# zonahospitaleko gunea

www.zonahospitalaria.com añoVI marzoabril2012 nº34 EDUCACIÓN Y SALUD HEZKUN TZA ETA OSASUNA CIRUGIA KIRURGIA AREA DE TERAPIA CELULAR ZELULAR TERAPIA GAC N CLÍ EREMU NICA IKERKETA KLINIKOA M EDICINA INTERNA BARNE ME DIKUNTZA MEDICINA PREVEN TIVA MEDIKUNTZA PREBENTI BOA ONCOLOGÍA MÉDICA MED

IKUNTZA ONKOLOGIA ONCOLO



I sol y sus efectos en la piel





Educación postural ¿Cómo nos













La relación entre el paciente y los









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

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

© PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.



#### La información que usted necesita...

#### www.zonahospitalaria.com

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

A través de nuestra web, usted puede:

- Suscribirse gratuitamente a nuestro boletín **e-zh** y recibir en su correo electrónico la revista en versión digital.
- · Acceder a todos los artículos publicados sobre medicina, salud y cultura.
- Consultar nuestra **Guía de Servicios** para planificar  $sus\ compras,\ reservar\ un\ restaurante...$
- Expresar sus opiniones y sugerencias a través de nuestro Buzón de atención al lector.
- Proponer temas referentes a la medicina y salud que le interese ver publicados.
- y mucho más...

#### cirugía

## La importancia de una masticación correcta

Dr. Carlos Concejo Cútoli. Cirujano Oral y Maxilofacial. Dr. Ricardo Ruiz de Erenchun Purrov. Cirujano Plástico y Estético. Clínica Cross



La masticación es el acto de aplastar y triturar los alimentos y la primera fase de la digestión. De media, una persona que realice tres comidas produce unos 2.000 movimientos masticatorios al día. Si sumamos las veces que la mandíbula se mueve para hablar (unas 10.000 veces al día de media) nos daremos cuenta de lo importante que es cuidar nuestro sistema masticatorio.

El sistema masticatorio está formado por todos los componentes necesarios para realizar la masticación de los alimentos. Estos componentes son los dientes y las encías, la mandíbula y el hueso maxilar superior, la articulación temporomandibular (conocida también por las siglas ATM), los músculos que mueven todo el sistema y los centros nerviosos en el Sistema Nervioso Central.

Cuando todos los componentes del sistema funcionan perfectamente estas funciones se realizan de forma automática y casi involuntaria, sin embargo cualquier alteración puede convertir un acto tan placentero e importante como la masticación en algo muy molesto, provocando incapacidad para comer o comunicarnos.

#### Funcionamiento incorrecto del sistema masticatorio

Los trastornos de sistema masticatorio son muy frecuentes entre la población. Se calcula que hasta un 60 % de las personas tienen en algún momento de su vida uno o más síntomas relacionados con la masticación, en la mayoría de los casos estos se resuelven es-

pontáneamente y no requieren ser atendidos por un facultativo. Cuando las molestias comienzan a ser frecuentes es cuando finalmente se acude en busca de ayuda, pero debido a que los síntomas son muy diversos, no es raro que se tarde mucho tiempo en descubrir que todo se debe a un problema en la masticación. Las molestias relacionadas con el sistema masticatorio pueden ser muy diversas como dolor de oído, dolor de cabeza, dolor en el cuello, dolor en la cara o en la mandíbula, dolor en los hombros e incluso en la espalda Es por eso que muchas veces es difícil suponer inicialmente que el problema pueda estar en una masticación incorrecta. Otras veces los síntomas si que nos orientan hacia el problema sobre todo si comienzan como dificultad o dolor para abrir totalmente la boca, o ruidos en forma de chasquidos al abrir o cerrar la boca.

#### Causas del mal funcionamiento del sistema masticatorio

El sistema masticatorio puede estar trabajando de forma inadecuada durante mucho tiempo antes de que aparezcan los primeros síntomas.

Las causas que pueden suponer el inicio de los síntomas son:

• Hábitos parafuncionales:. El más frecuente de estos hábitos y también el más perjudicial es el Bruxismo. Bruxismo es el hábito de apretar los dientes al dormir, este es un acto inconsciente y muchas veces pasa desapercibido porque puede cursar con ruido (es decir rechinar los dientes) o sin él, sin embargo pro-

voca un desgaste característico de los dientes y por eso el especialista podrá detectar el hábito sin hacer ninguna otra prueba. Otros hábitos parafuncionales son morder objetos, morderse las uñas, incluso hablar o tragar de forma incorrecta.

- El estrés agrava el bruxismo y provoca tensión en los músculos.
- Cambios en la oclusión: La pérdida de un diente o el desgaste de los mismos.
- Traumatismo aqudo: Recibir un golpe directo sobre la mandíbula, pero también de forma indirecta por el mecanismo de latigazo en los accidentes de tráfico.
- Sobreesfuerzo: A veces el equilibrio es tan frágil que basta comer un bocadillo para que aparezcan los síntomas.

#### Tratamiento

El tratamiento para corregir la disfunción consistirá, en primer lugar, en restaurar el equilibrio y aliviar los síntomas. Para eso el especialista pautará una medicación y unas medidas complementarias que ayudaran a mejorar las molestias, pero en muchos casos se hace imprescindible el uso de una férula de descarga.

Las férulas son unos dispositivos removibles (de quita y pon) que se colocan en los dientes para que redistribuyan el apoyo y la fuerza entre ambos maxilares, es decir intenta recuperar la estabilidad.

El tratamiento continuará, en una segunda fase, tratando específicamente cada parte del sistema. Si los afectados son los dientes, se debe reponer las piezas en mal estado y/o valorar un tratamiento ortodóncico.





La radiación solar terrestre está compuesta por distintos tipos de radiaciones: infrarroja, visible y ultravioleta. La radiación ultravioleta se compone de tres tipos de radiaciones: UVA (responsable del bronceado, fotoenvejecimiento y cáncer de piel), UVB (provoca quemaduras solares y cáncer de piel) y UVC (letal para los seres vivos, no llega a la Tierra al ser filtrada por la capa de ozono).

Se sabe que una ligera exposición solar es beneficiosa ya que favorece la síntesis de vitamina D y la absorción del calcio, tiene acción antidepresiva y mejora ciertas enfermedades cutáneas como la psoriasis.

Sin embargo, tomar el sol en exceso provoca efectos nocivos en la piel tanto de forma aguda (quemadura solar), como de forma crónica (envejecimiento de la piel y cáncer cutáneo). Básicamente son dos las causas que pueden determinar la aparición de estos tumores: la radiación solar (la más importante)

El incremento de la exposición solar observado en la población en los últimos años, se atribuye a factores socioculturales (creencia de que la piel bronceada es más bonita), factores demográficos (mayor esperanza de vida) y factores ambientales (disminución de la capa de ozono).

En el ser humano, el tipo de cáncer más frecuente es el de piel. Dentro de los tumores de la piel, se distinguen dos tipos: el melanoma

v el cáncer de piel no-melanoma (carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular). El cáncer de piel no-melanoma suele tener buen pronóstico, ya que aunque crece y puede destruir los tejidos vecinos, raramente da metástasis y se cura con cirugía. El melanoma, aunque en fases iniciales puede ser curable, es un tumor muy agresivo que puede dar metástasis y causar la muerte, por lo que un diagnóstico precoz es esencial.

#### Distintos fototipos cutáneos

La piel posee un mecanismo de defensa para protegernos ante la agresión solar, el bronceado. En ciertas personas, como individuos de piel clara, este mecanismo puede ser insuficiente y producirse daño solar.

En función de la cantidad de melanina (pigmento que protege a la piel frente al sol) se distinguen distintos fototipos cutáneos:

Fototipo I: piel muy clara. Rubios o pelirrojos. Quemaduras muy intensas. No se broncean. Fototipo II: piel clara. Rubios o pelirrojos. Quemaduras intensas. No se broncean.

Fototipo III: piel clara. Castaños. Quemaduras ocasionalmente. Se broncean.

Fototipo IV: piel oscura. Morenos. Quemaduras raramente. Bronceado intenso. El objetivo de la fotoprotección es prevenir el daño en nuestra piel provocado por la exposición a la radiación solar. La intensidad esta radiación varía, por lo que el grado de protección que debemos usar cambiará también. La intensidad de radiación solar depende de varios factores como la latitud (mayor cuanto

más cerca del ecuador), altura sobre el nivel del mar (mayor cuanto más alto), época del año (mayor en verano), hora del día (mayor entre las 12h-16h), presencia de nubes y del espesor de la capa de ozono.

Existen varios métodos para reducir el impacto del sol en nuestra piel, siendo el más eficaz su protección mediante el uso de ropa y sombreros. El grado de protección de la ropa depende de factores como el tipo de tejido, grosor del mismo (mayor protección cuanto más grueso) y color (mayor protección cuanto más oscuro). La capacidad de protección de los sombreros depende del material del mismo y de la anchura del ala.

En cuanto a los ojos se sabe que también sufren los efectos dañinos del sol, observándose una mayor incidencia de trastornos oculares como cataratas. Por lo tanto, el uso de gafas de sol es indispensable al exponernos al sol. La protección que ofrecen las gafas se correlaciona con la oscuridad y el color de la lente. Por otra parte, la sombra, tanto natural como fabricada (sombrillas) reduce la radiación solar directa pero no la indirecta reflejada por la arena. Por lo tanto, protegerse bajo una sombrilla no garantiza una protección totalmente eficaz frente al sol.

Los filtros solares son productos tópicos que contienen sustancias con capacidad de absorber, reflejar o dispersar la radiación solar (UVA y UVB) evitando su penetración en la piel. El objetivo de su uso es prevenir las guemaduras solares, disminuir el riesgo de cáncer cutáneo y de envejecimiento prematuro cutáneo y aminorar el riesgo de aparición de enfermedades provocadas por el sol.

Existen básicamente dos tipos de filtros solares: físicos y químicos. Los químicos son incoloros y cosméticamente más aceptables. Sin embargo, producen un mayor número de reacciones alérgicas, por lo que deben evitarse en niños y personas con piel sensible (dermatitis atópica). Los filtros físicos tienen una peor cosmética (se extienden mal y dejan un residuo blanquecino), pero son menos alergénicos y se recomiendan en niños y personas con piel sensible.

#### Grado de protección frente a UVB

El factor de protección es un índice numérico que mide el grado de protección frente a UVB. Indica el número de veces que habría aumentar el tiempo de exposición solar de la piel con fotoprotector para que se produzca la misma quemadura que aparecería sin este. Esto es, una persona que se guema al cabo de 15 minutos de exponerse al sol, si se aplica un filtro de índice 15 tardará 225 minutos en quemarse. No obstante, este índice es una medición de laboratorio y se realiza con una cantidad muy grande de producto (normalmente nos aplicamos un tercio o un cuarto). Por lo tanto, el índice real de fotoprotección es del órden de unas 3-4 veces menor de lo que indica el envase.

tipo de piel (fototipo), lugar donde vayamos

a exponernos al sol y duración de la exposición. A título orientativo se aportan los datos del tiempo que tardan en guemarse con la primera exposición solar los distintos tipos de piel en junio, en la costa levantina, sin

Fototipo II: 10 minutos (m)

Fototipo III: 15 m Fototipo IV: 20 m

fotoprotector solar:

Por ejemplo, si una persona con fototipo II se expone 5 horas al sol (tarda 10 minutos en quemarse sin filtro solar), necesitará un factor de 30, aplicándolo en las cantidades que recomienda el fabricante. Debemos tener en cuenta que nadie se aplica una cantidad tan grande, por lo que en la práctica necesitará un factor mayor.

Por último, hay que señalar que un buen fotoprotector debe cubrir frente UVB y UVA, El factor de protección a usar depende del ser aplicado en cantidad abundante, 30 minutos antes de exponerse al sol y reaplicarse

En resumen, para minimizar el daño solar en la piel se recomienda seguir una serie de

- Usar filtros solares con alto índice de protección tanto en la piel como en los labios
- Usar la cantidad adecuada, repetiendo la aplicación frecuentemente
- Usar sombreros y gafas de sol
- Evitar las horas con mayor irradiación solar
- No aplicar filtros solares en niños menores de 6 meses: protegerlos con ropa
- Usar filtros fisicos en alérgicos o personas con dermatitis atópica
- No usar un filtro para aumentar el tiempo de exposición solar

 Ante una lesión cutánea (mancha, bulto, herida) que no desaparezca, crezca o de síntomas (picor, sangrado,...) consultar al Dermatologo.

años EN COMU NICA CIÓN CONS **TANTE YPOSI** TIVA ASES OREN COMU NICA CIÓN **EFICI** ENTE

## ¡GRACIAS!

Es la palabra que más nos gusta oir de nuestros clientes

PubliSicestudio de comunicación

Benjamín de Tudela, 35 bajo / 31008 pamplona T 948 276 445 / F 948 273 108 aerroz@publisic.com / www.publisic.com



## Las grasas trans ponen en jaque a la salud

Laura Garde Etayo Colegio Oficial de Dietistas Nutricionistas de Navarra



El término de buena reputación, debido a que la relacionamos rápida

y directamente con ciertas patologías de gran prevalencia en nuestro mundo, lo que nos incita a evitarla. Como consecuencia de ello, la industria alimentaria, interesada en crear necesidades y satisfacer la demanda, lanzó al mercado una gran variedad de alimentos 0% grasa o light o sin grasas saturadas, sin grasas trans, sin colesterol.

