienen problemas de peso, pero no están en forma física.

En nuestra sociedad desarrollada, está aumentando considerablemente el trabajo que se realiza sentado. Al mismo tiempo, el incremento de nuestro tiempo de ocio es un hecho evidente, observando de manera alarmante que, en los últimos años, existe una progresiva búsqueda, en esos periodos de asueto, de la comodidad y, por lo tanto, de la ausencia de ejercicio.

Como media, sólo en el trabajo, el hombre de hoy gasta 140 calorías menos que el de hace 50 años⁸, mientras que las mujeres han reducido su gasto energético en 120 calorías. Además, las tareas del hogar, gracias a los electrodomésticos, permiten ahorrar 1.800 calorías a la semana, respecto a hace 45 años.

Es necesario que se produzca este cambio que proponen unánimemente científicos y organismos públicos y privados, con el fin de poder frenar el retroceso que hemos experimentado, en las últimas décadas, en nuestra forma de vida, cada día más sedentaria. Tendrá que ser el propio individuo quien tome conciencia de esta “pandemia que asola el mundo desarrollado”.

Los datos estadísticos y la evidencia científica revelan que una dieta inadecuada, junto a la escasa actividad física, están directamente relacionadas con la obesidad. La obesidad es uno de los factores de riesgo en el desarrollo de múltiples enfermedades crónicas y en el aumento de las mismas. Además de

la diabetes, hay otras alteraciones metabólicas y cardiovasculares importantes, como la hipercolesterolemia o la hipertensión arterial (HTA).

En consecuencia, el coste derivado de la obesidad sigue creciendo, de ahí que la responsabilidad individual sea decisiva para conseguir ponerle freno.

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia mundial de la obesidad casi se ha duplicado entre 1980 y 2008, considerando al sedentarismo como uno de los diez principales riesgos de mortalidad mundial⁹. Entre la población española, la tasa de sedentarismo es superior al 80%.

El estilo de vida sedentario comienza cada vez a edad más temprana. La falta de ejercicio se agrava, también, con el ocio pasivo: elevado consumo de televisión, ordenador (Internet) o videoconsola, formando una simbiosis tóxica.

Intentar cambiar ciertas costumbres, como el sedentarismo y la mala alimentación, es un reto de todos: instituciones políticas, sanitarias, educativas y familia.

Los seres humanos sabemos que nuestro bienestar no viene predeterminado en los genes, sino que tenemos que buscarlo. En esa búsqueda de cubrir nuestras necesidades, es evidente que solo una minoría de la población cultiva la Filosofía de Cuidarse, y cuidarse debe ser algo más que el uso de medicamentos. Tiene que abarcar medidas basadas en los estilos de vida, que en nuestro país estarían determinados por el clima y el espacio mediterráneos, pasando así a recuperar el Estilo de Vida Mediterráneo. Además de englobar una dieta saludable, como la Dieta Mediterránea, y actividad física, sumaría una adecuada higiene del sueño, elementos relacionados con la cultura, tradiciones, socialización, formas de vida, ocio, medioambiente...

El Estilo de Vida Mediterráneo es una manera de vivir y de entender la vida.

Conseguir que esta filosofía sea adquirida por el conjunto de la sociedad como algo necesario es un procedimiento que debe ser potenciado y convertido en una estrategia permanente y continua. Numerosos proyectos científicos demuestran que esta filosofía aporta grandes beneficios, tanto físicos como psíquicos.

Como ya hemos mencionado, formando parte del Estilo de Vida Mediterráneo, encontramos la Dieta

Mediterránea, a la que, en el año 2010, la UNESCO le concedió la categoría de Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad, siendo de gran importancia por su efecto benéfico sobre la salud. Ancel Benjamin Keys, fisiólogo norteamericano, fue su impulsor.

Esta dieta recomienda un modelo de vida saludable, con actividad física diaria, junto a una alimentación variada y equilibrada, con productos tradicionales de los países bañados por el mar Mediterráneo, estableciendo, para ello, una pirámide alimentaria que se basa en un conjunto de alimentos y las cantidades de nutrientes necesarias.

En un primer grupo, que correspondería a la comida principal, se colocan alimentos imprescindibles para la provisión de vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes, entre los que se encuentran:

- Los alimentos ricos en carbohidratos, tales como los procedentes de cereales: pasta y arroz (preferiblemente integrales), sumados al pan, que se encargan de proporcionar energía.

- Los alimentos de origen vegetal, sobre todo frescos, como frutas y verduras, que, en su temporada, tienen mejor aspecto, saben mejor y tienen todos los nutrientes. Las frutas y vegetales de hoja verde son una fuente importante de ácido fólico y vitaminas B₆ y B₁₂, que están implicados en el metabolismo de la homocisteína. Hay vitaminas antioxidantes, como la A, C y E, presentes en casi todas las frutas y verduras; además, contienen compuestos fenólicos y carotenoides, por lo que es comprensible que sean imprescindibles en cualquier dieta equilibrada. Las frutas y verduras hacen posible la realización de esas cinco comidas diarias necesarias para llevar una dieta equilibrada.

- Es esencial consumir diariamente productos lácteos y derivados (preferiblemente, bajos en grasa). Son una excelente fuente de proteínas, minerales y vitaminas.

- Los frutos secos, como las nueces, las avellanas, los piñones, las almendras, las castañas y los pistachos contienen una serie de sustancias valiosas para la nutrición humana, destacando principalmente las proteínas, la fibra vegetal y las grasas insaturadas, con elevados niveles de ácidos grasos esenciales, minerales y vitaminas, especialmente las vitaminas E, A, B₁ y B₂. De tres a siete raciones de frutos secos por semana, para

adultos sanos sin obesidad ni sobrepeso, es la cantidad recomendada de consumo.

- El aceite de oliva es un alimento rico en vitamina E, beta-carotenos y ácidos grasos monoinsaturados, que le confieren propiedades cardioprotectoras, siendo una de las principales fuentes de la Dieta Mediterránea¹⁰.

En un segundo grupo, están colocados alimentos que tienen en común la contribución de proteínas a la dieta, que, además de aportar energía, proporcionan los componentes necesarios para el crecimiento y la renovación de los tejidos y estructuras del organismo.

- La composición nutricional de las diferentes variedades de legumbres es altamente elogiada, debido a las concentraciones adecuadas y equilibradas de nutrientes. Recomendando un consumo de dos raciones a la semana. Aportan hidratos de carbono, proteínas, vitaminas del complejo B y minerales. Son una gran fuente de fibra, tanto soluble como insoluble, aunque esta composición, como la de cualquier otro alimento, puede variar o modificarse por innumerables factores.

- También aconseja el consumo de pescado (dos veces por semana), aves de corral (dos raciones por semana) y huevos (tres a cuatro por semana), que, junto a los lácteos, son la principal fuente de proteínas. Recomienda la ingesta de pescado azul, porque son muy ricos en ácidos grasos poliinsaturados, como los omega-3 y omega-6, cuyo consumo disminuye el riesgo de padecer enfermedades coronarias y aportan, además, una gran cantidad de antioxidantes, que protegen del envejecimiento celular. Además del omega-3, el pescado azul suministra ácidos grasos oleico y linoleico, esenciales para el organismo.

Un tercer grupo estaría formado por alimentos que por su alto contenido en ácidos grasos saturados, azúcares y sal se tomarían semanal u ocasionalmente.

- La carne roja y grasas animales, ricas en colesterol y grasas saturadas, deben consumirse semanalmente y con moderación.

- El azúcar, los caramelos, los pasteles, la bollería industrial, los refrescos y zumos azucarados se deberían tomar de vez en cuando, dejándolos para momentos especiales.

El agua es fundamental en nuestra dieta. Debe ser la bebida principal, pudiéndose completar con variedad de infusiones y caldos bajos en grasa. Una adecuada hidratación, con un aporte diario de 1,5 a 2 litros diarios, es primordial, aunque las necesidades variarán según la edad de las personas, el nivel de actividad física que se realice, la situación personal y las condiciones climáticas.

El vino deberá tomarse con moderación, en un contexto familiar y con las comidas. El estudio del *Centro de Investigación Biomédica en Red-Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERObn)*, que se publicó en la revista *American Journal of Clinical Nutrition*, ha demostrado que el consumo prudencial de vino mejora la microbiota intestinal, gracias al efecto de los polifenoles que contiene, como, asimismo, puede producir efectos beneficiosos adicionales sobre la morbilidad y mortalidad por infarto y enfermedades cardiovasculares.

A pesar de los beneficios que supone practicar la Dieta Mediterránea, en las últimas décadas, se ha producido un progresivo abandono de la misma. Esto ha sido provocado porque nuestros hábitos de vida, nutrición, tiempo libre y educación han cambiado de manera importante.

En cuanto al cambio sufrido en la manera de alimentarnos, han influido, fundamentalmente, tres factores:

- La globalización de los alimentos,
- El abaratamiento de la comida rápida y su más sencilla elaboración y
- El hecho de que muchos alimentos saludables tengan un precio elevado.

Estas evidencias son motivos más que suficientes para que se tomen medidas legales que fomenten y abaraten la comida sana, con el fin de que pueda llegar a ser más accesible. Los alimentos saludables deberían tener menos impuestos, porque, lamentablemente, comer sano, a veces, es caro.

Fomentar y recuperar el Estilo de Vida Mediterráneo y, por ende, la Dieta Mediterránea necesitará un planteamiento de estrategias diferentes, con planes de actuación que resulten cercanos y atractivos al ciudadano, con ideas nuevas y creativas, que sean aplicables a la vida diaria. Con propuestas que puedan sensibilizar a la ciudadanía, tanto a nivel individual como colectivo. La suma del Estilo de Vida Mediterráneo y nuestro Patrimonio Histórico Cultural formaría una simbiosis saludable que ayudaría a fomentar hábitos sanos.

En las diferentes localidades que conforman nuestro país, por pequeñas que sean, existe un acervo patrimonial digno de ser conocido, que puede ser aprovechado didácticamente¹¹ para promover hábitos saludables.

La elaboración y ejecución de Rutas Patrimoniales favorecería la práctica de ejercicio físico, pudiendo llegar a convertirse en la motivación que necesitamos para que perdure dicha praxis. Realizar actividad física es un hábito que, con un poco de creatividad, se podría aplicar a la vida diaria, combatiendo así la inactividad, intentando ayudar con ello a disminuir el estrés laboral, familiar, social, ambiental... y, a la vez, enriquecernos culturalmente.

La elaboración y potenciación de dichos itinerarios, además de la complicidad ciudadana, precisa la implicación de las entidades administrativas, sanitarias, políticas y sociales, desde donde se coordinen las sinergias e implementación de las mismas.

Este tipo de rutas permitirían la observación directa del patrimonio, por lo que se elaborarían siempre teniendo en cuenta el Patrimonio Histórico-Cultural del entorno más inmediato al ciudadano.

Incentivar la percepción de las utilidades que ofrece nuestro patrimonio es una necesidad social, porque tienen una proyección en la vida real, tanto por las situaciones que se utilizan como base, como por la reflexión que en ellas se hace sobre los beneficios sociales y personales que conlleva conocer el Patrimonio Histórico-Cultural de nuestro entorno, puesto que:

1. Todos los ciudadanos conocerían la riqueza monumental y cultural que les rodea, tomando conciencia de que, si se quiere transmitir a las generaciones venideras, tienen que adquirir también la responsabilidad de su cuidado y protección¹². Se estimularía el uso de los sentidos, incentivando la participación activa, el sentido crítico, incrementando la comprensión, manteniendo como meta Conocer, Amar y Proteger nuestro Patrimonio Histórico-Cultural.
2. La Administración se sentiría con el deber de potenciar una educación patrimonial que actuaría de puente entre nuestro Patrimonio Cultural y la sociedad. Educar en patrimonio es mucho más que darlo a conocer: es valorarlo, disfrutarlo, amarlo y protegerlo.

3. Con la realización de cualquier Ruta Patrimonial, disfrutaríamos de una actividad física que mejoraría la calidad de vida¹³, fomentaría conductas sanas y el ejercicio físico regular y moderado, ayudaría a cambiar conductas inadecuadas por otras más beneficiosas: caminar, aire libre, seguridad vial... porque el ejercicio favorece el bienestar psicológico, al tener un efecto positivo sobre el estado de ánimo, ayudando, también, a la relajación, un planteamiento muy interesante ante el estrés y la ansiedad, cada día más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Rutas Patrimoniales: Propuesta.

