medicina salud

zonahospitalaria aragón

Síguenos en: https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/ https://twitter.com/ZHospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoIII septiembrediciembre2017 nº12

EJEMPLAR GRATUITO
zonahospitalaria.com
153.584 visitas en agosto

Por un otoño e invierno saludable...

Zona Hospitalaria Aragón/Padre Consolación, 19. 50003 Zaragoza **Edita** PubliSic Estudio de Comunicación S. L. **Dirección** Alfredo Erroz **Subdirección** Patricia Erroz **Redacción** (aragon@zonahospitalaria.com) **Diseño y Producción** PubliSic **Publicidad** 695 480 160 **Depósito Legal:** NA 2225/2014 **ISSN:** 2386-8651. **Distribución** 10.000 ejemplares.

© **PubliSic S.L.** El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia.
El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista.

Dejar de fumar, inicio de la aventura

Cristina Soler González. *Especialista en Psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza*
C. Rocío Sierra Labarta. *Especialista en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra)*
Ángela Forcén Vicente de Vera. *Enfermera especialista en salud Mental. Unidad de Salud Mental del Centro de Salud San José Norte. Zaragoza*

El tabaco es el primer factor de riesgo prevenible de muerte e invalidez y una de las mayores amenazas para la salud pública tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo. En los últimos años se ha visto una reducción en el consumo, aunque en las últimas encuestas se aprecia un aumento en edades jovenes.

La dependencia del tabaco se relaciona con factores neurobiológicos, genéticos, psicológicos y sociales. La nicotina es una sustancia psicoactiva que actúa a nivel central como estimulante, en contra de la creencia popular de ser ansiolítico o tranquilizante. También es la responsable de la dependencia física. Entre otros efectos de la nicotina encontramos aumento de la tensión arterial, de la frecuencia cardíaca y de la glucemia. Su consumo puede provocar diferentes patologías como una mayor incidencia de cánceres (pulmón, estómago, vejiga y riñon), así como problemas respiratorios o impotencia e infertilidad. Fumar produce mayor sequedad en la piel y secundariamente acelera la aparición de arrugas.

Una de las prioridades en sanidad es transmitir y sensibilizar a la población de los problemas causados por el uso del tabaco.

Un primer paso es reconocer que supone un problema y poder sopesar el querer dejarlo.

Valoración de dependencia a la nicotina

Para ver el grado de dependencia realizaremos un sencillo cuestionario (*Figura 1. Valoración de dependencia a la nicotina. J. Behav Med 1989, 12: 159-82*).

TEST DE FAGERSTRÖM

1. ¿Cuánto tiempo tarda en fumarse el primer cigarrillo desde el momento que se despierta?

≤ 5 minutos = 3
6 a 30 minutos = 2
31 a 60 minutos = 1
más de 60 minutos = 0

2. ¿le resulta difícil mantenerse sin fumar en los lugares donde está prohibido?

Si = 1
No = 0

3. ¿Qué cigarrillo le costaría más abandonar?

El primero del día = 1
Otros = 0

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Más de 30 = 3
21 a 30 = 2
11 a 20 = 1
10 o menos = 0

5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

Sí = 1
No = 0

6. ¿Fuma si se encuentra enferm como para necesitar guardar cama durante la mayor parte del día?

Si = 1
No = 0

Sume todos los puntos obtenidos al responder cada pregunta.

Puede obtener entre 0 y 10 puntos. Su grado de adicción a la nicotina será mayor cuanto más alta sea la cifra obtenida.

Así, puntuaciones inferiores o iguales a 4 indican que tiene una adicción baja; si ha obtenido entre 5 y 6 puntos, su adicción es media; si el resultado es igual o superior a 7 puntos, usted tiene una alta dependencia.

Cómo dejar de fumar

Existen diferentes técnicas encaradas a conseguir dejar de fumar como las psicoeducativas o cognitivo-conductuales. En casos de mayor dependencia o abstiencia se puede incluir un tratamiento farmacológico que ayude a controlar o reducir la aparición de recaídas del consumo de tabaco.

Los tratamientos farmacológicos de primera línea para abordar el tabaquismo son la Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN), el bupropión y la vareniclina:

- La **TSN** (parches, chicles y comprimidos) es segura y eficaz. Las formas de presentación comercializadas actualmente de la TSN son varias: chicles, comprimidos, parches transdérmicos. La sustitución de la nicotina inhalada a través del humo del cigarrillo por nicotina administrada a través de otra vía es util para controlar la aparición de los síntomas de abstinencia. Las diferencias entre los diversos tipos de sustitutos de la nicotina están en la vía de administración, la duración y la rapidez de acción. Presenta algunas contraindicaciones relativas a determinadas situaciones médicas o a su uso durante el embarazo.
- El **bupropión** es un antidepresivo bien tolerado que refuerza el mantener el cese de tabaco. Es necesaria la valoración previa por un médico por ciertas contraindicaciones.
- La **vareniclina** es un fármaco que puede controlar el deseo de fumar y el síndrome de abstinencia pero de nuevo por ciertas contraindicaciones médicas debe estar prescrito por un médico.

La reducción del consumo del tabaco como paso previo a la cesación completa es una de las estrategias.

Todos los tratamientos farmacológicos están contraindicados en el embarazo.

Ahora llega el momento de la reflexión, sabemos que existe el problema y vamos a plantearnos dejar de fumar. Si los argumentos médicos no son suficientes, pruebe a contar cuánto dinero se ahorraría a la semana, al mes y al año, y cuántas cosas podría hacer con ese dinero.

Foto cedida por Recoletos Baja Visión

Patologías que causan pérdida de visión

Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis
Optometristas especilistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos
Pº María Agustín, 113 (Pza. Europa) | 50003 Zaragoza | T. 976 443 995

YANGUAS ÓPTICOS

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

DMAE (Degeneración Macular Asociada a la Edad), glaucoma, retinopatía diabética, retinosis pigmentaria, miopía magna, y otras enfermedades, provocan pérdida de visión. Son patologías con afección visual, conllevan además de la pérdida de visión, una disminución de la calidad de vida: pérdida de movilidad, incapacidad para realizar tareas hasta ahora habituales etc. Dependiendo de la patología tendrán pérdidas de visión en el campo central o en la periferia.

Estos pacientes no mejoran con la graduación en gafa, ni con acertados tratamientos médicos, farmacológicos o quirúrgicos.

Se consideran pacientes de Baja Visión, aquellos cuya Agudeza Visual en el mejor de los ojos es menor o igual al 30% o su Campo Visual inferior a 20º.

YANGUAS ÓPTICOS dispone de Servicio en Baja Visión. Somos un equipo de optometristas especialistas en Baja Visión, capacitado para evaluar la ayuda óptica que pueda potenciar su resto visual y mejorar su calidad de vida.

Como le cambió la vida a José Luis

José Luis tiene DMAE (Degeneración Macular asociada a la edad), desde hace 2 años. Ha sido tratado por el oftalmólogo con éxito, su degeneración macular no ha avanzado, gracias a tratamientos oftalmológicos.

José Luis continúa con sus revisiones periódicas habituales. Actualmente lleva gafas progresivas, pero no ve bien con ellas ni con ninguna otra gafa.

José Luis, es una persona de 68 años, muy activa, no se conforma con la respuesta **"no puede ver más"**.

José Luis acudió a **YANGUAS ÓPTICOS** Baja Visión. Nos explicó su día a día y nos manifestó sus discapacidad visual para varías tareas cotidianas: **"No puedo leer, no puedo ver el ordenador, escribo torcido hacía arriba y me molesta muchísimo la luz"**.

En **YANGUAS ÓPTICOS** le explicamos que debido a la Degeneración Macular no podía ver las caras de las personas ni la lectura, como antes de su enfermedad, pero sí podía caminar sin tropezarse ya que la DMAE no afectaba a su visión periférica.

Se le explicó que evaluando su resto de visión, intentaríamos magnificar el tamaño de las letras, a un tamaño que él pudiera ver y que le rehabilitaríamos para que leyera, que no iba a ver como antes pero que iba a conseguir leer.

En el caso de José Luis magnificándole dos aumentos, conseguía leer, a través de un microscopio.

En **YANGUAS ÓPTICOS** le concertamos dos sesiones de Rehabilitación Visual, para que José Luis se beneficiará al máximo de está ayuda visual.

Para el deslumbramiento, las patologías oculares influyen en el paso de la luz, cuando entra menos luz de lo habitual en el ojo, hay una reducción de agudeza visual y del contraste, y una desaturación de los colores, que provoca un deslumbramiento.

LOS FILTROS SELECTIVOS controlan la cantidad de luz que entra en el ojo, aumentando de una forma eficaz el contraste y la resolución, minimizando el deslumbramiento.

En el caso de José Luis se realizó la prueba de filtros en condiciones exteriores, un día de sol, en una zona arbolada con sombras y pasando luego a una zona con mucha luz.

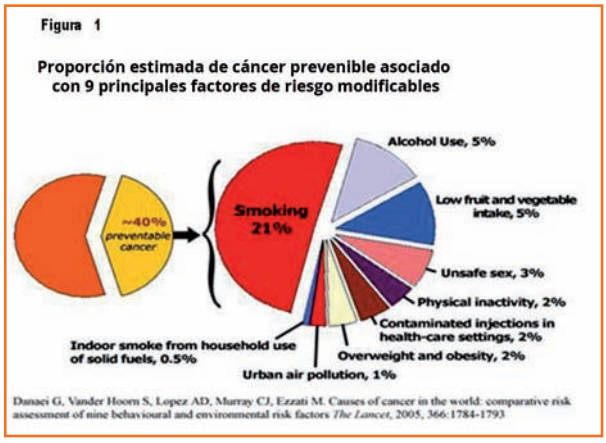
El filtro elegido se lo prescribimos en una montura que no deja pasar la luz, ni frontal ni lateral.

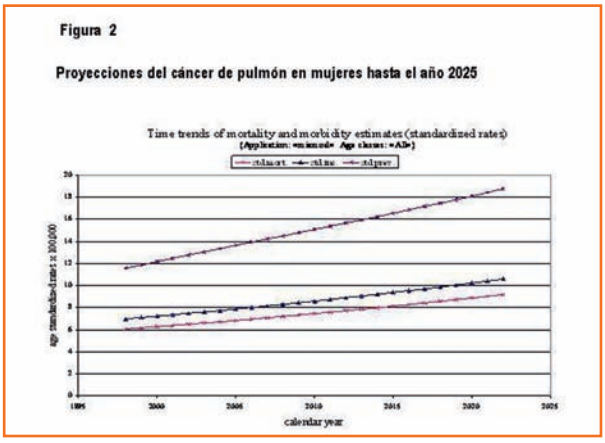
La respuesta de José Luis fue muy satisfactoria a este tipo de ayudas. Ha recuperado de nuevo el hábito de lectura, y no padece deslumbramientos al salir a la calle.

Una vez que el oftalmólogo ha acabado con su tratamiento, cualquier persona que teniendo serios problemas visuales producidos por patologías como degeneración macular, retinopatía diabética, glaucoma, catarata no operable, retinosis pigmentaria o miopía magna, con dificultad para realizar tareas habituales con sus gafas convencionales, puede beneficiarse de estas ayudas tanto ópticas como electrónicas.

En **YANGUAS ÓPTICOS** los optometristas especialistas en baja visión, le evaluaremos su resto de visión e intentaremos darle más autonomía en actividades de su vida diaria.

Desde **YANGUAS ÓPTICOS** aconsejamos que estar bien informado es el primer paso para prevenir.





La realidad en la prevención del cáncer

Milagros Bernal Pérez. *Profesora Titular de Universidad. Jefe de Sección de Medicina Preventiva y Salud Pública*

En términos generales los casos de cáncer en una determinada población, se podrían prevenir alrededor de un 40 a 50 %. Es adecuado, antes de ver en donde se debe de hacer más énfasis para la prevención, conocer como están los términos de referencia respecto a esta enfermedad con el fin de actuar mejor en ella.