Pero, en realidad ¿es la grasa la causa de la obesidad, diabesidad, síndrome metabólico y enfermedades degenerativas? En la actualidad, gracias a estudios científicos recientes, sabemos mucho más de la grasa, de la importancia de su calidad y de su relación con la salud. De nuevo como consecuencia, la tecnología alimentaria da un paso adelante e introduce para nuestro consumo alimentos que contienen grasas cardiosaludables. Se enriquecen los alimentos con fitosteroles y omega 3 y 6, se remplazan las grasas saturadas naturales de algunos alimentos por otras con efecto cardioprotector y se sustituyen grasas parcialmente hidrogenadas de alimentos elaborados, por aceite de oliva o girasol. Lógicamente, este proceso de innovación alimentaria acentúa la confusión entre los consumidores preocupados por cuidar su

salud, cada vez que pueden elegir entre un alimento convencional y su homólogo que contiene un valor añadido. En este sentido. para que la elección sea acertada debemos dejar claro que lo más importante es priorizar el consumo de grasas de buena calidad.

#### La grasa: un nutriente insustituible

Lo cierto es que la grasa es un nutriente energético, fundamental por su función dentro de la estructura celular. Además, interviene en aspectos de la regulación genómica y está implicada en el desarrollo neurológico y en el crecimiento normal. También tiene un gran impacto sobre el perfil lipídico de la sangre, las enfermedades coronarias y los accidentes cerebro-vasculares. En definitiva, cumple funciones de vital importancia que la hacen imprescindible para el organismo.

Sin embargo, aunque resulta evidente que un aporte adecuado de grasa en cantidad y calidad genera salud, la situación inversa causa enfermedad. De ahí, la necesidad de consenso en las recomendaciones de la OMS. Según dicha organización, una dieta equilibrada debe aportar entre un 20-35% de la energía total diaria en forma de grasa, distribuida del siquiente modo:

Un 15-20% debe estar representado por las grasas monoinsaturadas, presentes fundamentalmente en el aceite de oliva, grasa con la que habitualmente cocinamos y condimentamos los alimentos.

Entre un 6-11%, debe corresponder a las grasas polinsaturadas, cuyas fuentes dietéticas son los pescados azules, frutos secos, semillas de lino (0.5-2% de omega 3), y aceite de girasol, onagra y borraja y la soja (2,5-9%

De grasas saturadas, se recomienda un aporte menor del 10%. Éstas proceden de los alimentos de origen animal tales como carnes grasas y productos de charcutería, lácteos enteros y derivados y, como excepción, dentro de los alimentos de origen vegetal, los aceites de

Estas recomendaciones, traducidas al lenguaie dietético-práctico de una persona con actividad media, significan un consumo cotidiano de aceite de oliva virgen de tres a cuatro cucharadas v de tres o cuatro nueces, en cualquiera de las comidas del día. La frecuencia de consumo recomendada para la carne es de tres veces por semana, y de cuatro veces para el pescado, dos de las cuáles serán de pescado azul. Los lácteos deben ser preferentemente desnatados o parcialmente desnatados. Los alimentos grasos que debemos evitar, o cuyo consumo debe ser ocasional, son los productos de charcutería, nata, mantequilla, repostería industrial, snacks y precocinados.

#### Grasas trans menos de 1%

La OMS recomienda que el consumo de grasas trans no supere el 1% de la grasa total. El consumo de grasas trans se asocia al aumento del colesterol LDL y triglicéridos, y a la reducción del colesterol HDL. Este tipo de grasa contribuye a incrementar el riesgo de cardiopatía coronaria, de muerte súbita de origen cardíaco y de diabetes mellitus. Además, se sique investigando sobre su relación con alteraciones en los sistemas antioxidantes y en la respuesta inflamatoria del organismo,





con el desarrollo de algunos tipos de cáncer, alteraciones en el embarazo, bajo peso de los neonatos e infertilidad femenina.

Las mayores concentraciones de la temida grasa trans se generan en los procedimientos industriales, representando incrementos superiores incluso al 50% del total de las grasas del alimento. Concretamente, se trata del proceso de producción de los aceites vegetales, pero sobre todo. lo que conocemos como hidrogenación parcial de dichos aceites, para convertirlos en margarinas o grasas de repostería.

También, se encuentran de forma natural y en pequeñas cantidades (un 5% de la grasa total de las grasas) en alimentos como la leche y la carne de ganado vacuno, ovino y caprino, aunque en este caso son menos perjudiciales para la salud que los obtenidos por hidrogenación parcial. Otra fuente dietética que debemos de tener en cuenta cuando hablamos de consumo habitual, son los productos fritos con aceites recalentados, debido a la relación entre temperatura y tiempo de uso del aceite.

Por lo tanto, los alimentos que debemos evitar en la ingesta habitual son principalmente los que contienen grasas trans derivadas del procesado industrial. Podemos citar como ejemplo las galletas, dulces, pasteles, bollería, alimentos fritos con grasas recalentadas o comidas rápidas. En el caso concreto de las margarinas, estudios recientes de análisis de composición nutricional, constatan una reducción de grasas trans a niveles inferiores del 1% del aporte total de grasas. Este dato es de gran relevancia, ya que supone que la industria alimentaria ha sido capaz de incorporar nuevas tecnologías en los procesos de producción para obtener el mismo producto

#### En resumen

en una versión más saludable.

La salud alimentaria se consigue a través de un modelo de alimentación ordenado, que aporte variedad de alimentos, en cantidad y calidad adecuadas. Siendo ésta, la manera más eficaz de prevenir enfermedades.

Por tanto, si respetamos un modelo de alimentación equilibrada, no es necesario recurrir a nuevos alimentos que incorporan un valor añadido por estar enriquecidos en determinados nutrientes.

Dicho modelo equilibrado incluye, necesariamente, la grasa, pero en la cantidad adecuada v prestando especial atención a su origen v

Comer sano no supone necesariamente invertir mucho tiempo en la elaboración de los menús de cada día. Evitar los precocinados y, por el contrario, cocinar los alimentos de modo limpio ayuda a controlar el aporte de grasas en nuestra alimentación y a evitar al mismo tiempo, las grasas trans.

Eliminar de nuestra dieta los productos alimentarios (snacks, dulces, bollería, etc) e incrementar el consumo de frutas, vegetales v cereales integrales contribuirá, así mismo, a conseguir una alimentación más equilibrada.



## Componentes del aparato digestivo y sus funciones

Elena Pérez Salvatierra Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA

varios órganos que se comunican entre sí. En conjunto, forman un tubo que va de la boca hasta el ano y mide unos once metros de longitud.

Comer es necesario para la vida. Nuestro cuerpo obtiene la energía que necesita de los alimentos que ingerimos. Para obtener esa energía, es necesario que la comida atraviese las paredes del tubo digestivo y llegue a las células donde se necesita. Es decir, el cuerpo tiene que transformar los alimentos en sustancias más sencillas que se puedan absorber. Este proceso es el que conocemos como digestión, y la lleva acabo el aparato digestivo. La digestión comienza en la boca. Al masticar trituramos los alimentos. Esta es la parte mecánica de la digestión. La comida triturada se mezcla con saliva. La saliva compacta el bolo y lo humedece para que pueda descender por el tubo digestivo. Las glándulas salivales además de segregar saliva, producen unas sustancias llamadas enzimas. Éstas también se produ-

El aparato digestivo está compuesto por cen en otros órganos del aparato digestivo y son las encargadas de la parte química de la

> A continuación el bolo alimenticio pasa a través de la faringe y el esófago que son dos tubos que van seguidos uno del otro y comunican la boca con el estómago. Las paredes del esófago están formadas por músculo que se contrae y relaja permitiendo el avance del alimento hasta el estómago.

> El estómago es un órgano con forma de "J" y una capacidad de un litro y medio. El "cardias" es el límite entre el esófago y el estómago y el "píloro" es la frontera entre el estómago v el intestino delgado. El estómago consta de varias partes que de arriba hacia abajo son fundus, cuerpo y antro.

#### El quimo, hígado y páncreas

Sus paredes están formadas por células que segregan enzimas y jugo gástrico que también interviene en la digestión. El alimento sale del estómago convertido en una masa ácida semisólida llamada quimo.

> El quimo pasa al intestino delgado, una estructura tubular llena de pliegues que mide unos seis metros. El intestino delgado se divide en tres partes: duodeno, vevuno e íleon. Al duodeno llegan jugos del páncreas y bilis del hígado que intervienen en la digestión

absorción del intestino, para poder "aspirar" todos los nutrientes de los alimentos que ya han sido digeridos.

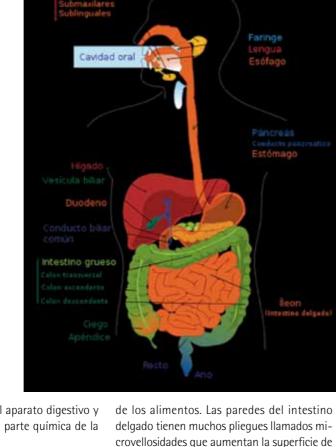
Los restos de alimentos pasan al intestino grueso atravesando una frontera llamada válvula ileocecal. En el intestino grueso distinguimos varias partes: la primera porción es el ciego, de donde sale el apéndice. Después, y en orden, están: colon ascendente, colon transverso, colon descendente y finalmente, el recto y el sigma que acaba en el ano. El intestino grueso mide metro y medio de longitud y sus diferentes partes se sitúan formando un marco que encuadra al intestino delgado. En el intestino grueso continúa la absorción de nutrientes y también de agua y, por otro lado, se encarga de compactar y almacenar las heces al final del trayecto, en el recto.

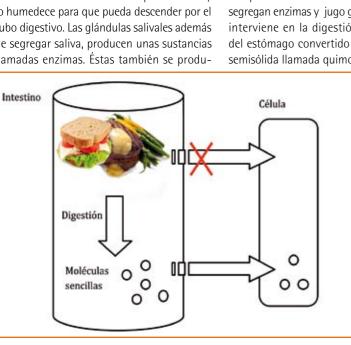
Las heces están formadas por restos de alimentos que el cuerpo no puede digerir y de los que ya no se pueden absorber más nutrientes. En el momento de la defecación, las heces son expulsadas a través del ano.

Otros órganos que intervienen en la digestión son el páncreas y el hígado.

El páncreas es una glándula que se relaciona con el duodeno a través de un pequeño tubo, el conducto pancreático. Además de segregar hormonas a la sangre que controlan la cantidad de azúcar, también produce jugo pancreático que se vierte al intestino e interviene y facilita la digestión.

El hígado es el mayor órgano del cuerpo. En él se forma la bilis. La vesícula biliar es una víscera hueca pequeña que almacena la bilis. Cuando se va a realizar la digestión, la vesícula se contrae y expulsa la bilis al duodeno a través de las vías biliares.







## La rehabilitación física desde Terapia Ocupacional

Ioana Laparra Alguacil. Terapeuta Ocupacional Edurne Apestegui Egea. Terapeuta Ocupacional. Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Navarra.



Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra

C/ Ventura Rodriguez, 54 - 1º B 31012 . Pamplona



COTONA-NALTE

Nafarroako Lan-Terapeuten Elkargoa

Apdo. de correos 31080. Pamplona 666 653 505 . cotona nalte@yahoo.es

La discapacidad física es un trauma que afecta en todos los aspectos de la vida, disminuyendo las capacidades físicas y limitando a la persona a la hora de llevar a cabo su vida diaria v sus ocupaciones. Una lesión medular o un accidente cerebrovascular no sólo son traumáticos en el sentido médico, también destruye toda una forma de vida, dividiendo la historia de la persona en dos partes: el antes y el después. Por lo que, desde esta perspectiva, podemos entender que el proceso rehabilitador deberá englobar muchos aspectos de la persona

La población diana a la que va dirigida la atención del terapeuta ocupacional en un servicio de rehabilitación física son, personas de cualquier edad con dificultades en las

actividades que realiza en su día a día, afec-

ocupacional...

(físico, familiar y sociocultural). Por

esta razón es necesario que la per-

sona sea tratada por un equipo mul-

tidisciplinar que trabaje en estrecha

colaboración: médico rehabilitador,

fisioterapeutas, logopedas, terapeuta

tadas por una artrosis y/o artritis, secuelas de quemaduras o traumatismos, amputaciones, lesión medular, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades cardiorrespiratorias, malformaciones congénitas y enfermedades neurodegenerativas cómo espina bífida, parkinson, esclerosis múltiple,...

El terapeuta ocupacional aplica la actividad como medio preventivo o terapéutico con la finalidad de lograr la armonización del paciente en relación con sus ocupaciones (trabajo, ocio, estudio, actividades de la vida diaria,...). El interés central de nuestra profesión es lograr el máximo nivel posible de autonomía y satisfacción en el desempeño ocupacional.

