medicina salud
zonahospitalaria
aragón

www.zonahospitalaria.com añoIII julioagosto2017 nº11

EJEMPLAR GRATUITO
zonahospitalaria.com
152.000 visitas en junio

Comienzo del curso escolar

SUMARIO

2 Adicciones tecnológicas 3 Enfermedades que provocan pérdida de visión 4 ¿En qué consisten las metatarsalgias? 6 La disección coronaria espontánea... 8 Ayudas ante la depresión 9 Insomnio 10 La obesidad infantil y el ejercicio físico 11 ¿Qué es la disfagia y cómo abordarla? 12 Etiquetado nutricional, que no nos engañen 13 Que nada te quite el sueño 14 La nueva era de los tratamientos personalizados 16 Experiencias grupales en psiquiatría 18 Manejo perioperatorio de los pacientes con diabetes mellitus 20 Psicosis y enfermedad de Parkinson 22 Los meniscos: ¿Qué son, por qué se rompen y por qué hay que operarlos?

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

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

Adicciones tecnológicas

Alicia Sánchez García. *Coordinadora de Enfermería. Centro de Salud Univérsitas. Zaragoza*

Los niños y adolescentes de esta generación están creciendo con la tecnología digital a un ritmo vertiginoso, y ello está llevándonos a descubrir un nuevo tipo de adicción que ha llegado para quedarse y puede ser causa de graves problemas de salud en un futuro inmediato.

La adolescencia, es una etapa en la que se establecen relaciones sociales nuevas, se enfrentan al rol sexual, a un desarrollo intelectual e interiorización de valores, están en un momento de cambio psíquico y social sometidos a su vez a cambios culturales y sociales, los cuales influyen en ellos. Las características del entorno donde el adolescente se relaciona tanto el escolar como el de la sociedad definen la conducta de este.

Las nuevas tecnologías de la comunicación e información forman parte de nuestra vida, con ellas nos divertimos, formamos, trabajamos, estamos en un mundo que cambia rápidamente y nos adaptamos a la cantidad de elementos tecnológicos tan avanzados que van apareciendo. Es obvio que estamos enganchados (en mayor o menor medida) a las nuevas tecnologías sobre todo al móvil, con el que tenemos una relación emocional y afectiva fuerte. Hay estudios que indican que en España pasamos conectados unas cinco horas de media al día, existen más de 25 millones de teléfonos móviles conectados a Internet, la media de consultas a este es de 150 veces al día y una de cada tres personas lo hacen cada cinco minutos. Un 90% de usuarios de móvil lo tienen a menos de un metro las 24h del día.

Tenemos que hacer entender a los adolescentes que el abuso de las nuevas tecnologías tiene consecuencias para su salud física y emocional. Aunque ellos crean que somos unos exagerados deben entender que el uso de estas, debe ser controlado por los padres o familiares responsables, para así evitar problemas en un futuro.

La adolescencia comprende unas edades en las cuales no hay intervención preventiva, no hay consultas especificas con protocolos de actuación para todo este emerger de situaciones derivadas del uso abusivo de estas tecnologías, tenemos que conocer que uso les dan, como se mueven por este campo virtual, porque huyen de la vida cotidiana. Ellos consiguen mostrar una imagen diferente de la que tienen en realidad, les motiva a encontrarse mejor con ellos mismos, viviendo sus propias fantasías. Debido a su edad, son muy vulnerables a nivel emocional y pueden quedar atrapados en esta adicción. Los videojuegos tienen un poder de atracción enorme sobre niños y adolescentes. El tiempo desmedido pasado delante de ordenadores, tablet y móviles puede desembocar en adicción generando dependencia y afectando gravemente a la vida cotidiana de estos a nivel familiar, social, e incluso de la salud.

La familia y los educadores, son un punto de apoyo para evitar engancharse al mundo tecnológico de forma obsesiva ya que estos malos hábitos se adquieren desde niños, hay que tener cuidado con las horas que pasan delante de la televisión, pasar más tiempo con ellos jugando, aunque sea difícil debido al cansancio diario acumulado. Hay que buscar momentos y educarlos en su uso, pero constructivamente.

Adicción de tipo psicológico

El poder adictivo de la tecnología emerge porque son muy accesibles, en la actualidad, en muchos hogares hay, internet, teléfonos móviles, videoconsolas, tablets, televisión... (desde el salón, tumbados cómodamente podemos adquirir casi todo lo que podamos imaginar) y los ponemos a disposición de los niños para que se entretengan solos sin molestar.

Son un medio de distracción que puede provocar sensaciones de alivio en: situaciones de soledad, dificultad para relacionarse socialmente, falta de proyecto de futuro, fracaso escolar, situaciones de problemas psicológicos al ser un medio fácil de entablar relaciones sin ser visto escondiendo tu personalidad, situaciones de depresión, aburrimiento...

Se evitan las actividades normales que deberían hacer los niños y adolescentes, llegando un momento en el cual ya no pueden controlar el tiempo que gastan convirtiéndose en una adicción de tipo psicológico. El intento de reducir el tiempo que pasan con estos aparatos tecnológicos les llega a generar ansiedad y una población diana la encontramos en niños y adolescentes al estar en continuos cambios físicos y emocionales.

La utilización de estos aparatos dentro de unos límites no sería adictiva, pero si observamos que no se separa del mismo y lo usa todo el tiempo, deja de salir con los amigos, se mete a su habitación y no sale ni a comer, contesta mucho en casa cuando se lo quitamos y usa mentiras para justificar su conducta, empezamos a tener un problema de adicción que puede llevarlo al aislamiento, fracaso escolar, perdida de las relaciones sociales e incluso agresividad familiar.

Estamos ante un nuevo paradigma tecnológico con un gran impacto a nivel económico, cultural, educativo y social, está en muchas de las actividades humanas que realizamos proporcionándonos conocimientos, información y facilitándonos la comunicación a través de Internet, pero su mal uso puede ser un grave problema. Al principio hablábamos de un uso abusivo de internet pero ahora hablamos de adicción a internet, ha entrado a formar parte del estilo de vida cotidiano por su facilidad de conexión en cualquier lugar y momento.

No hay todavía estudios clínicos que nos evidencien que patologías pueden derivar del uso de las nuevas tecnologías ya que todo esto es muy reciente, pero tendremos que estar a la expectativa para poder prevenir y frenar la aparición de conductas extrañas que puedan afectar a la salud de los jóvenes. Nos tendremos que ayudar de programas preventivos y terapéuticos.

Hay que desarrollar una buena salud digital y prevenir una posible adicción a las tecnologías, con una serie de medidas como pueden ser:

- Limitar el tiempo que los hijos dedican al uso, adecuarles lugares y momentos. Permitirles usarlas para obtener un fin no para pasar el rato. Fomentar el desarrollo de otras actividades al aire libre.
- No permitir que se forme una barrera entre ellos y nosotros, dialogar acerca de las ventajas de utilizar internet, dándoles ejemplo del buen uso de las mismas.
- Conocer las utilidades que manejan, como pueden ser Facebook, twitter, Instagram...
- Escribir unas normas de uso consensuadas entre los dos, debiendo realizar primero sus tareas escolares y dándole pautas para un uso razonable.
- Estar en el salón sentados con ellos si son menores de 12 años cuando usen tablet, móvil y no dejarles a la hora de dormir que se las lleven a la habitación.
- Jugar con ellos a los juegos que les gustan.
- Explicar el riesgo que conlleva escribir y compartir fotos suyas con desconocidos o darles su correo electrónico.
- Usar los controles parentales para evitar el acceso a ciertas páginas web.

Si sospechamos que hemos perdido el control del niño o adolescente con el uso inadecuado de estos aparatos durante un tiempo significativo hay que pensar que ha adquirido el hábito y debemos contactar con un psicólogo o pedagogo para conseguir deshabituarlo.

Enfermedades que provocan pérdida de visión

Fotos cedidas por Recoletos Baja Visión

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

YANGUAS ÓPTICOS

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

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

Estos pacientes no mejoran con la graduación en gafa, ni con acertados tratamientos médicos, farmacológicos o quirúrgicos.
Se consideran pacientes de Baja Visión, aquellos cuya Agudeza Visual, en el mejor de los ojos, es menor o igual al 30% o su Campo Visual inferior a 20º.

¿Cómo ven las personas con Baja Visión?

En función del motivo causante, la percepción puede ser borrosa, parcheada, reducida al centro de la visión o a la periferia, etc... Habrá quien sea capaz de leer y reconocer caras pero no moverse con autonomía, otros podrán caminar sin ayuda pero no podrán leer carteles o reconocer caras.
YANGUAS ÓPTICOS dispone de Servicio en Baja Visión. Somos un equipo de optometristas especialistas en Baja Visión, capacitado para evaluar la ayuda óptica que pueda potenciar su resto visual y mejorar su calidad de vida.

¿Cómo procede el especialista en Baja Visión?

El equipo de especialistas le realizará las siguientes pruebas: Valorará la máxima visión que pueda aprovechar, le prescribirá los aumentos necesarios para su caso según sus necesidades y limitaciones visuales, ejercicios para enseñarle a usar y sacar el máximo aprovechamiento de su visión y del uso de las Ayudas Visuales y programas para mejorar las habilidades de su vida diaria con el fin de obtener la **máxima autonomía personal**. En función del resto visual del paciente y de su patología se prescribirán diferentes tipos de Ayudas.
En el caso por ejemplo de la **degeneración macular asociada a la edad (DMAE)**, es una degeneración de los tejidos que ocupan la retina central, responsable de la visión del color y de los detalles de nuestra línea de mirada. No suele afectar a la periferia de la misma, con lo cual los objetos grandes no dejan de verse. Sin embargo, **los objetos pequeños del centro de la mirada quedan parcialmente o totalmente ocultos a la vista**.
Una vez definida con precisión la graduación y los datos de calidad visual del paciente, le prescribiremos una o varias ayudas ópticas específicas, **cuya misión es la de aumentar o agrandar el tamaño de los detalles**. De esta forma, podrán ser vistos con el resto visual periférico que aún conservan.