En el cáncer y otras enfermedades, es importante separar la *tasa de incidencia*, que son los casos nuevos de una enfermedad que aparecen en una zona geográfica concreta y a lo largo de un año por cada 100.000 o 1.000 habitantes, de la *tasa de mortalidad* que expresa los individuos que mueren en un año en la misma zona geográfica y por la misma enfermedad, igualmente referido a 100.000 ó 1.000 habitantes.

Es decir, una forma de ver cómo evoluciona el cáncer, es el conocer si aumenta o disminuye la tasa de incidencia por cualquier tipo en una población y otra bien diferente es cuantos de los pacientes que presentan ya un cáncer, mueren en un año en esa misma población.

Estudios de regresión

A partir de estas tasas, se puede realizar técnicas estadísticas denominadas estudios de regresión, que nos permitirían conocer la evolución del cáncer, tanto respecto a su incidencia como a la evolución de su mortalidad .

En un estudio realizado en el Área sanitaria III de la provincia de Zaragoza, que comprende alrededor de 300.000 habitantes, se demostró durante el periodo 2009-2013 lo siguiente:

Las tasas de mortalidad por cáncer descienden, tanto en hombres como en mujeres, mientras que las tasas de incidencia se estabilizan en hombres pero están aumentando en mujeres.

Numéricamente las tasas de incidencia por cáncer en hombres en el Área sanitaria III, de la provincia de Zaragoza están disminuyendo a razón del 0.9% anual.

En mujeres, el cáncer continúa aumentando. Entre 2009-2013 el incremento fué a razón del 1.7 % anual.

Por tanto, la explicación de estas cifras nos viene a decir que desde que un individuo enferma, los tratamientos actuales y cada día mejores, han permitido prolongar más la vida de estos pacientes que en etapas anteriores .

El mayor riesgo, según las cifras que hemos visto, lo encontramos en las tasas de incidencia y especialmente en mujeres, en las que aumenta el número de casos.

Por tanto, la prevención la tendremos que establecer fundamentalmente en las situaciones donde hay mayores incrementos, continuar donde las tasas de incidencia se mantienen y seguir con la investigación en los nuevos tratamientos.

Los elementos que actúan favoreciendo el incremento del cáncer se denominan factores de riesgo y contribuyen en diferentes porcentajes a la aparición de la enfermedad, tal y como se explican en la **figura 1**.

Mediante otro tipo de estudio estadístico, denominado de proyecciones y en este caso sobre el cáncer de pulmón se puede comprobar como, la influencia del tabaco es mayor en las mujeres lo que se traduce en una tendencia al incremento del cáncer de pulmón, expresado gráficamente en la **figura 2.** Paralelamente disminuye en los hombres como se observa en la **figura 3**.

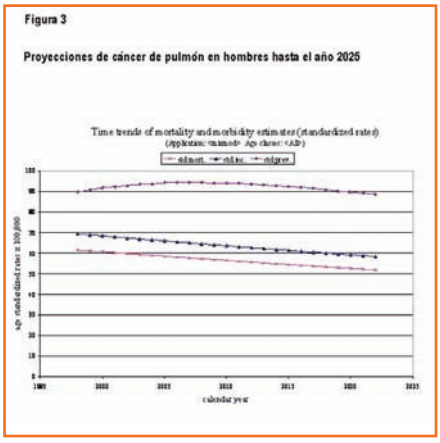
Un estudio de tendencia en nuestra zona demuestra que en los últimos años el cáncer de pulmón aumentaba en mujeres a razón de 12 % anual y en hombres no aumentaría de una manera estadísticamente significativa.

Prevención

Conocido donde esta el problema, como acabamos de señalar, estableceremos la prevención de la siguiente manera siguiendo el siguiente esquema.

▶ **Prevención primordial.** Se trata de una prevención general por parte de las autoridades sanitarias y que recaiga sobre toda la población. Ha de ser una prevención de fácil cumplimiento para todos los ciudadanos, que sean capaces de entenderla y realizarla por el mayor numero posible, entendiendo que la acción propuesta constituye un bien para la salud.

▶ **Prevención primaria.** Es la actuación para eliminar los factores de riesgo conocidos: Tabaco, alcohol, exposición al sol, alimentación sana, vacuna papilomavirus, etc. Esta prevención primaria se hace mediante educación sanitaria que comprende todas aquellas técnicas encaminadas a que los individuos adquieran "buenos hábitos y saludables en materia de salud". Puede implementarse mediante diferentes procedimientos que van desde las charlas sanitarias para el conocimiento de los factores de riesgo, hasta la legislación de actuación sobre ambientes laborales contaminantes. Igualmente mediante consejo genético en caso de factores de riesgo presentes en el individuo, como en cánceres de origen familiar tales como cáncer de mama/ovario hereditario, Neoplasia Endocrina



Múltiple tipo 1, Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2, Poliposis adenomatosa de colon familiar, Síndrome de PTEN, Síndrome de Von Hippel-Lindau, Retinoblastoma hereditario.
Es conveniente seguir y consultar indicaciones de publicaciones en esta materia como la Sociedad Americana Contra El Cáncer, que confirman y extienden la evidencia de un beneficio de la actividad física en el riesgo de cáncer y apoyan su papel como componente clave de programas de prevención y control de cáncer para toda la población. El estudio, por el doctor Steven C. Moore, del NCI, y colegas, apareció el 16 de mayo de 2016, en Jama Internal Medicine.

▶ **Prevención secundaria.** Significa el diagnostico precoz, es decir conseguir el diagnostico al inicio de las lesiones pero sin extensión a otro lugar del organismo. En general este diagnostico precoz consiste en realizar pruebas analíticas , radiológicas o mínimamente invasivas y de muy poco riesgo para el paciente La edad de de la realización de las pruebas tiene que estar previamente determinada por estudios anteriores para lograr la máxima eficiencia. Estas pruebas deben de ser fáciles de realizar y de poco costo económico. No alcanzan a a todos los cánceres ya que no cualquier localización del cáncer es susceptible de un diagnostico precoz.
Las más frecuentes son:

- Diagnóstico precoz del cáncer de mama mediante cribado de rutina cada 1-2 años con mamografía.
- Colonoscopía a partir de los 50 años, cada 5-10 años.
- Examen de cervix uterino anual, mediante citología.
- Eliminar "pecas" sospechosas.

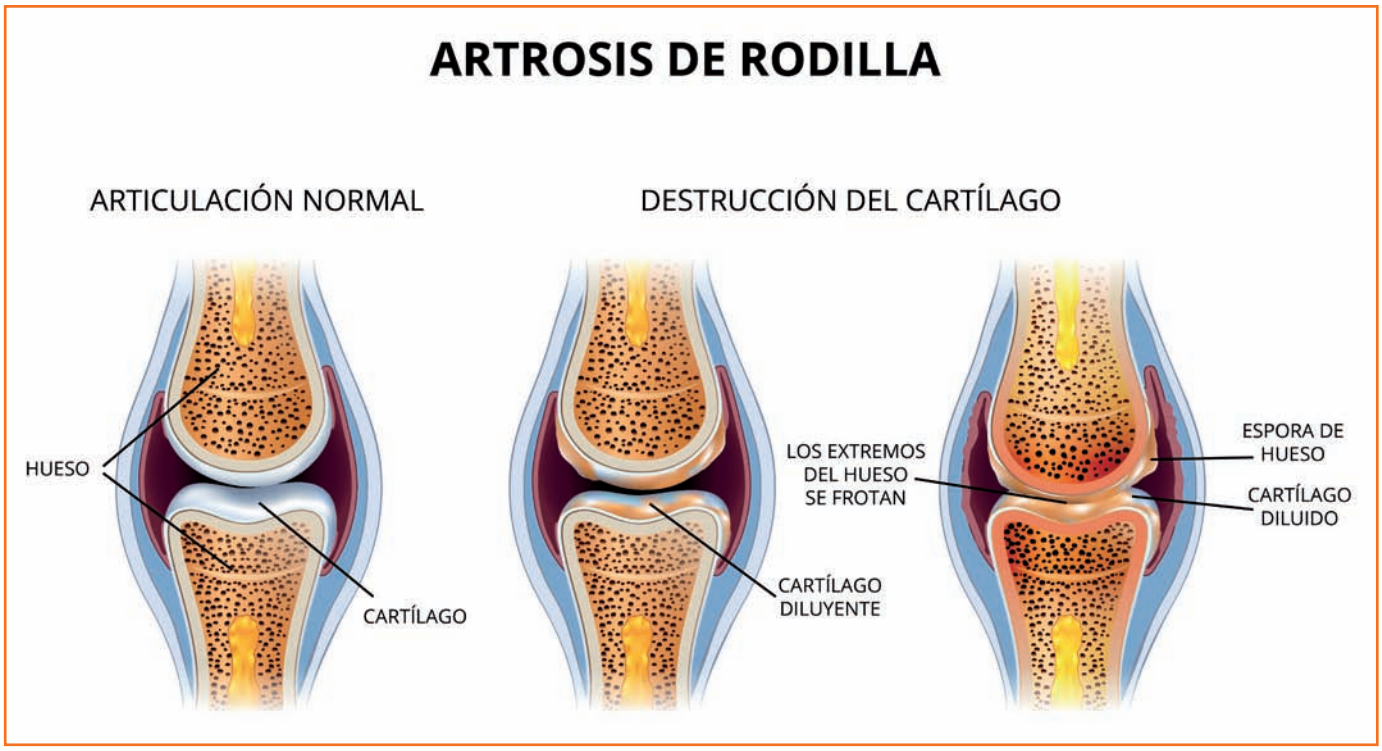
La población debería de conocer que ante uno de los siguientes signos o síntomas que se pueden adecuar a la palabra CAUTELA debería de ponerse en contacto con un médico para transmitirle la posible alteración. Estos casos son:

- Cambios en los hábitos intestinales.
- Anormal secreción o flujo que no cede Ulcera que no cicatriza.
- Tos persistente.
- Engrosamiento anómalo en una parte de nuestro organismo.
- La deglución difícil (dificultad en tragar alimentos o líquidos).
- Anormal cambio en una peca o lunar.

▶ **Prevención terciaria.** Ayuda al paciente mediante tratamiento, control y reinserción social y psíquica de los pacientes afectados por un cáncer.

Resumen

Como se ha visto en otros capítulos, los tratamientos individualizados de cáncer que con mayor frecuencia se están descubriendo actualmente, inciden directamente sobre la mortalidad. Sin embargo, es necesario no olvidar todos y cada uno de los factores de riesgo que inciden directamente sobre la aparición de la enfermedad (incidencia) en el individuo y estos factores de riesgo dependen exclusivamente del comportamiento de cada uno de nosotros.



Artrosis de rodilla

José Félix Martínez Juste. *Facultativo Especialista en Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza*
Jara Altemir Trallero. *Facultativo Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital General San Jorge. Huesca*

La artrosis es la más común de las enfermedades articulares y constituye una de las principales causas de consulta para el médico de atención primaria. Es una enfermedad degenerativa que se produce al alterarse las propiedades mecánicas del cartílago y que se acompaña de afectación de otras estructuras de la articulación como son el hueso subcondral, la cápsula articular y la membrana sinovial, entre otras.

Se produce la degeneración del cartílago articular, motivado por la sobrecarga, que se va progresivamente erosionando, se fisura, adelgaza e incluso llega a desaparecer.
La pérdida del cartílago origina cambios en el hueso adyacente cuya respuesta produce deformaciones e intentos de regeneración. Se desencadenan fenómenos inflamatorios secundarios, que son muchas veces la causa de que la artrosis produzca síntomas como el dolor, alteraciones de la movilidad y del funcionamiento normal de la articulación, conduciendo al enfermo a una progresiva discapacidad para las actividades cotidianas.