#### Algunos de los objetivos a trabajar

- Mejorar el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, de manera que se entrenará la nueva manera de conseguir ser autónomos en el vestido, alimentación, aseo,
- Reeducar las habilidades sensoriales y perceptivas, normalizar el componente motor e integrar los componentes cognitivos.
- Que la familia aprenda a manejar la nueva situación y enseñarle a prestar la ayuda oportuna y adecuada a su familiar.

- Identificar los problemas que pueda encontrar cuando abandone el recurso asistencial.
- Ayudar al paciente a analizar su vida diaria: encontrando medios de simplificación de
- Asesorar sobre la eliminación de barreras en el domicilio y la utilización de productos
- Entrenamiento en el uso de diferentes sistemas de comunicación y manejo de silla de ruedas.
- Reasunción de los roles ocupacionales y mejora de la competencia ocupacional. Orientar en los posibles nuevos trabajos o actividades de ocio y tiempo libre que podrá llevar a cabo de acuerdo con su nivel de funcionalidad.

#### La intervención domiciliaria del terapeuta ocupacional

La intervención del terapeuta ocupacional puede proporcionarse en fases agudas, subagudas o crónicas de la enfermedad. Cuanto antes se intervenga, mejores resultados obtendremos. El paciente es remitido por el médico rehabilitador del servicio para mejorar la funcionalidad y lograr la máxima independencia posible en las actividades de la vida diaria (higiene, vestido, alimentación,...). Inicialmente mientras el paciente está hospitalizado y después ambulatoriamente. Finalmente es recomendable que el terapeuta ocupacional haga varias visitas domiciliarias para analizar el entorno del paciente y así poder adaptarlo al nivel funcional que haya

adquirido la persona a lo largo de su proceso de rehabilitación.

El alta domiciliaria es deseada y anhelada tanto por los pacientes como por sus familiares, pero al mismo tiempo es un periodo de mucha incertidumbre v ansiedad puesto que es el momento de enfrentarse a una "nueva realidad" y por lo tanto a la "nueva" forma de hacer sus actividades rutinarias en su domicilio, que en este momento, se ha convertido en un entorno con demasiadas barreras hostiles por no estar adaptado a su "nueva manera

La intervención domiciliaria se hace necesaria por varios motivos. Uno de ellos, es valorar el grado de autonomía del paciente en su domicilio con el propósito de realizar una correcta prescripción de los productos de apoyo (cama articulada, elevador de wc, cubiertos adaptados,...). Otro de los motivos, es valorar el grado de ejecución correcto de las actividades como por ejemplo, vestido, aseo, alimentación y transferencias tanto del paciente como del familiar y corregir o asesorar sobre el modo correcto de realizarlas.

#### Servicios de Terapia Ocupacional

La variabilidad de lugares en los que se pueden prestar servicios de Terapia Ocupacional para personas con discapacidad física es muy elevada: Servicios de rehabilitación en centros públicos como hospitales y clínicas, Centros de atención primaria, Fundaciones privadas y Mutuas. Ámbito de actuación que no debemos dejar de lado, puesto que da continuidad a los servicios anteriormente citados, es el ejercicio libre en consultas, centros especializados

en Terapia Ocupacional, gabinetes y porque no, en el propio ámbito domiciliario.

Actualmente en Navarra hay muchas personas con discapacidad física que no son todo lo independientes que pudieran ser en las actividades de la vida diaria porque no existe un servicio de rehabilitación que cuente con el perfil profesional del Terapeuta Ocupacional desde el ámbito público, ni a nivel de mutuas, lo que genera una sobrecarga importante a nivel familiar como físico, económico y emocional, puesto que el entorno más cercano es quien atiende al afectado sin estar entrenado en cómo realizar movilizaciones y transferencias, comprando productos de apoyo que no son los más útiles o adecuados en su caso, a veces desde la sobreprotección. Por no hablar de la persona, afectada en todos sus aspectos, tanto emocionales, sociales, laborales,...

La demanda del papel del terapeuta ocupacional en rehabilitación física es real, hace ya unos años se intentó implantar la figura

del terapeuta ocupacional en el Complejo Hospitalario, pero a fecha de hoy Navarra sique sin tener un departamento de Terapia Ocupacional en ninguno de sus servicios de Rehabilitación, salvo en la Clínica Ubarmin que atiende únicamente a usuarios con daño cerebral. Teniendo que acudir el resto de pacientes de forma privada a recibir el tratamiento a través de Asociaciones de familiares específicas o desplazarse a otras Comunidades donde existen Centros de rehabilitación específicos como pueden ser el Hospital de Parapléjicos de Toledo, Instituto Guttmann o los llamados Centros de Recuperación de personas con discapacidad física (CRMF).

En una recopilación realizada por el Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Navarra – Nafaroako Lan Terapeuten Elkargoa acerca del número de terapeutas trabajando en servicios de rehabilitación de otras Comunidades, recogimos, por ejemplo, que en País Vasco ya desde hace años había unos 11 trabajando; en Aragón 13; en Castilla León otros 10; Baleares 10 y sólo en la provincia de Barcelona 24. Estos son solo algunos ejemplos y debemos tener en cuenta que en casi todas las Comunidades Autónomas se cuenta con el perfil profesional del terapeuta en este campo de la rehabilitación física.

Desde el colectivo de terapeutas ocupacionales somos optimistas y esperamos que en breve podamos estar prestando nuestros servicios a todos los ciudadanos con discapacidad física a través de los Servicios de Rehabilitación de los diferentes Hospitales de SNS-Osasunbidea.







## Educación postural: ¿Cómo nos sentamos frente al ordenador?

Dr. Juan Manuel Vellosillo Ortega / Dr. Carlos Ruiz Muneta. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Navarra.

Una gran parte de la población pasa más de ocho horas al día trabajando en una postura sedentaria en un despacho u oficina. La introducción de las nuevas tecnologías trae consigo la aparición de factores de riesgo y daños a la salud, derivados entre otros del uso frecuente de ordenadores en nuestras actividades de la vida diaria.

El tipo de trabajo de oficina se caracteriza por una falta de movimiento físico, así como por un esfuerzo mental mantenido y prolongado en el tiempo. El desempeño de nuestra actividad frente a una pantalla, conlleva a menudo una postura contraída o forzada, lo cual puede provocar dolores de espalda, molestias oculares, cansancio...

La mayoría de los problemas asociados al uso habitual de ordenadores puede evitarse adoptando posturas ergonómicamente correctas. Un adecuado posicionamiento frente a la pantalla no sólo evita dolores y malestar físico, sino que crea estados psicológicos saludables. Por el contrario, una postura incorrecta puede provocar irritabilidad y falta de concentración, lo que se traduce en definitiva en un menor rendimiento y en un aumento de la tensión emocional.

Los principales riesgos asociados a la utilización de estos equipos de trabajo son:

- Trastornos musculoesqueléticos.
- Problemas visuales.
- Fatiga mental.

#### Trastornos musculoesqueléticos

Los trastornos musculoesqueléticos, a los que haremos referencia a lo largo de este artículo, son debidos a una tensión muscular estática, dinámica o repetitiva, motivada en muchas ocasiones por la postura inadecuada que adoptamos frente a la pantalla de ordenador. Algunos de los síntomas más frecuentes que suelen manifestarse son: cansancio, calambres, hormigueos, dolor cervical, dolor lumbar, contracturas musculares y sensación de rigidez articular.

Un factor fundamental es por tanto la adopción de una postura adecuada delante del ordenador, de modo que cuanto menor sea la tensión muscular que soporte nuestro cuerpo, menor será la posibilidad de sufrir este tipo de síntomas.

Al contrario de lo que cabría pensar, la posición de nuestro cuerpo al estar sentados no es realmente una postura relajada, ya que tanto cuello como hombros, brazos y zona lumbar se encuentran en tensión. Si a lo anteriormente mencionado le añadimos una postura incorrecta (flexión excesiva de cuello y tronco, piernas cruzadas, flexión mantenida de muñeca, brazos y hombros tensionados...) las sobrecargas aumentan y con ello el riesgo de sufrir síntomas musculares dolorosos.

El desempeño de una correcta posición delante de un ordenador implica el cumplimiento de ciertos requisitos:

- La columna permanecerá recta, manteniendo los hombros relajados.
- Los brazos y los antebrazos deberán formar

un ángulo recto o ligeramente superior.

- Antebrazos, muñecas y manos se mantendrán alineados y podrán permanecer relajados. El ratón debe permitir para ello el apoyo de parte de la muñeca o de los dedos sobre la mesa
- Es recomendable que los pies permanezcan apoyados en el suelo o sobre un reposapiés.
- Los muslos formarán un ángulo recto con las piernas y otro con la espalda.
- El borde superior de la pantalla se situará aproximadamente en la línea horizontal de visión o ligeramente por debajo, para evitar posturas de excesiva flexión o extensión del cuello.
- La pantalla se situará a una distancia superior a 40 cm respecto de los ojos. Cuando sea necesario emplear documentos en papel, puede ser recomendable utilizar un atril a una altura y distancia similares a las de la pantalla, minimizando así los esfuerzos de acomodación visual y los giros de la cabeza.

#### Contracción muscular

Desafortunadamente no existe una postura ideal en la que la tensión muscular esté ausente. Por definición, cualquier postura sostenida implica la contracción de determinados grupos musculares, los cuales se relajan cuando modificamos dicha posición. Una postura corporal mantenida implica una contracción sostenida de uno o varios músculos, que con el tiempo se fatigan y reaccionan provocando malestar físico. Por ejemplo, si tratamos de sostener un peso con un brazo





estirado durante mucho tiempo, la musculatura de dicha extremidad acabará fatigándose y enviando señales dolorosas. Esto es aplicable a cualquier grupo muscular, de forma que el simple hecho de mantener el cuello en una misma postura, aunque ésta sea la correcta, durante un periodo de tiempo prolongado, puede provocar síntomas relacionados con la fatiga muscular. Del mismo modo, cuanto más forzada sea dicha postura, más rápidamente se fatigará el músculo y mayor será el riesgo de presentar síntomas dolorosos.

Por todo ello, en el uso habitual de ordenadores, a pesar de que la forma de sentarnos frente a la pantalla sea la correcta, es fundamental minimizar las posturas estáticas prolongadas y permitir, en la medida de lo posible, pequeños cambios de posición de forma periódica.

#### Estiramiento del músculo doloroso

Una forma de minimizar estos síntomas de tensión física, es realizar un estiramiento

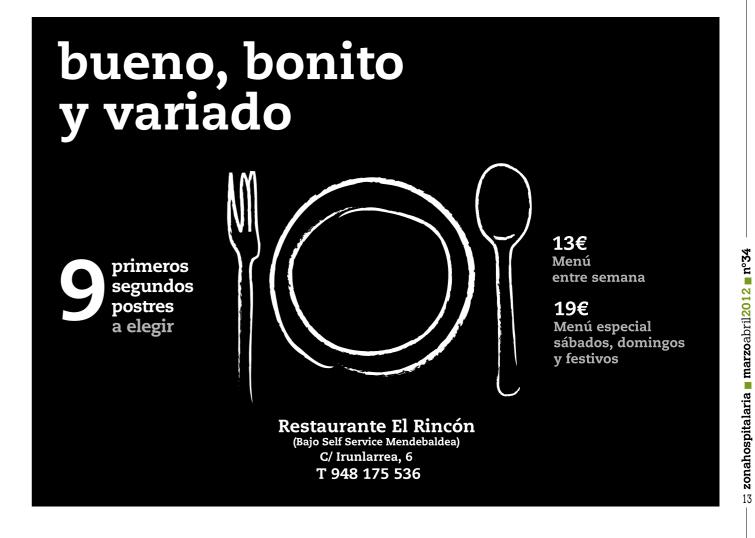
del grupo muscular doloroso para reducir la sobrecarga del mismo. En muchas ocasiones realizamos este tipo de gestos de manera inconsciente, ya que nos alivian esa sensación de contractura y dolor muscular.

Algunos sencillos estiramientos que podemos realizar, incluso sin necesidad de levantarnos de la silla, son:

- Llevar lentamente la cabeza hacia abajo y hacia atrás.
  Girar la cabeza a derecha e izquierda.
- Tratar de juntar la oreja al hombro del
- Intentar dirigir la nariz hacia la axila y mantener el estiramiento.
- Manteniendo el cuello recto intentar sacar papada.
- Elevar y descender los hombros.
- Hacer círculos con los hombros.
- Con las manos en la nuca, juntar y separar los codos.
- Presionar la zona lumbar contra el respaldo y mantener.

 Realizar movimientos de giro, flexión y extensión de muñecas.