¿Cómo son las Ayudas para ver de cerca en Baja Visión?

No todos los pacientes son iguales aunque tengan la misma patología.
Para una lectura prolongada, los **microscopios**, facilitan la visión de cerca, con gran posibilidad de aumentos, tienen la ventaja que tienen la estética de una gafa de cerca convencional, nos permiten tener las manos libres y es la ayuda para cerca que nos facilita mayor campo visual. El aumento dado por un microscopio provoca magnificar la imagen que el paciente no puede ver, aumentándola hasta el tamaño que consiga verla con su resto visual periférico.

Para pacientes que simplemente quieran ver algo puntual en cerca, lo ideal son **las lupas**, es un sistema óptico más sencillo, fácil de usar, existen diferentes tipos, manuales, con soporte, con luz. La calidad óptica de la lupa es fundamental. La lupa es prescrita por los optometristas en Baja Visión de acuerdo a los aumentos necesarios.

Para pacientes con la retina muy dañada, necesitaran gran cantidad de aumentos, lo ideal son las **ayudas electrónicas**.
Hay gran variedad en este tipo de ayudas, desde portátiles para llevar a la calle, hasta las que se conectan con un terminal de ordenador o TV.
Estas ayudas proporcionan diferentes prestaciones, a parte de conseguir aumentar la imagen, también permiten modificar los colores del texto, y del fondo de la pantalla, marcarnos una línea guía parar no perdernos en la lectura, aumentar el contraste en función de las necesidades. Para pacientes muy lectores o bien estudiantes funcionan muy bien.

Todas las ayudas se pueden combinar con filtros selectivos favoreciendo el contraste tan disminuido en los pacientes con Baja Visión.
Como se puede comprobar, estamos ante un problema de salud complejo que precisa de una ayuda multidisciplinar especializada (oftalmólogos, optometristas especialistas en Baja Visión, psicólogos) para obtener los resultados de una buena terapia. La clave está en hacer entender al paciente que debe iniciar una nueva etapa de vida mediante el uso y entrenamiento de las ayudas para rehabilitar el resto de visión que aún le queda, por disminuida que sea.

Desde **YANGUAS ÓPTICOS** aconsejamos que estar bien informado es el primer paso para prevenir.
El 80% de las cegueras son evitables con una detección precoz, si se identifican de una manera temprana. Esto permite una intervención de la enfermedad, por parte del oftalmólogo.

¿En qué consisten las metatarsalgias?

Amparo Santamaria Torroba. *Especialista en Rehabilitación. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.*
Daime Pérez Feito. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN NAVARRA.*

El "dolor de los pies" es una de las causas más frecuentes de dolor corporal. Probablemente sólo le preceden las lumbalgias y afecta fundamentalmente al sexo femenino (85%) por la influencia del tipo de calzado. Es característica asociada al dolor, la aparición de callosidades plantares pero...

¿Qué es la metatarsalgia?

Es el dolor agudo o crónico de la parte anterior del pie, que afecta a una o varias articulaciones metatarsofalángicas (las articulaciones que conectan los huesos del antepié con los de los dedos) originado por el daño de estructuras anatómicas relacionadas con esas articulaciones (lesiones en: hueso, cartílago, cápsula articular y ligamentos, etc.)
No se limita a la región plantar y generalmente se deben a trastornos biomecánicos.

Causas

La causa más frecuente es una alteración de la biomecánica del pie, provocada por alteraciones de las estructuras óseas o por el uso de un calzado inadecuado (los tacones altos causan una importante sobrecarga a nivel de las cabezas de los metatarsianos).
En muchas ocasiones se asocia a hallux valgus (juanetes), ya que ambos son causa de una alteración biomecánica y en la progresión de su aparición se desarrollan los diferentes síntomas.
También es frecuente la aparición de dolor en el antepié en el contexto del pie cavo (deformidad donde la planta del pie es excesivamente curva) o el pie equino (donde el pie está permanentemente en flexión plantar).

Repasemos la Biomecánica del antepié

Se valoran variantes de dedos y metatarsos.

- **Tipos de dedos (Fórmula digital)**. Los pies se clasifican según la longitud de los dedos, valorando si el primer dedo supera, se iguala o es de menor tamaño que los sucesivos.
- **Tipos de metatarsos (Fórmula metatarsal)**. Se valora mediante estudio radiológico las formas de las terminaciones de los huesos del antepié. Se examinan sus tamaños comparando el primer dedo con los sucesivos.

Cualquiera de estos tipos de tamaños tanto de dedos como de metatarsos son normales, sólo que algunas de ellas predisponen a las alteraciones biomecánicas señaladas como causa del dolor.

¿Cómo se distribuye en peso del cuerpo en el pie?

Si estamos de pie el peso de nuestro cuerpo es transmitido por la pelvis hasta las extremidades inferiores debiendo soportar cada pie la mitad de ese peso. Los huesos que componen el tobillo deben distribuir esas fuerzas al resto de los puntos de apoyo del pie, soportando un 60% del peso en el talón y un 40 en el antepié.
Esta proporción varía en el momento de levantar el talón para dar el paso donde es el antepié quien sujeta la carga. Y peor aún cuando durante la marcha existe un momento en que sólo apoyamos en una extremidad nuestro peso total.
Por tanto, cualquier desequilibrio óseo o muscular del pie, implica una importante sobrecarga sobre el resto de las estructuras.
Estas alteraciones en la pisada provocan un desequilibrio en la distribución de las cargas en el pie con el consiguiente sufrimiento de la zona metatarsiana. Este desequilibrio es a su vez consecuencia del dolor que sufre el paciente en la fase de la marcha y que tiende a modificar o intentar compensar la marcha. Es una de las causas más comunes, especialmente en deportistas.
La metatarsalgia por sobrecarga es un problema frecuente en corredores, aunque otros deportes donde se requieren saltos frecuentes (fútbol, baloncesto, béisbol) también se ven afectados. El tipo de suelo sobre el que se camina o corre es también un factor a tener en cuenta.
Los tacones altos, los calzados muy estrechos, especialmente en las punteras, los fabricados con material poco elástico, o los demasiado duros o con suelas delgadas y de poca amortiguación son también causas de metatarsalgias, ya que ejercen presión en los nervios de los metatarsianos. Estos tipos de calzado suelen ser calzado de mujer, así que por eso ellas son las que más metatarsalgias sufren.

Otras enfermedades que favorecen metatarsalgias

Enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus, enfermedades reumáticas (gota o artritis reumatoides), enfermedades vasculares o infecciones de los pies se pueden encontrar como causas de dolor.
Los ancianos que presenten desgaste de los tejidos del pie o con antecedentes de fracturas de metatarsianos pueden presentar alteraciones en la pisada que terminen convirtiéndose en metatarsalgias de difícil control.
La deshidratación que contribuye a la pérdida de la elasticidad del tejido adiposo localizado en el arco del pie y que actúa como amorti-

guador durante la deambulación puede contribuir a su aparición. Esta falta de elasticidad en el pie produce más presión en las cabezas de los metatarsianos al apoyar el pie, provocando inflamación y dolor.

Finalmente, cabe destacar que los problemas de obesidad y sobrepeso, hacen que las probabilidades de tener una metatarsalgia se disparen en comparación con las de una persona en su normopeso.

¿Cómo reconozco que lo que tengo es una metatarsalgia?

Debemos tener en cuenta que existen otras causas de dolor del pie. Fundamentalmente debemos descartar estar en presencia de una artritis o una fascitis plantar.

Cuando los síntomas empeoran con la actividad física o después de estancias prolongadas de pie, pero que mejoran con el reposo generalmente estaremos en presencia de una metatarsalgia.

Recordemos que alteraciones en la pisada a largo plazo pueden generar dolores de espalda.

Su médico o su podólogo pueden hacer un diagnóstico correcto de la situación realizándole, si fuera preciso, estudios radiológicos del pie e incluso estudio biodinámico de la pisada, con el objetivo de valorar posibles desequilibrios y ofrecer el tratamiento más adecuado.

¿Cómo podemos tratar la metatarsalgia?

Es necesario evaluar el pie en su conjunto, ya que dependiendo de la causa, el tratamiento a aplicar será distinto. Los motivos por los que el paciente acude a la consulta, son siempre por dolor y dificultad para calzarse. La indicación principal de tratamiento es el dolor.

Dependiendo de su causa, aconsejaríamos de forma general control de las enfermedades sistémicas, cambio de calzado, perder de peso o eliminar callosidades.

Opciones de tratamiento

1 - Tratamiento conservador.

- Consisten en plantillas y separadores digitales. Eficaces en estadios iniciales, cuando las articulaciones metatarsofalángicas aún son flexibles, y no existe subluxación articular (desplazamiento de las estructuras óseas por debilidad de las partes blandas).

Para el uso de plantillas personalizadas sí se sugiere realizar un estudio biomecánico de la pisada.

- Tratamiento de fisioterapia, con ejercicios como: automasaje del pie con una pelota, automasaje y separación de los dedos del pie, ensanchamiento del arco anterior del pie, estiramiento de musculatura de la pierna, estiramiento de la musculatura anterior del pie y tobillo o automasaje y movilización global del pie.
- Tratamiento farmacológico. Se emplean los antinflamatorios e incluso las infiltraciones con ácido hialurónico para aliviar dolor y reducir inflamación.

2 - Tratamiento quirúrgico.

- Puede ser el tratamiento de elección en los casos indicados por el especialista y es la evaluación preoperatoria tanto de la deformidad como del examen radiológico lo que determinará qué técnica es la más apropiada en cada caso.