Prevalencia

Su prevalencia aumenta con la edad. Constituye la causa más importante de discapacidad entre los ancianos en nuestro país y en otros del mundo occidental. Su prevalencia en España en los mayores de 20 años es de un 10,2% en la rodilla, alcanzando hasta 30% en mayores de 60 años.

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo reconocidos se encuentran la edad y el sexo femenino, mientras que el componente genético tiene una baja asociación con la artrosis de rodilla, a diferencia de lo que ocurre en otras articulaciones, como la cadera o las manos. Presentan un mayor riesgo de presentar artrosis de rodilla aquellas personas con sobrepeso y obesidad.
Mientras que la actividad física no ha logrado ser identificada como un factor de riesgo para el inicio o la progresión de la artrosis de rodilla, las lesiones articulares previas sí que se reconocen como capaces de condicionar el desarrollo del fenómeno degenerativo articular típico de la artrosis. Las dos lesiones que tienen mayor relación con el desarrollo de la artrosis de rodilla son la menisectomía mayor y la rotura del ligamento cruzado anterior. En el caso del ligamento cruzado anterior, la reconstrucción quirúrgica de éste no reduce el riesgo de artrosis de rodilla. En los últimos años se ha identificado como un nuevo factor de riesgo el síndrome metabólico.

Clínica

Los síntomas característicos de la artrosis de rodilla son el dolor, la rigidez articular y la incapacidad funcional, generalmente en ausencia de fiebre, inflamación articular y manifestaciones extraarticulares (cutáneas, vasculares, pulmonares y otras).
El dolor es crónico y de tipo mecánico y se caracteriza por tener un comienzo insidioso, curso lento e intensidad leve o moderada. Además, es un dolor que aparece al iniciar los movimientos (marcha); después mejora y reaparece con el ejercicio intenso o prolongado. A medida que la enfermedad avanza, el dolor aparece cada vez más precozmente y con ejercicios más livianos, para acabar en un estadio en que cualquier movimiento, por pequeño que sea, lo desencadena. Este dolor de la artrosis de rodilla cede o mejora con el reposo. La rigidez articular suele aparecer tras un periodo de inmovilidad prolongado, pero mejora

rápidamente con el movimiento y normalmente presenta una duración menor de 15 minutos. Limitación funcional para realizar tareas de la vida diaria.

Diagnóstico

La osteoartrosis de rodilla es una condición cuyo diagnóstico es eminentemente clínico en función de los signos y síntomas del paciente, los factores de riesgo y las alteraciones presentes en el examen físico. La presentación más común es en pacientes sobre los 50 años de edad con dolor crónico de características mecánicas, que es mayor al iniciar los movimientos, pudiendo disminuir posteriormente, asociado a rigidez articular y a deformidad articular con pérdida de movilidad articular, crepitación y derrame.

Es importante recordar que no existe una correlación directa entre el grado de deterioro articular radiológico y la presentación clínica de los pacientes, pese a lo cual es recomendable tener un estudio básico de rayos en todos los pacientes, aconsejándose la radiografía anteroposterior y lateral de ambas rodillas en bipedestación y la axial de rótula a 30º.

En cuanto a los estudios analíticos no existen pruebas de laboratorio específicas para la artrosis.

Tratamiento

No existe un tratamiento conservador de la artrosis de rodilla demostrado como capaz de detener o disminuir el avance de su progresión. Existen una serie de intervenciones que se han postulado como efectivas para la disminución de la sintomatología y la mejora funcional, presentando evidencia sólida de su utilidad la disminución de peso y el ejercicio físico aeróbico asociado a fisioterapia articular.

El ejercicio disminuye el dolor, mejora la movilidad articular y la limitación funcional. No existe suficiente evidencia para recomendar un determinado tipo de ejercicios por lo que deben prescribirse aquellos adaptados a las posibilidades y características de cada paciente. Se recomienda ejercicio moderado y realizado de manera regular, siendo especialmente beneficiosos los ejercicios aeróbicos (como caminar o hacer bicicleta). Se aconseja que sean realizados según la tolerancia del paciente de forma progresiva y gradual, con una frecuencia de 3 o más veces por semana, y una duración de no menos de 20 a 30 minutos.

En relación con los tratamientos farmacológicos disponibles es fundamental diferenciar entre dos grupos: los que poseen un fin netamente analgésico y los que se proponen como condroprotectores o moduladores de la enfermedad.

Dentro de los **medicamentos analgésicos** encontramos:

- **Paracetamol:** analgésico con escaso efecto antiinflamatorio. Es considerado como el fármaco de primera línea en el tratamiento de la osteoartrosis de rodilla por su seguridad, aunque su prescripción debe hacerse de forma individualizada. Es seguro a largo plazo por lo que se recomienda su uso para el control del dolor en tratamientos prolongados
- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINE):** fármacos que mediante la inhibición de enzimas COX controlan el proceso inflamatorio y la cascada del dolor. Son más efectivos que el paracetamol en la reducción del dolor y en la mejora del estado general y funcional, sobre todo en pacientes con dolor moderado a grave. Se recomiendan para aquellos pacientes cuyos síntomas no se controlan adecuadamente con paracetamol o presentan afectación inflamatoria articular.

Presentan potenciales efectos deletéreos en su uso a largo plazo. Si hay factores de riesgo gastrointestinal se añadirá un protector gástrico, siendo los efectos secundarios gastrointestinales más frecuentes las diarreas, nauseas, pirosis o dolor abdominal.

Los antiinflamatorios del grupo COXIB son más eficaces que el paracetamol en la reducción del dolor y la inflamación, tienen eficacia similar a los AINE no selectivos y presentan menor tasa de efectos gastrointestinales que estos últimos. Se recomiendan como 2ª línea de tratamiento en pacientes con factores de riesgo gastrointestinal y sin trastornos cardiovasculares conocidos.

- **Corticoides intraarticulares:** agentes antiinflamatorios utilizados históricamente para el tratamiento de la artrosis de rodilla por su capacidad de disminuir el fenómeno inflamatorio, y a través de esto disminuir la sintomatología. Según los estudios que evaluan el uso clínico de los corticoides intraarticulares, éstos sólo han demostrado un efecto beneficioso a muy corto plazo para el alivio del dolor (una semana postratamiento), y a largo plazo no demuestran efectos beneficiosos y pudieran incluso inducir un aumento del daño del cartílago e incrementar el riesgo de infección articular. Actualmente no se recomienda la utilización de estos compuestos en la práctica clínica.

Dentro del segundo grupo de **medicamentos, postulados como condroprotectores o modificadores de enfermedad**, destacan:

- **Sulfato de glucosamina y condroitín sulfato:** son fármacos eficaces y seguros para el control del dolor y la mejoría funcional de los pacientes con artrosis de rodilla leve a moderada, tomados durante seis semanas. No hay evidencia en cuanto a sus propiedades para regenerar el cartílago dañado. El dolor no mejora tanto cuando se toma durante un período de dos a tres meses, y la mejoría funcional depende de la escala con que se mida dicha función. Ambos medicamentos son administrados por vía oral.
- **Ácido hialurónico:** es un material que se encuentra en grandes cantidades en el líquido articular. Su función es captar moléculas de agua, otorgándole elasticidad y contribuyendo así a la función de distribución de la carga propia de las articulaciones. Posee efectos lubricantes, de barrera mecánica, antiinflamatorio, analgésico y favorece la proliferación del cartílago articular. La evidencia disponible señala que el ácido hialurónico administrado en inyección intraarticular es efectivo en aproximadamente el 60% de los pacientes con osteoartrosis de rodilla produciendo una mejoría sintomática. Es una buena alternativa terapéutica, siendo su alto coste un factor limitante para su uso masivo.
- **Plasma rico en plaquetas:** existe evidencia de mejoría sintomática en los pacientes con artrosis de rodilla, sin embargo su alto coste hace compleja su utilización en la práctica clínica actual.

El tratamiento quirúrgico de la artrosis de rodilla se recomienda en aquellos pacientes en los que ha fracasado el tratamiento analgésico conservador, ya sea por progresión del dolor o la disminución de la funcionalidad articular.

Psoriasis y alimentación

Silvia Castaño Ferrer. *Dietista-Nutricionista. Nº colegiado ARA00163*
Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Aragón (CPDNA).

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de tipo autoinmune, no contagiosa, donde la genética juega un papel importante, y con una evolución ligada a factores externos (alimentación, tabaco, estrés, alcohol, ejercicio físico, gestión de emociones...). Además, es una enfermedad multisistémica con graves repercusiones articulares, metabólicas, endocrinas y psicológicas.

Los factores ambientales suelen ser cruciales en el inicio de la enfermedad y en la intensidad de los síntomas. En concreto, el estrés físico y emocional son la principal causa de los brotes de psoriasis.
Produce irritación, descamación e inflamación de la piel y puede causar picazón y/o dolor. Suele aparecer en los codos, rodillas, tronco, manos y cuero cabelludo, en forma de manchas o placas escamosas de tamaño variable.

Tratamiento de la enfermedad

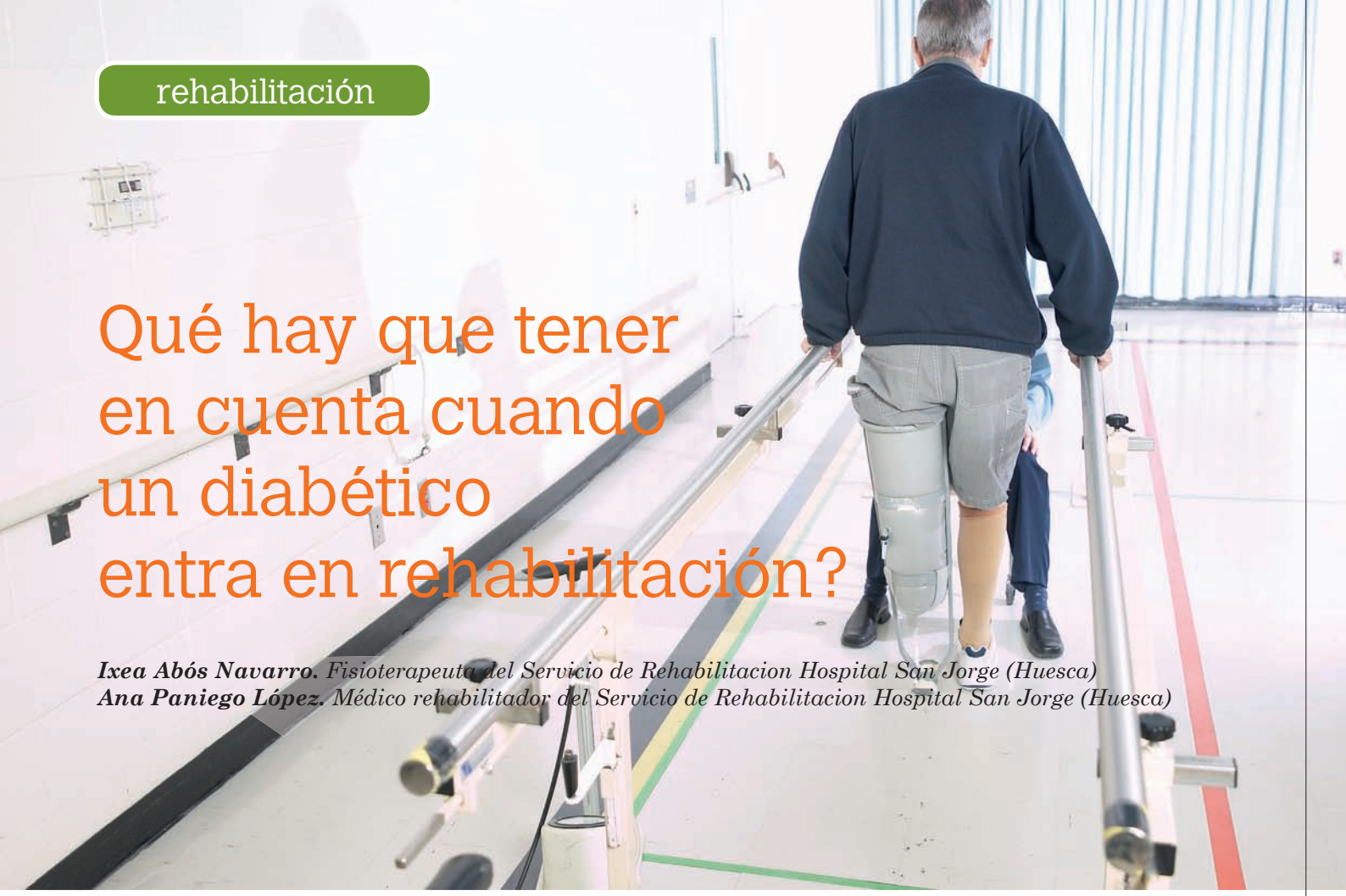
No existe un tratamiento único, sino que dependerá de la gravedad y tipo de psoriasis, presencia de otras enfermedades y estilo de vida.
Es aconsejable seguir un tratamiento con enfoque integrativo y buscar la etiopatología de la enfermedad en dicha persona.