La civilización nos ha ido "encadenando" cada vez más a las sillas, primero a las máquinas de escribir y ahora a los ordenadores, lo cual favorece el sedentarismo. La mayoría de los síntomas musculoesqueléticos mencionados. que experimentamos habitualmente durante el desempeño de nuestras actividades de la vida diaria, están provocados por una insuficiencia muscular derivada de un desacondicionamiento físico. Por todo ello, es fundamental incidir en la importancia de hacer ejercicio de manera habitual y mantenerse en forma, ya que entre otros beneficios, se ha demostrado que un buen desarrollo de los músculos paravertebrales y abdominales ayuda a prevenir el dolor de espalda. Es importante recordar que la actividad deportiva mejora la condición física y psicológica, lo cual nos permitirá en definitiva disfrutar de una vida más sana, más equilibrada, más alegre, más activa y más dinámica.





nutrición

El pan en la alimentación infantil saludable

> Dr. José Manuel Moreno Villares Pediatra, Unidad de Nutrición Clínica, Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid

La alimentación es el factor más importante en los procesos de crecimiento, desarrollo y renovación de las estructuras del organismo. De su cantidad, calidad y equilibrio va a depender en buena medida nuestra salud actual y futura. Por eso es de vital importancia la adquisición de hábitos dietéticos saludables desde los primeros años de vida. La pérdida de esos hábitos y la disminución de la actividad física han llevado a un aumento notable de la obesidad infanto-iuvenil v sus enfermedades relacionadas. Se observa, en general, un exceso en el consumo de grasas y proteínas y una disminución en los hidratos de carbono.

La incorporación del pan en las distintas comidas del día se ha mostrado como una forma eficaz de corregir ese desequilibrio. Pan hemos comido siempre desde niños y se asocia fácilmente la imagen de un buen bocadillo con niños creciendo sanos. El pan es una fuente importante de hidratos de carbono. fundamentalmente almidón, un polisacárido de glucosa presente en el grano de trigo. Es un alimento energético, que proporciona entre 244 y 285 kcal cada 100 gramos. Su riqueza en proteínas está entre el 7 y el 10% y el mayor o menor contenido dependerá del tipo de harina empleada. El pan no contiene colesterol y el contenido en grasa, insaturada en su mayor parte, es muy pequeño. La concentración media de fibra está próxima al 2,5% en los panes comunes.

El pan, que se complementa muy bien con otros alimentos, puede satisfacer una parte importante de las necesidades de nutrientes diarios. Debe consumirse en todas las comidas para conseguir la proporción adecuada de hidratos de carbono de una dieta equilibrada. Para los niños y jóvenes se recomienda que consuman de cuatro a seis raciones diarias de pan (40 a 60 gramos cada ración) distribuidas entre todas las comidas. Pero es en los desayunos y en las meriendas donde tiene un papel relevante.

Un análisis detallado de la alimentación de los escolares muestra que sólo entre el 55 y el 65% desayunan de forma habitual y que menos del 40% incluyen en el desayuno cereales o pan. ¿Qué razones esgrimen para no desayunar? La falta de tiempo, el acceso fácil a productos manufacturados y el desayunar solos.

#### Disminuir el riesgo de obesidad

Desayunar es una buena estrategia para disminuir el riesgo de obesidad. En esa línea se enmarcan las campañas institucionales para promover el desayuno (Campaña ¡Despierta, desayuna! del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; o el programa Perseo de la estrategia NAOS).

También se sabe que no desayunar interfiere con el aprendizaje y el conocimiento. Aquellos niños que incluyen pan o similares en el desayuno tienen una mejor atención inmediata y mejor memoria a corto plazo ("Desayuna y aprueba...prueba a desayunar").

Un desayuno completo debería incluir un lácteo, cereales o pan (preferiblemente integrales) y fruta fresca o zumo natural. Para que además de completo fuera ideal, hacerlo

La otra comida en la que habitualmente forma parte el pan es la merienda, que debe proporcionar alrededor del 15% de los aportes diarios. Los bocadillos para la merienda son – o solían ser- una de las formas más comunes del consumo de pan. La merienda no debe ser

esa comida olvidada. Constituye una fuente importante de energía, nada despreciable en la alimentación infantil. Más ahora cuando tras una larga jornada escolar muchos niños acuden a actividades extraescolares, generalmente deportivas con un alto consumo de energía. El pan no puede faltar en la alimentación del niño y del joven deportista. Lamentablemente hemos visto en los últimos 30 años como ha cambiado la composición de la merienda: dependiendo de la Comunidad Autónoma, sólo la mitad de los niños meriendan bocadillos, que han sido sustituidos por bebidas lácteas, zumos industriales o productos de repostería.

El pan común se emplea frecuentemente como acompañamiento de otros platos en las comidas principales (comida y cena). Entre una y dos raciones de pan en cada una de las dos principales comidas parece una cantidad aconsejable para nuestros niños y jóvenes. Sin el pan en la comida y la cena es difícil cubrir esas cinco o seis raciones diarias reco-

No sólo tiene importancia el contenido de cada comida, sino su contexto. Especialmente en el caso de niños y adolescentes. En el número de septiembre de la revista Pediatrics se presentaron los resultados de un metaanálisis en el que se evalúa la frecuencia de comidas compartidas en familia y la salud nutricional de niños y adolescentes. Los resultados muestran que compartir la comida en familia disminuye un 12% el riesgo de sobrepeso y obesidad en las que lo hacen al menos 3 comidas a la semana y aumenta un 25% la probabilidad de consumir alimentos saludables. Además si se compartía mesa 5 o más veces a la semana, el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria era un 35% inferior.

## Rendimiento visual

Dori Calleio Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

#### Una buena visión nos facilitará una lectura rápida y eficaz, enterándonos de lo que hemos leido.

Con un mal rendimiento visual tendremos dificultad para realizar las tareas e intentaremos evitarlas porque nos requerirán mucho esfuerzo, tardaremos más y nos costará entender las lecturas.

#### Las habilidades visuales esenciales para el aprendizaje son las siguientes:

#### Aqudeza visual

Es una medida de la nitidez de la vista, pero sólo con ella no podemos saber el esfuerzo que realiza la persona para ver bien.

#### Oculo-motricidad

Los movimientos oculares nos permiten mover los ojos a lo largo de las líneas de un texto y realizar saltos verticales en la lectura.

El control de los movimientos oculares va ligado al desarrollo motor, por lo que una mala coordinación corporal y problemas de

equilibrio afecta a los movimientos oculares careciendo estos de precisión y suavidad.

#### Enfoque

La acomodación ocular nos permite mantener un enfoque nítido y cambiarlo de la visión próxima a lejana y viceversa.

Si la acomodación no es correcta nos provocará visión borrosa, fatiga visual, mala comprensión y evitar las tareas en visión próxima.

#### Visión binocular

Es la visión que tenemos con los dos ojos trabajando al mismo tiempo.

Cuando esta habilidad es deficiente nos puede ocasionar: estrabismo, visión doble, fatiga visual al no integrar las imágenes que se reciben de ambos ojos, reducida visión en relieve...

#### Coordinación ojo-mano

Esta coordinación es importante en la escritura, dibujo, deportes.

#### Conceptos direccionales

Dado que nuestra lectura y escritura es básicamente direccional, tener estas habilidades espaciales son básicas para no tener inversión de letras, palabras y números.

#### Percepción visual

Si no interpretamos lo que nos dicen los ojos tendríamos vista pero no visión. La vista se queda en los ojos y la visión está en el cerebro. La percepción de formas correctamente, la memoria visual y la visualización nos permite desarrollar una correcta discriminación visual y recordar la información presentada

Las alteraciones que se pueden ocasionar por una inadecuada percepción visual son la confusión de palabras similares, inversión de letras y números, recordar y comprender la información visual.

La visión nos permite un correcto aprendizaje y relacionarnos adecuadamente con el entorno que nos rodea. Como mínimo una vez al año es conveniente hacernos una revisión.







**AVDA. NAVARRA** (Frente a Clínica Universidad de Navarra)

31008 PAMPLONA • T. 948 178 188

Descuento, no acumulable a otras ofertas, válido con la presentación de este anuncio HASTA EL 1 DE JUNIO DE 2012







zonahospitalaria 🔳 marzoabril2012 🖿 n°34

zonahospitalaria 🔳 marzoabril2012 🖿



(o aftas), las úlceras bucales son un trastorno inflamatorio que implica la aparición de una pequeña herida de las mucosas de la boca de color blanco y un área roja alrededor. Son lesiones bastantes habituales dolorosas v que pueden aparecer en cualquier parte dentro de la boca, incluyendo la parte interna de los carrillos, las encías, la lengua, los labios o el paladar. Se puede presentar una o de forma múltiple a cualquier edad aunque son más frecuentes en niños, adolescentes, adultos jóvenes especialmente entre los 10 y 19 años de edad y de mayor prevalencia en el sexo femenino. La mayoría de la gente tendrá una úlcera ocasional, sin embargo, se estima que alrededor del 20% de la población padece úlceras aftosas de forma recurrente.

#### Causas más frecuentes

La causa de la mayoría de las aftas es desconocida, aunque puede haber una predisposición familiar, no son contagiosas. Los factores con los que puede estar relacionada son:

- Proceso autoinmune, debilidad temporal del sistema inmunitario (por ejemplo, por gripe o resfriado).
- Cambios hormonales, parecen presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres
- Traumáticas: Irritación o roce accidentales en la mucosa bucal que suelen derivarse de una herida causada por el cepillo de dientes, una prótesis dental, la ingestión de alimentos o bebidas muy calientes o por mordisqueo del carrillo o la lengua.
- El estrés, la ansiedad o ciertas enfermedades.
- Deficiencias en la dieta: niveles bajos de vitamina B12, ácido fólico, hierro,...

Tratamiento de las úlceras

En la mayoría de los casos estas complicaciones orales son transitorias y se resuelven espontáneamente, la molestia suele ir disminuyendo por sí mismo en 1 semana y se cura en 2 ó 3 semanas, incluso no haciendo nada. Algunas veces, pueden durar hasta 6 semanas. Las siguientes medidas pueden mejorar la situación:

- Evitar los alimentos o bebidas calientes, las comidas saladas o condimentadas y los cítricos.
- Hacer gárgaras con agua fría o chupar polos helados, lo cual es de gran ayuda si se siente ardor en la boca.
- Tomar analgésicos como el paracetamol.
- Existen geles de ácido hialurónico que producen una película protectora, la cual alivia el dolor y acelera la cicatrización (Aftamed).

#### Prevención de las úlceras

Se puede reducir la probabilidad de desarrollar úlceras bucales comunes tomando ciertas precauciones:

- Una buena higiene dental y un cepillado suave de la boca para no dañar los dientes ni las encías.
- Visitar a su dentista regularmente para una revisión, también si su úlcera bucal persiste durante más de dos semanas, o en caso de tener un diente afilado o roto o una prótesis que no ajusta bien.
- Seguir una dieta saludable para que su sistema inmunológico se mantenga fuerte y combata las infecciones.
- Evitar los alimentos y bebidas demasiado calientes y
- Tratar de relajarse y reducir el estrés (paseos, deporte....).

El herpes labial

Otra variante de las úlceras bucales corresponden al herpes labial (también llamado herpes febril o calenturas). Es causado por el virus del herpes simple y es muy contagioso. Antes de que aparezca la úlcera real, generalmente se presenta sensibilidad, hormigueo o ardor. Las lesiones por herpes por lo regular comienzan como ampollas y luego forman costra

El virus del herpes puede vivir en el organismo de forma inactiva con recidivas -reapariciones- ocasionales, apareciendo como una úlcera bucal solamente cuando algo la provoca como:

- Otra enfermedad, especialmente si hay fiehre
- Cambios hormonales (como la menstruación)
- Ectrés
- Exposición al sol.
- Factores traumáticos como un diente roto, mordisqueo labio

Como medida preventiva hay que evitar el contagio, mantener la parte infectada limpia, tocar la lo menos posible pero en caso de, lavarse muy bien las manos, y no tener contacto directo con otras personas de la lesión labial desde que los primeros síntomas aparecen hasta que las erupciones se han curado completamente.

Actualmente no existe cura definitiva para el herpes, sin embargo, hay varias formas de tratamiento disponibles para reducir los síntomas y acelerar el proceso de curación de las lesiones. El herpes simple suele responder al aciclovir tópico.

Nota: cualquier lesión bucal que no cure en 2 semanas, visite a su dentista.

endocrinología

## La obesidad nunca duerme

Dra. Ana Zugasti Murillo

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Sección de Nutrición Clínica y Dietética. Complejo Hospitalario de Navarra. Vocal de la Junta de la SEEDO

Con el fin de dar a conocer a la población en general la relación entre sueño y obesidad, incidir en la importancia de dormir un número adecuado de horas y con calidad en el sueño para ayudar a controlar el peso y prevenir la obesidad, la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) y la SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición).celebraron el pasado 14 de diciembre el XVI Día Nacional de la Persona Obesa bajo el lema "La obesidad nunca duerme".

La obesidad está presente en el 23% de la población española de más de 18 años, y en el 35% de los mayores de 65. La falta de horas de sueño es también una situación cada vez más frecuente en nuestra sociedad, y afecta ya a millones de personas en el mundo occidental. Numerosos estudios sugieren una estrecha relación entre las horas de sueño y la presencia de obesidad en niños, adultos y ancianos. La relación entre sueño y obesidad es bidireccional y la propia obesidad es el principal factor de riesgo para desarrollar alteraciones respiratorias durante el sueño y producir mayor somnolencia diurna, con las consecuencias que ello supone, como por ejemplo menor rendimiento escolar y laboral, y mayor riesgo de accidentes de tráfico.