El proceso de elaboración de las Rutas Patrimoniales y sus circuitos correspondientes requiere un abordaje multidisciplinar, donde la intervención de las comunidades autónomas, a través de las Consejerías de Sanidad y Cultura, en colaboración con ayuntamientos, diputaciones y centros de salud, será fundamental. Todos juntos crearán las sinergias e implementación de dichas rutas, como, asimismo, su difusión.

Este equipo de trabajo multidisciplinar, coordinado por un Gestor Cultural, dependiente de la Consejería de Cultura, será el responsable máximo de la armonización que marcará las líneas generales.

A su vez, en cada localidad, mancomunidad, comarca... y bajo la supervisión del equipo de la consejería, actuará otro Gestor Cultural o responsable, encargado de la puesta en marcha de dichas rutas, concretando el tipo y número de las mismas, teniendo en cuenta la riqueza patrimonial de la localidad. Contará, también, con la colaboración de las Concejalías de Cultura y con el personal sanitario de los centros de salud o consultorios médicos, que pueden aconsejar las características de las rutas, según el tipo de población.

Habrà de considerarse que, además del beneficio para los vecinos del propio municipio, estas Rutas Patrimoniales serían dinamizadoras del turismo cultural de cada zona.

Este proyecto de Rutas Patrimoniales deberá convertirse en un programa sólido y duradero. Para ello, será necesario llegar al mayor número de

ciudadanos, con mensajes claros, positivos y asumibles.

No hacen falta grandes presupuestos: tanto el personal como los medios necesarios para su ejecución son mínimos y gran parte de los trabajos de campo que pudieran requerirse quedará resuelta al poder utilizar los inventarios de los recursos patrimoniales que deben existir en cada ayuntamiento.

El gestor patrimonial de cada zona tendrá siempre en cuenta los siguientes puntos básicos:

1. Realizar un inventario patrimonial (si no lo hubiera) y utilizar dichos recursos.
2. Elegir el lugar adecuado para emplazar el itinerario y valorar la dureza del mismo.
3. Considerar un tiempo medio del que disponen los ciudadanos para decidir la extensión del recorrido.

Cada comunidad autónoma, ayuntamientos, diputaciones, hospitales, centros de salud, consultorios médicos... fomentarán la realización de estas Rutas Patrimoniales a través de sus páginas web, folletos, charlas o cualquier otra publicación interpretativa, con el fin de conseguir que los ciudadanos practiquen ejercicio físico y aprendan a mirar nuestro Patrimonio Cultural.

Los circuitos que se proyecten con cada ruta deberán ser muy variados, según la riqueza patrimonial de la localidad: iglesias, castillos, casas típicas, puentes, chimeneas, heráldica, fuentes, molinos, bosques, lagunas, ríos, murallas, yacimientos arqueológicos, bodegas, minas abandonadas, fábricas antiguas, sitios históricos, parques naturales, museos, escenarios de leyendas, paisajes, etc., pudiéndose confeccionar:

- Circuitos homogéneos: cuando exista en el municipio o proximidades un número suficiente de bienes culturales del mismo tipo. Ej.: recorrido por los recintos amurallados. Ruta por las iglesias románicas, góticas... Itinerario para conocer los diferentes paisajes de nuestro entorno. Recorrido por los edificios modernistas, casas señoriales, etc.
- Circuitos heterogéneos: se preparará la ruta combinando los diferentes tipos de Patrimonio Histórico-Cultural del entorno: arquitectónico, inmaterial, histórico, natural, arqueológico, industrial, etc.

La planificación de las Rutas Patrimoniales se hará sobre dos tipos de itinerarios:

- Itinerario guiado.
- Itinerario autoguiado.

Tanto uno como otro son de ejecución simple y, por su sencillez, es una de las herramientas más efectivas y atractivas para llegar a ese sector del público que no acostumbra a realizar actividad física. Tanto el itinerario guiado como autoguiado son aptos para realizarlos individualmente, en familia, en grupo, tercera edad, grupo de alumnos y profesores, etc.

Itinerarios autoguiados.

El itinerario autoguiado es una actividad que está muy indicada para estas Rutas Patrimoniales. Se recomienda para sitios con una alta intensidad de uso, de tal forma que el ciudadano pueda utilizarlo por sí mismo.

Las publicaciones interpretativas que se deberían realizar para estos itinerarios autoguiados son¹³:

1. El folleto: además de una breve introducción sobre el Patrimonio Histórico-Cultural que se vaya a conocer, se reflejará la recomendación de realizar unos ejercicios de precalentamiento y relajación, indicando, también, el beneficio que supone para nuestra salud practicar ejercicio físico y un modelo de vida saludable. También figurará un plano, cuyos textos irán acompañados por números correlativos que coincidirán con los marcados en el sendero (suelo, postes, estacas o con nombre de las calles, si fuera un circuito urbano...). El folleto permite una interpretación más detallada y sirve, además, como recuerdo y ayuda para reconocer el itinerario durante los primeros recorridos.
2. Paneles explicativos: son un método práctico, debido a su bajo coste y facilidad para cambiar o mejorar. Hay que tener muy en cuenta su impacto visual en el paisaje, por lo tanto, un buen diseño es fundamental.
3. Las nuevas tecnologías, como las descargas de aplicaciones informáticas para dispositivos móviles, tabletas, GPS o la creación de páginas webs, son cada vez más utilizadas.
4. Para mayor divulgación de las rutas, además de los canales tradicionales, pueden aprovecharse las páginas web de la comunidad autónoma, ayuntamientos, diputaciones... e, incluso, las de los centros

de salud y hospitales, si las tuvieran, donde se publicarían enlaces de las mismas.

5. En este proyecto de Rutas Patrimoniales, también podrían utilizarse diversos soportes básicos para difundir sus mensajes: las Redes Sociales, que son un pilar fundamental de la comunicación actual. Contarían con perfiles en varias redes: Twitter, Facebook, Youtube... en ellos, se informaría de las distintas actividades del proyecto, facilitando y promoviendo la participación de la población.

En la construcción de estos itinerarios autoguiados hay que:

- Establecer objetivos interpretativos y de gestión.
- Conocer al destinatario.
- Fijar la temporalidad del itinerario.
- Planificar la ruta a seguir.
- Idear un mensaje bien elaborado y agradable, por ejemplo: creando un título atractivo a cada ruta, con una frase que haga comprender la información y lo que se quiere transmitir.
- Intentar diseñar una ruta circular o en forma de "U", porque son las más favorables.
- Establecer unas distancias de recorridos adecuados: entre 2.000 y 4.000 m, aproximadamente.
- Determinar unos accesos bien señalizados evitando los obstáculos.
- Sugerir y describir, en las publicaciones interpretativas, ejercicios de precalentamiento y relajación, para realizar al comienzo y final de cada recorrido.
- Indicar los atractivos y beneficios de practicar cualquier Ruta Patrimonial.
- Señalar las condiciones del circuito y el esfuerzo físico requerido.
- Recomendar que las primeras veces que se emprenda un itinerario autoguiado, se realice a manera de reconocimiento, para identificar la dirección por la que se encuentra el trazado del mismo.

Las ventajas de estos itinerarios autoguiados son importantes:

- Estimulan a los ciudadanos a realizar actividad física, conociendo nuestro Patrimonio Histórico Cultural.

- Permiten el acceso en cualquier momento y época del año, con frío o calor, pudiendo atraer a un gran número de usuarios.
- Al ser rutas únicas y definidas, las posibilidades de daño a nuestro Patrimonio Histórico Cultural se reducen.
- Evitan accidentes, pues brindan seguridad, al no ser terrenos "agrestes".
- Se fomenta la actividad física en cualquier momento.
- Permiten que el visitante lo recorra a su propio ritmo y conveniencia.
- Pueden ser una alternativa para aquellos que no gusten de participar en grupos organizados, siendo ideales para familias, permitiendo a los padres explicar a sus hijos, en su nivel de comprensión, la riqueza patrimonial que los rodea e iniciarlos en el ejercicio físico.
- Estas rutas deben ser dirigidas a un visitante "promedio", ya que no pueden satisfacer las demandas de grupos especiales. Para ello, habrá que crearlas de manera expresa.
- El presupuesto que se requiere es relativamente bajo.
- Un inconveniente: en el caso de rutas urbanas por el centro de la localidad, estas pueden congestionarse si las sendas son utilizadas para otros fines.

Itinerarios guiados.

Las Rutas Patrimoniales pueden llevarse a cabo con itinerarios guiados en grupos que no deberán superar las 20-25 personas. Este tipo de recorridos guiados también puede ser un servicio adaptado a las necesidades de los participantes: grupos escolares, familias, tercera edad, etc., bien por problemas de motivación, discapacidad física, psíquica..., adaptándolos a los requerimientos de cada grupo.

El itinerario específico de estas Rutas Patrimoniales deberá ser de descubrimiento: tanto por la riqueza patrimonial que van a conocer como por la actividad física que van a realizar. No se estructurarán paradas o actividades fijas, ya que éstas se dejan para otro tipo de visitas guiadas.

Aunque no sea un circuito guiado al uso, el guía deberá ser conocedor de la materia, tanto de la patrimonial que va a descubrirse como de la actividad física que se va a realizar, al menos, en sus conceptos básicos, por lo que requerirá una preparación previa, siendo aconsejable que programe una breve introducción para acercar la riqueza

patrimonial, a la hora de contactar con el grupo, alentando, también, sobre los beneficios que conlleva realizar actividad física para nuestra salud, así como las ayudas que reporta a nuestro Patrimonio Histórico Cultural su conocimiento, invitando a la colaboración e implicación ciudadana para su conservación.

Dispondrá unos ejercicios de calentamiento - al comenzar - y de relajación - al finalizar - en cada circuito, indicados previamente por personal especialista en Educación Física y por técnicos sanitarios. El lenguaje a utilizar deberá ser técnico, pero claro y cercano.

El Gestor de Patrimonio o responsable de cada localidad, comarca, provincia... instruirá a los guías-intérpretes y organizará la planificación de las rutas, si él no realizara esta función.

Se utilizarán todo tipo de publicaciones interpretativas: folletos, guías, descargas de aplicaciones informáticas, páginas web..., para que sirvan a modo de preparación o introducción a la ruta.

A la hora del diseño en papel, es más aconsejable, por comodidad, el tríptico. Su portada será atractiva, algo que invite a abrirlo, y su título conciso.

Con respecto a las ilustraciones, los planos, fotos, dibujos y esquemas, deberán acompañar al texto interpretativo, especialmente el plano, que será el que aporte verdadera comprensión al mensaje.

El texto, cualquiera que sea el medio, siempre será claro, breve y ameno.

El proceso de diseño se realizará con rigor, definiendo unos objetivos claros:

- Modificar comportamientos a través de la actividad física.
- Conocer nuestro Patrimonio Histórico Cultural.
- Cambiar actividades.

Existirán unos preceptos internos a la hora de diseñar el itinerario guiado de cada Ruta Patrimonial:

- Claridad, simplicidad, objetividad y adecuación serán los pilares a la hora de estructurar cualquier Ruta Patrimonial.
- Adaptabilidad: deberán adaptarse a los ciudadanos que realicen estos itinerarios y a

las circunstancias cambiantes de cada circuito.

- Eficacia: cuando cumpla la finalidad para la que está diseñado, es decir, que en cada localidad se logren implantar dichas Rutas Patrimoniales.
- Eficiencia: si se lograra que un porcentaje elevado de ciudadanos cambiaran sus comportamientos y aprendieran a mirar la riqueza patrimonial que les rodea realizando actividad física, supondría que los beneficios derivados de su implantación serían mayores que los costes.
- Continuidad y periodicidad: la ordenación de las Rutas Patrimoniales deberá realizarse de forma continua y con intervalos regulares, por ejemplo: todos los meses, todas las semanas, dos días a la semana...

Por qué y cómo realizar estas Rutas Patrimoniales.

Iniciarse en estas Rutas Patrimoniales es una tarea sencilla. Los elementos necesarios para adquirir el hábito de caminar, correr o montar en bicicleta son mínimos. A la hora de prepararse, hay que hacerlo con criterio y sin prisas. Este tipo de ejercicios cardiovasculares aportan muchos beneficios para la salud.

Para realizar estas Rutas Patrimoniales, cada individuo tiene que hacerlo al ritmo que considere adecuado, según sus necesidades, posibilidades o la prescripción facultativa correspondiente. Deberá comenzar por caminar a paso lento e incrementar, primero, la duración y, poco a poco, la velocidad.