Consejos nutricionales

En personas con psoriasis es frecuente encontrar anomalías en la composición de la flora y mucosa intestinal que se manifiestan por ejemplo con alteraciones en la tolerancia al gluten, sin llegar a ser celiacos, la mayoría serán sensibles a él.
Las personas con psoriasis y artritis psoriásica tienen más necesidades nutricionales debido a la situación de inflamación crónica y de permanente recambio cutáneo. Por ello, si se padece esta enfermedad sería recomendable contactar con un dietista-nutricionista que nos aconsejará, además de seguir el tratamiento con el dermatólogo.

- **Evitar el estrés:** puede producir un nuevo brote o empeorar el que ya padecemos. Realizar ejercicio a diario nos beneficiará a nivel de autoestima y a liberar estrés y endorfinas. Además, podemos utilizar técnicas del mindfulness.
- **Consumir alimentos ricos en ácidos grasos omega 3 por su efecto antiinflamatorio, entre los que se encuentran:** pescado azul (salmón, sardinas, caballa, anchoas,..), nueces, semillas de lino y chía, y algunas algas.
- **Ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas frescas y de temporada:** ricos en antioxidantes, vitaminas y minerales. Recuerda... ¡5 al día!
- **Disminuir la ingesta de alimentos que contienen ácido graso araquidónico**, ya que su consumo da lugar a la producción de eicosanoides que provocan mayor inflamación. Lo encontramos en alimentos de origen animal como las carnes.
- **Cuidar la salud intestinal** con alimentos ricos en fibra como los cereales integrales (arroz, avena, mijo, espelta,...), legumbres, verduras, frutos secos y semillas. Además de alimentos que contienen probióticos: kéfir, yogur natural, chucrut, miso, tempeh.
- **Correcta hidratación:** agua, infusiones.
- La **vitamina D** es muy importante. Actúa sobre la capacidad de multiplicación celular. La conseguimos con una exposición al sol diaria, aunque en ocasiones es necesario suplementar.

Una dieta saludable y personalizada, baños de sol y el control del estrés, son el mejor remedio paliativo para la psoriasis.



Qué hay que tener en cuenta cuando un diabético entra en rehabilitación?

Ixea Abós Navarro. *Fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitacion Hospital San Jorge (Huesca)*
Ana Paniego López. *Médico rehabilitador del Servicio de Rehabilitacion Hospital San Jorge (Huesca)*

La diabetes es una enfermedad crónica de tipo endocrino que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es el nivel alto de azúcar en sangre: hiperglucemia.

Desde 1980 hasta hoy en día el número de diabéticos casi se ha cuadruplicado. La prevalencia de la enfermedad está aumentando en todo el mundo, sobre todo en países con escasos ingresos.
Las causas de éste incremento son complejas. En parte se debe al aumento de personas con sobrepeso/obesidad, por una alimentación pobre y la inactividad física.
Todos los tipos de diabetes pueden provocar complicaciones en el organismo e incrementar el riesgo de muerte prematura. Gran parte de los casos de diabetes y sus complicaciones podrían prevenirse manteniendo una dieta saludable, actividad física regular, un peso corporal normal, incluso evitando el consumo de tabaco.

Clasificación

- **Diabetes tipo 1:** también llamada insulinodependiente juvenil o de inicio en la infancia. Se caracteriza por que el cuerpo no produce insulina y requiere la administración cada día de ésta hormona. A día de hoy se desconoce la causa de la diabetes tipo 1.
- **Diabetes tipo 2:** también llamada no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta. Se debe a una utilización ineficaz de la insulina por parte del organismo. Es decir, el cuerpo la produce de forma inadecuada. Es el tipo de diabetes más común en la sociedad, y se debe en gran medida a la inactividad física, problemas de salud, presión arterial alta u otras causas.
- **Diabetes gestacional:** se caracteriza por hiperglucemia (aumento de azúcar en sangre) que aparece durante el embarazo. Las mujeres con diabetes gestacional corren el riesgo de sufrir complicaciones en el embarazo y en el parto. Además, aumenta el riego de padecer diabetes tipo 2 en ellas y en sus hijos.

Consecuencias frecuentes

A corto plazo dependen de los niveles de glucosa: hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en sangre), o hiperglucemia (alto nivel de azúcar en sangre). A largo plazo la diabetes puede dañar el corazón, vasos sanguíneos, ojos (ceguera), producir enfermedades en los riñones, y lesiones en los nervios. En los adultos con diabetes aumenta el riesgo de tener un accidente cerebro vascular, o infarto de miocardio.
La neuropatía en los pies, unida a la reducción del flujo sanguíneo hace que aumente el riesgo de úlceras de los pies y piernas, infección, y en ultima instancia amputación.

Tratamiento

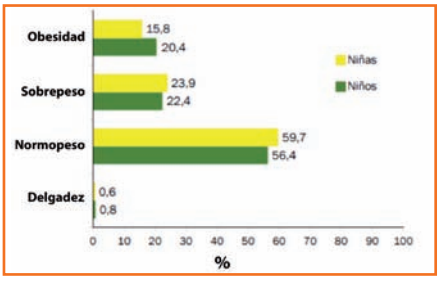
Se puede diagnosticar con análisis de sangre y orina, que detecten los niveles de glucosa en sangre. Como no hay cura para la diabetes tipo 1, el tratamiento es farmacológico, dieta, y ejercicio.
La fisioterapia puede ayudar a prevenir y mejorar en la actividad física, mejorar las funciones musculoesqueléticas y neurológicas ayudando a mejorar la calidad de vida.
Sobre todo en cuanto a la diabetes tipo 2, los fisioterapeutas tienen un rol muy importante en la planificación de un programa personalizado de ejercicios reduciendo riesgos de la enfermedad y aumentando la calidad de vida.
El síndrome del túnel carpiano, dolores de espalda, o pacientes de diabetes tipo 1 mal controlados suelen desarrollar síndromes que limitan la movilidad de las articulaciones.
Una de las peores complicaciones son las amputaciones, sobre todo de miembros inferiores. Siendo una de las más importantes el hombro congelado. Alrededor del 20% de pacientes diabéticos padecen esta patología, que es de evolución lenta y dolorosa, debido a la rigidez. Pero a través de farmacología y fisioterapia, se restituye la movilidad y el funcionamiento del hombro.

Es de vital importancia prevenir la aparición del hombro congelado, y el resto de patologías asociadas a la diabetes, acudiendo al especialista lo antes posible.

Obesidad infantil y factores sociales

Sheila Cadena Gómez. *DUE en el Hospital Miguel Servet*
Beatriz Fernández Navarro. *DUE en el Hospital Miguel Servet*
Raquel Navarro Muñoz. *DUE en el Centro de Especialidades de San José*
Pilar Royán Moreno. *DUE en el Centro de Salud de Parque Goya*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la obesidad infantil como uno de los mayores problemas de salud pública del siglo XXI. En los últimos años, se ha producido un aumento de la prevalencia, algunos de los datos a nivel mundial establece que en 2013, más de 42 millones de niños, menores de cinco años, tenían sobrepeso. En España, la situación es similar. El estudio ALADINO realizado en 2015 establecía que la prevalencia en los niños y niñas de 6 a 9 años es un 41,3% de los cuales 23,2% presentaban sobrepeso y el 18,1% obesidad.



En relación a los hábitos de salud se estima que sólo el 34% de los niños comen dos o más raciones de verduras y hortalizas diarias y el 32% toman dulces varias veces al día. Además, más del 60% de los menores no practica ejercicio ni ningún tipo de actividad física.

¿Qué es la obesidad?

Es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, establece la relación entre el peso y la talla (Kg/m2), cuya determinación es sencilla. Sin embargo, en los niños es más complicado encontrar un parámetro simple para medirla ya que el organismo tanto de niños como de adolescentes, está en continuo desarrollo. Además, dependiendo de la edad existen diferentes métodos y patrones.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Los principales factores de riesgo que afectan a esta enfermedad son la genética y los ambientales. Respecto a la genética, hay personas que tienen una predisposición a aumentar de peso lo que se denomina genotipo susceptible. Los factores ambientales se pueden dividir en dos grandes bloques: la alimentación y el ejercicio físico.

- **Alimentación:** el alto aporte energético que tienen algunas comidas como el abuso de los azúcares, grasas saturadas, alimentos poco saludables que conllevan un aumento del requerimiento energético de la persona, así como la forma de cocinarlas (salsas, condimentos...)
- **Sedentarismo:** la actividad física incrementa el gasto energético, por lo que la inactividad contribuye, en gran medida, a un aumento de peso y a incrementar el riesgo de padecer obesidad y enfermedades cardiovasculares, sobre todo si se combina con la dieta.

Dentro de estos dos bloques existen factores que influyen en ambos como son los sociales (cultura, economía, educación...).

¿Cómo podemos reducir la prevalencia de esta enfermedad?

Es importante una adecuada prevención de la obesidad basada en tres pilares fundamentales:

- **Dieta equilibrada:** reducir la ingesta calórica, fomentando una dieta rica en fruta y verdura, baja en grasas e incrementar la ingesta de líquidos.
- **Actividad física:** incrementar el gasto energético mediante la realización de ejercicio físico.
- **Terapia conductual:** cambiar las conductas y percepciones que se tienen respecto a los hábitos de vida saludables.

Además, hay que tener en cuenta otros aspectos de la sociedad que requieren un enfoque multidisciplinar (económico, político y social).

¿Cuáles son las consecuencias para la salud?

Es una de las enfermedades crónicas que mayor comorbilidad presenta, repercutiendo en la calidad de vida de las personas. Se pueden clasificar en mayores y menores, siendo las más frecuentes:

- **Mayores:** Diabetes Mellitus II, síndrome de

hipoventilación-obesidad, apnea del sueño, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, neoplasias, artropatía degenerativa

- **Menores:** Reflujo gastroesofágico, colelitiasis, hígado graso, infertilidad, insuficiencia venosa, demencias, depresión.

Cambio social-alimentación: repercusión en los hábitos alimenticios infantiles

En el desarrollo de la obesidad infantil, no solo influyen los factores genéticos y los hábitos de salud, sino que son muy importantes los factores socioeconómicos, educacionales...