En general, el objetivo será conseguir una fórmula metatarsal óptima para restaurar la biomecánica ideal del antepié.

La disección coronaria espontánea: una causa infradiagnosticada de enfermedad coronaria en la mujer

Dr Antonio Asso
Jefe de Sección Unidad de Arritmias, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

La cardiopatía isquémica engloba un conjunto de patologías que tienen en común la disminución u obstrucción completa del flujo sanguíneo -portador de oxígeno y nutrientes- desde las arterias coronarias al propio corazón. Puede manifestarse clínicamente en formas diversas como angina de pecho, infarto de miocardio, etc y está relacionada habitualmente con procesos que van deteriorando progresivamente la pared interna de las coronarias y que a su vez se relacionan con la existencia de factores de riesgo cardiovasculares como el tabaquismo, niveles elevados de colesterol, la hipertensión, etc.

Sobre ese proceso de alteración crónica o aterosclerosis de la pared arterial puede sobrevenir un evento agudo que acentúa la obstrucción al flujo sanguino y aparecen los síndromes coronarios en sus diversas presentaciones: angina, infarto, muerte súbita, etc.

Ruptura de la pared arterial

La disección coronaria espontánea es una causa muy rara de cardiopatía isquémica ya que se estima supone sólo en torno al 4% de los infartos, pero entre sus características distintivas destaca su presentación mayoritaria en mujeres (90% de los casos) en su edad media -incluso 25% de éstas son menores de 50 años- y que en estas pacientes no existe una patología previa aterosclerótica de las coronarias, es decir, sus arterias eran presumiblemente sanas y además no había sospecha alguna para lo contrario. Como el término indica, el proceso se inicia con la ruptura espontánea de una capa del interior de la pared arterial (disección) que produce un acúmulo de sangre entre las capas arteriales y la consiguiente obstrucción al flujo sanguíneo en la luz del vaso arterial. Típicamente, la paciente no exhibía previamente los denominados factores de riesgo cardiovascular antes mencionados y se encontraba asintomática.
Aunque existen amplias lagunas del conocimiento que impiden entender las bases últimas de la disección espontánea coronaria se asume un componente genético que predispone al debilitamiento y fragilidad de la pared arterial, si bien no se observa una asociación familiar de casos. Así, sobre una subyacente

enfermedad arterial se produce típicamente un evento precipitante que desencadena la disección.
Entre las patologías y circunstancias que se asocian con el desarrollo de una disección coronaria espontánea se incluyen ciertos trastornos de tejido conectivo, enfermedades inflamatorias sistémicas crónicas como la colitis ulcerosa o el lupus sistémico, la displasia fibromuscular, la terapia hormonal, el embarazo. Sobre lo anterior, algunas causas precipitantes claramente reconocidas incluyen: ejercicio intenso, especialmente el de tipo isométrico; estrés emocional intenso; el parto y periparto; maniobras relacionadas con náuseas intensas y vómito; uso recreacional de drogas como cocaína, anfetaminas; terapia hormonal intensa, etc.

El caso que describimos a continuación ilustra las características de la disección coronaria espontánea y sus posibles consecuencias.
(Ver tabla: Paciente...)

Restricciones de actividad y pronóstico en pacientes con disección coronaria espontánea:
En general, deben ser controlados en programas de rehabilitación cardíaca siguiendo las normas generales en este tipo de pacientes. De forma específica se recomienda especialmente en estos pacientes no realizar ejercicio isométrico intenso, evitando levantar pesos de más 10-15 Kgs así como ejercicio intenso de resistencia. Estos pacientes pueden sufrir recurrencias de su disección coronaria en un 12-18% de casos y se recomienda evitar futuros embarazos.

Comentario

Cuando un paciente varón de mediana edad en quien concurren factores de riesgo cardiovascular como colesterol elevado, tabaquismo, obesidad, hipertensión, etc refiere signos y síntomas compatibles con enfermedad coronaria existe siempre un alto índice de sospecha para confirma o excluir esa posibilidad. Si esa misma sintomatología la manifiesta una mujer joven sin tales factores de riesgo dicho índice de sospecha será correctamente estimado como mucho menor. Sin embargo, y tal como se evidencia en el caso ilustrado, el reconocimiento de que la disección coronaria espontánea es una causa potencial de un síndrome coronario agudo en una mujer debe ser siempre tenido en cuenta. La mejora en los medios diagnósticos y terapéuticos en cardiología en conjunción con un índice de sospecha de estas causas raras de cardiopatía isquémica está ocasionando una mejor identificación de estas causas infrecuentes de enfermedad coronaria. A pesar de todo, existe un amplio consenso de que la disección coronaria espontánea esta netamente infradiagnosticada. En la paciente descrita y como continuidad en su tratamiento se indicó el implante de un desfibrilador automático ya que había sufrido un grave deterioro de su función cardíaca y su potencial desarrollo de arritmias ventriculares no sostenidas. Al tratarse de un enfoque de prevención primaria y en consideración clínica circunstancial en una persona joven se indicó el implante de un desfibrilador subcutáneo. Para despejar dudas terminológicas, debemos aclarar que todos los desfibriladores automáticos son subcutáneos, pero cuando nos referimos a un desfibrilador subcutáneo se trata de un dispositivo que se implanta en el costado izquierdo y que se conecta a un electrodo subcutáneo que se coloca debajo de la piel, a lo lardo del esternón (tal como se aprecia en el esquema adjunto). De esta forma, el electrodo actúa de antena para recoger las señales eléctricas del corazón y en caso de que el paciente desarrolle una arritmia maligna el dispositivo la detecta de forma automática y entrega un choque de alta energía entre el generador y el electrodo para interrumpir dicha arritmia y salvaguardar la vida del paciente. Este tipo de aparatos no requieren colocar ningún electrodo en el interior del corazón y son de elección cuando concurren una serie de características clínicas como en nuestro caso.

PACIENTE: MUJER DE 43 AÑOS SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Madre de gemelos en 2012.
Intenso estrés emocional día previo al evento.
Febrero 2017: infarto de miocardio extenso que cursa con complicaciones y requiere soporte circulatorio.
Se confirma la causa es disección coronaria espontánea y se realiza intervencionismo coronario.
Por grave deterioro de función cardíaca a consecuencia del infarto y existencia de taquicardias ventriculares se indica desfibrilador.
Implante de desfibrilador subcutáneo 03/2017.
Excelente evolución clínica actual.

FEFIM

Artículo patrocinado por:

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA (FEFIM)

Ayudas ante la depresión

Ángela Forcén Vicente de Vera
Enfermera especialista en salud mental. Unidad de Salud Mental del Centro de Salud San José Norte. Zaragoza
Cristina Soler González
Médico Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Las personas no eligen pasar por una depresión. Con frecuencia se encuentran inmersas en ella, deseando volver atrás o cerrando los ojos a lo que resulta evidente para los demás, aunque lo más adecuado es ser conscientes de ella, aceptarla y aprovecharla para evolucionar y adquirir nuevos recursos.

La tristeza, las preocupaciones, el desinterés y los sentimientos de fracaso son normales cuando se atraviesan situaciones duras o complicadas y su presencia no supone un trastorno ni un episodio depresivo. No obstante, cuando son excesivos en intensidad, frecuencia y duración, e impiden o limitan las actividades cotidianas, estamos ante un caso de posible depresión.

La depresión es el desánimo y la falta de fuerza que nos lleva a dejar de hacer cosas y de estar con los demás, hasta el aislamiento en sus formas más graves. Es una "falta de ganas" que supone descontento y malestar, lo cual aumenta el desánimo a modo de círculo vicioso.

La depresión es un trastorno mental muy frecuente. Un 11% de la población ha padecido algún episodio de depresión y un 4% lo padece en este momento.

Son muchas las formas clínicas y los grados de depresión, siendo habituales y duros de soportar la irritabilidad, los sentimientos de inutilidad, de odio a sí mismo y culpa, la incertidumbre, la confusión, el dolor, la angustia, la impotencia, la desesperanza, los pensamientos de muerte y sin olvidar los ingratos miedos (miedo a no volver a ser el de antes, a hacer daño o a dañarse en un momento de descontrol, a sensaciones extrañas, a volverse loco, etc.). Para que estos miedos nos dejen avanzar, es de gran ayuda darles la importancia que merecen y diferenciarlos de la realidad.

Hay muchas cosas que nos pueden servir de ayuda.

Pautas en el día a día de la persona con depresión

Pedir ayuda

Es el perfecto aliado. Con esto conseguimos detener la evolución, la gravedad y las recaídas y también disminuir el sufrimiento y los sentimientos de soledad.

No etiquetarse

Nuestra mente está pasando por ello, pero somos mucho más que una persona deprimida.

No culpabilizarse

Son muchos lo factores biológicos y del entorno que influyen entre sí y causan una depresión. No hemos cometido ninguna falta, no hemos hecho nada para "merecer" tener una depresión, no es una debilidad, no es una exageración y no somos menos dignos que las personas que en este momento no están pasando por ella.

No avergonzarse

Todos vivimos etapas más felices y más tristes.

Disminuir el nivel de autoexigencia

No podemos hacer las actividades al mismo ritmo, pero llegaremos hasta donde sí podemos llegar, paso a paso.

Seguir activo para no caer o para romper el círculo vicioso

Descansaremos, pero no caeremos en la inactividad. No esperaremos a tener ganas o a estar bien para hacer cosas o ver a los demás, porque ésta suele ser la mejor forma de perpetuar la depresión. Haremos cosas para estar bien y no porque estemos bien.

Suele funcionar escribir una lista de actividades muy sencillas a modo de rutina. Pueden ayudarnos a elaborar esa lista. Primero pueden ser actividades para casa (puzzles, pintar, dominó, etc.) e ir progresando hacia tareas fuera (cine, paseo, etc.).