Caminar está considerado un ejercicio de impacto efectivo, siendo recomendado por la mayoría de los especialistas. Caminar a intensidades bajas y moderadas tiene también muchos beneficios, tanto a corto como a largo plazo. Bien a un ritmo de baja intensidad - paso lento -, un ritmo de intensidad moderada - paso rápido - o a un ritmo de alta intensidad - paso muy rápido -, lo importante es concienciarse de la necesidad de realizar ejercicio y aprovechar el movimiento para conocer nuestra riqueza patrimonial.

Caminar es una excelente manera de mejorar y mantener la salud y una actividad fácil de incorporar a la mayoría de los estilos de vida. Es sencillo, no cuesta dinero, no necesita entrenamiento especial y, lo más importante, es accesible a la mayoría de las personas. Se puede practicar durante todo el año, en compañía o soledad, cada uno a su propio ritmo, lo

que aporta muchos beneficios a la salud y, además, nos hará sentir mejor porque:

- Mejora la función respiratoria y circulatoria.
- Reduce los factores de riesgo de enfermedad coronaria.
- Disminuye la ansiedad y ayuda a superar la depresión.
- Aumenta la sensación de bienestar y la autoestima, ya que, entre otras sustancias, se segregan endorfinas.
- Quemamos calorías, por lo que reduciremos la probabilidad de padecer obesidad, ayudando a mantener un peso adecuado.
- Favorece un mayor rendimiento, tanto en la vida profesional como en la personal, mejorando la capacidad de concentración.
- Disminuiremos los efectos del estrés y la tensión arterial.
- Conseguiremos dormir mejor, optimizando la calidad del sueño.
- Reforzaremos los huesos, ayudando a prevenir la osteoporosis¹⁴.
- Ayudaremos a mantener los niveles de colesterol dentro de un rango aceptable.
- Se relaciona con un menor riesgo de desarrollar cáncer de colon, mama y pulmón¹⁵.

Durante la práctica del ejercicio y a través del sudor, se pierden agua y sales minerales, por lo que es primordial mantener una adecuada hidratación, antes, durante y después del recorrido, con el fin de reponerlas, reducir la deshidratación y evitar los calambres musculares. Es trascendental no elegir horas muy calurosas o muy frías, ni llevar pesos innecesarios y es importante, del mismo modo, seleccionar un itinerario accesible y cómodo para cada uno¹⁶.

Lo primero que necesitamos es un buen calzado y ropa cómoda.

Al finalizar la marcha, no se debe parar bruscamente, sino que hay que disminuir el ritmo paulatinamente, hasta que los latidos del corazón recuperen su frecuencia normal.

Dependiendo del ritmo con el que queramos afrontar estos recorridos, se sugiere que, bien en casa o en un parque o jardín próximos al inicio y finalización de los mismos y con el fin de evitar posibles lesiones, se dediquen unos minutos a ejercicios de calentamiento y relajación.

Estas actividades al aire libre pueden realizarse de forma individual o en grupo: familiar, vecindad, amistad...buscando fomentar la socialización y el espíritu asociativo, recomendaciones del Estilo de Vida Mediterráneo.

El resultado final deberá ser sugerente, recreativo e inspirador, de tal forma que, si, una vez finalizado el recorrido, ha alcanzado nuestro interés, se podrá proceder a una profundización en el conocimiento del Patrimonio Histórico-Cultural que se haya contemplado.

Hay que tratar de que los ciudadanos conozcan su propia historia y el Patrimonio Histórico-Cultural que les rodea. Con la ejecución de estos circuitos, además de conseguir una vida más saludable, gracias a la actividad física y mental, se obtendrá un tiempo de ocio diferente, con una aportación cultural interesante.

Para todas las personas, tanto deportistas como sedentarias, toda actividad, por moderada que parezca, es útil, porque ayudará a mantener una vida activa y dinámica, con la salvedad de la adaptación a las características propias de cada individuo, en su grado de exigencia y duración.

Se recomendará que quienes puedan tener problemas de salud, antes de comenzar los recorridos, lo consulten con su médico.

Prototipo de ruta patrimonial: El Arte Románico extramuros de Zamora.

Como hemos visto anteriormente, adoptar un modelo de vida saludable es una decisión individual, que requiere también de un entorno social y medioambiental favorable para que esta opción sea fácil de elegir y, sobre todo, de realizar.

Para contribuir a la consecución de dicho objetivo, proponemos que, tanto el ayuntamiento de la ciudad como las Gerencias de Atención Especializada y de Atención Primaria, a través de sus centros de salud, y el Complejo Asistencial de Zamora se impliquen de manera activa, creando las sinergias e implementación de esta Ruta Patrimonial y todas las que, sucesivamente, se puedan crear, como, asimismo, su difusión.

Con la realización del circuito que se propone, además de intentar que los zamoranos tengan una vida más saludable, gracias a la actividad física y

mental, se pretende que obtengan un tiempo de ocio diferente, con una aportación cultural interesante.

Las aportaciones, tanto logísticas como económicas, de las diferentes instituciones son relativamente pequeñas.

Aportación del ayuntamiento:

- A través de la Concejalía de Cultura se acondicionará un centro para que actúe como sede del Proyecto Cultural y del que partirán, también, las visitas guiadas, por ejemplo, el edificio del Centro de Interpretación de las Ciudades Medievales.
- Contratación de un Gestor Cultural y personal para la visita guiada.
- Señalización del Patrimonio Histórico Cultural a visitar.
- Colocación y mantenimiento (si no existieran) de paneles explicativos.
- Elaboración, impresión y distribución de los trípticos, cartelería,...
- Utilización de las nuevas tecnologías, como descargas de aplicaciones informáticas para dispositivos móviles, tablets... Creación de página web y enlaces a otras páginas: ayuntamiento, hospital, centros de salud (si las tuvieran), Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, centros educativos - a través del Portal Educativo de la Junta de Castilla y León -, centros culturales,...
- Creación de perfiles en Facebook, Twitter, Youtube...informando de las actividades de esta Ruta Patrimonial, facilitando y promoviendo la participación de la población.

Aportación de las Gerencias de Atención Primaria y Especializada:

- Difusión de carteles y trípticos por los centros sanitarios.
- Educar y canalizar la orientación a los pacientes, por parte del personal sanitario de los diferentes centros asistenciales, sobre cómo llevar una vida saludable y la necesidad de realizar actividad física como ayuda para mejorar nuestra salud, mostrando sus atractivos y beneficios: Disminución de la tensión arterial, mejoría de la función circulatoria, mantenimiento de los niveles de colesterol, prevención de osteoporosis, reduce la obesidad, aumenta la sensación de bienestar y la autoestima,

disminución del estrés, conocimiento y disfrute de la belleza del Patrimonio Histórico Cultural que nos rodea,...

- Asesoramiento personalizado, en cuanto al nivel de dificultad de la ruta, tiempo estimado de marcha, distancia del circuito a recorrer..., según las patologías de los pacientes.

En la web, además de reflejar la Ruta Patrimonial indicada, se mostrarán algunas sugerencias:

- Dependiendo del ritmo con el que queramos realizar este circuito, se recomienda que, bien en casa, parque o jardín próximos al inicio y finalización de los mismos y con el fin de evitar posibles lesiones, se realicen ejercicios de calentamiento y relajación.
- La primera vez que se realice el circuito, se sugiere hacerlo a manera de reconocimiento, con el fin de identificar la dirección de las calles.
- Posteriormente, y a medida que se sucedan los recorridos, se podrán ir descubriendo espacios diferentes, disfrutando de sensaciones, emociones, texturas, colores...de nuestro románico, que, en algunos momentos y lugares, conseguirán extrapolarnos a la época de su construcción.
- El tiempo estimado del recorrido del circuito se ha calculado a un ritmo de intensidad moderada.
- Galería de imágenes y vocabulario de los elementos constructivos del Arte Románico.

El Itinerario Autoguiado está muy indicado para la realización de esta Ruta Patrimonial. El elemento necesario para llevarlo a cabo de manera autónoma será el tríptico en el que deberá reflejarse:

- La recomendación de realizar varios ejercicios de precalentamiento y relajación a través de ilustraciones sencillas.
- Plano del circuito.
- Breve resumen del Patrimonio Histórico Cultural que se vaya a visitar.
- Vocabulario y dibujos de conceptos y términos arquitectónicos del Arte Románico.
- Pequeña bibliografía para los que quieran profundizar en el conocimiento del conjunto románico que conforma la ruta.

El Itinerario Guiado es otra opción con la que poder llevar a cabo esta Ruta Patrimonial en grupos que no deberán superar las 20-25 personas, pudiéndose

adaptar a las necesidades de los participantes: grupos escolares, familias, tercera edad, pacientes de centros de salud con patologías comunes...que bien por problemas de motivación, discapacidad física o psíquica, tengan ciertas dificultades, adaptándolos a los requerimientos de cada grupo.

Tendrá continuidad y periodicidad, según la demanda de la ciudadanía: diaria, semanal, quincenal, mensual...

Este proyecto de Rutas Patrimoniales deberá convertirse en una actividad sólida y duradera, intentando llegar al mayor número de ciudadanos, con mensajes claros, positivos y asumibles.

Ruta Patrimonial Románico extramuros de Zamora: VEN A CONOCERME.

El arte románico surge en Europa como un estilo artístico consecuencia de la prosperidad material y de renovación espiritual. Abarca los siglos XI, XII y parte del XIII. El empleo del arte románico no se ciñó exclusivamente a la construcción de edificios religiosos: monasterios e iglesias, que proliferaron en gran número, sino que también se utilizó en arquitectura civil y militar: palacios, castillos, puentes y recintos amurallados¹⁷.

Su importancia radica en que es el primer estilo que unifica toda la cultura occidental cristiana, si bien es evidente que adquiere algunas variantes en los países y regiones en los que se desarrolla.

Su nombre se debe a la semejanza de los elementos arquitectónicos utilizados en este arte y los empleados en la arquitectura romana, aunque también tiene influencias orientales, árabes y germánicas.

Las obras eran realizadas por artesanos especializados.

Características:

- Predominio del macizo sobre el vano. Sus muros son gruesos, de piedra, con sillares bien labrados para poder resistir el empuje de la bóveda de cañón, por lo que se colocan, también, contrafuertes en el exterior.
- Por lo general, la planta es de cruz latina, con una o más naves.
- Empleo de cúpula sobre el crucero que se apoya sobre pechinas o trompas.

- Las cubiertas eran pétreas, hechas con bloques de piedras superpuestas que imitaban las tejas romanas.
- El ábside, situado al final de la nave mayor, suele ser semicircular, aunque también, como ocurre en muchos templos zamoranos, se construyeron con cabecera plana¹⁸.
- Utilización de arcos de medio punto y bóvedas de cañón o medio cañón.
- Los soportes suelen ser pilares comunes, cruciformes o medias columnas adosadas.
- Las torres que construyen son cuadradas o a forma de espadaña.
- Sus vanos son variados: abocinados, geminados..., aunque los más abundantes son las saeteras.
- Los elementos decorativos destacan por sus motivos geométricos, vegetales, animales, históricos...que colocan en portadas, capiteles, ventanas, aleros,... Para iluminar el interior, utilizaban, sobre todo, el rosetón, como elemento decorativo, bien de rueda de carro, floral o el óculo sin moldura interna.

El arte románico es el estilo artístico que más abunda tanto en Zamora capital como en su provincia¹⁸. Aquí, su aparición fue muy tardía, por eso son escasos los templos construidos en el siglo XI. Casi la totalidad de las construcciones románicas son de la segunda mitad del siglo XII y comienzos del XIII y muchas acusan influencias cistercienses, visigóticas, asturianas y bizantinas.

En la urbe zamorana, se conservan actualmente una veintena de iglesias románicas, casi todas abiertas al culto, aunque llegó a superar la cuarentena. Un buen número de ellas se situó intramuros, pero otro conjunto importante se construyó extramuros. La mayoría de estos templos situados fuera de los recintos amurallados, en los arrabales, es de reducidas dimensiones, por lo que se formaban parroquias pequeñas.

En cuanto a la arquitectura civil y militar en Zamora capital, quedan edificios que, con el devenir de los siglos, han sufrido grandes intervenciones, responsables de que del arte románico, origen de su construcción, apenas quede huella. Baste reseñar: Palacio de Arias Gonzalo o Casa del Cid, Palacio de D^a Urraca, Castillo, Puente de Piedra y Recintos Amurallados.