En este siglo se ha producido un cambio social, marcado por una crisis económica, que ha dado lugar a nuevas necesidades sociales: laborales, familiares e individuales influyendo en las pautas alimenticias. Algunos de estos cambios sociales son: el incremento de la población urbana, menor ejercicio físico por el aumento de los servicios terciarios, la incorporación de todos los miembros de la familia al mercado laboral...Este último hecho ha cambiado la estructura familiar y la gestión del hogar, afectando en la compra de los alimentos y en su preparación, lo que ha aumentado el consumo de alimentos hipercalóricos. Por otro lado, se ha incrementado el número de niños que se quedan en los comedores escolares, por lo que hay que tener en cuenta que los menús que ofertados tengan un aporte y distribución calórica compensada con las necesidades de los niños según las distintas edades. En la actualidad, los comedores de línea fría ofrecen menús poco variados, repetitivos lo que hace difícil compensar los déficits en el hogar, sobre todo en las cenas y los fines de semana, por lo que es necesario una buena coordinación y educación entre los centros escolares y las familias para establecer unos correctos hábitos alimenticios.

Otro aspecto importante, es el desarrollo de la industria, en concreto del marketing. La publicidad, muchas veces va dirigida a fomentar el consumo de ciertos alimentos: comida rápida, malsana y bebidas azucaradas o carbonatadas, entre la población infantil para aumentar las ventas sin tener en cuenta la repercusión, utilizando métodos como la recompensa, basando la elección del producto en el incentivo (juguetes...) y no en las propiedades nutritivas del mismo . Según diversos estudios, entre el 16-40% de la obesidad infantil podría ser explicada por la publicidad en la televisión, donde algunos de los anuncios emitidos o iban destinados a la alimentación o no incluyeron las propiedades nutritivas de sus productos.

Por otro lado, la crisis económica ha afectado, en gran medida, a las familias con menor poder adquisitivo, influyendo de forma negativa en la dieta de los niños, aumentando el consumo de la comida "rápida" por la comodidad que supone para los padres que trabajan y por su bajo coste.

¿Cuáles son las recomendaciones de la OMS para acabar con la obesidad infantil?

En resumen, proponen mediante la aplicación de programas integrales:

- Promover el consumo de alimentos saludables.
- Promover la actividad física, reduciendo el sedentarismo.
- Atención para orientación de la prevención: antes, durante y después del embarazo.
- Dieta, pautas de sueño y actividad física en la primera infancia.
- La salud, la nutrición y la actividad física para los niños en edad escolar.
- Control de peso.

¿Cantidad o calidad de vida?

Dra. Clara Bibián Getino. *F.E.A Geriatría. Hospital de Barbastro*
Alodia Abad Ruiz. *Trabajadora Social. Hospital de Barbastro*
Dra. Carmen Deza Pérez. *F.E.A Geriatría. Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca*
Dr. Ignacio Ferrando Lacarte. *F.E.A Geriatría. Residencia IASS de Borja, Zaragoza*
Dra. Marta González Eizaguirre. *F.E.A Geriatría. Hospital San José de Teruel*

Estamos viviendo un cambio generacional. La mejora de los sistemas de salud y de oportunidades médicas, ha provocado un aumento de esperanza de vida, que unido a una baja tasa de natalidad condiciona un incremento del porcentaje de personas mayores en nuestra sociedad.

La cronificación de enfermedades médicas, como decimos, supone un aumento de pacientes ancianos con las consecuentes exigencias económicas y sociales que se deriva de ello.
Los adelantos médicos nos permiten vivir más, pero... ¿Nos permiten vivir mejor? El objetivo que nos debemos plantear es, vivir más y mejor, consiguiendo años de vida libres de discapacidad.

Envejecimiento activo

Según los datos del Instituto Aragonés de Estadística (año 2016), más del 21% de la población de Aragón es mayor de 65 años y contamos con un índice de sobreenvejecimiento (cociente entre el número de personas mayores de 85 años y personas mayores de 65 años) entorno al 18,6 mostrando el evidente envejecimiento de la población aragonesa.
Si preguntamos acerca del estado general de la salud de las personas, más de un 23% refiere tener un estado de salud regular, malo o muy malo; las solicitudes registradas en relación a la prestación de la Ley de Dependencia se sitúan en 45.190 (3,45% del total de la población) a fecha de Abril de 2017.
Entendemos el concepto de "Envejecimiento activo" como aquel proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objeto de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, siendo imprescindible mantener una adecuada capacidad funcional tanto física como cognitiva.

Fragilidad y dependencia

Unido a este término encontramos el concepto de "Fragilidad"; podemos definir al anciano frágil como aquella persona con disminución de sus reservas fisiológicas y elevada vulnerabilidad a enfermedades, procesos agresores y, consecuentemente, mayor probabilidad para presentar episodios adversos en salud, institucionalización, pérdida de función, dependencia y muerte.
Es de gran importancia en el ámbito de la Geriatría, siendo imprescindible una adecuada valoración geriátrica integral para detectar aquellos pacientes que se beneficiarían de un plan de actuación definido e individualizado, ya que es en este punto donde todavía es reversible esa limitación funcional.
Para evaluar la fragilidad de un paciente debemos hacerla a diferentes niveles: fenotipo o sd. fragilidad (Linda Fried), test funcionales de observación directa e índices de fragilidad como el de Rockwod.
No debemos olvidar el papel de Trabajo Social para detección de estos pacientes, pues contamos con cuestionarios de detección de riesgo de fragilidad y dependencia como es el Cuestionario de Barber que nos ayuda a detectar a pacientes subsidiarios de realizar la valoración geriátrica integral.
Como hemos dicho, un anciano frágil se encuentra en situación de pre-discapacidad y por tanto de deterioro funcional incipiente y riesgo de dependencia; por tanto es nuestro deber la detección temprana de estos pacientes para elaborar un plan de actuación.

Derivación a geriatría

Teniendo en cuenta que es en el ámbito de Atención Primaria donde se concentra el grueso de la población diana en lo relativo a la fragilidad, deberíamos establecer criterios sencillos y uniformes que permitan una rápida detección y derivación a la consulta de geriatría para realizar una valoración más exhaustiva.
En cuanto al tratamiento, deberíamos centrarnos en el riesgo de caídas, vigilando riesgos en el hogar y elaborar un programa de actividad física multicomponente con ejercicios aeróbicos, fortalecimiento muscular, flexibilidad y equilibrio, siempre ajustados a cada paciente. La revisión del tratamiento farmacológico de los pacientes junto con un adecuado consejo nutricional son pilar fundamental de dicha valoración.
Por otro lado, la coordinación con los Trabajadores Sociales se hace necesaria si queremos que dicho plan de tratamiento sea efectivo. El entorno social del paciente es clave y aspectos como la red familiar y de apoyo del paciente, el estado de la vivienda y las posibles barreras arquitectónicas que pueda presentar, la capacidad económica y los recursos sociales de apoyo con los que pueda contar son claves a la hora de prevenir la dependencia y mejorar la calidad de vida
Queda claro, que la detección temprana puede mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, consiguiendo aumentar años de vida, pero libres de discapacidad.

El consentimiento informado ¿qué es y para qué sirve?

Dra. Nerea Yanguas Barea y Dr. David Ibáñez Muñoz. *Especialistas en Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza*
Borja Navas Díaz. *MIR Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia*

El consentimiento informado es un proceso que ha llegado a la medicina desde el derecho, siendo considerado una de las principales aportaciones del mismo a la medicina. Hoy en día constituye una exigencia legal y ética previa a la actuación médica, está reconocido por las legislaciones de todos los países desarrollados y ha supuesto un cambio en la relación médico-asistencial que ha evolucionado hacia la autonomía del paciente.

Asumir una decisión

El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, y del balance entre los efectos, riesgos y beneficios para, a continuación, solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos. Es un proceso gradual que habitualmente se realiza de forma verbal, consistente en la entrega de información y en el acompañamiento en la toma de decisión autónoma y responsable por parte del paciente, y debe estar recogido en la historia clínica del paciente. Por tanto, no se reduce a la mera aceptación o rechazo de una exploración, tratamiento o intervención, sino que permite proporcionar la información necesaria y de modo adecuado para que el paciente asuma una decisión y sea consciente de la misma, tomada de forma libre y sin coacción. La decisión del paciente puede ser revocada en cualquier momento, y dicha revocación debe constar por escrito en la historia clínica. Cada consentimiento es específico para cada episodio clínico y debe contener información suficiente sobre el procedimiento de que se trate y sobre sus riesgos.

Información comprensible

La información debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, incluyendo el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas, y debe ser verídica y explicada de manera comprensible y adecuada a las necesidades y requerimientos del paciente para ayudarle a tomar decisiones de una manera adecuada.

Garantizar el cumplimiento del derecho a la información corresponde al médico responsable del paciente, pero también deben asumir responsabilidades en el proceso de información todos aquellos profesionales asistenciales que le atienden o aplican un procedimiento concreto.

El proceso debe llevarse a cabo con antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente, y todo ello sin coacción por parte del equipo asistencial.

La información debe incluir al menos: identificación y prescripción del procedimiento, objetivos, beneficios que se esperan alcanzar, alternativas razonables al procedimiento, consecuencias previsibles de su realización y de su no realización, riesgos frecuentes y aquellos poco frecuentes que sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento por criterios científicos, riesgos y consecuencias en función de la situación clínica del paciente y sus circunstancias personales y contraindicaciones.

Existen determinadas circunstancias en las cuales no es preciso exigir el consentimiento informado, que son que la patología suponga un riesgo serio para la salud pública, que se trate de una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y sea imposible su obtención, y también en aquellos pacientes que han manifestado fehacientemente su deseo de no tener información acerca de su patología.

También está estipulado el otorgamiento del consentimiento por representación, en aquellos casos en que el paciente no puede darlo por sí mismo, como en pacientes incapacitados o menores, siempre teniendo en cuenta que lo primordial es garantizar la salud del paciente.

En conclusión, el consentimiento informado es un proceso de información veraz, comprensible y adecuada a las necesidades del paciente, para poder tomar una decisión acerca de su salud de manera capaz y libre.

Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria Aragón necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.
Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones
Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com

Analgesia postoperatoria en la artroplastia total de rodilla

José F. Martínez Juste
Facultativo especialista en Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza
Jara Altemir Trallero
Facultativo Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital General San Jorge. Huesca

La artroplastia total de rodilla es un procedimiento quirúrgico que consiste en reemplazar las superficies articulares lesionadas o degeneradas, por una articulación artificial (prótesis). Esta cirugía tiene como objetivo eliminar el dolor, restablecer la movilidad articular y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de graves alteraciones degenerativas en dicha articulación.

En la actualidad suponen, junto con las artroplastias de cadera, los procedimientos quirúrgicos más habituales en los hospitales de Cirugía Ortopédica y Traumatológica en España. Además, la artroplastia total de rodilla constituye una las cirugías ortopédicas con mayor tasa de éxitos, garantizando hoy en día una supervivencia del implante superior al 95% a los 10 años. La mayor parte de los pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla son individuos mayores de 65 años, con comorbilidades asociadas y afectados por distintas formas de patología articular siendo las más frecuentes la artrosis y la artritis reumatoide.

Cirugía con dolor postoperatorio

La artroplastia total de rodilla está indicada en pacientes que presentan dolor y/o incapacidad funcional articular, cuya respuesta al tratamiento conservador (farmacológico y/o rehabilitador) no ha sido satisfactoria.
Las contraindicaciones de la técnica incluyen la infección activa concomitante, artropatía neuropática, artrodesis previa, enfermedad vascular periférica severa o la demencia avanzada. La obesidad y la edad avanzada no suponen en la actualidad una contraindicación, sin embargo se sabe que este tipo de pacientes tienen mayor riesgo de padecer complicaciones perioperatorias.
La artroplastia total de rodilla es una cirugía que cursa con dolor postoperatorio de intensidad severa en el 60% de los pacientes y dolor de intensidad moderada en un 30% de ellos. El dolor postoperatorio en la artroplastia total de rodilla causa una contractura refleja del músculo cuádriceps que contribuye a exacerbar el dolor y empeorar la función muscular.