Cuidarse y ponerse horarios

- Alimentación adecuada: beberemos abundante agua y seguiremos una alimentación basada en legumbres, verduras, pescado y fruta. No buscaremos alivio con comida, alcohol o drogas porque esto agravará la depresión y tendremos un problema añadido.
- Dormir suficiente, pero no en exceso. Hay que evitar siestas de larga duración (15 o 20 minutos puede ser suficiente)
- Hacer ejercicio. El deporte es un "antidepresivo natural". Con 20 -30 minutos de paseo diario es suficiente para notar mejoría en una semana. A las tres semanas ya habremos creado el hábito.

Tiempos de claridad

Acudiremos a nuestras citas con el equipo de salud para poner tratamiento, expresar ideas, sentimientos, sensaciones, hechos, etc. y también para ordenarlos y elaborar juntos un plan individual para afrontar la depresión y sus consecuencias, desde un clima de confianza y seguridad. Sentirse mejor lleva su tiempo.

Las ideas de suicidio son un síntoma de depresión. Pensar en la muerte, en desaparecer, como un intento de acabar con el sufrimiento, es muy frecuente. Sobre todo en este caso , no nos las arreglaremos solos, sino que consultaremos urgentemente con nuestro equipo de salud. Sí pueden ayudarnos.

Es importante tener en cuenta estas pautas que, si bien no pueden sustituir al tratamiento por parte de los profesionales, resultan útiles y favorecen el adecuado afrontamiento de los síntomas, la calidad de vida y, en consecuencia, suponen un beneficio orientado a la salud.

Insomnio

Unidad de Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet (Sector II), Zaragoza.
Clara Mª González Buey. *Enfermera*
Mª Victoria Santa Eulalia. *Enfermera Especialista en Salud Mental*
Alfonso Pérez Poza. *Psiquiatra*
Elena Ripol. *Terapeuta Ocupacional*
Yolanda De Juan Ladrón. *Psicóloga Clínica*

El insomnio es un trastorno del sueño. Las personas que padecen insomnio tienen dificultad para quedarse o mantenerse dormidas, o no se sienten descansadas al despertar. No tiene relación con la cantidad de horas de sueño, ya que cada persona necesita una cantidad de horas diferente.

¿Cuáles son las causas?

Puede ser consecuencia de fármacos, tóxicos, una enfermedad orgánica, de un trastorno mental, de un trastorno de sueño relacionado con la respiración (apneas de sueño), de lesiones neurológicas o de situaciones anormales del sueño, como el sonambulismo o los terrores nocturnos en los niños. En estos casos, se denomina insomnio secundario. El tratamiento del problema subyacente puede ayudar a mejorar el sueño.

Se habla de insomnio primario cuando no está asociado a otra causa, tratamiento o enfermedad, por lo tanto, el insomnio en sí necesita ser abordado específicamente.

¿Cuáles son los síntomas?

Es más frecuente en mujeres, y se hace más frecuente a medida que aumenta la edad. La descripción del insomnio incluye el malestar nocturno por no poder dormir satisfactoriamente, y también las consecuencias durante la actividad diurna.

- Se sienten cansadas o somnolientas.
- Se olvidan cosas o tienen dificultad para pensar con claridad.
- Se sienten ansiosas, irritables o deprimidas.
- Tienen menos energía o interés para hacer cosas.
- Cometen errores con más frecuencia de lo normal.

Estos síntomas pueden ser tan graves que pueden afectar las relaciones afectivas o la vida laboral de una persona.

¿Debo hacerme alguna prueba?

La mayoría de las personas con insomnio no deben hacerse ninguna prueba. Su médico o enfermero probablemente podrá diagnosticarlo con solo hablar con usted.

Es muy importante descartar la existencia de problemas que lo estén provocando, para lo cual puede ser necesario realizar estudios complementarios. En determinados casos, puede necesitar un estudio especializado en unidades del sueño.

¿Qué puedo hacer para mejorar el insomnio?

Las siguientes indicaciones le ayudarán a conciliar y mantener un sueño reparador.

- Debe irse a dormir y levantarse a la misma hora todos los días.
- Debe beber café, té y otros alimentos con cafeína/teína sólo por la mañana.
- Debe evitar el alcohol y fumar, especialmente por la noche.
- Usar un colchón adecuado.
- No mirar la hora antes de irse a dormir.
- Debe evitar mirar la pantalla de teléfonos o libros electrónicos que emanan luz.
- Debe hacer ejercicio varios días por semana, pero no justo antes de irse a dormir.
- Puede realizar actividades como la meditación, yoga o tai-chi.
- No realizar cenas copiosas.
- No ir a la cama con hambre ni sed.
- Debe mantener su habitación oscura, fresca y sin elementos que le provoquen estrés.
- Debe intentar resolver los problemas que tenga antes de irse a dormir.
- No preocuparse por funcionar mal al día siguiente si no duermen lo suficiente. Tales pensamientos pueden iniciar un ciclo en el que estar despierto por la noche aumenta su ansiedad, lo que hace más difícil dormir.
- No hacer siestas.
- Restricción de sueño: no quedarse en la cama por la mañana para "compensar" parte de su sueño perdido. Este sueño adicional puede hacer que sea más difícil para conciliar el sueño esa noche.
- Fototerapia: puede levantarse por la mañana para realizar actividad física con la exposición a la luz, por ejemplo, caminar por la calle.

Hará que se quede dormido más temprano en la noche.

Pautas antes de irse a dormir

Además, puede seguir las siguientes pautas para que se establezca una asociación entre los estímulos presentes en la habitación y la generación del sueño.

- Usar la cama sólo para dormir. En la cama no se permite televisor, teléfono, radio, comer, etc.
- Establecer una rutina para antes de acostarse, y siempre en el mismo orden (tomar algo caliente, leer un rato, lavarse los dientes, ir al baño...).
- Realizar alguna actividad de desaceleración, es decir, que no requiera mucho esfuerzo ni concentración.
- Puede realizar la relajación de Jakobson.
- Si no se concilia el sueño en 30 minutos aproximadamente, salir de la cama y de la habitación, y hacer una actividad relajante y monótona hasta sentir sueño, y sólo entonces volver a la cama; no antes. Repetir si es necesario.

Tratamiento farmacológico

Existen fármacos para dormir, los más utilizados son las benzodiazepinas. Pero debe tomarlos solamente si ya probó las técnicas mencionadas anteriormente. El uso más conveniente es durante periodos cortos de tiempo, o bien ocasionalmente en momentos puntuales. Debe evitarse la toma habitual, ya que desarrollan hábito y tolerancia.

La obesidad infantil y el ejercicio físico

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

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad infantil supone uno de los graves problemas de salud pública que existen en la actualidad. La prevalencia de la obesidad entre los lactantes, los niños y los adolescentes está sufriendo un incremento en todo el mundo. Uno de los mayores miedos reside en que los niños con obesidad tienen más probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de sufrir enfermedades crónicas.

Especifican que para poder combatir la obesidad en la infancia y la adolescencia es necesario examinar el contexto ambiental en los tres periodos cruciales del curso de vida: la pregestación y el embarazo; la lactancia y la primera infancia y la adolescencia.

Dentro de las recomendaciones que la OMS ha proporcionado en el informe *"Acabar con la obesidad infantil"* vamos a centrarnos en el aspecto de la actividad física que constituye el segundo apartado de recomendaciones de los seis que ofrece.

En este segundo apartado propone *"Aplicar programas integrales que promuevan la actividad física y reduzcan los comportamientos sedentarios en niños y adolescentes".*

Un dato a destacar en este apartado es que en el ámbito mundial, el 81% de los adolescentes entre 11 y 17 años no alcanzan los 60 minutos diarios de actividad física recomendada.

Dentro de esta recomendación encontramos dos objetivos bien definidos.

Objetivo nº 1

"Facilitar orientaciones dirigidas a niños y adolescentes, y a progenitores, cuidadores, profesores y profesionales de la salud, sobre la talla corporal saludable, los buenos hábitos de actividad física y sueño y el uso adecuado de programas lúdicos que suponen estar ante una pantalla"

Es importante crear el hábito de la actividad física ya que aporta beneficios para la salud en los niños y adolescentes, aumentando la capacidad cardiorrespiratoria y muscular, reduciendo la grasa corporal y mejorando la salud ósea.

Así mismo es imprescindible controlar el uso adecuado de las nuevas tecnologías ya que su uso prolongado ha generado nuevas conductas más sedentarias entre los menores. Una inadecuada alimentación así como un comportamiento sedentario (pasar demasiadas horas frente a la televisión, ordenador, teléfono móvil y/o videojuegos) sabemos que aumenta el riesgo de padecer sobrepeso, pudiendo llegar a desarrollar la denominada "OBESIDAD DIGITAL".

El termino obesidad digital fue descrito por Daniel Sieberg, para referirse al exceso de uso o dependencia de las nuevas tecnologías. Según la OMS el 25% de personas tienen trastornos de conducta relacionado con el uso de las nuevas tecnologías. Este trastorno puede acabar afectando a la vida privada del menor disminuyendo las relaciones sociales, familiares y el rendimiento escolar, con aparición de aislamiento, ansiedad, insomnio, alteraciones endocrinas, musculo-esqueléticas y/o cardiovasculares.

Objetivo nº2

"Velar por que en las escuelas los espacios públicos haya instalaciones donde todos los niños (incluidos los niños con discapacidades) puedan participar en actividades físicas en las horas de recreo, con la provisión de espacios para uno u otro sexo cuando sea apropiado".