Para la realización de esta ruta, se han seleccionado prácticamente la totalidad de las iglesias románicas situadas extramuros de la ciudad de Zamora, junto con la Catedral y el Puente de Piedra. Con el fin de

no hacerla demasiado extensa en el tiempo y densa en contenidos, vamos a contemplar, de cada uno de los templos, sólo su exterior, dejando el interior para otra futura ruta.

CATEDRAL.

La Catedral de Zamora¹⁹ está situada en el punto más alto de la ciudad, en el Primer Recinto Amurallado, junto al castillo. Fue construida a lo largo del s. XII y consagrada en el año 1174.

Sus reformas y añadidos han sido numerosos, sobre todo hasta el s. XVI²⁰.

Tiene planta de cruz latina con tres naves. Actualmente, existen dos portadas que proporcionan acceso al templo.

Fachada Norte:

Construida en el s. XVI, de estilo clasicista, oculta la portada románica, de la cual sólo se puede contemplar el cuerpo superior.

Es una portada grandiosa, con cuatro columnas de notables dimensiones con capiteles corintios, rematada en un frontón triangular, donde aparece el busto del Salvador, a quien está consagrada la iglesia Catedral. Sobre la puerta de entrada, recubierta con una bóveda de cañón, se puede ver una estatua del Salvador, esta vez de cuerpo entero y de gran tamaño.

Destacamos el óculo que da luz a una capilla y la puerta de acceso al claustro. Junto con las verjas, en la parte superior, sobresale una balconada con interesante rejería.

Destaca, también, el atrio, que fue cerrado por una verja en el s. XIX.

Fachada Este:

En esta fachada se encuentra la cabecera de estilo tardogótico que substituyó, en el s. XV, a la románica original. Es de mayores dimensiones y altura que el resto del edificio. En sus paños, destacan varias ventanas y escudos. Su parte superior está rematada por una crestería calada.

Fachada Occidental:

Apenas es visible, debido a las edificaciones que se le han ido adosando. En esta fachada destaca la torre de planta cuadrada de carácter defensivo. Construida en el s. XIII, está dividida en cinco cuerpos separados por impostas. Los dos inferiores, sin huecos en sus

muros y, en los tres cuerpos restantes, se abren vanos que aumentan en número de uno a tres, reduciendo su tamaño al ir ascendiendo. Estos vanos están ocupados por campanas.

Fachada Sur:

En esta fachada, destaca la Puerta del Obispo, llamada así por estar frente al palacio episcopal y la puerta del mismo nombre del Primer Recinto Amurallado. De las tres puertas románicas existentes en la actualidad, es la única que se mantiene completa y libre de adosados. Esta portada es un ejemplo de decoración arquitectónica sin apenas escultura, estando totalmente integrada en la fachada.

Está ordenada verticalmente en tres calles y en tres niveles horizontales. La portada ocupa el tramo central inferior, es de arco de medio punto con cuatro arquivoltas decoradas con lóbulos cerrados. La arquivolta interior descansa sobre las jambas y las otras tres lo hacen sobre columnas, todas con capiteles corintios.

En sus laterales dos arcos ciegos, también de medio punto con tímpanos labrados, donde se representa, en el lado izquierdo, el relieve de San Juan y San Pablo y, entre ambos, una inscripción con el nombre de los Apóstoles. La ondulación de los pliegues de sus ropajes dotan de dinamismo a las dos figuras. En su parte inferior, dos casetones con una bola de adorno.

En el lado derecho, el arco es mucho más recargado en su decoración. Sobre los capiteles, aparece una arquivolta vegetal con alcachofas delicadamente labradas, en cuyo tímpano se representa a la Virgen María entronizada y coronada, apoyando sus pies en un escabel arqueado, a semejanza de un puente, con el Niño Jesús bendiciendo, sentado en su rodilla izquierda, completando la escena un ángel turiferario a cada lado. De nuevo, entre las dos columnas que sujetan el arco, encontramos dos casetones: en el situado más abajo, se representan un ave sobre una flor y, en el más alto, una cabeza masculina muy deteriorada. Cuenta la leyenda que, habiendo entrado un ladrón a robar a la catedral, al querer salir por la ventana, esta se estrechó, dejándolo atrapado y convertido en piedra. Sobre los arcos ciegos, otra flor con botón central, igual que la del lado derecho.

En el segundo nivel, destacan cinco arcos de medio punto doblados a modo de ventanas ciegas.

En el cuerpo superior se distinguen tres arcos de medio punto. En el central, se abre un ventanal. Se remata con una bola en el vértice y dos acroteras en los extremos.

Cimborrio:

El emblema por excelencia de nuestra ciudad es, sin duda, el cimborrio de la Catedral. De influencias eclécticas, fue el primero de otros que se construyeron en diferentes lugares: Catedral Vieja de Salamanca, Plasencia y Colegiata de Toro.

Su tambor está formado por dieciséis estrechas ventanas, con vidrieras de dobles arcos apuntados sobre columnas con capiteles vegetales, que proporcionan luz al interior.

Posee cuatro torres angulares rematadas en cupulines y, entre ellos, aparecen cuatro frontones triangulares terminados con una cruz, que coinciden con los puntos cardinales.

La cúpula, semiesférica, presenta dieciséis gallones, separados por unas crestas de arquillos que se unen y rematan en la parte superior con una bola. Su cubierta se adorna con escamas semicirculares, que favorecen el desagüe. El tambor y la cúpula van separados por una imposta de arquillos ciegos.

IGLESIA DEL ESPÍRITU SANTO.

Situada en el barrio que lleva su nombre y en las proximidades del Bosque de Valorio, su construcción concluyó a principios del s. XIII, en tiempos del rey Alfonso IX.

La iglesia del Espíritu Santo es la única iglesia románica que conserva el acta de consagración, aparecida en 1963 dentro de un cofre bajo su altar.

Tuvo dignidad abacial, aunque dependiente del cabildo catedralicio.

La iglesia muestra una cabecera cuadrada y una única nave más ancha y alta. En dicha cabecera, se contempla un rosetón con celosía, que recuerda al de los muros norte y sur de Santiago del Burgo y San Juan de Puerta Nueva. Una imposta recorre todo el ábside.

El hastial se remata con dos acróteras y un bolón, al igual que la Catedral.

De sus fachadas, destacaremos sólo la sur, porque es la única que está exenta. En ella se abre una puerta

con arco de medio punto doble, apoyado sobre una imposta y con extradós. Se observa, también, una modesta espadaña de dos vanos con campanas, rematada por una cruz pétreo.

En su interior, en el muro sur, apareció emparedado el Cristo del Espíritu Santo (s. XIV). En la actualidad, la iglesia es sede de la Hermandad Penitencial del Santísimo Cristo del Espíritu Santo, que procesiona los Viernes de Dolores.

IGLESIA DE SAN FRONTIS.

A comienzos del s. XIII, un monje francés de nombre Aldovino, natural de la comarca de Périgord, perteneciente al grupo de francos que ayudaron a repoblar Zamora, construyó, *extra pontem* de la ciudad, junto a la margen izquierda del río Duero y en el centro del arrabal, la iglesia de un albergue de peregrinos que consagró al santo patrón de su tierra, San Front. Esta advocación es la única que existe en España. Posteriormente, se convirtió en una abadía, destacando, entre los abades de esta parroquia, D. Florián de Ocampo.

A lo largo de los siglos, ha sufrido muchas transformaciones.

De su construcción románica original queda su ábside semioctogonal²¹ (único en Zamora) cuyas esquinas están protegidas por salientes estribos. Toda la cabecera tiene una cornisa con modillones, donde se reproducen cabezas zoomórficas. También se abren dos ventanas, que aumentan la cantidad de luz que entra al interior del templo.

La iglesia original comprendía una única nave rectangular. En el siglo XVI, se añadió en el lado meridional una nueva nave, comunicada con la primitiva.

En esta iglesia está al culto el Nazareno de San Frontis, talla de vestir anónima de la primera mitad del siglo XVII. La Semana Santa zamorana comienza con su traslado a la Catedral.

IGLESIA DEL SANTO SEPULCRO.

En el arrabal del Sepulcro, en la margen izquierda del Duero, fue construido a mediados del s. XII, por los monjes de la Orden del Santo Sepulcro, un monasterio, al que unieron posteriormente este templo, según consta en un documento firmado por

el obispo Esteban. Cuando esta Orden se extinguió, pasó a manos de la de San Juan de Jerusalén, a la que perteneció hasta mediados del siglo XIX, pasando, por último, a depender de la parroquia de San Frontis.

Tiene planta de una sola nave, dividida en tres tramos, con ábside rectangular. En su parte meridional, tuvo claustro, del cual sólo se conserva lo que hoy pertenece a la sacristía.

Su construcción corresponde a un estilo románico muy sencillo, sin apenas decoración, tan sólo visible en los canecillos triangulares, como los de la Catedral. En todas sus fachadas, son numerosas las marcas de cantero. En su factura, aparecen añadidos posteriores.

Fachada Norte:

En la parte occidental de esta fachada, destaca la torre desmochada que, seguramente, tuvo funciones defensivas. Está dividida en tres cuerpos, separados por una imposta lisa, completada por una espadaña con dos vanos de medio punto, que albergan las campanas y rematada por una doble cruz patriarcal de piedra, que también se puede ver pintada en el tímpano de la ventana del ábside.

Su portada de acceso está formada por un arco de medio punto doblado, que descarga en las jambas. Tiene dos arquivoltas lisas, apoyadas sobre una imposta y está protegida con un pórtico. La puerta de madera conserva los clavos, probablemente de origen medieval, decorados con cruces.

En el muro bajo del pórtico, quedan restos de pinturas al temple del s. XIV, de autor anónimo.

Fachada Este:

Corresponde a la cabecera plana, en cuya parte central se abre una ventana de doble arco. Su imposta es de características similares a la de la portada.

Fachada Sur:

Se abre una portada formada por un arco de medio punto doblado, muy parecida a la de la Fachada Norte.

Fachada Occidental:

En ella se encuentra una puerta hoy en desuso y prácticamente cegada, que en su momento daba acceso al desaparecido claustro. Su diseño es igual al de las otras dos.

IGLESIA DE SANTIAGO EL VIEJO O DE LOS CABALLEROS.

Situada frente al castillo, está muy vinculada al Romancero Zamorano, ya que, según cuenta la leyenda, en ella fue armado caballero el Cid Campeador, de ahí el nombre de Los Caballeros. También recibe el nombre de Santiago el Viejo (por el apóstol, muy venerado en la Edad Media) y Santiago de las Eras (por el lugar donde se construyó). Junto a ella, también se extiende el llamado "Campo de la Verdad", lugar donde se celebraban las justas medievales.

Construida a finales del s. XI y comienzos del XII, tiene una sola nave, con ábside semicircular, donde se abre una pequeña saetera abocinada hacia el interior y una pequeña espadaña-campanario, levantada sobre el hastial. Es el templo más sobrio y pequeño de los templos románicos zamoranos.

A lo largo de los siglos, ha sufrido grandes desperfectos y sucesivas restauraciones poco acertadas.

En su Fachada Sur, sobresale su portada, que consta de dos arquivoltas lisas de medio punto. Su decoración exterior es muy sencilla, conservando en el extradós unos tramos ajedrezados, muy deteriorados, que tienen semejanza con las ventanas de San Cipriano y Santo Tomé.

IGLESIA DE SAN CLAUDIO DE OLIVARES.

Situada en el arrabal de Olivares, junto al río Duero, fue construida en el s. XII.

Tiene una sola nave y un ábside semicircular elevado sobre un podio corrido, que viene dividido en cinco tramos por seis pedestales, conservándose las columnillas del extremo sur del tambor y la del extremo norte, añadida en una de las últimas restauraciones. En el ábside, se abren tres ventanas saeteras y su cornisa se adorna con una banda ajedrezada con canecillos figurativos.

Su portada se abre en la fachada norte sobre alero cubierto que tiene diez canecillos con cabezas humanas. Es de arco de medio punto con cuatro arquivoltas: la primera apoya sobre las jambas de la puerta y las otras tres apoyan sobre columnas de fustes actualmente lisos.

En la primera arquivolta, sus dovelas están sin labrar, salvo la situada en la clave que representa un

cordero apocalíptico²² y a la izquierda, en la segunda dovela, una inscripción que alude al reinado del Alfonso X.

La segunda arquivolta cuenta con catorce dovelas, en las que se representan diferentes tipos de animales: leones, toros, águilas y alguna figura humana, a modo de Mensario, que, en doce de ellas, ilustran los diferentes meses del año, mediante representaciones de escenas de trabajos agrícolas. Está muy deteriorado y apenas se distinguen los elementos que lo forman.