Se considera un tiempo "normal" de sueño dormir al menos 8 horas al día. Hablamos de falta de sueño, o tiempo de sueño insuficiente, cuando las horas de sueño son 5 o menos. Una sola hora de diferencia en la duración del sueño por sí sola es capaz de poner en marcha mecanismos que nos ayudarán a mantener nuestro peso. Entre ellos cabe destacar el papel de dos hormonas relacionadas con el apetito y que se modifican con las horas de sueño como son la leptina, que inhibe la sensación de hambre, y la ghrelina, que estimula el apetito. A menor tiempo de sueño, las concentraciones de leptina disminuyen y aumentan las de leptina. Es decir, cuanto menos dormimos más queremos comer.

Los niños que más duermen durante sus primeros 11 años de vida tienen un menor riesgo de ser obesos en la edad adulta, independientemente del sexo, las horas que pasen viendo la televisión, la situación socioeconómica de los padres, o la actividad física que realicen. En los niños, dormir cinco o menos horas al día casi duplica el riesgo de padecer obesidad en la edad adulta. En España, los niños duermen una media de menos de ocho horas al día, algo insuficiente y que, además, provoca otros hábitos perjudiciales con repercusión negativa en el incremento del peso corporal, como es no desayunar. También en la gente mayor se ha observado que tanto el índice de masa corporal como el perímetro de cintura es significativamente mayor entre aquellos que duermen menos de 5 horas.

Recomendaciones básicas para evitar la obesidad

Sin duda, el tratamiento de la obesidad es <a href="http://www.seen.es/">http://www.seen.es/</a>

complicado y los expertos hacen hincapié en la necesidad de que los pacientes adopten una serie de medidas saludables.

Primera recomendación: No saltarse ninguna comida, Hay que pensar que desayunar por ejemplo ayuda a mejorar el rendimiento tanto intelectual como físico, además de ayudar a no engordar.

**Segunda recomendación**: Tener una alimentación variada y equilibrada, o sea alimentación sana, natural y equilibrada.

Tercera recomendación: Consumir cinco raciones de frutas y verduras todos los días.

**Cuarta recomendación**: Evitar las grasas saturadas y los alimentos y bebidas ricos en azúcares.

Las grasas saturadas se deben limitar al 10% de las calorías y se encuentran en productos de origen animal como la mantequilla, el queso, la leche, los helados y la carne. Estas grasas también se encuentran en algunos productos de origen vegetal, como el aceite de coco, el aceite de palma. Aumentan los niveles de colesterol LDL o "malo".

El aceite de oliva, el pescado y el marisco son fuentes de grasas saludables.

Los zumos de fruta azucarados y los refrescos azucarados se deberían consumir en pequeñas cantidades y sólo de vez en cuando.

**Quinta recomendación**: Realizar al menos 30 minutos diarios de actividad física moderada. **Sexta recomendación**: Dormir al menos 8 horas diarias

http://www.seedo.es/





# nutrición

## Anemias nutricionales, prevención

y tratamiento

Dra. Marta Cuervo Zapatel. Dietista-Nutricionista. Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra (CODINNA-NADNEO)

Se podría definir la anemia como aquel trastorno de la sangre que ocurre cuando la cantidad de glóbulos rojos y/o la concentración de hemoglobina es menor de lo considerado normal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que casi el 25% de la población mundial padece algún tipo de anemia, lo que supone más de 1,7 millones de personas en todo el planeta. La mayor parte de personas con anemia se encuentran en los países menos desarrollados, sin embargo su prevalencia en los países desarrollados, como España, no es nada despreciable.

De acuerdo con los datos proporcionados por la OMS, el grupo de población con mayor riesgo son los niños en edad preescolar, seguidos de las mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil y niños en la etapa escolar. Esto ocurre porque en el caso de niños y embarazadas son situaciones de rápida formación de nuevos tejidos lo que acelera la producción de glóbulos rojos y esta a su vez aumenta las demandas de hierro. En el caso de las mujeres en edad fértil la alta prevalencia se debe a las importantes pérdidas de hierro que se producen con la menstruación y que se deben compensar a través de la dieta.

#### Falta de hierro y micronutrientes

La principal causa de anemia a nivel mundial

es la falta de hierro o lo que es lo mismo. que la dieta no aporta la cantidad suficiente de hierro que el organismo necesita. Sin embargo existen otras causas reconocidas de anemia como déficit de otros micronutrientes, principalmente vitamina B12 y ácido fólico, infecciones como la malaria, anemia por inflamación crónica e incluso trastornos genéticos relacionados con la hemoglobina o la formación de glóbulos rojos. Todas estas

El hierro, además de un mineral es un nutriente. Un nutriente por definición es aquella sustancia que nuestro organismo necesita para la vida pero que no es capaz de sintetizar, al menos en las cantidades en las que se necesi-

anemia a nivel poblacional.

condiciones contribuyen a la carga global de

ta, y que por tanto debe ser incorporado a través de la dieta. Si la ingesta cubre la demanda, no hay problemas. Si la ingesta no cubre las demandas, bien porque la ingesta es baja o las demandas elevadas, entonces aparecen los síntomas característicos: palidez de la piel, cansancio, debilidad, fatiga, uñas quebradizas, caídas excesiva del cabello o incluso falta de apetito, entre otros.

Como nutriente que es, el hierro se aporta al organismo a través de la dieta, y se absorbe en el intestino pasando a la sangre. La mayoría de la absorción intestinal se realiza cuando el hierro se encuentra en estado ferroso (Fe2+). estado del hierro hemo. El hierro no hemo, se encuentra en estado férrico (Fe3+) y su tasa de absorción es bastante inferior. Por eso se aconseja tomar alimentos ricos en vitamina C u otros ácidos orgánicos para acidificar el medio y favorecer la transformación de hierro férrico en ferroso aumentando así su

Cuando existen niveles normales de hierro. el excedente de hierro se almacena en el interior de las células unido a la ferritina, para futuras situaciones de escasez. Una pequeña proporción de ferritina, bastante constante, permanece libre en sangre y es la que analizamos para conocer los depósitos de hierro en el organismo.

Por todo ello, las determinaciones sanguíneas más importantes para detectar una anemia ferropénica son el Hierro circulante, la Transferrina, la Saturación de la transferrina (porcentaje de transferrina que lleva hierro), la Ferritina, la Hemoglobina, glóbulos rojos (eritrocitos o hematíes), VCM (volumen corpuscular medio), CHCM (concentración de hemoglobina corpuscular media).

En este contexto, cuando un individuo sano comienza con problemas en el suministro de hierro, los parámetros sanguíneos citados se ven alterados en el siguiente orden:

- Lo primero que desciende son los depósitos de hierro, por lo tanto se detectarán bajos niveles de ferritina.
- Si el aporte de hierro en la dieta (o su biodisponibilidad) siguen bajos, una vez que se agotan los depósitos del organismo, lo siguiente

que se altera son los niveles de hierro circulante y el índice de saturación de la transferrina.

Dietistas - Nutricionistas

CODINNA

• Si la situación se perpetúa, desciende el número de hematíes, e incluso su tamaño (VCM) y/o la cantidad de hemoglobina que tienen (CHCM), lo que dará lugar a la aparición de una anemia microcítica y/o hipocrómica, respectivamente.

#### Tratamiento adecuado

El tratamiento dietético más adecuado dependerá del tipo de anemia que presente el paciente. Como se ha comentado, la anemia más frecuente es la anemia ferropénica (cuando el aporte de hierro en la dieta no cubre las demandas del organismo) aunque también podría aparecer anemia perniciosa (por falta de vitamina B12 en la dieta o bien por problemas en su absorción a nivel intestinal) o anemia megaloblástica (por falta de ácido fólico y/o

Evidentemente, el tratamiento dietético en cada caso deberá enfocarse a cubrir con la dieta los requerimientos del nutriente deficitario estimulando su absorción.

En el caso de la anemia ferropénica y ante una situación aguda, el primer paso será hierro oral. La recuperación de los parámetros sanquíneos será en el orden contrario al citado ante un déficit de hierro: lo primero que se normalizarán serán el VCM y la CHCM, nº de hematies, hierro sanguineo, indice de saturación de la transferrina y lo último que se reestablece son los depósitos de hierro y por tanto los niveles de ferritina. A su vez, debe realizarse como tratamiento complementario una dieta rica en hierro. En el caso de anemias leves o personas con riesgo de anemia, sería suficiente con realizar una dieta rica en hierro, donde no sólo es importante la cantidad de hierro de los alimentos, sino también la calidad (tipo de hierro) y otras sustancias que favorecen o dificultan su absorción.

En general, podemos decir que en una dieta mixta se absorbe el 10% del hierro que ingerimos. Sin embargo, hay grandes diferencias en la tasa de absorción del hierro hemo, que sólo se encuentra en los alimentos de origen animal y cuya tasa de absorción oscila entre 15-



40%; y el hierro no hemo, que se encuentra en todos los alimentos, tanto de origen animal como de origen vegetal y cuya tasa de absorción oscila entre 3-8%. Además la absorción del hierro hemo apenas se ve afectada por la composición del resto de la dieta, al contrario de lo que ocurre con el hierro no hemo, cuya tasa de absorción se ve potenciada por unos componentes de los alimentos y dificultada por otros distintos, tal y como se recoge en

Por último, señalar que la Tabla 2 recoge alimentos comunes ricos en hierro, vitamina B12 y ácido fólico, como guía para enriquecer la dieta en el nutriente que genere el tipo de anemia existente.

Carne (preferentemente roja)

Huevo

Cereales

Algunas verduras





**Tabla 1:** Compuestos que facilitan o dificultan la absorción de hierro (hemo y no hemo).

FACILITAN LA ABSORCIÓN DE HIERRO		DIFICULTAN LA ABSORCIÓN DE HIERRO	
Hemo	No hemo	Hemo	No hemo
Proteína animal	Vitamina C	Calcio	Ácido oxálico
	Ácido oxálico		Taninos y polifenoles
	Proteína animal		Fitatos
	Azúcares reductores		Fibra
			Fosvitina
			Exceso de minerales
			(divalentes)
			Proteína vegetal (soja)

Tabla 2: Alimentos ricos en hierro, v	itamna B12 y ácido fólico.

ALIMENTOS RICOS EN VITAMINA B12
Hígado
Pescados azules
Carnes (preferentemente vacuno y porcino)
Moluscos bivalvos (mejillones, almejas, ostras
Huevo

Lácteos

ALIMENTOS RICOS EN ÁCIDO FÓLICO Legumbres Verduras de hoja verde

Hortalizas s...) Frutos secos Hígado Quesos fermentados

Germen de trigo Levadura de cerveza





El Trastorno Obsesivo-Compulsivo o TOC pertenece al grupo de los llamados trastornos de ansiedad, al igual que el trastorno de pánico, las fobias o el trastorno de ansiedad generalizada, entre otros. Entre la población general, existe cierto conocimiento sobre esta patología debido a su protagonismo en diferentes películas. Incluso, ¿cuántos de nosotros no hemos andado por la calle evitando pisar las rayas del suelo como un juego cuando éramos niños? Pero eso necesariamente no implica tener un TOC.

La característica esencial del Trastorno Obsesivo-Compulsivo es la presencia de obsesiones y compulsiones que interfieren de manera significativa en la vida de una persona, demandan tiempo y afectan al desempeño laboral, actividades sociales del individuo y/o a sus relaciones.

Estudios recientes apuntan una prevalencia a lo largo de la vida alrededor del 2-3 %. Sin embargo, esto no suele reflejarse en una frecuencia equivalente de estos casos en consulta, ya que las personas afectas, tratan de esconder la sintomatología, llegando a transcurrir alrededor de 7-8 años entre el inicio de los síntomas y la primera consulta. La probabilidad de padecer un TOC es la misma para hombres que para mujeres aunque los primeros pueden tener un inicio más temprano de los síntomas. El TOC a menudo comienza en la infancia, la adolescencia o el inicio de la edad adulta.

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan emociones molestas, como la ansiedad o la aversión. Se caracterizan por ser intrusivas y el individuo las vive como algo extraño y patológico que procede de sí mismo. Son pensamientos persistentes y generalmente de contenido negativo. Estas obsesiones generan intensa ansiedad que el paciente intenta ignorar o contrarrestar con algún otro pensamiento o acción como las compulsiones o rituales. Entre las obsesiones habituales están la preocupación excesiva por la contaminación o por posibles perjuicios, la necesidad de simetría o exactitud, o los pensamientos sexuales o religiosos.

#### Complulsiones

Son comportamientos repetitivos (lavarse las manos, ordenar...) o actos mentales (contar, rezar, repetir palabras ) que el sujeto se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que deben ser aplicadas rígidamente. Estos comportamientos o actos mentales están destinados a prevenir o reducir el malestar, o a prevenir un hecho temido. No suelen tener una conexión realista con lo que pretenden neutralizar o son evidentemente excesivos.

Los síntomas compulsivos más frecuentes son rituales de comprobación (para reducir el miedo a causar daño cuando, por ejemplo, se olvida cerrar con llave la puerta o apagar el horno de gas), limpieza y lavado (para reducir el miedo a gérmenes, suciedad o productos contaminantes, muchas personas pasan horas lavándose o limpiando su entorno), recuento, necesidad de preguntar o confesarse, simetría, precisión (para reducir el malestar algunas personas colocan obietos de una manera determinada, simétrica, en perfecto orden) y acumulación (algunas personas acumulan objetos, periódicos, ropas para disminuir el malestar, aunque interfiera con su vida cotidiana).