La práctica de actividad física durante el tiempo libre es un buen indicador del estado de salud infantil. El estilo de vida activo se asocia a una mejor salud mental en los niños, reduciendo la incidencia de ansiedad, mejorando el autoestima y la motivación. En los escolares españoles un índice de masa corporal saludable se asocia con mayor bienestar psicológico.

Asimismo también incluyen el ejercicio en su quinto apartado "aplicar programas integrales que promuevan entornos escolares saludables, conocimientos básicos en materia de salud y nutrición y actividad física en niños y adolescentes en edad escolar" con un objetivo claro: *"Incluir en el plan de estudios de las escuelas una educación física de calidad y ofrecer personal e instalaciones adecuadas y pertinentes a tal efecto".*

Este apartado implica que el ejercicio físico tiene que estar implementado en la vida diaria de los menores desde su inicio. Sólo así se conseguiría una correcta prevención de la obesidad infantil. La prevención no sólo debe ser planteada a nivel individual sino también debe implantarse en el ámbito escolar. Por ello es importante la puesta en marcha de programas de prevención. Para ello es imprescindible que la educación nutricional incluya cambios de paradigma y que se tenga en cuenta la realidad social, económica y cultural de la población a prevenir, solo así se conseguirá mejorar la adhesión a las prácticas que se proponen.

Estrategias de prevención

Fomentar el deporte y actividades en equipo al aire libre, que permitan mejorar las relaciones interpersonales.

No utilizar durante las comidas móviles, videojuegos, etc. Ya que así se evitan distracciones y permiten aprovechar el tiempo para la comunicación familiar.

Potenciar el ocio saludable mediante lectura, cine, manualidades y actividades culturales que fomenten la socialización.

Limitar el uso de las nuevas tecnologías, pactando las horas de uso diario.

Colocar las tecnologías en espacios comunes y no en habitaciones, facilitando así la interacción familiar.

Es imprescindible dar ejemplo, ya que los niños tienden a imitar conductas de padres y adultos.

¿Qué es la disfagia y cómo abordarla?

Mª Isabel Ostabal Artigas. FEA intensivos Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Pilar López Herrero, Olga Aranda Molino, Ana Escusa Vicente, Eva Andrés Castillo y Roberto Álvarez Otazu. DUE intensivos Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Isabel Sancho Bayona y Ana Moreno Gómez. Auxiliar de enfermería UCI Hospital Miguel Servet. Zaragoza

La disfagia es un trastorno en el cual existe una dificultad para deglutir bien sea sólidos o líquidos desde la cavidad bucal y su paso hacia el estómago.

Ésta se define como un trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos o líquidos por una deficiencia de cualquiera de las cuatro fases o etapas de la deglución y que puede desencadenar entre otros problemas una neumonía por paso del alimento a la vía aérea en vez de a la digestiva, deshidratación, desnutrición e incluso en casos más graves obstrucción de la vía aérea.

Cuatro fases o etapas de la deglución

1. **Etapa pre-oral** o fase voluntaria que se origina cuando el alimento se introduce en la boca y se produce su salivación, lo cual es fundamental para la formación del bolo alimenticio.
2. **Etapa oral,** en ella la lengua empuja el bolo contra el paladar blando y el dorso de la boca.
3. **Etapa faríngea,** la epiglotis cierra el orificio de la laringe para evitar que el alimento y el líquido entren en la vía aérea, al igual que hay un cierre de la rinofaringe. A la vez se inhibe la respiración y el esfínter esofágico superior se relaja a medida que el bolo entra en el esófago. Las ondas peristálticas empujan el bolo hacia el estómago.
4. **Etapa esofágica**, tiene una duración de 6 a 8 segundos. Es involuntaria y se genera cuando las ondas peristálticas y la relajación del esfínter esofágico inferior, permite el paso del bolo hacia el estómago.

No podemos obviar que la capacidad de deglutir es esencial y fundamental en la vida de la persona y puede afectar a su calidad de vida. El trastorno de la deglución es una patología común en pacientes hospitalizados y puede presentarse en el contexto de patologías neurológicas o intubación prolongada entre otras.

En dependencia de los pasos afectados de la deglución se puede clasificar en:

- **Disfagia pre-oral y oral.** Que se puede producir por problemas para iniciar la deglución o por alteraciones masticatorias, que dificulten la formación del bolo alimenticio. Se caracteriza por un deficiente control de la cabeza (no suelen poder sostener la cabeza elevada y recta), sialorrea, excesivo movimiento de la boca al masticar, dificultad para coordinar la masticación, residuos de alimentos en la boca y algunas veces incluso disartria.
- **Disfagia oro-faríngea,** se define por la dificultad del paso del bolo desde la boca hasta el esófago cervical, ya sea por alteraciones del esfínter esofágico o por desórdenes laríngeos.
- **Disfagia faríngea,** en este tipo de disfagia se pueden presentar cambios de la voz después de comer, tos durante la deglución, regurgitación nasal, reflejo de deglución retardado, reflejo de náuseas reducido, sensación de alimento adherido a la garganta, dificultad para tragar sólidos e incluso dificultad para la deglución de las propias secreciones.
- **Disfagia esofágica**, se caracteriza por las alteraciones en el esófago superior, cuerpo esofágico, esfínter inferior y cardias. Generalmente se produce por causas mecánicas. Sus síntomas son la presencia de tos después de la deglución, sensación de reflujo o pirosis, cambios de la voz después de comer, también se pueden producir vómitos con el consiguiente riesgo de broncoaspiración.

La disfagia también se puede clasificar según el grado de compromiso funcional. Así ésta puede ser de grado leve, moderado o severo.

1. **Grado leve:** es una disfunción que predomina en la fase oral. Se caracteriza por un retraso en la deglución, pérdida del contenido oral, dificultad para la formación del bolo alimenticio. No hay tos ni disfonía tras la deglución. Hay un bajo riesgo de broncoaspiración
2. **Grado moderado,** hay una pérdida del contenido oral ya sea por incontinencia labial o salida del alimento por vía nasal, al igual hay una lentitud en el transporte del bolo alimenticio debido a la alteración en la contractilidad de labios y lengua, puede estar acompañada de disfonía, existe riesgo de aspiración bronquial.
3. **Grado severo,** se evidencia el riesgo que pueden presentar los pacientes de presentar una broncoaspiración y existe deterioro nutricional e incluso deshidratación.

Problemas asociados a la disfagia

- Riesgo de neumonía por broncoaspiración.
- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Deterioro de la calidad de vida.

Qué hacer ante un paciente con disfagia

- Comerá sentado, con la espalda recta y los pies apoyados en el suelo.
- La persona que le da la comida se pondrá frente a él y a su misma altura.

Se le dirá que no intente hablar mientras come.

- Se le dará de comer mientras el paciente mantiene la cabeza inclinada hacia delante, para así cerrar el acceso a las vías aéreas.
- Si tiene parálisis de un lado o afectación de las cuerdas vocales de un lado, comerá con la cabeza inclinada hacia delante y dirigida hacia el lado contrario del paralizado.
- Se irán probando consistencias o texturas de los alimentos y se adaptará la comida a la textura tolerada por el paciente, mediante espesantes que venden en farmacia (textura néctar, miel o pudding).
- No se darán alimentos de diferentes texturas mezclados (por ejemplo sopas).
- Existe agua gelificada para casos de disfagia a líquidos.
- No se darán alimentos que se peguen al paladar.
- Se vigilaran posibles signos de atragantamiento como tos, trabajo respiratorio, vómitos, etcétera.

Etiquetado nutricional, que no nos engañen

Belén Redón Jordán
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00185

Llevamos un ritmo de vida acelerado, sin tiempo de pararnos a mirar detalladamente cada producto que adquirimos, pero al mismo tiempo nos preocupamos cada vez más por nuestra salud y que los alimentos que tomamos sean saludables. ¿Se aprovechan de esto las empresas alimentarias?

Constantemente vemos envases de productos con la palabra "light", "cero", "sin azúcar añadido", "libre de grasas trans"... pero en realidad, ¿sabemos lo que significa? ¿sabemos leer las etiquetas de los alimentos? Debemos estar atentos y no dejarnos llevar por una imagen o por un reclamo publicitario, debemos dar la vuelta al envase y mirar detalladamente.

¿Qué ingredientes deberíamos de limitar en la alimentación?

Azúcar

El azúcar es un nutriente muy sencillo y por esto se absorbe muy rápidamente. El efecto que produce es una subida brusca del azúcar en la sangre, dando como resultado una hiperglucemia (cantidad de azúcar por encima de lo normal en sangre), haciendo trabajar en exceso al páncreas para compensar y normalizar esta situación. Este proceso, llevado a cabo de forma constante y a lo largo del tiempo, puede derivar en una diabetes.

Grasas saturadas y grasas trans

Este tipo de grasas aumentan el riesgo de enfermedad del corazón por propiciar el acúmulo de colesterol en las arterias.

Sal

El sodio aportado por la sal, en exceso, incrementa el riesgo de padecer hipertensión arterial por la acumulación de agua que este conlleva, por esto además, puede provocar enfermedad cardiaca, saturar los riñones provocando su mal funcionamiento (posible insuficiencia renal), entre otras complicaciones.

¿Cómo los podemos encontrar en la etiqueta?

Por un lado es importante observar el listado de ingredientes, ya que este nos aporta una gran información. El orden en el que aparecen es de mayor a menor cantidad en el producto, por lo que cuanto antes veamos en la lista los ingredientes como el azúcar, grasas vegetales, trans o hidrogenadas grasa de palma, etc, mayor cantidad tendrá.

Por otro lado, los nutrientes que deberíamos limitar, y que por sus efectos sobre la salud son incluidos obligatoriamente en los etiquetados nutricionales, son los azúcares, las grasas saturadas y la sal.