En la tercera arquivolta, todas sus dovelas tienen el mismo motivo decorativo de grandes hojas.

En la cuarta arquivolta se representa una colección de animales: leones, aves, serpientes y una figura humana.

En el interior de la iglesia, se venera la imagen del Cristo del Amparo.

PUENTE DE PIEDRA.

Durante siglos, este puente románico fue el único paso de comunicación de la ciudad con los barrios situados en la margen izquierda del río Duero.

Fue construido en el s. XIII, siendo reformado en bastantes ocasiones. Sustituyó a uno romano, cuyos restos aun se pueden ver aguas abajo.

En 1835, tras unos trabajos de reparación, fueron eliminadas las almenas que tenían los pretiles, quedando reducidos a un simple muro de piedra que, finalmente, con las obras de 1905, serían sustituidos por una barandilla metálica.

A principios del s. XX, perdió las dos torres defensivas que flanqueaban sus extremos²⁰. La torre que defendía la entrada sur al puente estaba coronada con la veleta conocida como "La Gobierna", que porta las llaves de la ciudad. Actualmente, se encuentra en el Museo de Zamora. En su parte izquierda, se anexionó un oratorio, hoy desaparecido, dedicado a la Virgen de la Guía, cuya imagen se venera en la iglesia del Santo Sepulcro.

El puente que vemos actualmente está formado por trece ojos apuntados y dos de medio punto, situados en su extremo sur. Para contrarrestar el empuje del agua en las crecidas del río, posee elementos arquitectónicos como los tajamares, de planta

triangular con forma escalonada y óculos de alivio, que están en su parte superior.

Una placa situada a la salida del puente, junto a la plaza de Belén (obra del escultor zamorano Eduardo Barrón) recuerda las obras realizadas entre 1905-1907.

Se conserva, también, otra placa de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico, donde se refleja la altura de la ciudad en ese punto sobre el nivel del mar: 630,7 m.

A mediados del siglo XX, el puente sufre otras reformas importantes, como el asfaltado del pavimento, para poder acomodarse a la nueva forma de transporte que supone el vehículo. En la actualidad y debido a su estado preocupante de conservación, permanece cerrado al tráfico rodado.

Circuito (ver Figura 1)

Partiremos de la plaza de la Catedral, para continuar por la Puerta del Obispo, bajando su cuesta o por la escalinata hacia la calle Trascastillo, pasaremos por el semáforo y continuaremos hacia la derecha. Proseguiremos rectos y cruzaremos por el paso de peatones, para seguir por la avenida de la Frontera, realizando un pequeño giro a la izquierda, hacia la calle del Espíritu Santo, que nos llevará directamente a la iglesia de su nombre. Retrocederemos por la misma calle, caminando paralelos al arroyo de Valorio, avenida de la Frontera, pasando, de nuevo, por el paso de peatones. Continuaremos por la calle de Los Caballeros y, a los pocos metros, pasando un pequeño puente unido a la calle Santiago el Viejo, descubriremos la iglesia de Santiago de Los Caballeros. Regresamos sobre nuestros pasos y, al salir del puente, giramos hacia la derecha y, a unos metros, cruzaremos otro pequeño puente que se une a un camino que nos acercará al puente de Los Poetas, que atravesaremos. Giraremos a la izquierda por la carretera de Carrascal hasta llegar a la calle Callejina y, a su término, descubriremos la iglesia de San Frontis. Reanudaremos la marcha hacia arriba, por la calle Fermoselle, desviándonos por la calle Barromojado, plaza de Berrillo de Sayago, donde continuaremos por la segunda calle a la izquierda - calle José Regojo -, paralelos al antiguo Monasterio de San Jerónimo (posterior fábrica textil), desde donde disfrutaremos de unas espectaculares vistas de la Catedral, Peñas de Santa Marta y Primer Recinto Amurallado. Seguiremos en línea recta, hasta cruzarnos con la calle Cabañales y, a su derecha, encontrarnos con la plaza de la Virgen de la Guía,

donde se encuentra la iglesia del Santo Sepulcro. Proseguiremos por la calle Cabestreros, y a su final, giraremos hacia la izquierda, donde atravesaremos la calle Cabañales por el paso de peatones, plaza de Belén, entrando en el Puente de Piedra, que atravesaremos. Torceremos a la izquierda, bajando hacia las márgenes del río Duero, paralelos a los restos del Tercer Recinto Amurallado, calle de la Solana y plaza de San Claudio, donde divisaremos la iglesia de San Claudio de Olivares. Subiremos por la calle del Cabildo, atravesaremos el semáforo de la calle Trascastillo y subiremos por las escalinatas o por la Cuesta del Obispo, para regresar al punto de partida.

Nivel de dificultad: baja.

Época del año recomendable: todo el año.

Tiempo estimado de recorrido: 1 h. 15'.

Perímetro aproximado: 4130 m, aproximadamente.

Sugerencias de ejecución: este circuito, por su extensión, podrá realizarse completo o en pequeños tramos, según la capacidad de ejecución y resistencia de cada persona.

Tramos:

1.- Catedral - Iglesia del Espíritu Santo - Iglesia de Santiago de Los Caballeros - Iglesia de San Claudio de Olivares - Catedral.

2.- Catedral - Iglesia de San Frontis - Iglesia del Santo Sepulcro - Puente de Piedra - Catedral.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En conclusión, diremos que:

- La realización de estas Rutas Patrimoniales tiene como fin contribuir a recuperar el Estilo de Vida Mediterráneo, apoyándonos en nuestro Patrimonio Histórico-Cultural, estableciendo para ello una simbiosis saludable.
- Es fundamental que tanto los organismos públicos como privados y, especialmente, cada ciudadano, nos impliquemos de manera directa y cercana en la recuperación, apoyo y práctica de esta olvidada filosofía de vida.

Todos tenemos que aprender que cuidarse es algo más que medicarse, considerando como un conjunto vital: una alimentación saludable, actividad física, ocio, medioambiente, cultura, descanso, socialización, formas de vida, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. URSS: Organización Mundial de la Salud; 1978.
2. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (Código PAOS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
3. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud Ginebra. En: Organización Mundial de la Salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud [internet]; 17 de Abril de 2004. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 [acceso 3 de enero 2015]. Clasificación LC/NLM: QT 180. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WH/A57/A57_R17-sp.pdf
4. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia Naos: Estrategia para la nutrición, actividad física, prevención de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
5. Ley 11/2001 de 5 de julio, por la que se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Boletín Oficial del Estado, nº 161, (06-07-2001).
6. Ley 17/2011 de 5 de julio de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Boletín Oficial del Estado, nº 160, (06-07-2011).
7. World Health Organization. WHO European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Final report [internet]; 4-5 July 2013. Viena World Health Organization; 2013 [acceso 3 de enero 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/237035/WHO-European-Ministerial-Conference-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020.pdf
8. González-Gross M, Meléndez Ortega A. Sedentarism, active lifestyle and sport: impact on health and obesity prevention. Nutr Hosp [revista en internet]. 2013 [acceso 3 de enero 2015]; 28 suppl 5 : 89-98. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6923.pdf>

9. Organización Mundial de la Salud Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [acceso 3 de enero 2015]. WHO/WHR/02.1. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1
10. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med*. 2013; 368(14):1279-90
11. Badillo Santa Teresa MC. Aprender a mirar nuestro Patrimonio Cultural. Zamora: Instituto de Estudios Zamoranos Florián de Ocampo. Diputación de Zamora; 2006.
12. Merino de Cáceres JM, Martínez Ruiz MJ. La Destrucción del Patrimonio Artístico Español W.R. Hearst: "El Gran Acaparador". Madrid: Cátedra; 2012
13. Morales Miranda, J. Guía práctica para la interpretación del Patrimonio. El arte de acercar el legado natural y cultural al pueblo visitante. Sevilla: EPG; 2001
14. Vicente-Rodríguez G, Gómez-Cabello A, Casajús JA. Osteoporosis. En: Izquierdo M. Ejercicio Físico es Salud, Prevención y Tratamiento de Enfermedades mediante la prescripción de ejercicio [monografía en internet]. [Vitoria]: Exercycle S.L, BH Group; 2013 [acceso 3 de enero 2015]. p. 121-35. Disponible en: <http://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/017861B8.pdf>
15. Varo Cenarruzabeitia JJ, Martínez Hernández JA, Martínez-González M.A. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Med Clin (Barc)*. 2003 Nov 15;121(17):665-72.
16. Martínez Badillo C , Badillo Santa Teresa MC. La salud y nuestro patrimonio cultural. *Nuevo Hospital* [revista en internet]. 2013 [acceso 3 de enero 2015].; IX(2): 8-26. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/en/publicaciones/revista-nuevo-hospital-2013>
17. Ramos de Castro G. El Arte Románico en la provincia de Zamora. Zamora: Diputación Provincial; 1977.
18. Zamora. En: Enciclopedia del Románico en Castilla y León. Aguilar de Campoo: Fundación Santa María La Real. Centro de estudios del Románico; 2002.
19. Rivera de las Heras JA. La Catedral de Zamora. Zamora: Durius Cultural; 2001.
20. Casaseca Benítez A. Plan Director de la Catedral de Zamor. En: Consejo Autonómico de los Colegios Oficiales de Arquitectos de Castilla y León. Sacras Moles. Catedrales de Castilla y León. Vol 3. Valladolid. Arcadia; 1996.
21. Rivera de las Heras JA. San Frontis extra pontem. *Anu Inst Estud Zamoranos Florián Ocampo*. 1984; 1(1): 99-128.
22. Rivera de las Heras JA. Por la catedral, iglesias y ermitas de la ciudad de Zamora. León: Edilesa; 2001.
23. Rodríguez Méndez FJ, Andrés Rodrigo H, Rubio Cavero M.P, García Gago JM.. El puente medieval de Zamora a comienzos del siglo XX. Un estudio del alcance de la intervención del ingeniero Luis de Justo (1905-1908). *Anu Inst Estud Zamoranos Florián Ocampo*. 2009; 26:227-68.

TABLAS Y FIGURAS

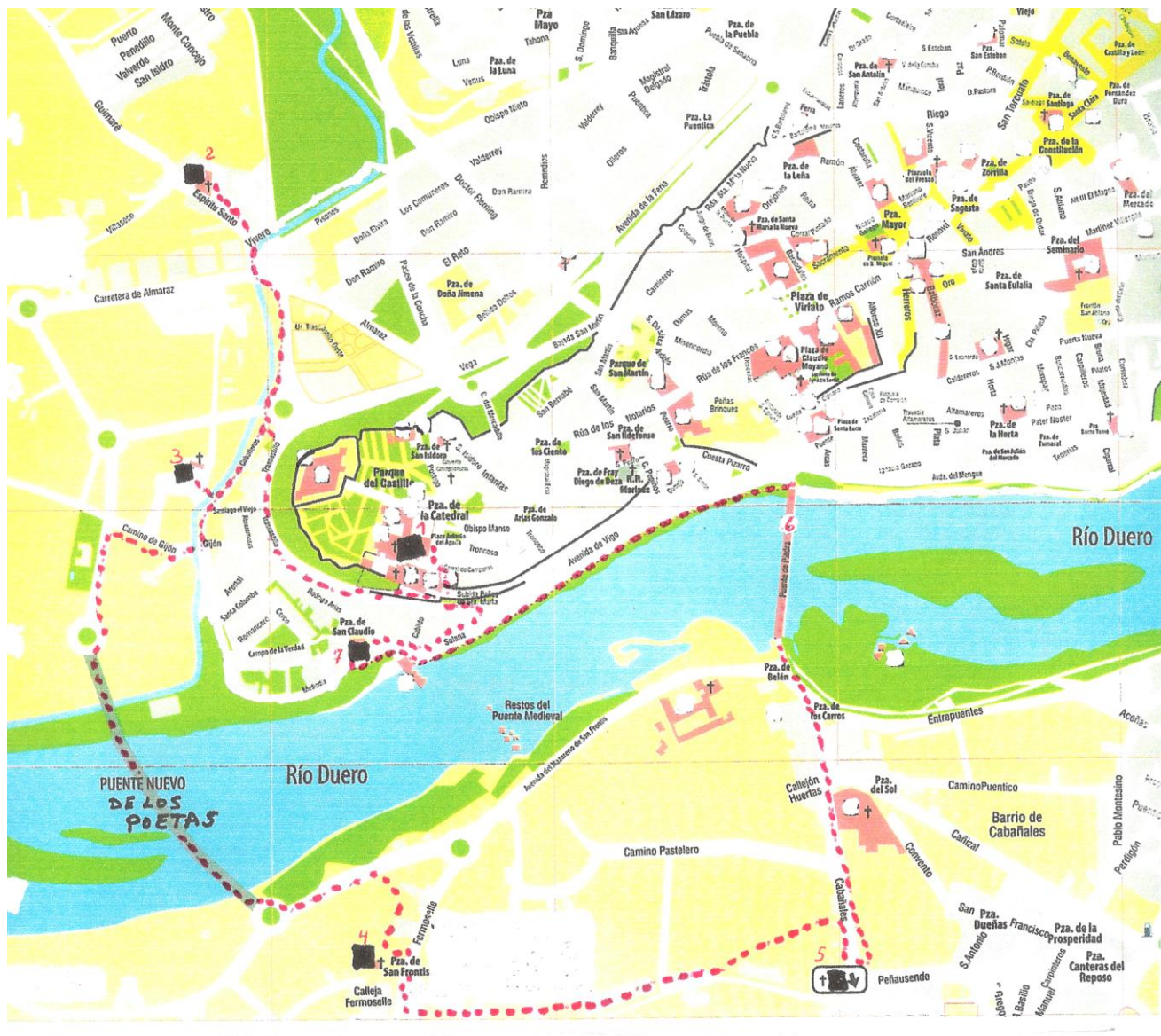


Figura 1. Plano.