Las obsesiones y compulsiones suelen presentarse asociadas, aunque un 20-30 % de pacientes padecen obsesiones puras sin compulsiones asociadas.

Para poder realizar el diagnóstico de TOC, es necesaria la presencia de obsesiones o compulsiones como las anteriormente descritas. En algún momento durante la evolución del trastorno, la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones son excesivas e irracionales. Estos síntomas causan profundo malestar en el individuo, ocupan su tiempo (más de una hora al día) o interfieren significativamente con su rutina normal, con su desempeño laboral o académico o con sus actividades o relaciones sociales habituales.

La edad media de inicio del TOC puede situarse alrededor de los 20 años. El 80 % de los pacientes con TOC han presentado síntomas antes de los 35 años. En más de la mitad de los pacientes con TOC, los síntomas aparecen súbitamente. En otros casos, los síntomas pueden aparecer después de algún acontecimiento estresante.

El curso es habitualmente crónico y con exacerbaciones o períodos de empeoramiento de los síntomas, que a veces se relaciona con circunstancias ambientales. En algunos pacientes, el curso es episódico, es decir prácticamente asintomáticos en periodos intercrisis. El 50-70 %, presenta mejoría e incluso remisiones significativas, aunque en un 5 a 10 % de casos, la evolución es crónica con empeoramiento progresivo. En un número elevado de pacientes, el trastorno causa un deterioro en su funcionamiento socio-laboral.



Son características que indican un mal pronóstico el ceder a las compulsiones (en lugar de tratar de resistirlas), comienzo en la infancia, compulsiones extrañas, necesidad de hospitalización y padecer otro trastorno psiquiátrico coexistente. La buena adaptación social y laboral, la presencia de un factor desencadenante y el carácter episódico de los síntomas, indican buen pronóstico.

#### Enfermedades relaciones

Existe un grupo de patologías que comparten alguna característica del TOC, tales como aspectos epidemiológicos, presentación clínica o respuesta al tratamiento y que aparecen con mayor frecuencia en familiares de estos pacientes. Entre estas enfermedades se encuentran los trastornos por tics, trastornos del control de los impulsos como la tricotilomanía

(tirarse del pelo), la cleptomanía o el juego patológico, trastornos somatomorfos como el trastorno corporal dismórfico (excesiva preocupación por una fealdad imaginada) y la hipocondría (preocupación excesiva por una enfermedad física), algunos trastornos de la conducta alimentaria, como el trastorno con atracones y trastornos con base neurológica, como el síndrome de Tourette.

#### Tratamiento

Para el tratamiento del TOC se pueden utilizar técnicas de terapia psicológica (terapia cognitivo-conductual) y estrategias psicofarmacológicas. Lo aconsejable es utilizar ambos tipos de tratamiento de forma combinada.

#### Terapia cognitivo-conductual

Durante esta terapia, los pacientes son ex-

puestos (de manera real o imaginaria si el paciente presenta rituales compulsivos porque temen acontecimientos desastrosos que no es posible recrear) a las situaciones que les generan ansiedad y provocan la conducta compulsiva o rituales mentales. Mediante la exposición, los pacientes aprenden a reducir y a continuación a bloquear los rituales que inundan sus vidas. Descubren que la ansiedad que surge de sus obsesiones disminuye sin desarrollar las conductas de los rituales. La terapia únicamente funciona si el paciente lleva a cabo de manera correcta los procedimientos que acuerda con el terapeuta. Muchos pacientes no aceptan participar debido a la ansiedad que implica.

#### Tratamiento farmacológico

Numerosos estudios clínicos han probado la eficacia del tratamiento farmacológico para el TOC. Los fármacos, algunos de los cuales (como antidepresivos) se utilizan para el tratamiento de trastornos depresivos u otros trastornos mentales, se pueden administrar con los márgenes de dosis habituales. Aunque en pocas semanas de tratamiento puede observarse alguna mejoría, se considera que la respuesta antiobsesiva se puede retrasar más de lo habitualmente esperado en el tratamiento de la depresión. Una proporción de pacientes con TOC que responde al tratamiento con antidepresivos, puede sufrir recaídas al suspender la medicación. Además existe un porcentaje de pacientes que no responde a los tratamientos habituales. Es entonces cuando se pueden utilizar estrategias de potenciación con otros fármacos. En aquellos casos especialmente graves y resistentes se puede llegar a plantear la cirugía.



La relación entre el paciente y los profesionales es un elemento clave en la atención que reciben las personas con cualquier enfermedad. Podríamos considerar dicha relación como un prerrequisito – una de las bases en la que se apoyarían los diferentes elementos de la atención sanitaria. En este sentido, a través de esta relación se va a establecer una alianza de trabajo – una alianza terapéutica – dirigida al cuidado y si es posible a la mejora de la persona enferma: los profesionales y el paciente van a trabajar con esta alianza más como un equipo.

Con el paso de los años ha habido un incremento en la tecnología que se aplica a las diferentes enfermedades: hay mejores y más complejos sistemas de diagnóstico y de tratamiento. Ello no debería llevarnos en absoluto a prestar una menor atención a la relación entre el paciente y los profesionales, ni a disminuir su valor. Se trata de compaginar la tecnología con la atención a los aspectos más humanos de la atención sanitaria.

Además, se ha pasado a que en un mayor número de casos intervengan diferentes equipos de profesionales en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Estos equipos presentan sus propias características del número de personas que participan en la atención, de tiempo que pueden dedicar al paciente, de diferente grado en el que pueden conversar con el (Ej. es diferente el papel de un profesional de laboratorio al del personal de enfermería de radioterapia, que puede hablar con el paciente a diario durante varias semanas).

Por otro lado, los pacientes pueden ser atendidos en diferentes entornos, desde el centro de Atención Primaria, los diferentes Servicios del Hospital o su propio domicilio. Estos lugares presentan en mayor o menor medida características que pueden facilitar la relación entre el paciente y el profesional: que haya sitios para sentarse y charlar con cierta privacidad, que el entorno sea agradable, y otros.

#### La creación de la relación entre paciente y profesional

De manera esquemática podemos entender que en los servicios sanitarios se establece una relación entre los profesionales – quienes conocen las técnicas para diagnosticar y tratar

las enfermedades y que tienen un interés en la persona que cuidan en su conjunto (no sólo en lo físico), y los pacientes - que tienen (o podrían llegar a tener) unas limitaciones debidas a su enfermedad, y que desean encontrar a alquien que sepa aplicar adecuadamente dichas técnicas, pero que también tienen otros deseos, como son los de información o de apoyo emocional. Esta relación se comienza a crear desde el primer contacto que se da entre ellos: ya en ese momento se produce un intercambio de mensajes no verbales (por ejemplo a través de la mirada, la sonrisa), y verbales (por ejemplo con los saludos informales). La relación irá creciendo, manteniéndose y en algunos casos variando, a lo largo del periodo que dure la atención sanitaria.

#### Aspectos emocionales de la relación entre paciente y profesional

En esta relación va a haber un contacto personal en el que van a tener un peso clave los aspectos emocionales. En los siguientes párrafos nos gustaría comentar algunos de estos aspectos:

Es importante que se den un respeto y una confianza mutuos entre el paciente y los

profesionales. También el que estos hagan ver que toman los problemas de los pacientes seriamente, mostrando interés por cómo se encuentran, cómo viven su enfermedad y tratamiento

Es bueno que en las conversaciones entre los profesionales y pacientes el profesional ayude a que el paciente se encuentre relajado y que facilite el que hable abiertamente sobre los temas que le interesen, haga preguntas o exprese comentarios y emociones. Este animar al paciente a hablar debería complementarse con un respeto de su privacidad – deseo del propio paciente de no hablar de algunos temas. Una cierta cercanía entre profesional y paciente va a ser también de ayuda: por ejemplo, se puede llamar a la persona con su nombre de pila, lo que en absoluto significa que el profesional este mostrando una competencia técnica baja.

En este sentido conviene recordar que un número importante de las personas mayores de nuestro entorno, pueden tener la idea de que son los profesionales quienes deben marcar la duración y el contenido de la conversación, y que lo esperable, de no indicarse lo contrario, es que el paciente permanezca en silencio. Por otro lado, el hablar de aspectos emocionales puede requerir una preparación por parte de los profesionales sobre cómo manejar (y

en algunos casos tolerar) dichas emociones.

ejemplo de lo que unos pueden estar intentando con su tratamiento; de los síntomas que presenta el paciente; y de cómo tanto los profesionales como el paciente viven la situación. En este sentido, es además adecuado que todos ellos intenten compartir una visión común de la enfermedad v de los tratamientos, y si es posible que hablen con sinceridad, ya que va a permitir que el paciente entienda mejor en qué punto de su enfermedad y tratamiento se encuentra, y hacia donde se dirige. Es cierto que las personas nos diferenciamos en el grado de información que deseamos recibir de los diferentes temas relacionados con la enfermedad. Por otro lado, las limitaciones que se dan en nuestro entorno a la hora de ofrecer información sobre el diagnóstico o el pronóstico de algunas enfermedades, como el cáncer, tienden a dificultar que se de esa visión común sobre la situación y a frenar la comunicación entre paciente y profesional. Otro aspecto que podría contribuir a crear una relación es el que el profesional se acercara al paciente desde una cierta igualdad, en el que le hiciera ver que ambos son personas y que por ello comparten sentimientos, necesidades

y otros aspectos. Ello no implica que deba

mostrarse como menos preparado técnica-

mente. Al revés, es bueno que se presente

como una persona segura y con dominio de

las técnicas de diagnóstico y tratamiento que

esta empleando. En este sentido, los recursos

técnicos de que disponen los profesionales,

lejos de distanciar la relación, pueden favore-

cer esa sensación de seguridad en el paciente. Asociado a esa igualdad esta el que los profesionales respeten la autonomía del paciente a la hora de tomar decisiones. Por ejemplo, no siempre los pasos que desea dar el paciente sobre los tratamientos a recibir (cuando darlos, qué tipo de tratamiento de entre los posibles elige, y otros) coinciden con la visión de los propios profesionales. Es conveniente para establecer una relación adecuada, que el profesional ofrezca información, pero que no se muestre excesivamente persuasivo con el paciente. Ello podría frenar la confianza que el paciente puede poner en el profesional.

## Importancia del tiempo de contacto entre paciente y profesional

Un aspecto que, tal como decíamos antes, va a ser clave para poder establecer dicha relación es el contar con tiempo. Uno de los deseos que más suelen indicar los profesionales sanitarios, es el de disponer de más tiempo para hablar con los pacientes, deseo que se palia en parte en los casos en que los contactos entre pacientes y profesionales son más frecuentes. Dentro del disponer de tiempo podríamos incluir el que el profesional dedique el espacio suficiente en la consulta para hablar con el paciente, para que este la haga preguntas y las pueda contestar. Pero también incluimos el que el profesional dentro de su horario pueda estar disponible para hablar con el paciente si este lo solicita, o con que disponga de tiempo (y por lo tanto lo haga) para acercarse sin ser necesariamente llamado por el paciente, y le pregunte por cómo se encuentra, y por si necesitara alguna ayuda.





## Restaurar la memoria de nuestros mayores

Alberto Pérez-Mediavilla Vicedecano. Facultad de Farmacia. Profesor Titular de Bioquímica y Biología Molecular Investigador. CIMA. Universidad de Navarra

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia entre la población de edad avanzada: la edad es, por tanto, el factor de riesgo más importante y determinante para que un individuo sea susceptible de desarrollar un deterioro cognitivo tipo EA. Prueba de ello son los estudios epidemiológicos en los que se concluye que más de un 30% de la población cuya edad es igual o superior a 80 años está aquejado de EA. Este rotundo dato hace pensar si realmente nos estamos enfrentado a una enfermedad al uso o, más bien, estamos siendo víctimas del vertiginoso avance de la medicina que aumenta la esperanza de vida,. Y es que nos encontramos ante la manifestación clínica de unos síntomas, provocados por un proceso molecular iniciado varias décadas atrás, pero que el deceso del individuo por otras enfermedades no hubiera permitido visualizar.

El fatídico epónimo con el que se denomina esta enfermedad procede del apellido del neuropsiquiatra alemán Alois Alzheimer, quien en 1907 publicó una breve pero meticulosa descripción de los rasgos clínicos y de la anatomía patológica correspondientes a una paciente ingresada en el asilo municipal de Frankfurt llamada Augusta Deter. Ya durante el periodo en el que Alois Alzheimer siquió la evolución clínica de Augusta, fue consciente de que la demencia de su paciente era excepcional: comienzo muy precoz (Augusta tenía 51 años cuando ingresó en el hospital), pérdidas de memoria, indiferencia, pánicos, cambios de humor, etc. La prueba de que aquellos síntomas tenían su origen en una neurodegeneración que no había sido

descrita con anterioridad la tuvo Alois cuando, una vez fallecida su paciente, estudió macroscópica y microscópicamente su cerebro. Allí vio que el cerebro de Augusta contenía una gran cantidad de depósitos extraneuronales, incluso visibles sin necesidad de utilizar microscopio. Hov en día sabemos que los depósitos (placas seniles) corresponden a la acumulación aberrante de varias proteínas y que, la mayor cantidad es un péptido llamado beta amiloide.