Analgesia multimodal para abordar el dolor

Años atrás, el plan terapéutico de elección para el dolor postoperatorio en la artroplastia total de rodilla consistía en la administración de analgésicos opiáceos vía parenteral. Sin embargo el uso de opiáceos endovenosos está asociado a la aparición de efectos adversos tales como náuseas, vómitos, prurito, alteraciones gastrointestinales y sedación excesiva, que pueden interferir negativamente en el confort y el bienestar del paciente, retrasando el inicio de la rehabilitación. Estos efectos indeseables han justificado la utilización de técnicas locorregionales, las cuales han desarrollado una notable evolución en los últimos años y han supuesto la nueva alternativa en el tratamiento del dolor.
Numerosos estudios evidencian la superioridad de técnicas regionales como el bloqueo nervioso periférico, sobre sistemas de infusión endovenosa de opiáceos en cuanto al control del dolor y una menor aparición de efectos indeseables.
El abordaje actual del dolor postoperatorio en la cirugía de artroplastia total de rodilla se realiza desde un modelo de analgesia multimodal, que consiste en la asociación de diferentes técnicas analgésicas que actúan a diferentes niveles de las vías del dolor.
Las recomendaciones actuales son la asociación de paracetamol o un antiinflamatorio a una técnica regional (preferiblemente el bloqueo nervioso periférico), relevando el uso de opiáceos como analgesia de rescate o en situaciones en las que las técnicas locorregionales estén contraindicadas, sean rehusadas por el paciente o no haya sido posible su realización.
El manejo del dolor es esencial en el período

postoperatorio inmediato para permitir al paciente iniciar la fisioterapia de forma temprana, evitando las complicaciones asociadas a la inmovilización y favoreciendo la recuperación y el alta hospitalaria.

Acelerar la recuperación

Un efectivo control analgésico no sólo garantiza el confort del paciente, sino que permite una precoz deambulación e iniciación de la fisioterapia, acelerando así la recuperación y reduciendo la estancia hospitalaria, disminuyendo por tanto el riesgo de complicaciones postoperatorias como la enfermedad tromboembólica o las infecciones nosocomiales. Si además tenemos en cuenta que los pacientes sometidos a este tipo de intervenciones son pacientes añosos y habitualmente con comorbilidades asociadas, entenderemos la importancia de elegir una técnica analgésica adecuada que ofrezca un buen control del dolor con los beneficios que ello conlleva.

El bloqueo del nervio femoral es una técnica relativamente fácil de realizar con bajo índice de complicaciones y con importantes aplicaciones clínicas en anestesia quirúrgica y analgesia postoperatoria. Consiste en inyectar un anestésico local alrededor del nervio femoral a nivel de la región inguinal del paciente. Para la localización del nervio femoral puede utilizarse la técnica de neuroestimulación, buscando como respuesta motora un movimiento de ascensión de la rótula, o bien mediante la realización de ecografía, aunque también se pueden utilizar ambas técnicas combinadas. Existe una variedad en el bloqueo del nervio femoral que consiste en añadir un catéter una vez localizado el nervio, a través del cual se administrará anestésico local mediante un sistema de infusión continua.

La técnica de bloqueo del nervio femoral se realiza con el paciente tumbado en la cama con la pierna en posición neutra y la rodilla extendida. La punción para la inyección del anestésico local se realiza en la zona inguinal y la piel de dicha zona debe ser previamente tratada con solución desinfectante. El uso de la ecografía permite visualizar la aguja utilizada para este bloqueo mientras avanza y atraviesa los diferentes tejidos, identificar las estructuras alrededor del nervio femoral, y localizar el sitio exacto en el que se deposita el anestésico local.

El bloqueo nervioso femoral con ecografía

Las principales complicaciones relacionadas con el bloqueo del nervio femoral son la infección en el sitio de punción, la disfunción neurológica, el hematoma y la toxicidad sistémica por anestésicos locales.

La infección en el sitio de punción tiene una incidencia muy baja si se realiza la técnica del bloqueo nervioso en condiciones correctas de asepsia.

La disfunción neurológica por lesión nerviosa es una complicación muy rara y casi siempre transitoria, que puede ser consecuencia de un traumatismo provocado por la aguja o una inyección intraneural del anestésico local.

La aparición de un hematoma tras la punción para la realización del bloqueo nervioso femoral suele ser debida a la punción arterial y la toxicidad sistémica por anestésicos locales se debe a la inyección intravascular de los mismos. Tanto la lesión nerviosa, como el hematoma o la toxicidad sistémica han disminuido notablemente su incidencia con la realización del bloqueo nervioso femoral utilizando la ecografía. Debido a que esta técnica permite una correcta visualización del nervio y las estructuras vasculares adyacentes.

CENTRO ECUESTRE CIZUR

NUEVO CONCEPTO DE HÍPICA

CENTRO ECUESTRE CIZUR

JESÚS GONZÁLEZ AYARRA
MARTA ERROZ FERRER

Autovía A-12 Pamplona-Logroño, Salida 9
31190 Astrain - Navarra
618 757 284
info@centroecuestrecizur.com

CURSOS POR MESES ¡¡APÚNTATE!!
CLASES de INICIACIÓN y de TECNIFICACIÓN (doma y salto),
COMPETICIÓN, EQUINOTERAPIA, PUPILAJES...
NUEVO CONCEPTO de HÍPICA,
INNOVADORAS INSTALACIONES,
Bar-Restaurante...

LO QUE SIEMPRE HAS SOÑADO PARA TI Y TU CABALLO.
¡TE ESPERAMOS!

El cuidador de la persona con demencia

Amaya Carceller Tejedor. Psicóloga Hospital San Jorge Huesca

Cuando una persona empieza un proceso de demencia, normalmente requiere a alguien al lado que cuide de él, ya que en la mayor parte de los casos, la persona empieza de forma progresiva a perder facultades que le permitan llevar una vida totalmente autónoma.

Hay tres tipos de personas que atienden a las personas en un proceso de demencia. Estos se suelen dividir en:

- **Cuidador primario:** es la persona que pasa la mayor parte del tiempo del día con la persona afectada por una demencia, responsabilizándose de su cuidado casi totalmente. El perfil suele ser una mujer de mediana edad, que tiene otras cargas familiares y/o laborales.
- **Cuidador secundario:** es un familiar que comparte el cuidado del enfermo, pero en menor medida que el principal.
- **Cuidadores formales:** son cuidadores dentro de una institución, que perciben una retribución económica por cuidar de la persona con demencia.

Sobrecargas en el cuidador

En muchos casos, sobre todo el cuidador principal, que es el que más tiempo pasa con la persona demenciada, empieza a sufrir una sobrecarga intensa, que puede acarrear graves problemas a nivel psicológico. La inseguridad, el miedo, la angustia y la soledad, son muchos de los sentimientos que sufren los cuidadores, que además, si no descansan correctamente, pueden llegar a sufrir situaciones de agotamiento físico y mental con graves consecuencias para la salud.

Hay una serie de **pautas** que pueden facilitar este duro proceso:

- Infórmese sobre la enfermedad: Fases, evolución, tratamientos...Consulte y comparta experiencias con otros cuidadores.
- Analice su nueva situación, necesidades, recursos y diferentes opciones. Limite y reparta las tareas con otros familiares de forma realista. Acepte toda la ayuda que le ofrezcan tanto familiares como conocidos.
- Acepte sus sentimientos.
- Anticípese a complicaciones más o menos predecibles, como aspectos legales o jurídicos.
- No se aísle socialmente. Intente programar y priorizar sus actividades. Haga un esfuerzo por mantener aficiones. Es necesario que cuide su salud, practicando deporte y siguiendo una alimentación sana.
- Aprenda a actuar delante del enfermo procurando conservar la calma. No haga siempre evidentes sus errores. Intente hacerle sentir útil, esto potenciará su autoestima y creará un ambiente agradable para ambos.
- Favorezca su autonomía. Es necesario que en cada etapa el paciente ejecute por sí mismo todo lo que pueda, aunque lo haga mal o necesite mucho tiempo para hacerlo.
- Es necesario programar de forma individualizada el conjunto de actividades diarias, de modo que todo el mundo en casa esté totalmente al corriente, incluido el propio paciente mientras sea posible.

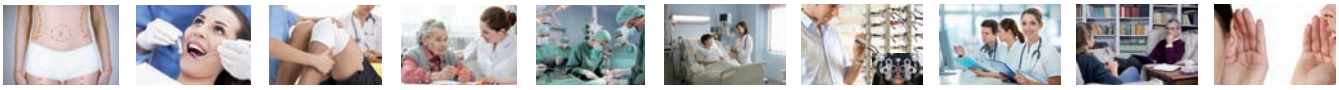
Informarse de los recursos sociales

También puede ser de mucha utilidad informarse de los recursos existentes a nivel social. Para ello, puede consultar con un trabajador social que le ayudará a valorar qué es más adecuado tanto para el enfermo como para el cuidador.

A continuación le dejamos una serie de preguntas que pueden ayudarle a darse cuenta de si está sufriendo un problema de sobrecarga:

- Me enfado fácilmente
- Doy demasiada importancia a cosas nimias
- Tengo muchos cambios de humor
- Trato a otras personas de la familia con menos paciencia
- Duermo peor, como peor, me concentro peor, me canso más...

Si cree que sufre varios de estos síntomas, no dude en consultar con su médico o psicólogo, le ayudarán a sobrellevar mejor la situación.



| cirugía plástica y estética | implantología dental | dentistas | fisioterapeutas | residencias geriátricas | clínicas psiquiátricas | material médico y quirúrgico | material y mobiliario | ópticos optometristas | formación médico-sanitaria | psicología | centros auditivos | seguros | ortopedia | nutrición...

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

puedes anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** *aragón* revista y web
solicita tarifas www.zonahospitalaria.com/como-anunciarse/
T 695 480 160 aragon@zonahospitalaria.com

Los jóvenes y el botellón:
Conductas mediadas por la personalidad

Amaya Carceller Tejedor. *Psicóloga Hospital San Jorge Huesca*

Un estudio de la Universidad de Barcelona sobre los jóvenes que practican el botellón ha revelado que el perfil de personalidad de riesgo varía según el sexo, ya que, pese a que el consumo intensivo de alcohol es multicausal, las chicas que beben alcohol son ansiosas y los chicos impulsivos.

En el grupo de los jóvenes bebedores intensivos del botellón se constataron diferencias entre sexos, de forma que las mujeres tendrían una personalidad caracterizada por un nivel elevado de neuroticismo-ansiedad y los hombres por una elevada impulsividad-expulsión de sensaciones.

Perfiles de personalidad de riesgo

El consumo intensivo de alcohol es un fenómeno multicausal, pero nuestros datos indican que las mujeres obtendrían con la bebida un refuerzo más emocional, mientras que el refuerzo en los hombres estaría relacionado con la reducción de la tensión vinculada con la impulsividad. Los resultados de su estudio son muy relevantes para prevenir estas conductas en personas con estos perfiles de personalidad de riesgo.

Estos resultados pueden favorecer el diseño de programas personalizados de prevención y tratamiento de este problema de salud pública, que en España afecta al 35 % de los hombres y el 20 % de las mujeres de entre 20 y 24 años. El consumo intensivo de alcohol suele comenzar alrededor de los trece años, tiende a aumentar durante la adolescencia, con un pico en la edad adulta (entre 18 y 22 años), y luego disminuye gradualmente.

Por tanto, el abandono de esta práctica será más fácil para las personas que no tengan estos perfiles de personalidad que se han detectado, mientras que será más complicado para las personas que tengan una personalidad más impulsiva o ansiosa, que podrían llegar a desarrollar un trastorno adictivo u otras patologías mentales graves.

Además, las razones que empujan a los adolescentes y a los jóvenes a practicar el conocido "botellón" son varias, según refieren ellos mismos: Como diversión, para 'beber por beber', sentirse mejor, desinhibirse, gastar menos dinero, no quedarse solo o controlar la calidad de las bebidas. También refieren hacerlo para asegurarse de que toman bebidas de mayor calidad, ya que en los bares es muy frecuente que te pongan una bebida de una calidad muy inferior a la que teóricamente solictias.