Circuitos elaborados sobre plano de la ciudad de Zamora. Realizado por el Ayuntamiento de Zamora.

Neumonía oculta en radiografías de tórax. A propósito de un caso clínico.

Maita Linares K

Residente de Medicina de Familia FYC de cuarto año. C. S. Virgen de la Concha. Zamora. Unidad Docente de Zamora. Zamora (España).

Marín Balbín J

Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Carbajosa Alcántara M

Licenciado Especialista Sanitario en Medicina de Familia y Comunitaria. C. S. Virgen de la Concha. Zamora (España).

Alaejos Pascua I

Licenciado Especialista Sanitario en Medicina de Familia y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria. Zamora (España).

Correspondencia: cattym1@hotmail.com

RESUMEN

Se comenta el caso de un paciente derivado por su Médico de atención primaria (MAP) a Urgencias por cuadro de vómitos y dolor abdominal, no objetivándose previamente en radiografías de tórax signos de condensación ni derrames. Con la finalidad de descartar una posible obstrucción intestinal se realiza un TAC, hallándose una neumonía bilateral.

Se realiza una breve descripción de las zonas ocultas de la radiografía postero-anterior de tórax.

PALABRAS CLAVE

Neumonía oculta, Radiografía de tórax

ORIGINAL

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 85 años, que acudió a Urgencias derivado por su MAP por vómitos oscuros y dolor

abdominal de unas horas de evolución y afebril ; como antecedentes hipertensión arterial , EPOC, dislipemia y tromboembolismo pulmonar en tratamiento con Spiriva, Hidroclorotiazida, Sintrom.

Según informe de derivación del MAP, una semana antes estuvo en tratamiento con levofloxacino por una infección respiratoria.

En Urgencias el paciente se encuentra afebril, nauseoso, quejumbroso y a la exploración en tórax se objetivan crepitantes en bases pulmonares; el abdomen se observa distendido y a la auscultación los ruidos hidroaéreos se encuentran disminuidos, doloroso a la palpación con predominio de hipocondrio derecho. Durante su estancia en Urgencias se realizó radiografía de tórax sin observar signos de condensación ni derrames (tanto en radiografía de tórax en Urgencias y del Centro de Salud) y en la radiografía de abdomen abundantes heces y gas en marco colónico. Por el cuadro clínico del paciente se solicitó interconsulta a cirugía para descartar una posible obstrucción intestinal, indicando él cirujano la realización de una tomografía axial computarizada abdominal donde se evidenciaron extensas condensaciones basales bilaterales con broncograma aéreo como signos de neumonía.

Ingresó el paciente en el servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de neumonía basal bilateral y posible íleo paralítico; durante su estancia cursó con un desgarro esofágico que se resolvió y el cuadro neumónico evolucionó favorablemente al tratamiento.

COMENTARIO

La radiografía de tórax es la exploración radiológica más utilizada en los servicios de Urgencias. Es también una de las exploraciones más difíciles de interpretar porque requiere un elevado nivel de entrenamiento para su lectura, habiendo muchas técnicas sistemáticas para observar las estructuras anatómicas representadas, cambiantes en cada individuo. El concepto de normalidad es amplio y cada zona del tórax tiene una semiología específica.

Muchos médicos prefieren las radiografías postero-anterior (PA) de tórax porque creen que toda la información importante de la enfermedad pulmonar se aprecian en esta proyección y puede que tengan algo de razón pero sin olvidarse de los "puntos ciegos o zonas ocultas" que los tejidos blandos o estructuras óseas que pueden no mostrar la patología pulmonar que se está buscando¹.

Es el caso de este paciente al que además de presentar patología en uno de los puntos ciegos de esta proyección, también presentó en los datos clínicos una de las causas de dolor abdominal de tipo referido y cuyo origen es torácico.

El dolor abdominal de tipo referido² puede originarse en el tórax, columna o genitales, y el hecho de sentirse en el abdomen puede causar problemas diagnósticos importantes. Siempre debe considerarse la posibilidad de un origen torácico, especialmente si el dolor procede de la parte alta del abdomen. Las causas más importantes^{2,3} son infarto de miocardio (más frecuente en el infarto inferior), la pericarditis, neumotórax, pleuritis, empiema y las neumonías (neumonías de lóbulos inferiores).

En las radiografías de tórax de este paciente realizadas en el Centro de Salud y en Urgencias no se evidenciaron signos de condensación, visualizándose luego en el TAC extensas condensaciones basales bilaterales.

Establecer una sistemática de lectura y conocer las limitaciones que pueden producirse por las condiciones especiales de adquisición de las

imágenes⁴ (paciente críticos, radiografías portátiles, los dispositivos médicos) es fundamental para una adecuada valoración de la radiografía simple de tórax en la Urgencia.

Todo examen radiológico de tórax debería incluir las proyecciones frontal y lateral para obtener máximo rendimiento diagnóstico, además permite mejorar la caracterización de los hallazgos.

Desde el punto de vista anatómico,⁵ la búsqueda de patología debe comprender las áreas de fácil visualización y también aquellas zonas que aparecen habitualmente "escondidas" en las proyecciones postero-anteriores o anteroposteriores del tórax.

El Dr. Marín según su experiencia y la referencia de los libros de texto^{1,6} considera las siguientes zonas ocultas:

- **Ápices pulmonares:**

Existen estructuras óseas que hacen que aumente la densidad del parénquima pulmonar de dicha área se encuentra la porción anterior de la primera costilla, que se superpone al arco posterior de la tercera y cuarta costilla y las clavículas. También no es infrecuente observar cierto engrosamiento de la pleura apical muchas veces sin importancia clínica.

Pueden quedar ocultas patología causada por tuberculosis, neoplasias como el tumor de Pancoast, infecciones por *Aspergillus*, etc

Para su correcta visualización se requiere la posición lordótica de la radiografía de tórax.

-**El opérculo torácico:**

Las estructuras óseas como los bordes proximales de la epífisis proximal de la clavícula, la misma unión esterno-clavicular o el manubrio esternal pueden ocultar anomalías subyacentes como un crecimiento de la glándula tiroidea o la presencia de adenopatías, además de no permite detallar las estructuras vasculares de dicha área.

-**Las escápulas:**

La superposición de las escápulas pueden incrementar la densidad del parénquima subyacente ocultando densidades de tejido blando como algún nódulo subpleural en dicha zona.

-**Área subdiafrágica o paradiafrágica:**

Las lesiones pulmonares en ambas bases, posterior al plano de los diafragmas, son difíciles de apreciar. Esto probablemente ocurrió con el paciente del caso

presentado. También es difícil determinar abscesos subfrénicos o pequeños neumotórax. La proyección lateral es de gran ayuda en estos casos.

-Hilios pulmonares:

En la proyección PA, las estructuras hiliares prominentes pueden superponerse a lesiones anteriores o posteriores de densidad de partes blandas más cuando entran en contacto con las estructuras hiliares.

En estos casos es útil la proyección lateral.

-Área retrocardiaca:

Cuando la técnica no penetra estructuras no se pueden observar estructuras ni lesiones retrocardiacas principalmente en el lóbulo inferior izquierdo. Pueden quedar ocultas lesiones como hernia de hiato, neoplasias, lesiones óseas en columna dorsal y condensaciones como se ha referido

-Ángulos cardio-frénicos:

Aunque sólo pueden ocultar lesiones si existe ocupación importante por grasa epicárdica o subepicárdica pudiendo ocultar lesiones a nivel posterior.

-Ángulos costo-frénicos:

También su ocupación con derrame pleural hace difícil observar lesiones a nivel del parénquima pulmonar incluso tan sutiles como las líneas B de Kerley, incluso presencia de atelectasias u otras condensaciones.

El examen de la radiografía de tórax debe ser sistemático, pero es necesario identificar las variantes de la normalidad que pueden simular patología, así como conocer las "zonas ocultas".

Aunque la radiografía de tórax es menos sensible y en muchas ocasiones es necesaria la Tomografía Computarizada, la primera aproximación diagnóstica es a través de las radiografías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A, editores. Técnicas de imagen, anatomía radiológica y semiología general. En: Mata JM, Gayete A, Pallardó Y, editores. Radiología Esencial. Vol 1. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p.81-92.
2. Rodríguez García JL. Diagnostico y Tratamiento Médico. Madrid: Marbán libros.2010.
3. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 17a ed. México: McGraw-Hill; 2008.
4. Kundel HL. Perception errors in chest radiography. Semin Resp Med. 1989; 10 (3):203-10.
5. Linderman RC, Moëne BK. Caso Clínico-Radiológico Pediátrico. Rev Chil Enferm Respir. [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2014 Nov 19]; 23(2): 132-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482007000200008&lng=es.
6. Pedrosa CS, Casanova R, editores. Anatomía radiológica del tórax. En: Casanova R, Hernandez S, Dieguez E, editores. Diagnóstico por Imagen. Vol 1. 2a ed. Madrid: McGraw Hill; 1997.p. 247-84.
7. Berlin L. Does the "missed" radiographic diagnosis constitute malpractice? Radiology.1977; 123(2): 523-27
8. Avery L, Novelline RA. Chest trauma. En: Soto JA, Lucey BC, editors. Emergency radiology: the requisites. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2009. p. 60 - 78