El total de carbohidratos está compuesto principalmente por almidón, azúcar y fibra vegetal. Al especificarse el azúcar por separado de este total, es en el que nos fijamos y limitamos en la medida de lo posible. Una forma sencilla y rápida de valorarlo, es viendo la diferencia entre "carbohidratos totales" y "de los cuales azúcares", cuanto mayor sea esta diferencia, menor proporción de azúcares tendrá el alimento. Otra forma de detectarlo es limitar aquellos alimentos cuya cantidad de azúcar por cada 100g de producto sólido sea mayor a 6,75g, y 3,4g por 100ml de producto líquido.

De igual forma sucede con la grasa. Vemos especificada la grasa total (ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados, siendo estos ácidos grasos saludables; y ácidos grasos saturados y trans, siendo estos ácidos grasos no saludables). De igual forma que en los carbohidratos, cuanta mayor sea la diferencia entre la cantidad de "grasas totales" y "de las cuales saturadas", menos proporción de estas habrá, y más saludable será esta grasa. De la misma manera la cantidad de grasa saturada debería ser inferior a 1,5g por cada 100g de producto sólido, y 0,75g por cada 100ml de producto líquido.

La cantidad de sal total diaria no debería superar los 5g por día, por eso tenemos que cuidar tanto la cantidad de sal incluida en los alimentos y aquella que añadimos en la mesa. Así, en los alimentos envasados, la cantidad no debería superar los 0,45g por cada 100g de producto sólido, y 0,2g por cada 100ml de producto líquido.

Aunque las cantidades siempre se especifican por 100g o 100ml, en algunos productos, para facilitar la comprensión se suele expresar de acuerdo a las porciones o unidades de consumo, ya que estas cantidades son las que vamos a tomar, para así poder hacernos una idea de la cantidad que realmente consumimos.

Que nada te quite el sueño

Amaya Carceller Tejedor. *Psicóloga del Hospital San Jorge de Huesca*

Muchas personas sufren alteraciones en el sueño. El insomnio es el trastorno de sueño más frecuente en la población general, pudiendo estar presente entre el 40% de la población. Es una dolencia que afecta sobre todo a mujeres de mediana edad, y a ancianos.

Existen dos tipos de insomnio:

- El insomnio de inicio o de conciliación, cuando el problema es que nos cuesta conciliar el sueño, siempre más de 30 minutos desde que nos acostamos.
- El insomnio de mantenimiento, cuando el problema está en que nos despertamos varias veces a mitad de noche, o cuando nos despertamos de una forma precoz por la mañana.

Hay también situaciones en las que dormimos un número de horas suficiente, pero tenemos la sensación de que el sueño no ha sido reparador.

Causas que nos producen estos trastornos

- **Causas Orgánicas:** Aquí se incluyen enfermedades o trastornos del metabolismo, hormonales, digestivos o neurológicos, entre otros. Cualquier tipo de malestar o dolor que pueda interrumpir el buen descanso o la conciliación del sueño puede considerarse causa de insomnio.
- **Causas Externas o Ambientales:** Son aquellas que responden a malos hábitos de sueño o la ingesta de ciertos medicamentos o sustancias (alcohol, café, excitantes, tabaco etc.), cambios en los horarios y rutinas, entornos poco propicios para un buen descanso, entre otros. Por ejemplo, los cambios de horario frecuentes o viajes que afectan nuestro ritmo sueño/vigilia pueden llegar a derivar en problemas a la hora de dormir y disfrutar de un sueño reparador.
- **Causas Emocionales o Psicológicas:** Hace referencia a la afectación de ciertos sucesos a nuestro equilibrio emocional y psíquico. Aquí nos encontramos con estados de ansiedad, períodos de estrés, preocupaciones diarias o nerviosismo, entre otros.

Hay varios tratamientos psicológicos para el insomnio, sobre todo para los que son de tipo ambiental o emocional.

El control de estímulos

El tratamiento que ha tenido mayor evidencia empírica ha sido el control de estímulos. Fue desarrollado por Bootzin y consiste en reducir conductas incompatibles con el sueño y regular el horario sueño/vigilia, estableciendo una asociación entre el sueño y los estímulos de la habitación (ir a la cama sólo cuando se tenga sueño, hacer una rutina relajante antes de acostarse, si a los 15-20 minutos de estar en la cama no se duerme hay que levantarse e irse a otra habitación, mantener horarios regulares para dormir, no dormir siesta y no utilizar la cama para realizar otras actividades diferentes a dormir).

Por otra parte, también ha mostrado ser eficaz la higiene del sueño, que consiste en educar a la persona en prácticas saludables que faciliten el sueño, mejorando los factores ambientales y el estilo de vida. Entre las principales indicaciones están: no consumir cafeína 6 horas antes de dormir, evitar fumar y consumir alcohol dos o tres horas antes de acostarse, no realizar ejercicio físico en exceso antes de ir a dormir, no comer grandes cantidades de alimentos o líquidos antes del sueño, controlar el ambientes de la habitación (temperatura, ruidos, luminosidad...), utilizar un buen colchón, no ir a la cama con hambre o sed y retirar el despertador de la habitación para reducir la ansiedad.

De igual forma, se utilizan técnicas de relajación, ya que hay muchos pacientes que muestran altos niveles de activación fisiológica. Destaca la relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno o la meditación.

Como último recurso, también se pueden prescribir fármacos, siempre consultando a un médico previamente, que valorará la idoneidad de éstos.

Si usted sufre esta dolencia desde hace mucho tiempo y no consigue regular su sueño siguiendo estos consejos, no dude en consultar con su médico o psicólogo clínico.

Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria Aragón necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.

Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones

Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com

La nueva era de los tratamientos personalizados

Dr. Pedro Mateo de las Heras
Unidad de Oncología. Hospital Quirón y Hospital Montpellier de Zaragoza

Con el siglo XXI ha comenzado una nueva era en el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Estamos en un momento muy atractivo y esperanzador por la cantidad de nuevos fármacos que se están sumando al arsenal terapéutico y con los que se está consiguiendo aumentar la respuesta y la supervivencia.

Los nuevos tratamientos sistémicos también denominados biológicos, dirigidos o diana, se diferencian, del hasta ahora tratamiento sistémico por excelencia, la Quimioterapia, en lo siguiente:

- **Mecanismo de Acción.**

Los nuevos tratamientos bloquean de forma específica y selectiva un aspecto concreto de la biología celular o tumoral.

La Quimioterapia destruye células indiscriminadamente, tumorales y sanas.

- **Toxicidad.**

Los nuevos menor, más tolerable y controlable.

- **Efectos Secundarios.**

Los nuevos: inflamatorios (inmunoterapia), piel y diarrea (tki), vasculares (antiangiogénicos).

La Quimioterapia: generalizados (alopecia, pancitopenia, multiorgánicos)

¿Cuáles son las dianas de los tratamientos dirigidos?

- **Proceso de Crecimiento Celular.**

- Generación de la señal: receptores de membrana (extracelular e intracelular).
- Transmisión de la señal: cascada de señalización (intracelular).

- **Proceso de Formación de Nuevos Vasos.**

- Neoangiogénesis.

- **Sistema Inmune.**

Clasificación de los nuevos tratamientos según la diana hacia la que van dirigidos

1. GENERACIÓN DE LA SEÑAL DEL CRECIMIENTO CELULAR.

1.1. Inhibidores de Receptores de Membrana Extracelular = Anticuerpos Monoclonales.

Son anticuerpos contra una diana elegida. Dado que el ser humano no puede producir anticuerpos contra moléculas que le son propias, se inyectan estas moléculas purificadas de tumores humanos en animales como el ratón o el conejo que las reconocen como ajenas y, activado su sistema de defensa inmune, fabrican anticuerpos contra las mismas. Estos anticuerpos, debidamente purificados y modificados para su utilización en humanos, pueden ser reinyectados en pacientes con cáncer cuyas células presentan o necesitan de la actividad de la molécula diana. Los anticuerpos se unirán a las células tumorales, que poseen en su membrana gran cantidad de los receptores a los que se dirige el tratamiento y conducirán a la destrucción de estas células o a una parada en el crecimiento del tumor.

a) Anti HER1 (EGFR):

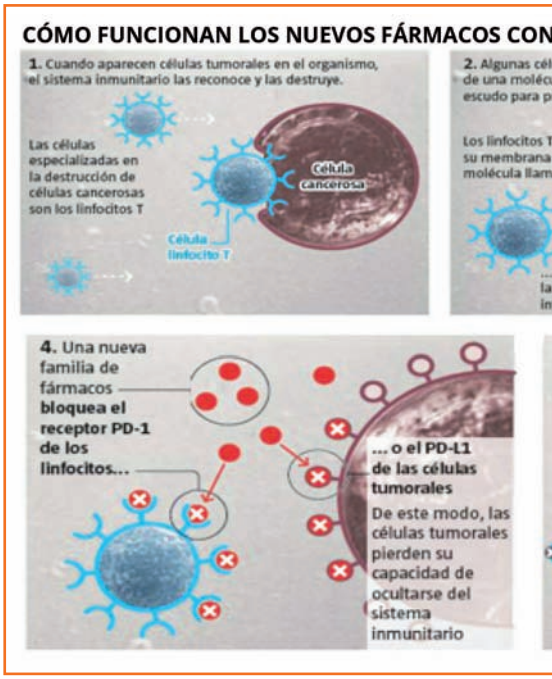
- Cetuximab (Erbitux): Ca. Colorectal y Ca. Cabeza-Cuello
- Panitumumab (Vectibix): Ca. Colorectal

b) Anti HER2:

- Trastuzumab (Herceptin): Ca. Mama y Ca. Gástrico
- Pertuzumab (Perjeta): Ca. Mama
- T-DM1 (Kadcyla): Ca. Mama

1.2.- Inhibidores de Receptores de Membrana Intracelular = Inhibidores de Tirosinkinasa.