Encuestados 4.083 jóvenes

Lo ha averiguado un equipo de psicólogos de la Universidad de Valencia (UV) tras encuestar a 4.083 chicos y chicas de 14 a 25 años.

Lo que esperan obtener de este consumo es sentirse más habladores, desinhibirse y estar eufóricos, aunque este aspecto deshibitorio es más esperado entre los que cursan estudios en la Universidad que entre los adolescentes. Estos últimos buscan en el alcohol los siguientes efectos secundarios: sentirse bien, confiar más en sí mismos, ser más valientes y relajarse.

Se deduce que uno de los motivos principales del botellón no es sólo la diversión, sino que el consumo en sí mismo tiene el mismo nivel de importancia. Queda muy clara la equiparación entre ambos conceptos, lo que explica la confusión entre los motivos para hacer botellón y para consumir alcohol... No puede obviarse que se trata de un fenómeno que refleja la tradición española de vincular la bebida con el ocio. Por ello, las alternativas deben ir más allá del propio joven, el cual simplemente refleja la internalización y réplica, adaptada a las circunstancias, de un modelo de ocio aprendido. Si las nuevas opciones de ocio se enfocan, en cambio, hacia los adolescentes, y si se valora que ellos esperan que el consumo les permita mejorar algunos estados personales, éstas deberán focalizarse hacia el refuerzo de la autoestima sin tener que recurrir por ello a la bebida.

Referencias:
- el mundo.es salud (23/10/2008)
- el confidencial.com (03/08/2016)

¿Qué es la Terapia Vojta?

Nuria Del Pie Diestre. *Fisioterapeuta Infantil. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*
Amparo Santamaría Torroba. *Médico Rehabilitador. Centro Atención Temprana. Instituto Aragonés Servicios Sociales. Zaragoza.*

Los niños con alteraciones cerebrales presentan modificaciones de la postura y del aparato locomotor que requieren un tratamiento muy complejo, que a veces puede durar meses o años. Entre las diferentes medidas terapéuticas se encuentra la terapia Vojta que ha demostrado su eficacia tanto en niños como en adultos, en todo el mundo.

El principio Vojta

El principio Vojta fue desarrollado por un neurólogo, el Dr. Vaclav Vojta entre los años 1950 y 1970. Surgió a partir del descubrimiento de la llamada Locomoción Refleja. Buscando un tratamiento para niños con parálisis cerebral, el Dr. Vojta descubrió que era posible desencadenar unas reacciones motoras repetidas (lo que el llamó patrones de locomoción refleja) en el tronco y las extremidades, a partir de unos estímulos definidos y desde unas determinadas posturas. Dichos movimientos activados por el terapeuta y que el niño los realizaba de manera inconsciente, se podían provocar regularmente y contenían características básicas de una verdadera locomoción. Estos patrones motores no estaban presentes en los niños con parálisis cerebral espástica, sin embargo, repitiendo varias veces la estimulación, se activaban de forma progresiva. A partir de ello, el Dr. Vojta desarrolló una sistemática para el diagnóstico precoz de las alteraciones motoras y posturales de los lactantes, y una forma de tratamiento global, tanto para lactantes y niños como también para adultos con parálisis cerebral. Esta terapia posibilita el acceso a esos patrones motores innatos que el cerebro del niño tiene almacenados y pueda ayudar a realizar movimientos coordinados.

Edad de aplicación de la terapia

La terapia Vojta se puede aplicar en cualquier edad, aunque con objetivos diferentes:

- En los lactantes. Algunas vías nerviosas solo están bloqueadas funcionalmente, pero son accesibles y todavía no se han establecido movimientos anormales (patrones sustitutorios) los cuales aparecen como consecuencia del intento repetido, y limitado por la patología, del lactante de contactar con el entorno, de enderezarse o desplazarse.
- En los niños pequeños, en los de edad escolar o en los adolescentes, la terapia Vojta puede influir en maduración y crecimiento.
- En los adultos, el poder activar con la terapia los antiguos patrones motores sanos tiene el objetivo de evitar dolores y limitaciones funcionales, o de mejorar la fuerza.

¿Cómo se realiza la terapia?

El terapeuta realiza una presión selectiva en determinadas zonas del cuerpo del niño en tres posiciones básicas, estando tumbado de espaldas, boca abajo o de lado. Los patrones motores se pueden desencadenar desde diez zonas del cuerpo, descritas por Vojta y localizadas en el tronco, en los brazos y en las piernas. Combinando varias zonas y cambiando la intensidad y dirección de la presión se pueden activar los patrones descritos. Juega un papel relevante la posición en que se colocan las extremidades y la resistencia que se ejerce. El terapeuta pone resistencia a los movimientos

parciales que van apareciendo como parte del patrón motor desencadenado.
Ese estimulo provoca de "forma refleja" en el niño, dos respuestas motoras complejas que contienen todos los elementos motores básicos de la locomoción humana: la "reptación refleja" y el "volteo reflejo". Ambos pueden activarse independientemente de la voluntad del paciente.
Estos dos complejos motores contienen los componentes básicos de cualquier locomoción: el control automático del equilibrio durante el movimiento (control postural), el enderezamiento del cuerpo contra la gravedad, y los movimientos propositivos de prensión o de paso de las extremidades (movilidad fásica). Con el desencadenamiento repetido de estos movimientos "reflejos" se consigue "desbloquear" los circuitos neuronales, funcionalmente bloqueados, entre el cerebro y la médula, o incluso la formación de nuevas vías con el objetivo de conseguir una locomoción refleja en el niño.
Los movimientos de la locomoción refleja son siempre reproductibles. Hay más de 30 variaciones dentro de las 3 posiciones básicas. La terapia se adapta al cuadro clínico del paciente y a los objetivos terapéuticos mediante la combinación y variaciones de las zonas de estimulación, así como mediante mínimos cambios en la dirección de la presión y en la colocación angular de las extremidades.

La aplicación en la terapia: un trabajo en equipo

Para que la terapia Vojta sea eficaz tiene que ser aplicada varias veces al día, hasta 4 veces al día.
Una sesión de tratamiento dura entre cinco y veinte minutos. Los padres, o las personas encargadas del niño, juegan un papel decisivo, ya que son ellos los que tienen que aplicarla diariamente en su domicilio.
La eficacia del tratamiento depende, además de la enfermedad de base, de la intensidad de los ejercicios, de la frecuencia y de la exactitud con que se apliquen. Se realiza un programa de tratamiento individualizado y se establece los objetivos terapéuticos de acuerdo con el niño y los padres. El programa de tratamiento, su dosificación e incluso las pausas, tienen que irse ajustando regularmente según la evolución del desarrollo psicomotor del niño.

El niño en la terapia Vojta

Esta terapia mediante la activación terapéutica que es necesario provoca a los lactantes y niños pequeños un importante esfuerzo y se expresan generalmente en forma de llanto. Y ese llanto provoca en los padres, naturalmente, cierta irritación y miedo a hacer daño a su hijo. Pero el llanto es, a esta edad, un modo importante y adecuado de reaccionar a la activación de la locomoción refleja, a la que no están acostumbrados. Por lo general, después de un periodo de adaptación, el llanto no es tan intenso y los niños dejan de llorar en las pausas entre los ejercicios y al terminar la sesión. En los niños más mayores y que pueden expresarse verbalmente, por lo general no aparece el llanto. Fuera de las sesiones de terapia Vojta, los padres no necesitan estar supervisando y corrigiendo constantemente el movimiento del niño, de modo que éste puede moverse y comportarse de forma totalmente libre. (*Con el consentimiento de Internationale Vojta Gesellschaft e. V.*)

| cirugía plástica y estética | implantología dental | dentistas | fisioterapeutas | residencias geriátricas | clínicas psiquiátricas | material médico y quirúrgico | material y mobiliario | ópticos optometristas | formación médico-sanitaria | psicología | centros auditivos | seguros | ortopedia | nutrición...

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

puedes anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** *aragón* revista y web

solicita tarifas www.zonahospitalaria.com/como-anunciarse/

T 695 480 160 aragon@zonahospitalaria.com

Musicoterapia en cuidados paliativos

Experiencia en el Hospital San José de Teruel

Ana Isabel Ripa. *Musicoterapeuta Hospital San José. Teruel*
Milagros Díaz. *Directora de enfermería. Hospital San José. Teruel*

El poder terapéutico de la música es conocido por el ser humano desde los comienzos de su historia. En las antiguas civilizaciones de India, Grecia, Egipto o China, se recurría a la música en los procesos de curación de los enfermos. Y, en la edad contemporánea, en el país que más ha desarrollado esta disciplina es, con diferencia, Estados Unidos, donde se comenzó a trabajar con música con ex-combatientes de la Primera Guerra Mundial que padecían secuelas mentales y físicas.

Además de los EEUU como pioneros, actualmente, en países como Inglaterra, Argentina, Dinamarca, Francia (por citar algunos), la musicoterapia es reconocida oficialmente por las instituciones u organizaciones políticas, clínicas y académicas. En España todavía estamos en el camino de encontrar el reconocimiento científico y profesional, aunque cada vez son más los hospitales que están integrando la musicoterapia dentro de sus tratamientos con los pacientes tanto pediátricos como adultos.

Mejora la calidad de vida

Debemos destacar que la Musicoterapia NO pretende curar ni prolongar la vida, sino que trata de mejorar la calidad de vida de una persona, ayudándole a desarrollarse y a utilizar sus recursos. Para empezar, la persona que hace musicoterapia debe ser musicoterapeuta formado como tal (en España cursando un Máster especializado dentro de la Universidad), y la intervención se encuadra dentro de un proceso global de atención al paciente.

Las personas que reciben intervención musicoterapeútica no tienen por qué tener conocimientos musicales, y esta es una de las dudas más frecuentes que tienen los pacientes. Cuando entra con sus instrumentos en las habitaciones, el musicoterapeuta tiene un buen recibimiento, pero el familiar o paciente no cree que pueda beneficiarse puesto que no tiene habilidades o conocimientos musicales. Otro error común suele ser pensar que sólo utilizamos música clásica, pero en las habitaciones suenan todos los estilos de música: clásica, jazz, gospel, country, folclore, rock, música popular...etc, dependiendo de los gustos de cada paciente.

En general se utilizan dos tipos de técnicas para poder abordar los objetivos propuestos, las **técnicas activas o creativas** y las **técnicas pasivas o receptivas.** Las activas/creativas hacen que el paciente esté activo, implica una acción externa o interna por parte del paciente (tocar un instrumento, bailar, o cantar). En cambio las pasivas / receptivas implican una acción interna de escuchar, sentir , imaginar.... recibiendo la música, escuchándola.

Resumiendo, el empleo terapeútico de la música se denomina MUSICOTERAPIA.

Terapia no farmacológica

En Teruel, en el Hospital San José, se ha implantado este tipo de terapia no farmacológica (TNF) en la Unidad de Cuidados Paliativos, siendo un centro pionero en la Comunidad Autónoma Aragonesa. Debido a los buenos resultados obtenidos, se firmó en 2016 un convenio de colaboración entre el Servicio Aragonés de Salud y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). La experiencia vivida en el Hospital San José de Teruel ha mostrado que es una herramienta muy válida y que puede tener efectos positivos ante las necesidades de los pacientes y sus familiares. La iniciativa va a tener continuidad con diferentes proyectos de investigación. avalados por la SECPAL, y su implantación ofrece perspectivas esperanzadoras a la hora de reducir el uso de fármacos para el control de síntomas en estos enfermos.

En esta primera experiencia participaron un total de 19 pacientes, 14 hombres y 5 mujeres, de edades comprendidas entre 65 y 92 años.