Otro rasgo que llamó poderosamente la atención del Dr. Alzheimer fue que una gran cantidad de las neuronas de Augusta estaban repletas de una estructura con aspecto de ovillo fibroso. Estos ovillos son debidos a la acumulación v agregación inusual de otra proteína llamada tau que, por razones que todavía no conocemos en su totalidad, sufre una modificación química que consiste en su hiperfosforilación. Placas y ovillos son, por tanto, los dos rasgos histopatológicos que caracterizan a la EA y que la diferencian de otras demencias. Resulta de interés que estas dos lesiones aparecen en las regiones cerebrales más directamente implicadas en los procesos de aprendizaje y memoria: el hipocampo y la corteza entorrinal. De ahí que las primeras manifestaciones clínicas sean la pérdida de memoria y los olvidos.

#### ¿Qué es peor las placas o los ovillos?

Con todo el conocimiento científico que se ha generado, especialmente en los últimos 15 años, tenemos fundadas razones para decir que el deterioro de la neurona se produce mayoritariamente como consecuencia de la formación de los ovillos. Se comprende bien que así sea, si pensamos que tau es una proteína fundamental en la dinámica del citoesqueleto neuronal. Es decir, tau es una pieza clave para el correcto funcionamiento del "andamiaje" que permite que una neurona se aproxime a otra y, de esta manera, ambas

queden en contacto, aunque sin tocarse físicamente. En definitiva, tau es esencial para que se formen las sinapsis y también para que esas sinapsis desaparezcan. Este fenómeno es lo que técnicamente se llama la "plasticidad sináptica" que, por otro lado, es esencial para que podamos formar memoria (aprender) y consolidar la memoria (recordar).

#### ¿Cómo empieza todo?

Han pasado 105 años desde que se publicó el primer caso de EA, pero aún no podemos explicar categóricamente dónde está el origen de la cascada neurodegenerativa. Probablemente porque como ocurre en otras enfermedades, como el cáncer, no existe una única causa sino más bien una concatenación fatídica de factores (edad, predisposición genética, hábitos de vida, entorno ambiental...). Poco a poco van creando un entorno propicio para que se inicie la cascada de eventos que dificultan y, finalmente, impiden el correcto funcionamiento de las neuronas localizadas en las áreas más vulnerables de la EA.

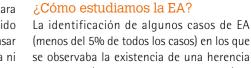
La identificación del péptido beta amiloide, como el componente mayoritario de las placas seniles características de la EA, ha hecho de memoria y la cantidad de placas presentes en el cerebro, la correlación es muy baja. Otra evidencia proviene del hecho de que todas las aproximaciones terapéuticas en las que el péptido amiloide es la diana a neutralizar no han surtido de mejora cognitiva a los enfermos que la recibieron.

La otra parte de la culpa habría que atribuírsela al segundo rasgo característico de la EA, la proteína tau hiperfosforilada que forma parte de los ovillos neurofibrilares. También en este caso, se han hecho estudios en los que se ha tratado de establecer la relación entre la cantidad de ovillos y la pérdida de memoria; en este segundo caso, sí se ha encontrado una buena correlación entre ambos factores. Este hecho nos llevaría a pensar que la hiperfosfo-

rilación de tau es mucho más deletérea para el cerebro que la acumulación del péptido beta amiloide. En realidad deberíamos pensar que la EA no es ni una amiloidopatía pura ni tampoco una taupatía en sentido estricto. Lo que se deduce tanto de las observaciones en los cerebros humanos, como en los estudios con ratones a los que se ha modificado genéticamente para que expresen en su cerebro beta amiloide y tau humanos, es que ambos factores colaboran en el proceso neurodegenerativo, pero que probablemente tau sea responsable directo de la disfunción neuronal.

#### Falta de comunicación

En general tendemos a pensar que la EA aparece porque se mueren las neuronas. Esto no es realmente así. Las fases más incipientes de la pérdida de memoria se deben a que las neuronas pierden la plasticidad sináptica, o dicho de manera más coloquial, las neuronas pierden su capacidad de comunicarse unas con otras a través de unas estructuras llamadas espinas dendríticas. Esta dificultad de conexión neuronal es, por otro lado, algo que se produce de manera natural como consecuencia del envejecimiento. A medida que nuestro cerebro envejece, perdemos aproximadamente un 15% de las sinapsis. En cambio, un individuo con una EA incipiente ha perdido entre un 25 y un 50% de sus conexiones sinápticas. Y el que ello sea así, en realidad, nos debe hacer ver el futuro de la EA con optimismo ya que si somos capaces de encontrar fármacos capaces de restituir la plasticidad sináptica de las neuronas tendremos serias posibilidades de mejorar el estado cognitivo de los enfermos.

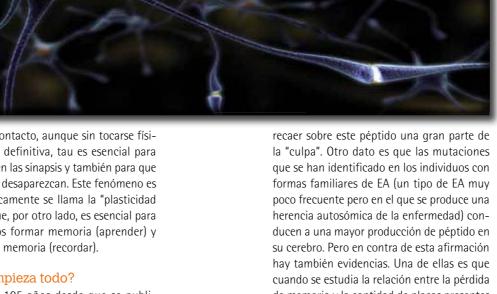


(menos del 5% de todos los casos) en los que se observaba la existencia de una herencia autosómica (transmitida de padres a hijos) ha permitido identificar algunas mutaciones responsables de esta enfermedad. Los animales no padecen de manera espontánea esta enfermedad. Pero la transferencia de los genes humanos mutados al cerebro de ratones nos ha permitido desarrollar un modelo experimental con algunos de los rasgos característicos de la EA: acumulación de amiloide, hiperfosforilación de tau y la pérdida de memoria.

Estos modelos animales no son perfectos, pero tienen la ventaja de que podemos ensayar en ellos nuevas aproximaciones terapéuticas que, obviamente, después deberán ser validadas en humanos.

Decía anteriormente que el hecho que la EA no implique necesariamente la muerte de las neuronas, sino que en realidad es una sinaptopatología, permite verla con moderado optimismo. En nuestro laboratorio del CIMA, desde hace varios años venimos tratando a ratones con un deterioro cognitivo muy fuerte con moléculas capaces de incrementar su plasticidad sináptica. Sorprende comprobar cómo, tras varios meses estos ratones son capaces de aprender y recordar. Además cuando visualizamos al microscopio las neuronas comprobamos que, en los animales tratados, el número de espinas aumenta muy significativamente.

Obviamente queda mucho trecho por recorrer, ahora somos capaces de restablecer la memoria de ratones. Lo importante será ser capaces de restaurar la memoria de nuestros mayores.





El tabaquismo es una de las adicciones más antiguas conocidas. Los mayas empleaban el tabaco de diversas formas v Cristóbal Colón lo trajo a Europa, de forma que llegó a nuestro continente de la misma manera que la patata o el maíz. Tras su aparición en Europa, en 150 años su uso se había extendido al mundo entero. Se le atribuyeron propiedades curativas y rápidamente se creó un gran comercio a ambos lados del Atlántico. En 1964 se publicó el primer informe médico sobre la relación entre tabaco y cáncer de pulmón. Sus múltiples efectos nocivos sobre la salud se han descubierto progresivamente a lo largo de los años.

El tabaco tiene una gran capacidad adictiva o de "enganche", que reside en su contenido en nicotina y en su forma de administración. La nicotina es un agente con efectos perjudiciales sobre la salud, fundamentalmente por su poder vasoconstrictor, es decir, de cerrar las arterias. Asimismo, el tabaco contiene varios miles de compuestos químicos, y se sabe que unos 69 son capaces de causar cáncer. Algunas de estas sustancias son partículas sólidas como la nicotina, benzopirenos, hidrocarburos, níquel, cadmio, arsénico, etc. Otros productos se liberan en forma de gases como el monóxido de carbono, acetaldehído, acetona, bencenos, nitrosaminas, etc. La forma de administración más común, la inhalación del cigarrillo, facilita una rápido paso de las sustancias desde el pulmón a la sangre. Desde allí se distribuyen al cerebro donde la nicotina es recibida por unas moléculas o receptores de las neuronas. La unión a los receptores produce los principales efectos buscados por el fumador: supresión del sueño y del apetito, mayor capacidad de aprendizaje, modula-

ción del estado del ánimo, reducción de la ansiedad y la tensión y supresión del apetito. Además, los productos generados por la combustión del tabaco alcanzan otros órganos como el pulmón, las arterias, el corazón, el riñón y las vías urinarias.

#### Enfermedades en el sistema respiratorio y cardiovascular

Las enfermedades más frecuentes derivadas

del consumo del tabaco se producen en el sistema respiratorio y cardiovascular. El primero incluye la vía aérea superior (boca, faringe, laringe), los bronquios y el pulmón propiamente. Uno de cada 5 fumadores acabará padeciendo una EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica), que conlleva una pérdida progresiva de la función pulmonar. Además, el cáncer de pulmón, cuyo origen es el tabaco en el 90% de las ocasiones, constituye hoy en día el cáncer más frecuente y con mayor mortalidad. El tabaco agrava además otras enfermedades respiratorias comunes como el asma o las infecciones respiratorias. Estos efectos se han demostrado también en personas que inhalan el humo del tabaco de forma pasiva. Las enfermedades cardiovasculares como la enfermedad coronaria (angina e infarto de miocardio), y los accidentes cerebrovasculares, tienen una alta relación con el tabaco y constituyen una de las causas de muerte potencialmente evitables con el abandono del tabaco. Además del cáncer de pulmón, en fumadores son más frecuentes los tumores malignos de otros órganos como los de vía aérea superior, páncreas, riñón y vejiga, esófago, estómago y útero.

Las mujeres constituyen un grupo especial de fumadores. Durante años, han sido el objetivo de las campañas publicitarias porque parecen tener una mayor capacidad de adicción y una

mayor dificultad para abandonarlo posteriormente. Dentro de este grupo, las chicas adolescentes constituyen un blanco importante para la industria tabacalera debido a su preocupación por el peso corporal. Los efectos del tabaco en la mujer embarazada añaden complicaciones durante el parto como parto prematuro, placenta previa, rotura prematura de membranas, bajo peso al nacer o incluso muerte súbita del neonato. En este grupo se aconseja abandonar el tabaco ya en el primer

Si bien el efecto sobre la salud es variable en cada persona, no existe un nivel de exposición que sea seguro. Los efectos del tabaco son mayores cuantos más años se fume y la única estrategia garantizada es no fumar nunca y si se fuma abandonarlo.

#### Enfermedad crónica

El tabaquismo ha sido declarado como enfermedad crónica dentro de los trastornos mentales y del comportamiento de la Organización Mundial de la Salud. Como en otras adicciones, la exposición regular a nicotina produce una regulación dentro del organismo de los receptores que median los efectos de la nicotina. De esta forma, el fumador habitual se hace dependiente de la nicotina y la falta de la misma provoca síntomas físicos y psíquicos como aumento de apetito, deseo imperioso de fumar, y alteraciones del sueño y del ánimo como depresión, irritabilidad, ansiedad o sensación de frustración. Cuando el fumador fuma, estos efectos revierten y de esta forma se mantiene el hábito. Existe también una dependencia psicológica, por la que el tabaco se asocia a actividades de la vida diaria como tomar un café, tener un rato de conversación telefónica, realizar algunas gestiones que puede resultar más estresantes, etc.

La dependencia provocada por el hábito de fumar hace que su abandono conlleve una dificultad que es más notoria en las primeras 4 semanas. Existen cuestionarios que nos permiten valorar el grado de dependencia del tabaco como el test de Fagerström. El grado de dependencia nos permite predecir el grado de dificultad que encontrará el fumador para abandonar el tabaco y la conveniencia de añadir un tratamiento farmacológico en personas con dependencia moderada o alta, o con intentos previos fallidos. El grado de motivación es una parte muy importante para el éxito y se han de buscar aquellos puntos que refuercen la decisión del cese. El soporte por parte del personal médico incluye el consejo médico de abandonar el tabaco, el apoyo psicológico que puede ser personal o en grupo, la información oral y escrita y el tratamiento farmacológico cuando se considera conveniente.

El tratamiento farmacológico disponible actualmente incluve 7 tipos de fármacos. Cuatro de ellos son sustitutos de nicotina en diversas presentaciones (parches, caramelos, chicles, sprays) y pueden administrarse sin receta médica. Otros dos, bupropion y vareniclina, han de ser prescritos por un médico tras rea-



lizarse una historia clínica. Los tratamientos son eficaces y aproximadamente un 30-40% de los fumadores logra abandonar el tabaco. Posteriormente se ha de evitar el cigarrillo en toda ocasión, incluso años después de haberlo ahandonado

Los beneficios de abandonar el tabaco aparecen progresivamente en el tiempo. Algunos de ellos son rápidamente apreciables como la mejoría en la capacidad de ejercicio, la capala tos y la expectoración. Los efectos sobre el sistema cardiovascular son notables desde el primer año del cese y la disminución del riesgo de cáncer es progresiva a lo largo de 10-20 años. Los beneficios son mayores cuanto antes se abandone el tabaco. Por tanto, si está usted dentro de los 11 millones de fumadores de nuestro país, le animamos a tomar la decisión de vivir de forma saludable y sin tabaco.