Cuando el receptor de membrana, sea del tipo que sea, recibe la señal desde el exterior, experimenta un cambio en su parte o dominio intracelular que activa una reacción enzimática. En muchos casos, la reacción enzimática asociada al dominio intracelular de los receptores de membrana es del tipo llamado tirosina quinasa. Es un tipo de interacción entre proteínas que permite que una proteína active o inactive a otra haciéndola pasar de un estado de reposo a otro de actividad o viceversa. Los fármacos dirigidos a impedir esta reacción tirosina quinasa, con actividad en algunos tumores que son particularmente dependientes de este proceso enzimático, son los llamados inhibidores de la tirosina quinasa. Se trata de fármacos orales, habitualmente bien tolerados y que se pueden tomar de continuo, si el paciente no presenta mucha toxicidad, hasta que la enfermedad se haga resistente a ellos.



a) Anti HER1 (EGFR):

- Erlotinib (Tarceva), Gefitinib (Iressa), Afatinib (Giotrif): Ca. Pulmón

b) Anti HER2:

- Lapatinib (Tyverb): Ca. Mama

c) Anti PDGFR, c-Kit, bcr-abl:

- Imatinib (Glivec): LMC Ph+, GIST

d) Anti VEGFR, PDGFR, c-KIT:

- Sunitinib (Sutent): Ca. Renal y GIST
- Sorafenib (Nexavar): Ca. Renal y Hepatocarcinoma
- Pazopanib (Votrient): Ca. Renal y Sarcomas
- Axitinib (Inlyta): Ca. Renal
- Nintedanib (Vargatef): Ca.Pulmón
- Regorafenib (Stivarga): Ca.Colon, GIST

2. TRANSMISIÓN DE LA SEÑAL DEL CRECIMIENTO CELULAR.

Fármacos dirigidos a inhibir proteínas que están activadas en múltiples tumores y su activación es capaz de generar proliferación y de evitar la muerte programada de las células, lo que conduce a su crecimiento desordenado.

a) Inhibidores de mTOR:

-Everolimus (Afinitor): Ca. Renal, Ca. Mama, Neuroendocrinos
- Temsirolimus (Torisel): Ca. Renal

b) Inhibidores de PARP:

- Olaparib (Lynparza): Ca. Ovario

c) Inhibidores de BRAF:

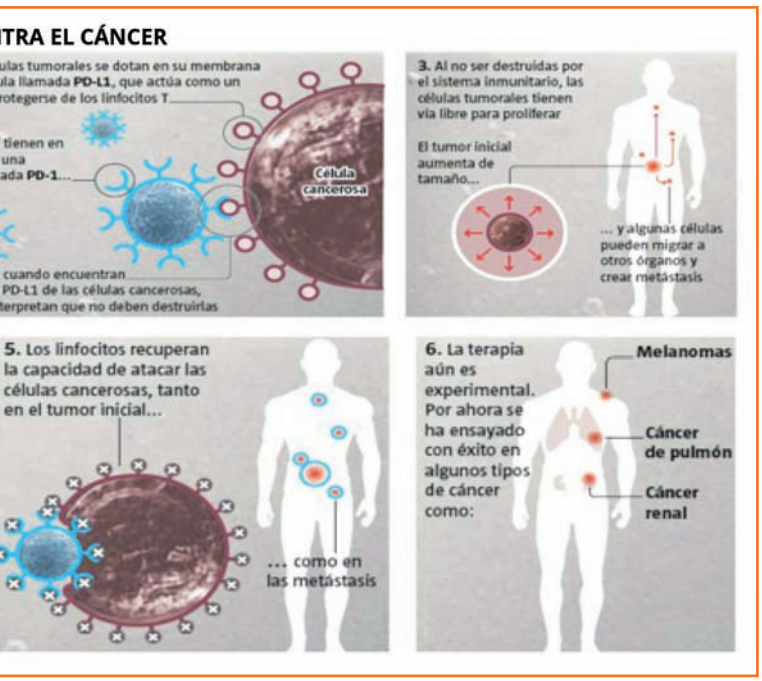
- Vemurafenib (Zelboraf), Dabrafenib (Tafinlar): Melanoma

d) Inhibidores de MEK:

- Trametinib (Mekinist), Cobimetinib (Cotellic): Melanoma

3. PROCESO DE FORMACIÓN DE NUEVOS VASOS SANGUÍNEOS = ANGIOGÉNESIS

Son aquellos fármacos que actúan inhibiendo la producción de nuevos vasos sanguíneos que el tumor requiere para seguir creciendo. La neoangiogénesis es posible merced a la liberación por parte del tumor de sustancias (llamadas proangiogénicas) que inducen la



formación de nuevos vasos, bien sea en base a la ramificación de los vasos ya existentes o a la generación de vasos nuevos a partir de células con capacidad para hacerlo. Una de las sustancias proangiogénicas más estudiadas y conocidas es el factor de crecimiento endotelial o VEGF (del inglés vascular endothelial growth factor). Esta proteína actúa como ligando de su receptor específico (el VEGFR) y, al unirse al mismo, desencadena los eventos moleculares que llevan a la proliferación y diferenciación de las células que generarán nuevos vasos.

a) Inhibidores de la Angiogénesis:

- Bevacizumab (Avastin): Ca.Colon, Ca.Mama, Ca.Pulmón, Ca.Ovario, Ca.Renal, Ca.Cervix
- Ramucirumab (Cyramza): Ca.Gástrico, Ca.Colon, Ca.Pulmón
- Aflibercept (Zaltrap): Ca.Colon
- Sunitinib (Sutent): Ca. Renal y GIST
- Sorafenib (Nexavar): Ca. Renal y Hepatocarcinoma
- Pazopanib (Votrient): Ca. Renal y Sarcomas
- Axitinib (Inlyta): Ca. Renal
- Regorafenib (Stivarga): Ca.Colon, GIST
- Nintedanib (Vergatef): Ca.Pulmón

4. INMUNOTERAPIA

La Inmunoterapia ha revolucionado el tratamiento del cáncer y se ha convertido en la terapia más esperanzadora y capaz de desbancar a la Quimioterapia, como el principal tratamiento sistémico, en la lucha contra el cáncer.

En 2012, se aprobó en España el primer fármaco inmunoterápico contra el melanoma avanzado (Ipilimumab) y, desde entonces, la inmunoterapia del cáncer ha pasado de aplicarse solo en este tipo de tumor a aplicarse (o experimentarse vía ensayos clínicos) en una gran variedad de ellos, como los cánceres de pulmón, riñón, cabeza y cuello, estómago, vejiga, linfoma Hodgkin y subgrupos específicos de cáncer de mama y colon.

Una de las características que necesitan las células cancerígenas para crecer es la de evitar al sistema inmune de nuestro organismo que está naturalmente preparado para destruir células que crecen descontroladamente. La inmunoterapia se basa en un concepto sencillo: existen una serie de 'puestos de control' o 'checkpoints' en el sistema inmunológico que son las vías inhibitorias que amortiguan o bloquean la respuesta inmune. Así, las terapias inmunes están diseñadas para bloquear o inhibir estas vías inhibidoras.

1) Anti CTLA-4:

- Ipilimumab (Yervoy): Melanoma

2) Anti PD1:

- Pembrolizumab (Keytruda): Melanoma, Ca.Pulmón
- Nivolumab (Opdivo): Melanoma, Ca.Pulmón, Ca.Renal

3) Anti PDL1:

- Atezolizumab: Ca.Pulmón, Ca.Vejiga

"La medicina es el remedio para el presente, la investigación es la esperanza para el futuro"
Mariano Barbacid

CENTRO ECUESTRE CIZUR
PRÓXIMA APERTURA
ASTRAIN
ZIZUR MAYOR
ZARIQUIEGUI
CENTRO ECUESTRE CIZUR
JESÚS GONZÁLEZ AYARRA
MARTA ERROZ FERRER
Autovía A-12 Pamplona-Logroño, Salida 9
31190 Astrain - Navarra
618 757 284
info@centroecuestrecizur.com
COMIENZO CURSO 15 SEPTIEMBRE ¡¡APÚNTATE!!
CLASES de INICIACIÓN y de TECNIFICACIÓN (doma y salto),
COMPETICIÓN, EQUINOTERAPIA, PUPILAJES...
NUEVO CONCEPTO de HÍPICA,
INNOVADORAS INSTALACIONES,
Bar-Restaurante...
LO QUE SIEMPRE HAS SOÑADO PARA TI Y TU CABALLO.
¡TE ESPERAMOS!

Experiencias grupales en psiquiatría

Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza
Yolanda de Juan Ladrón. *FEA Psicología Clínica*
Alfonso Pérez Poza. *FEA Psiquiatría*
María Victoria Santa Eulalia Gonzalvo. *Enfermera especialista en Salud Mental*
María Elena Ripol Muñoz. Terapeuta Ocupacional

Las problemas de las Unidades de agudos en cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas grupales, según la mayoría de los autores que han tratado este tema, vienen derivados por los tiempos de estancia, cada vez más breves y el alto grado de rotación de pacientes con una gran diversidad de patologías de considerable gravedad.

Esto determina la existencia de una marco extremadamente fluctuante y variable que imposibilita las enfoques psicoterapéuticos habituales, resultando imprescindible modificar las técnicas generales de psicoterapia de grupo para adaptarlas a una situación muy concreta como son los grupos con pacientes agudos internos.