La media de sesiones por paciente fue sólo de 1 o 2 en total, y la duración de unos 5 a 15 minutos de media. En todo momento, las sesiones fueron individuales, en las propias habitaciones de los pacientes, acompañados de los familiares cuando así lo deseaban.
Puesto que era muy incierto que se pudiera tener varias sesiones con un mismo paciente, en la primera sesión la musicoterapeuta elaboraba una valoración basada en la observación, intentando conocer las necesidades, capacidades, recursos y potencialidades del paciente.
Una cualidad muy destacable de la música es que se trata de un vehículo de comunicación no verbal que conecta muy directamente con la persona, y que permite y facilita el contacto, la interacción, el desarrollo personal y la comunicación en la relación terapeútica.

Menor percepción del dolor

Fue necesario trabajar el dolor, tan importante en esta etapa de la vida. La percepción del dolor está asociada a las emociones negativas y, en estos casos, la música se utiliza como estímulo positivo fuerte que centra la atención (sobre todo a través de la técnica de arrastre, un gran recurso dentro de los métodos receptivos). En esta técnica el musicoterapeuta, con música en directo (normalmente improvisada), observa la respiración, los gestos, movimientos, etc., del paciente, intentando conectar con la

persona de la forma más pura y verdadera, con lo que ocurre en ese momento, sincronizando con el ritmo cardíaco y poco a poco ralentizando el ritmo, de modo que la frecuencia cardiaca y la respiración resonarán y cambiarán a un tempo más lento.
Los resultados apunta a que en aquellos casos en los que se trabajó el dolor, los pacientes mostraron una respiración mas rítmica y calmada, hubo menos muecas, espasmos y lamentos y menos apneas (en los casos en los que los pacientes dormían o estaban sedados).
Ante esta situación tan especial en la vida de una persona y su familia, es importante trabajar también la órbita emocional, intentando abrir diferentes canales de comunicación para ayudar al paciente a expresarse y facilitar la despedida con la familia. En un 55% de los casos fue necesario trabajar sobre la apertura de canales de comunicación. A través de la música (ya sea con técnicas más activas como cantar o tocar un instrumento accesible) el paciente hablaba sobre él y sobre su vida, pudiendo expresarse, encontrando un espacio donde sentirse contenido.
Siempre que la familia deseaba participar, se la incluía en las sesiones facilitando así la despedida. En un 80% de los casos se observó que a través de la intervención musicoterapeútica se entablaba una conversación entre el paciente y el/los familiares utilizando música significativa para el paciente, que en muchos casos era compartida con el familiar (la pareja) y se recordaban aspectos de la vida de ambos.
Al facilitarse la conversación, normalmente el familiar y el paciente tendían a acercarse, y a darse contacto físico. El familiar, en las sesiones de musicoterapia, se mostraba más unido al paciente, lo que creaba un clima más favorable para que el familiar expresara sus sentimientos.
Los resultados obtenidos apuntaron a un significativo aumento de la relajación del paciente, una estabilización de sus constantes vitales y una menor percepción del dolor, reduciendo el estrés y disminuyendo el sufrimiento, estableciendose además canales de comunicación que les permitieron expresarse y comunicarse con sus cuidadores principales, facilitando la despedida y propiciando duelos más naturales.

"Hasta el último aliento hay vida y la música es vida"

Este texto lo está leyendo un futuro paciente/cliente tuyo. Aprovecha la oportunidad que te ofrece Zona Hospitalaria Aragón y anúnciate en la revista o web para llegar a ellos:

- Revista escrita por los médicos y profesional sanitario de Aragón.
- Distribución de 10.000 ejemplares en los Centros de Salud y Hospitales de Aragón.
- El pdf de la revista lo reciben 2.000 suscriptores + Colegios Oficiales, Sociedades, Fundaciones y Asociaciones de Aragón vinculados con la medicina y la salud.
- La página web **www.zonahospitalaria.com** ha sido visitada por más de 145.000 personas en julio y supera los 1.500 artículos.

Solicita tarifas: aragon@zonahospitalaria.com
T 695 480 160

La familia cómo parte importante del proceso de cuidados

Carmen Santa Eulalia Gonzalvo.
Enfermera Especialista en Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud S. José Centro. Zaragoza.
María Victoria Santa Eulalia Gonzalvo. *Enfermera Especialista en Salud Mental**
María Elena Ripol Muñoz. *Terapeuta ocupacional**
Mª José Rodríguez Guinla. *Técnico en Cuidados Auxiliar de enfermeria**
Yolanda De Juan Ladrón. *Psicóloga Clínica**
** Hospital de día de psiquiatría Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

La familia puede considerarse la unidad básica de la sociedad y en ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, el fomento y la recuperación de la salud. Son múltiples las funciones de la familia pudiendo abarcar desde la procreación y socialización de los hijos, el mantenimiento del hogar, los cuidados en el proceso salud-enfermedad, el amor hasta la adaptación a los posibles cambios que hay dentro y fuera de la propia familia.

En una valoración total y holística del paciente, tan importante es la información del mismo, como la de la familia con quien convive, conociendo de qué manera afecta a la dinámica de la misma.

¿Qué características debe tener la familia para un desarrollo óptimo de la salud mental?

- Sistema abierto, que requiere interacción constante con el entorno, pero obtiene más satisfacción y definición personal.
- Límites permeables que fomentan el enriquecimiento en la vida de sus miembros.
- Comunicación congruente y clara.
- Autoridad compartida entre sus miembros.
- Fomento de la autonomía.
- Tono afectivo, empático y que transmita esperanza.
- Negociación y desempeño de tareas de todos sus miembros.
- Sistema de creencias que tolere el dolor de la pérdida y el cambio.

La presencia de enfermedad o discapacidad crónica en un miembro de la familia, es un gasto de energía física y emocional, económico y de recursos, tanto para el enfermo cómo para las familias de los mismos. En esta situación se pueden encontrar los familiares de un enfermo mental.

Como consecuencias objetivables de la enfermedad mental sobre la familia tendríamos el aislamiento social, la alteración de la rutina diaria, el deterioro de la economía...

¿Qué consecuencias subjetivas trae la enfermedad mental a la familia?

Suelen ser fundamentalmente de carácter afectivo, debido a todo lo que conlleva la enfermedad para los allegados:

- Reacciones inmediatas: Tristeza, vergüenza, miedo e irritabilidad
- Reacciones a medio o largo plazo:
- Culpabilidad, relacionado con la situación actual o con el pasado, hechos que pudieran predisponer al desarrollo de la enfermedad.
- Sentimiento de pérdida ya que se analiza la diferencias de antes y después de padecer la enfermedad.
- Preocupación por el futuro , sobre todo de los pacientes con psicopatologías crónicas o herediratias.

Las respuestas habituales de afrontamiento a la enfermedad mental en los familiares puede ser muy diferente y más o menos adaptativa:

- Eludir el problema.
- Contemporización para avitar una confrontación.
- Sumisión , cediendo ante las exigencias del enfermo.
- Abandono, puede deverse al agotamiento del cuidador.
- Actitud impositiva , en algún caso necesario para la mejor evolución de la enfermedad, como la toma de medicación.
- Desconcierto, desosiego ante una situación no esperada.
- Negación, rechazando las conductoas psicopatológicas.
- Proteccionismo hacia los familiares con alteraciones psicopatológicas.

Hay diferentes factores que condicionan la respuesta de las familias a la enfermedad, como la personalidad anterior del enfermo, la relación previa con el mismo, el tipo de convivencia....

Es aquí donde la actuación de los equipos de salud comunitaria y salud mental es clave, teniendo como líneas de actuación mejorar el funcionamiento de la familia, apoyar el afrontamiento de problemas y realizar seguimiento.

Errores más frecuentes en el uso de dispositivos de inhalación

Ramón Peinador Aguilar. *Enfermero. Hospital General de la Defensa. Zaragoza*

La vía inhalada es la de elección para la administración de la mayoría de los fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades pulmonares obstructivas. Su principal inconveniente es la dificultad de los pacientes para utilizar correctamente los dispositivos que los administran. Circunstancia de especial importancia, dado que su uso incorrecto puede ocasionar un control subóptimo tanto del asma como de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La solución al problema es compleja y, entre otras, podría pasar por 2 acciones complementarias. Por un lado, disponer de nuevos inhaladores de más sencilla utilización; y por otro, incrementar el nivel actual de formación tanto de pacientes como de profesionales.
Es frecuente prescribir dispositivos para un paciente determinado, según la edad y situación clínica, sin tener en cuenta las preferencias de este, aspecto importante, ya que puede condicionar la adherencia al tratamiento. La participación del paciente en la elección del sistema, cuando sea posible, se hace imprescindible, teniendo en cuenta sus habilidades, sus conocimientos previos, su actividad cotidiana y su preferencia estética.
Actualmente todos los sistemas son eficaces si se utilizan correctamente, para ello es necesario un adiestramiento correcto y teniendo en consideración que la prescripción de diversos dispositivos en un mismo paciente promueve la confusión, aconsejándose la utilización de combinaciones en lugar de fármacos separados.

Errores más frecuentes

Cartucho presurizado

- No agitar el cartucho (si precisa) o agitarlo mal.
- Descoordinación entre la inspiración y el disparo.
- Interrupción brusca de la maniobra por el efecto frío del freón.
- Ejecución de la maniobra inspiratoria demasiado rápida.
- La no realización de la pausa de apnea, o del tiempo de la misma, posterior a la administración de la dosis.
- Realización de varias pulsaciones en una misma respiración.

Cámara de inhalación

- Mal ensamblaje.
- Ensamblar dispositivos que no son compatibles con la conexión a la cámara.
- Excesivo retraso entre pulsación e inhalación.
- Inhalación excesivamente rápida.
- Pulsar más de 1 vez el dispositivo para 1 sola inhalación.
- La no realización de la pausa de apnea, o del tiempo de la misma, posterior a la administración de la dosis.

Inhaladores de polvo seco

- No generar el mínimo flujo inspiratorio necesario para aspirar el fármaco o no mantenerlo.
- Exhalar en el dispositivo, antes de la inhalación, dificultando por la humedad generada, la salida del polvo.
- Poner el dispositivo en posición inadecuada (favoreciendo la pérdida de la dosis de polvo correspondiente).
- No saber abrir el "blíster" o perforar inadecuadamente la cápsula (tanto por exceso como por defecto).
- La no realización de la pausa de apnea, o del tiempo de la misma, posterior a la administración de la dosis.
- No abrir o cerrar el dispositivo adecuadamente.

Adiestramiento de la técnica de inhalación

Primera visita

- Explicar verbalmente la maniobra de inhalación según el dispositivo y las razones de cada uno de los pasos.
- Demostrar con placebo la técnica de utilización, describiendo cada paso. Repetir la demostración sin explicación. Repetir la demostración con comentarios.
- Comprobar con placebo. Pedir al paciente que haga una demostración de la maniobra. Explicar los defectos observados y corregir. Repetir la demostración y pedir al paciente que repita la maniobra, corrigiendo errores.
- Citar al paciente para el control de la técnica.
- En niños y ancianos, proporcionar la instrucción con los cuidadores o familiares.

Control de seguimiento

- Pedir al paciente haga una demostración de la maniobra sin explicación.
- Explicar los defectos observados en la técnica.
- Repetir la demostración y pedir al paciente que repita la maniobra.
- Demostrar prácticamente la maniobra, paso a paso, poniendo énfasis en los defectos observados.
- Repetir la demostración sin explicación.
- Repetir de nuevo la demostración con comentarios.
- Citar nuevamente al paciente para control de la técnica.

MERRELL BOREAL HellyHansen THE NORTH FACE salomon trangoworld HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online

Para estar más cerca de ti

la puertaverde
OUTDOOR·STORE

La Puerta Verde Panticosa
San Miguel, 22. 22661 Panticosa. Huesca
T 974 487 349
lapuertaverdepanticosa@hotmail.com

www.lapuertaverdepanticosa.com