TABLAS Y FIGURAS

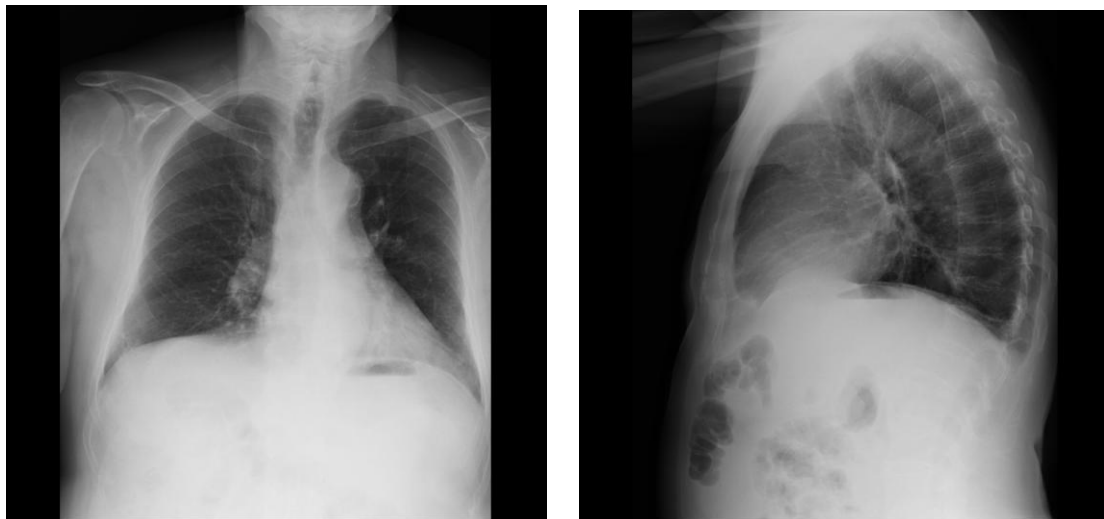


Figura 1. Radiografías PA y lateral de tórax del Centro de Salud



Figura 2. Radiografía PA de tórax de Urgencias

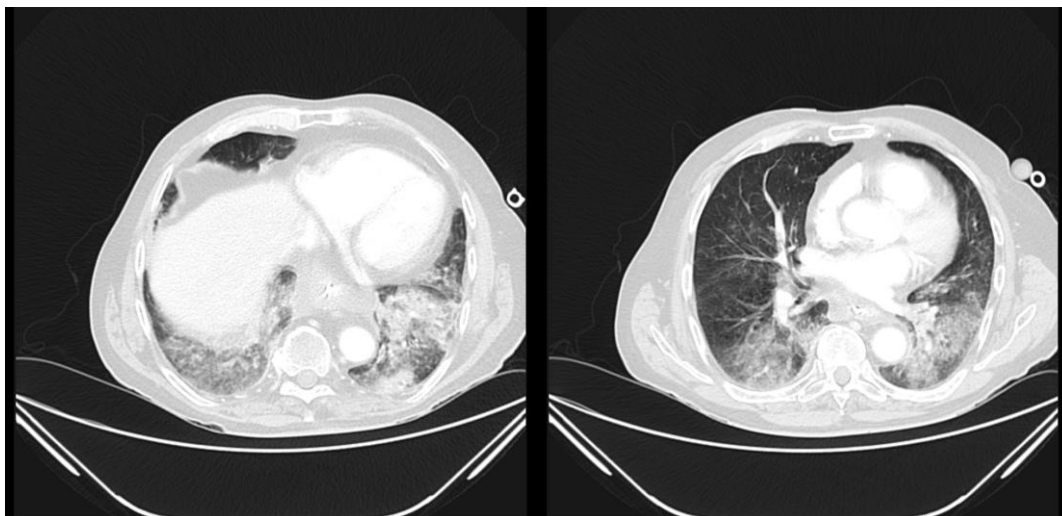


Figura 3. TAC torácico de Urgencias

Fractura atípica bilateral de fémur asociado al consumo crónico de bifosfonatos. A propósito de un caso.

Castillo Solano J

MIR 4 del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Blanco Sanchón JJ

Licenciado Especialista Sanitario. Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Aranguren Rodríguez DF

MIR 5 del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Camacho Jañez C

MIR 3 del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Humada Álvarez G

MIR 2 del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Vaquero Barrón M

MIR 1 del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Riera Cabanilles JL

Licenciado Especialista Sanitario. Tutor de residentes MIR del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: solano09@hotmail.com

RESUMEN

Objetivos: Presentar un caso clínico de fractura de fémur catalogada como atípica relacionada con bifosfonatos, con la particularidad de que es bilateral, ocurrió a los ocho años de inicio del tratamiento y se sospechó ante la presencia de síntomas prodrómicos.

Material y métodos: Paciente de 71 años, osteoporótica, tratada durante ocho años con alendronato, que refiere dolor en tercio medio de muslos. La radiografía muestra interrupción de la cortical externa del tercio medio de ambos fémures, más evidente en el derecho, siendo la gammagrafía compatible con fracturas de estrés bilateral. A los 13

meses de iniciado el dolor, presenta fractura diafisaria de fémur izquierdo atraumática. Todo ello permitió establecer el diagnóstico de fractura atípica bilateral de fémur relacionada con los bifosfonatos.

Resultados: Tratada quirúrgicamente mediante enclavado endomedular izquierdo. Se suspende el bifosfonato. Al noveno mes postquirúrgico, las pruebas de imagen confirman la consolidación de las fracturas.

Conclusiones: La incidencia de fracturas atípicas relacionadas con bifosfonatos se sitúa alrededor del 1%. Los síntomas prodrómicos nos harán sospechar precozmente estas fracturas. En nuestro caso así ocurrió, evidenciándose la fractura bilateral y

paradójicamente el lado radiológico menos relevante presentó la fractura completa.

Los bifosfonatos continúan siendo en muchos casos la elección para la osteoporosis, sin embargo el tratamiento prolongado y la supresión del remodelado que producen, hacen que los pacientes tratados durante cinco años deban ser evaluados para decidir la continuidad del mismo.

PALABRAS CLAVE

Bifosfonatos. Fracturas atípicas. Efectos adversos por bifosfonatos.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis, factor de riesgo natural, es considerada un importante problema de salud pública por la morbimortalidad y por el elevado consumo de recursos sanitarios asociados a ella. Los bisfosfonatos constituyen un gran avance en el tratamiento de la osteoporosis y son considerados como el tratamiento de elección en esta patología, con el alendronato y risedronato como fármacos de primera elección, siendo el primero el más coste-eficiente.

Desde hace varios años la seguridad derivada del uso prolongado de los bifosfonatos es motivo de controversia tras la publicación de casos de osteonecrosis del maxilar, dolor musculoesquelético grave, cáncer de esófago, fibrilación auricular y recientemente notificaciones espontáneas y diversos estudios que asocian la aparición de fracturas atípicas con el consumo prolongado de bisfosfonatos.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de una fractura de fémur catalogada como atípica, con la particularidad de que es bilateral, sospechada ante la aparición de sintomatología prodrómica y que ocurrió a los ocho años de iniciado el tratamiento para la osteoporosis con bifosfonatos.

De esta forma, intentar relacionar el consumo crónico de bifosfonatos asociado a la aparición de fracturas atípicas, y revisar las últimas recomendaciones sugeridas ante el tratamiento crónico con estos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 71 años con antecedentes de asma bronquial, síndrome depresivo, mastopatía fibroquística bilateral, diagnosticada hace doce años de osteoporosis (2002) y tratada desde entonces con alendronato (70 mg/semana), además de Calcio/Vitamina D (1250 mg/400 UI dos veces al día) con buena adherencia al tratamiento y sin efectos secundarios constatables.

El Servicio de Reumatología la valora en Octubre de 2011 por presentar cuadro clínico de un año de dolor mecánico en muslos y caídas hacia adelante. A la exploración evidenciaron dolor selectivo a la palpación del tercio medio de ambos muslos, sin otros hallazgos de interés. Solicitan: Analítica dentro de parámetros normales; Radiografías pelvis/caderas: engrosamiento de cortical lateral en tercio medio de ambos fémures (Fig. 1); Gammagrafía ósea: lesiones compatibles a nivel del tercio medio con fracturas de estrés en cortical externa de ambos fémures (fig. 2).

Persiste el dolor, por lo que solicitan nuevo control radiográfico de fémur bilateral (diciembre/2011) que muestra una pequeña línea de fractura en la cortical externa del tercio medio de fémur derecho; siendo menos aparente en el izquierdo (fig. 3). Ante los hallazgos clínico-radiológicos, *El Servicio de Reumatología* decide suspender el consumo de alendronato.

En enero de 2012 acude al *Servicio de Urgencias* por presentar espontáneamente reagudización del dolor en muslo izquierdo, asociado a deformidad e impotencia funcional para la bipedestación y marcha, sin referir ningún tipo de traumatismo. Radiológicamente presenta una fractura medio-diafisaria transversa de fémur con espícula medial y engrosamiento cortical lateral (fig. 4), compatible con una fractura atípica diafisaria de fémur relacionada con el uso prolongado de bifosfonatos, por lo que es ingresada en el Servicio de Traumatología para tratamiento quirúrgico.



Fig. 1. Radiografía AP pelvis/caderas. Ligeramente engrosamiento cortical a nivel del tercio medio de ambos fémures.

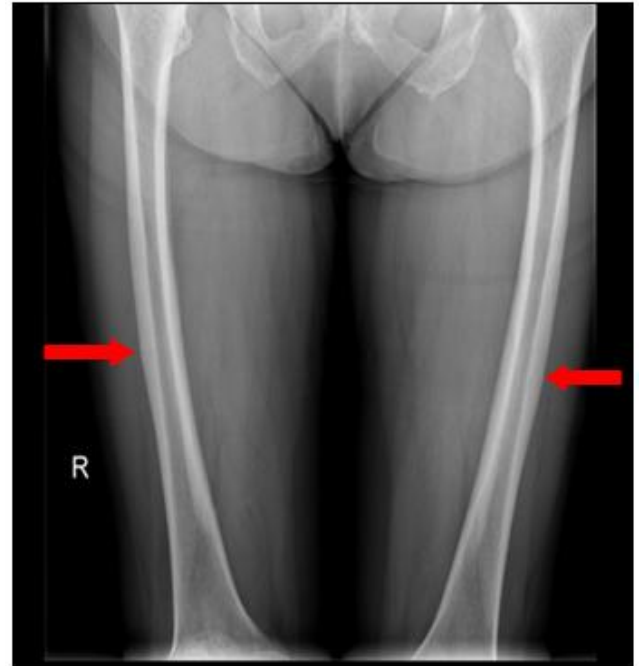


Fig. 3. Radiografía de fémur bilateral que muestra pequeña línea de fractura cortical externa en tercio medio de fémur derecho; en fémur izquierdo es mucho menos aparente (flechas rojas).



Fig. 2. Gammagrafía ósea con Tc99m-Difosfonato que muestra captación en tercio medio de ambos fémures compatible con fracturas de estrés en cortical externa.



Fig. 4. Fractura diafisaria transversa de fémur con espícula medial y engrosamiento cortical lateral.

RESULTADOS

Es tratada quirúrgicamente mediante enclavado endomedular fresado tipo Gamma largo con control radiológico satisfactorio (Fig. 5). La paciente presenta una evolución postquirúrgica favorable y a los cinco días después de la cirugía es dada de alta.

En sus controles radiológicos ambulatorios se observa consolidación del foco de fractura del fémur izquierdo y engrosamiento de la cortical externa del fémur derecho (Fig. 6 y 7), e inician a los tres meses postquirúrgicos tratamiento con Preotact 100 mcg/día (hormona paratiroidea) durante 24 meses como alternativa a los bifosfonatos.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática, con controles clínico-radiológicos satisfactorios.



Fig. 5. Radiografía postquirúrgica inmediata.



Fig. 6. Radiografía a los cinco meses postoperatorios donde se evidencia formación del callo de fractura.



Fig. 7. Radiografía AP de fémur bilateral que muestra engrosamiento de la cortical externa del tercio medio de fémur derecho y consolidación ósea de fémur izquierdo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los bifosfonatos son un conjunto de fármacos que inhiben la resorción y aumentan la resistencia ósea, reduciendo el riesgo de fractura mediante la inhibición de un remodelamiento óseo excesivo, motivos por los cuales son la terapia de elección para el tratamiento de la osteoporosis¹.

Sin embargo, la administración crónica de los bifosfonatos ocasiona una prolongada y severa supresión del remodelado óseo, favoreciendo el acumulo de microfracturas y el aumento de la mineralización, lo que ocasiona fragilidad en el hueso, demostrado mediante estudios, favoreciendo la ocurrencia de nuevas fracturas².

Según los diversos estudios, la incidencia de fracturas atípicas relacionadas con el uso de bifosfonatos se sitúa alrededor del 1%. La localización más frecuente es a nivel de la diáfisis femoral (más exactamente en su tercio femoral), aunque pueden aparecer a lo largo de todo el fémur. La fractura suele aparecer como consecuencia de un traumatismo menor, o producirse sin traumatismo previo, es decir, aparecer espontáneamente sin que el paciente refiera caída o esfuerzo brusco²⁻³.

Los síntomas prodrómicos tales como dolor en la ingle o el muslo por periodos prolongados, malestar vago o debilidad del miembro comprometido, aparecen en el 60% de los casos, y nos harán sospechar precozmente estas fracturas. En nuestro caso así ocurrió, evidenciándose la fractura bilateral y paradójicamente el lado radiológico menos relevante presentó la fractura completa³.

Radiológicamente las fracturas atípicas presentan una espícula medial, su trazo es comúnmente transverso, aunque pueden tener un ligero trazo oblicuo y sin conminución, sin embargo, algunas pueden ser incompletas, lo que se manifiesta por una línea transversa radiotransparente en la cortical lateral³⁻⁴.

Desde el punto de vista terapéutico, si el paciente ya ha presentado la fractura atípica, debemos instaurar tratamiento quirúrgico para todas las fracturas completas; y tratamiento quirúrgico profiláctico para algunas fracturas incompletas que no respondan a tratamiento conservador o que clínicamente sean muy dolorosas⁴.