Laura Galán Jiménez Psicóloga. Nº Col. 0993 Unidad Residencial de Patología Mixta (RPM). Centro Hospitalario Benito Menni. Elizondo (Navarra)

En términos generales, hablamos de discapacidad intelectual (en adelante DI) cuando la inteligencia de una persona y su capacidad para funcionar en la vida cotidiana se hallan por debajo del nivel esperado en personas de edad similar.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993), este tipo de discapacidad afecta a un 1.5% de la población pudiendo llegar al 4% en países no desarrollados. Dada su variabilidad interregional, los problemas en la medida del coeficiente intelectual (CI) en países donde no se han adaptado adecuadamente los tests de inteligencia y la dificultad existente en la medida de las habilidades o capacidades básicas de supervivencia, la fiabilidad de los datos disponibles sobre la tasa de DI en el mundo es baja. En España, la población con DI representa el 1-2% de la población nacional según la estimación de la Confederación Española de Organizaciones a favor de Personas con DI (FEAPS), siendo su incidencia superior en varones. Sin embargo, hay estudios que afirman que la prevalencia real de la DI en nuestro país se sitúa en el 2,5% de la población general. Concretamente en Navarra, el 5% de la población de edad comprendida entre los 0 y 64 años, presenta una discapacidad. Del total de las personas afectadas por una discapacidad, el 16.4% presenta discapacidad intelectual según

el informe diagnóstico para la elaboración del Plan integral de Atención a las Personas con Discapacidad presentado en el año 2003.

Las causas de la DI son múltiples y variadas. Con frecuencia, factores biológicos, sociales, conductuales o educativos ocurridos antes, durante o después del nacimiento, interactúan afectando al funcionamiento de la persona. Si bien, la realidad es que en más de la mitad de los casos, especialmente en personas adultas, se desconocen las causas.

En las ultimas décadas, son muchos los cambios introducidos tanto en la concepción social de las personas afectadas por DI como en el marco conceptual de referencia en el que se fundamenta la clasificación diagnóstica y atención profesional prestada a este grupo de población.

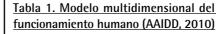
#### Limitaciones significativas

Hasta la fecha, se han ido sucediendo diversas denominaciones sobre este colectivo de personas, que al ir adquiriendo cierto matiz negativo o incluso discriminatorio, se han venido sustituyendo por otras nuevas. Hoy en día, se acepta el uso de la expresión "discapacidad intelectual" en sustitución del término de "retraso mental", por considerar que refleja mejor el concepto de discapacidad, se corresponde en mayor medida con las actuales prácticas profesionales, resulta menos ofensivo para las personas afectadas y es más coherente con la terminología internacional.

Según la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD (anteriormente, Asociación Americana de Retraso Mental, AAMR), la DI se caracteriza por la presencia de limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales (lenguaje expresivo y comprensivo, lecturaescritura, manejo de dinero y capacidad para fijar y alcanzar las propias metas), sociales (habilidades de comunicación, estilo de interacción, responsabilidad social, autoestima y vulnerabilidad) y prácticas (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria tales como lavarse, vestirse, alimentarse, realizar tareas domésticas, etc. y habilidades laborales) y que se origina antes de los 18 años.

Esta definición considera la DI como un estado de funcionamiento de la persona (no como una enfermedad o trastorno mental) en relación con el medio en el que se desenvuelve. De este modo, el funcionamiento de la persona puede mejorar si se prestan los apoyos precisos, durante el tiempo necesario, para cubrir las diferencias existentes entre las capacidades de la persona y las demandas de su entorno.

Así, la atención prestada a las personas con DI parte de la evaluación de las competencias y necesidades de las personas afectadas en cinco dimensiones fundamentales de funcionamiento (*Tabla 1*).



Dimensión I. Habilidades Intelectuales. Razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje rápido y aprendizaje a partir de la experiencia.

Dimensión II. Conducta Adaptativa: Grupo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por la persona para funcionar en su vida diaria.

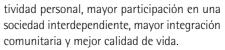
Dimensión III. Salud: Física y mental.

Dimensión IV. Participación: Interacciones y roles en las áreas de vida en el hogar, empleo, educación, ocio, espiritualidad y actividades culturales.

Dimensión V. Contexto: Condiciones del micro (ambiente social inmediato, es decir, familia y amigos), meso (vecindario, comunidad y organizaciones que proporcionan educación u otros servicios de apoyo, y macrosistema (patrones culturales de la sociedad, población y/o país de referencia, en los que la persona convive.

Tomando como referencia los resultados de esta valoración inicial, se diseñan los apoyos necesarios para su desarrollo personal contribuyendo, finalmente, a la mejora de su calidad de vida.

Los apoyos se definen como recursos y estrategias que promueven los intereses y el bienestar de la personas y que tienen como resultado una mayor independencia y produc-



El tipo e intensidad de apoyos requeridos (intermitente, limitado, extenso, completo) varía en función de las capacidades y necesidades objetivadas en el proceso de evaluación de cada persona. En este sentido, la presencia simultánea de enfermedades mentales y/o el registro de alteraciones conductuales asociadas a la DI, hacen más complicada la intervención y aumentan la intensidad de apoyos.

### Discapacidad intelectual y enfermedad mental

Diversas investigaciones han demostrado que las personas con DI son tanto o más vulnerables que el resto de la población para presentar problemas de salud mental. Los estudios publicados en nuestro país, desarrollados en centros ocupacionales, indican que la coexistencia entre DI y enfermedad mental oscila entre el 20 y el 35% en las personas afectadas, siendo los trastornos de tipo psicótico los más frecuentes. Si analizamos la incidencia de alteraciones de conducta en población con DI, existen en la literatura datos que apuntan a una tasa global del 27% identificando la agresividad verbal, demandas de atención, agresividad física hacia otros, conducta antisocial y hábitos personales inadecuados, como los trastornos del comportamiento más frecuentes.



En conclusión, el sistema de apoyos descrito, en progresivo desarrollo desde mediados de la década de 1980, ha dado lugar a tres cambios significativos en las decisiones sociales y asistenciales y en las actuaciones prácticas para personas con DI, asumidos en la Unidad Residencial de Discapacidad Intelectual con Trastornos de Conducta y/o Enfermedad Mental que dirijo. En primer lugar, el enfoque de apoyos, ha servido para unificar y estructurar las pautas de intervención con esta población centradas en la individualidad de cada persona, a partir de la cual promover sus oportunidades de crecimiento y desarrollo personal para potenciar su autonomía e inclusión comunitaria. En segundo lugar, la aplicación de apoyos individualizados ha dado lugar a la meiora del funcionamiento humano y el logro de resultados personales en la población afectada. Finalmente, se está utilizando el patrón e intensidad de las necesidades de apoyo de la persona para asignar los recursos asistenciales y planificar los servicios y dispositivos de atención de estas personas logrando así una mayor efectividad de los recursos limitados disponibles en la sociedad.



En colaboración con



Pamplona

#### CLÍNICA PADRE MENNI Servicios

Unidad de Hospitalización Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría Centro de Día | Servicio de consultas externas e interconsultas Pisos tutelados

#### CLÍNICA PADRE MENNI

C. JOAQUÍN BEUNZA 45 31014 PAMPLONA. NAVARRA T CONSULTAS EXTERNAS 948 13 67 37 T 948 14 06 11 F 948 12 02 38 www.hospitalariasnavarra.org

#### Elizondo

#### CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI

Servicios Residencia

Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatria | Centros de Rehabilitación | Psicosocial Discapacidad Intelectual (con enfermedad mental asociada)

#### CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI

C. MENDINUETA S/N 31700 ELIZONDO. NAVARRA T 948 45 21 62 F 948 45 24 78 www.hospitalariasnavarra.org zonahospitalaria ■ marzoabril2012 ■ n°34



Una cosas tenemos todos muy claro, desde hace muchos años: La salud mental se ha disparado, v en tiempos de crisis aun se palpa más y se exagera mucho más. Los problemas de los trastornos del ánimo abundan "que es una barbaridad". Estos trastornos resumiendo son, ansiedad y episodios depresivos leves. Por supuesto que con ellos podemos "tirar de la cuerda" y nos encontramos con fobias de todo tipo, neurosis habituales y psicosomatizaciones, que nos engañan y creemos que son síntomas físicos, y solo son sensaciones físicas sin causa orgánica aparente.

Dentro de unos años, serán los trastornos del ánimo, la primera causa de discapacidad tanto laboral como afectivo-personal. Esto es tan cierto como que existe la gripe todos los inviernos y muchas primaveras. Para la gripe tenemos una vacuna, que se está haciendo clásica y para los trastornos del ánimo no tenemos más que un popurrí de fármacos desconexionados, cualquiera prescribe lo que cree, nadie integra nada, y el paciente al final no mejora, y aquello que era leve, se puede convertir en crónico por una mala gestión sanitaria. Pero, esto es así, y nadie pone remedio. Los centros de salud están abarrotados, dan cita para dentro de tres meses, y el sanitario de cabecera llega a donde llega con una enorme buena fe... Toda la literatura actual, moderna, seria, con estudios bien contrastados dicen que los tratamientos farmacológicos resultan insatisfactorios, no son completos, son efectivos solo en la mitad de los casos, y no eliminan cierta patología residual que se mantiene en el tiempo. A mí con un gran sentimiento de humildad y honradez, no me inclino para nada a farma-

cología sí, farmacología no. Nada es radial y total, todo tiene sus ventajas e inconvenientes si somos prudentes, cultos, y nos importa el paciente un poco más de lo que realmente ocurre. La medicación en su justa medida, acorde al diagnóstico –porque muchas veces se da sin diagnóstico previo, y otras con un diagnóstico primero, no se le prescribe lo debido- (¿); y sobre todo se ha de tender un tratamiento monofarmacológico, sobre todo en casos débiles. Es muy triste constatar, no es una excepción, que vengan a la consulta con cinco fármacos, dos de ellos iguales, porque nadie integra el cuadro del paciente, ni al paciente... ¡Cada uno va por libre y hace lo que puede!

#### Terapia cognitivo-conductual

Estoy convencido que la medicación, por muchos años de experiencia interdisciplinar, es buena si se hace bien, pero sobre todo si se lleva una terapia cognitivo-conductual al mismo tiempo, que tiene evidencia científica, es eficaz y a la larga más económica. No supone riesgo para la salud y no tiene efectos secundarios. Esto solo ya tendría que bastarnos, y sin embargo no es así. Seguimos pensando que una terapia es un lujo, y no nos la podemos permitir... ¡A la larga es más efectiva y económica de lo que podemos pensar! La medicación actúa mejor y más directamente con la terapia, estamos hablando en general, pero específicamente en trastornos leves del estado de ánimo: Ansiedad y depresión. Incluso sin medicación funciona bien la terapia. Los últimos estudios que he leído y reflexionado, dicen cuatro ventajas de la terapia congitivo-conductual (TCC): Tiene el paciente una mayor adherencia al tratamiento, quiere decir que el paciente se implica más y no lo

medicación (A la primera toma, no noto nada, o pido nueva medicación o va no la tomo). Disminuye el riesgo de recaídas, muchas menos numéricamente que con la medicación; eleva la tasa de recuperación, es decir meioran antes, en menos tiempo y con más efectividad y por último, la terapia evita la cronificación. Todas las quías actuales sobre salud mental, recomiendan el tratamiento psicológico o terapia cognitivo conductual (NICE, APA...), lo recomiendan por encima del tratamiento farmacológico. Así v todo, creo que bien prescrito un ansiolítico ayuda a que la terapia T.C.C. mejore, se afiance y confie el paciente aunque a veces le sirva de placebo, no importa; importa que se sienta bien y que sepa que está haciendo lo mejor para su evolución y salud. Cuando hablamos de casos severos -sigo con el estudio que me ha sugerido esta reflexión-, se recomienda el uso de psicofármacos, pero siempre con prudencia, acordes al diagnóstico, no más de uno, y siquiendo y apoyando al paciente, en combinación con terapia TCC. Además, que muchas veces lo olvidamos; advirtiendo al paciente del cómo se puede evolucionar, la información de objetivos, efectos secundarios, garantías, riesgos...y, costes si es privado. Cinco mil psicólogos de la salud o especialistas en clínica, están rotando en Inglaterra en Atención Primaria y la evaluación es eficiencia, eficacia, satisfacción del paciente y más económico, a la larga. La conclusión es fácil sacarla: Tenemos que cambiar la ideología, los laboratorios, el enfoque y necesitamos más terapeutas preparados para elaborar más terapias eficaces sin tantos medicamentos que se hacen inútiles en un gran porcentaje de cuadros y pacientes.

abandona tan fácilmente, como ocurre con la



#### **OFERTA EXCLUSIVA** PARA PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA Y FAMILIARES DIRECTOS



CLUB CB PREM/ER

Dr. Juan Carlos Pinto Bonilla y Dra. Rosa María Rodríguez Conde (Especialistas en Oftalmología y Cirugía Oftálmica).



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

## Nuestro servicio hacia el cliente nos hace diferentes