Aparte de la intervención quirúrgica, debemos tener en cuenta que el tratamiento prolongado con bifosfonatos y la supresión del remodelado óseo que ocasionan, hace que los pacientes tratados durante

tres o cinco años con zoledronato y alendronato respectivamente, deban ser evaluados para decidir si continúan o no el tratamiento, precisando en algunos casos su reemplazo por otros fármacos tipo Teriparatida, PTH 1-4 o Ranelato de Estroncio⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adrover Rigo M, Juste Díez de Pinos JL, Tuset Creus M, Codina Jané C, Ribas Sala J. Revisión clínica de la utilización de los bifosfonatos. *Farm Hosp.* 2000; 24 (2): 74-82.
2. Odvina CV, Zerwekh JE, Rao DS, Maalouf N, Gottschalk FA, Pak CY. Severely suppressed bone turnover: a potential complication of alendronate therapy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90(30):1294-301.
3. Goddard MS, Reid KR, Johnston JC, Khanuja HS. Atraumatic bilateral femur fracture in long-term bisphosphonate use. *Orthopedics.* 2009; 32(8):56-67
4. Shane E, Burr D, Ebling PR, Abrahamsen B, Adler RA, Brown TD, et al. Atypical subtrochanteric and diaphyseal femoral fractures: report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res.* 2010;25: 2267-94.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Bifosfonatos y riesgo de fracturas atípicas de fémur. Nota Informativa [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 15 de abril de 2011 [acceso 11 de enero 2014]. Referencia: MUH (FV) /04/2011. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2011/NI-MUH_04-2011.htm

Jornada de Investigación en Enfermería “La Investigación en Enfermería: Una realidad”.

El pasado día 8 de Noviembre de 2014, en el salón de actos del Centro de Salud Santa Elena, se dieron cita cerca de 100 profesionales y estudiantes de Enfermería para asistir a la 1ª Jornada de Investigación de Enfermería del área de salud de Zamora bajo el lema “LA INVESTIGACION EN ENFERMERÍA: UNA REALIDAD” organizada por la Unidad de Formación Continuada.

El Objetivo principal de esta Jornada consistía en fomentar la actividad investigadora en enfermería y divulgar la producción científica de enfermería del Área de Salud de Zamora, pero también favorecer la comunicación y el intercambio de conocimientos entre profesionales de Enfermería. De esta forma se pretende facilitar y mejorar la continuidad y la calidad en cuidados de Enfermería entre los dos niveles asistenciales, atención primaria y atención hospitalaria.

La jornada comenzó a las 8,30 de la mañana y la **inauguración oficial** corrió a cargo de Dª Mª José Rafael Aliste, directora de enfermería del Hospital Provincial.

Abrió la Jornada la Conferencia-Coloquio: “*La investigación en Enfermería vista desde la experiencia*” a cargo de Dª Pilar Marques Sánchez, Doctora en administración y dirección de empresas, Licenciada en Humanidades por la Univesidad Europea de Madrid, Docente en la Universidad de León y Directora del Grupo de Investigación SALBIS (Salud, Bienestar y Sostenibilidad Socio-Sanitaria), Experta en Gestión de Servicios de Enfermería, PhD student, Business Administration and Management por la universidad de Kentucky. Dª Pilar hizo un recorrido por la Historia de la Enfermería y la forma en que se había integrado la Investigación en esta disciplina en su desarrollo profesional, nos ilustró como ejemplo con su propia experiencia formativa partiendo de una situación donde la Investigación no se contemplaba en el currículo profesional, hasta el momento actual donde ha pasado a formar parte de la práctica enfermera en los cuidados de salud.

A continuación tuvo lugar una mesa redonda sobre “*Investigación en el Área de Salud de Zamora*” contando como moderador con D. Manuel Fraile Martínez, Director de Enfermería de Atención Primaria de Zamora. Participaron en esta mesa

profesionales que nos informaron sobre la formación y los distintos proyectos que se desarrollan en las distintas áreas de Enfermería. Representando a la Escuela de Enfermería Dª M. José Hermoso Palmero. Por el Grupo de Investigación en Atención Primaria D. Jacinto J. De La Vega Carnicero y en representación del Grupo de Investigación en Atención Especializada Dª Yolanda Martín Vaquero, Supervisora de unidad de formación y sistemas de información de cuidados de enfermería.

La mesa de comunicaciones se inició después del descanso y fue moderada por Dª Carmen Villar Bustos:

- **Cuerpos extraños en esófago.** Autores: Santos Mogrovejo F.M., Durán Gómez M.T., Galache Astudillo M.C., Vega López, M.C.

- **Análisis de los accidentes laborales en el Complejo Asistencial de Zamora.** Autores: Sutil Rodríguez E., Báez Marín A.B., Reguilón Hernández R., Vila Martín C. (Esta comunicación obtuvo el **reconocimiento a la mejor comunicación de la jornada**).

- **Evolución de las curas: A propósito de un caso.** Autores: Rodríguez Calzada L., Gago Prieto M.T., Álvarez Gato M.R, Álvarez Encinas J.M.

- **Experiencia y aptitudes de personal de Enfermería en relación con el documento de instrucciones previas en el área de salud de Zamora.** Autores: Tomé Tamame M. I., Montesinos González M.J., García López C., Rivera González L.A., Alonso Andrés L., Vicente Vicente M.

- **Metronidazol tópico como antibiótico de elección en el tratamiento de heridas infectadas.** Autor: García López C.

- **Quiérete, lávate las manos.** Autores: Gago López M., Otero López M.C., Ballesteros Mantecón M., García Alvarez M.M., González Centeno J., Calvo Alonso J.

Para finalizar, se impartió la Conferencia-Coloquio: “*Pasado, presente y futuro de la investigación enfermera*”, por Dª Azucena Santillán García. Máster en Gestión y Administración de Enfermería y Máster

TIC en Enfermería, que nos habló de la evolución de la Investigación, barreras y oportunidades, las nuevas tecnologías y los campos de investigación que se abren para la Enfermería.

La **Clausura de la Jornada y la lectura de conclusiones** corrió a cargo de D^a M^a Soledad

Sánchez Arnosi. Directora de la Escuela de Enfermería de Zamora. Destacando el papel clave de la Investigación para el desarrollo profesional y la aplicación de unos cuidados de calidad y animando a los presentes a participar en sucesivas ediciones. Se dio por finalizada esta Jornada a las 14 h.

Sr. Director:

3 de diciembre de 2014

El pasado mes de noviembre este Comité Editorial recibió una nota interior del Dr. Ruiz Ezquerro, Jefe de Sección de Neurología, denunciando un "posible atentado contra la propiedad intelectual, respeto a compañeros y ética" realizado por los autores del artículo publicado en el número 3 de Octubre de la Revista Nuevo Hospital "Ceguera súbita en urgencias"¹. En dicha nota, el Dr. Ruíz manifestaba (citamos textualmente):

"Las figuras 1 y 3 que ilustran el caos titulado "Ceguera súbita en urgencias" no corresponden a la paciente. Han sido "extraídas" de la red (Castro Rebollo M y cols. Exoftalmus unilateral como debut de mieloma múltiple no secretor. Arch Soc Esp Oftalmol.2009;84:631-634, la primera de ellas y Zaragoza García JM y cols. Valor de la ecografía Doppler en el diagnóstico de la arteritis de la temporal. Medicina Clínica, 2007; 129(12):451-453)."

Constatado por este Comité que dichas imágenes no correspondían con la paciente y que, efectivamente, habían sido extraídas de los artículos indicados por el Dr. Ruíz, acordamos por unanimidad, en convocatoria extraordinaria de 2 de diciembre, solicitar las aclaraciones oportunas a los autores por este caso que, consideramos y así señalamos, de mala conducta científica.

En respuesta a nuestro requerimiento, exponemos a continuación la nota recibida de los autores:

Nota aclaratoria en relación al artículo Ceguera Súbita en Urgencias. Nuevo Hosp. 2014 octubre; X (3): 40-4

Ferrero Mato S, Alonso García MC, Sanchidrián Mayo M, Jiménez Meléndez A, Mato Montoto MC, Palacios Herrero MC.

Dado que las imágenes que ilustran el caso podrían atribuirse erróneamente a la paciente referida, los autores del artículo aclaramos que éstas fueron tomadas de las fuentes bibliográficas que se citan a continuación:

FIGURA 1: Castro-Rebollo M, Cañones-Zafra R, Vleming-Pinilla EN, Drake-Rodríguez-Casanova P, Pérez-Rico C. Unilateral exophthalmos as the debut of a non-secretory multiple mieloma. Arch Soc Esp Oftalmol. 2009; 84 (12): 631-4

FIGURA 3: Solans Laqué R, Pérez-López J. Utilidad del Doppler color en el diagnóstico de la arteritis de la temporal. Med Clin (Barc). 2007; 129 (12): 451-3

Rogamos sean disculpadas las molestias ocasionadas.

Silvia Ferrero Mato (MIR MFyC Unidad Docente de Zamora)

Bibliografía

1. Ferrero Mato S, Alonso García MC, Sanchidrián Mayo M, Jiménez Meléndez A, Mato Montoto MC, Palacios Herrero MC. Ceguera súbita en urgencias. Nuevo Hosp. 2014 octubre; X (3): 40-4

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista NUEVO HOSPITAL (ISSN 1578-7524. Edición digital), de periodicidad cuatrimestral, está abierta a todos los profesionales del Complejo Asistencial de Zamora y persigue dos objetivos:

1. Ser fuente de información actualizada ente los Hospitales del Complejo y los posibles usuarios a nivel nacional e internacional.

2. Crear un medio que sirva de estímulo a los profesionales del CAZA (Complejo Asistencial de Zamora) para que difundan los resultados de sus actividades profesionales y de investigación.

Los trabajos que se remitan para la consideración de su publicación, deberán estar relacionados con estos dos objetivos o con los específicamente propuestos por el Comité Editorial en el caso de monográficos o números extraordinarios.

NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos inéditos o aquellos que hayan sido editados en publicaciones que no tengan difusión internacional o sean de difícil acceso (seminarios, actas de congresos, ediciones agotadas, etc.). No se publicarán trabajos que ya estén accesibles en Internet.

Formato de los manuscritos

La lengua de los trabajos será el castellano y no existirá límite en la extensión.

Los trabajos deberán editarse en formato Word, en letra Book Antiqua, de tamaño 10 y con interlineado mínimo. Constarán de las siguientes partes:

Título. Que exprese el contenido del trabajo

Autores. Se reflejarán los dos apellidos y la inicial o iniciales del nombre. Se expresará con asterisco el cargo o puesto de trabajo, servicio o departamento y el nombre completo del Centro de trabajo.

Dirección para la correspondencia. Correo electrónico del autor responsable para la correspondencia interprofesional

Resumen. No superior a las 250 palabras

Palabras clave. De 3 a 6 palabras que reflejen la temática del trabajo

Cuerpo del trabajo. Podrá contener subtítulos que deberán ir en negrita y línea aparte.

Bibliografía: Las referencias bibliográficas deberán elaborarse de acuerdo a los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (estilo Vancouver):

http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_Ejemplos_de_referencias.pdf (Versión revisada abril 2010).

Principios éticos y legales

En ningún caso NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos que, en alguna medida, el Comité Editorial considere que promuevan cualquier tipo de discriminación (racial, social, política, sexual o religiosa) o sean ofensivos para la Institución o para alguno de sus profesionales.

Los trabajos deben atenerse a la declaración de Helsinki, respetando las normas éticas de estudio con seres humanos o animales.

NUEVO HOSPITAL no se hace responsable de los trabajos y opiniones expresadas por los autores. El Comité Editorial entiende que los autores firmantes aceptan la responsabilidad legal del contenido publicado.

Recepción de los artículos y comunicación con los autores

El envío de los trabajos se realizará exclusivamente a través de correo electrónico como archivos adjuntos a la dirección revistanuevohospital@saludcastillayleon.es indicando en el asunto "*solicitud de publicación*". El plazo de recepción finalizará el día 15 del mes anterior a la publicación de la revista (15 de enero, 15 de mayo y 15 de septiembre). Los autores recibirán un correo electrónico acusando recibo de la recepción de los trabajos.

Todos los trabajos recibidos serán evaluados por el Comité Editorial, quien valorará la pertinencia para su publicación y, en los casos que estime necesario, indicará las modificaciones oportunas. Los autores recibirán cualquier decisión a la dirección de correo electrónico desde la que se remitió el trabajo.