Experiencias grupales en la planta de agudos del H. U. Miguel Servet

Presentamos en este artículo la experiencia grupal que se ha llevado a cabo durante 6 años (desde mayo del 2008 hasta marzo del 2014) en la Unidad de Hospitalización de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Esta iniciativa surgió como manera de dar respuesta a algunas de las necesidades observadas en los pacientes ingresados, y fue puesta en marcha por una Psicóloga clínica del Servicio de Psiquiatría de dicho Hospital en estrecha colaboración con los residentes de Psicología Clínica que fueron rotando por dicha Unidad.
Siguiendo a Yalom (1996) el terapeuta que vaya a iniciar un grupo de terapia en este contexto debería seguir tres pasos: Evaluar la situación clínica, formular objetivos específicos y modificar la técnica tradicional.
El trabajo del psicoterapeuta que esté diseñando un grupo de pacientes internos comienza por organizar una campaña a fin de conseguir las mejores condiciones posibles, tratando de contar con el apoyo del personal de la Unidad para asegurarse de que la terapia de grupo constituya una parte integral del programa. No hay que perder tampoco de vista que el entorno de la unidad es un factor que también influye en la terapia con los pacientes, ocurriendo procesos paralelos a través de todo el sistema, así el estrés que pudiera existir en el seno de la unidad repercutirá en el grupo y viceversa, viéndose el mismo grupo favorecido por la existencia de un ambiente de trabajo sano.

Con el objeto de crear una experiencia lo más constructiva posible y positiva, el terapeuta debe reducir al mínimo el conflicto y subrayar el apoyo, siendo capaz de ofrecerlo rápida y directamente. Reconociendo abiertamente los puntos fuertes y contribuciones positivas de cada paciente.
Centrarse en "el aquí y ahora" puede ayudar a los pacientes a aprender una gran cantidad de habilidades interpersonales: a comunicarse de una forma más clara, a aproximarse a los demás, a expresar sentimientos positivos, a tomar conciencia de sus peculiaridades, a escuchar, a ofrecer apoyo, a autorrevelarse y a hacer amistades entre otras.
Una manera de incorporar una estructura en este escenario consiste en dividir cada sesión en una secuencia coherente de acontecimientos (primeros minutos, definición de la tarea, llevarla a cabo y minutos finales).
Otra forma de a dar estructura consiste en definir claramente los límites que rodean a la tarea, de este modo el grupo de pacientes internos parecerá menos fragmentado y más estable. Contratos claros sobre la puntualidad y asistencia al grupo, iniciar y terminar cada sesión puntualmente, no programar actividades que interfieran con el grupo, criterios

claros para la participación y salida de los pacientes del grupo, instrucciones sobre la confidencialidad,... son algunas de las estrategias que ayudan a definir estos límites.
Finalmente la terapia no puede tener lugar sin que exista un sentimiento de cohesión grupal en el cambiante medio de estas unidades, así tanto la puntualidad, como la previsibilidad, las reuniones diarias, unido a la clarificación de la lógica, las metas del grupo y la orientación explícita de los pacientes hacia las mismas incrementará la cohesión grupal en el entorno de estas unidades.
La participación media de los grupos llevados a cabo se situó en torno a 13 pacientes (con un rango que oscila entre los 7 y los 18), el grupo es abierto y con una duración flexible (en torno a los 45 minutos) evitando sesiones excesivamente largas que requieran de un nivel atencional que habitualmente excede las posibilidades del paciente que se encuentra en la fase aguda de su enfermedad.
Los grupos eran conducidos por una terapeuta (Psicóloga Clínica de la Unidad) y por uno u ocasionalmente dos coterapeutas (PIR y/o MIR de Psiquiatría).

El grupo psicoeducativo

Se realizaba todos los lunes, jueves y viernes, en horario de 10,30 a 11,15 horas. Las sesiones estaban divididas en 3 tiempos tal y como se ha descrito anteriormente y se desarrollaban en círculo. La intervención psicoterapéutica iba dirigida a potenciar cuidados básicos para disminuir recaídas, pedir ayuda temprana y mejorar la calidad de vida. Los contenidos de las sesiones versaban sobre temas variados (algunos ejemplos):

- Señales de alarma y prevención de recaídas
- Factores protectores de enfermedad
- Relación entre nivel de actividad y estado de ánimo
- Manejo de la impulsividad
- Ansiedad
- Ingreso en Psiquiatría: implicaciones afectivas y cómo aprovecharlo al máximo
- Planes al alta y continuidad de cuidados
- Familia y enfermedad

El Grupo de Estimulación Cognitiva y Emocional

Se realizaba todos los martes en horario de 12 a 13 horas. Se trabajaba sentados alrededor de una mesa, con textos breves (cuentos, relatos, fábulas...) seleccionados por su contenido metafórico, facilidad de lectura y mensaje positivo. El objetivo es trabajar los recursos cognitivos y movilizar la parte emocional (afectos positivos y valores).
Los participantes leen el texto, a continuación se hace un resumen lo más literal posible y finalmente comparten, de forma voluntaria, el significado personal que para cada uno ha tenido. Se hace un cierre por parte del terapeuta en el que se rescata y connota positivamente las diversas intervenciones que han surgido en la sesión y se trata de relacionar e integrar las aportaciones con los contenidos que se trabajaban de forma paralela en los grupos psicoeducativos.

Conclusiones

Sorprende la buena acogida y el buen funcionamiento de los grupos, siendo éstos un espacio privilegiado para la reevaluación y seguimiento de los pacientes. Dada la complejidad que entraña la conducción de este tipo de grupos, la coterapia cobra especial importancia, siendo imprescindible para el óptimo funcionamiento de los mismos. Cuando los participantes se sitúan entre 10 o 12 correlaciona con un mejor funcionamiento de la dinámica grupal y favorece el mejor aprovechamiento de las sesiones.
La Terapia de Grupo es un elemento terapéutico muy importante en las plantas de agudos. En líneas generales, estos hallazgos coinciden con la mayoría de los datos encontrados en revisión bibliográfica. (Galletero J.M. y otros, 2002;Bazzoni A. y otros, 2001; Lubin B. y otros, 1999).

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

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

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

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

T 695 480 160 aragon@zonahospitalaria.com

Manejo perioperatorio de los pacientes con diabetes mellitus

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

La Diabetes Mellitus es una condición metabólica crónica de hiperglicemia que resulta de la alteración en la secreción y/o acción de la insulina. El estado de hiperglicemia crónica se asocia a largo plazo con disfunción e insuficiencia de diversos sistemas, especialmente el ocular, renal, tejido nervioso y cardiovascular.

Esta enfermedad metabólica afecta entre el 2 y el 6% de la población observándose en los últimos años un aumento mantenido en su prevalencia en la población mundial. Los pacientes con esta patología tienen riesgo de desarrollar importantes complicaciones posteriores a un procedimiento quirúrgico tales como infecciones o enfermedad coronaria asintomática, lo que hace imperativo un adecuado control glucémico perioperatorio.

Se estima que la prevalencia de Diabetes Mellitus es del 20% en pacientes quirúrgicos y 25% en pacientes hospitalizados. Además los pacientes diabéticos tienen un 50% de probabilidad de requerir cirugía de cualquier tipo alguna vez en la vida.

Los síntomas característicos de hiperglicemia crónica son poliuria, pérdida de peso y polifagia. Además existen complicaciones agudas de la diabetes como la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar no cetósico que pueden llegar a ser graves si no se tratan precozmente. Los dos tipos principales de diabetes son la Diabetes Mellitus tipo 1 que se caracteriza por un déficit absoluto en la secreción de insulina, y la Diabetes Mellitus tipo 2 que asocia el déficit de insulina a una resistencia a la acción periférica de la misma.

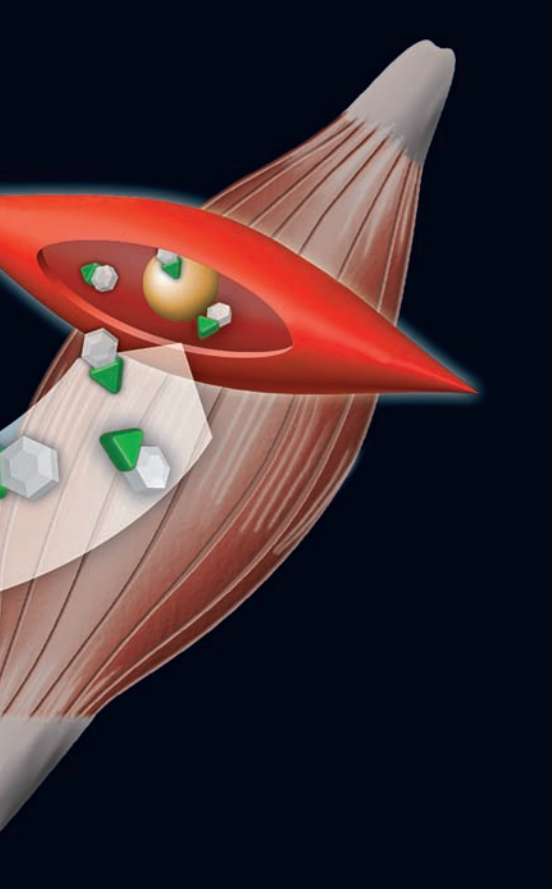
Importancia del control glicémico preoperatorio

Es necesaria una adecuada evaluación del paciente con Diabetes Mellitus previa a la cirugía para realizar los ajustes requeridos en caso de descontrol de la glucemia, ya sea por hipoglucemia o por hiperglucemia.

Se ha demostrado que la hiperglucemia es un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones postoperatorias y de complicaciones cardiovasculares, alterando la respuesta inmune y produciendo un estado proinflamatorio en el período perioperatorio. Los procedimientos quirúrgicos producen un aumento de la respuesta al estrés en el paciente, desencadenando liberación de hormonas que favorecen un aumento de la glucemia, como el glucagón, las catecolaminas, y el cortisol. Además el

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN
Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web
www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico



paciente desarrolla una mayor resistencia a la insulina, lo que provoca en el desarrollo de hiperglucemia intra y/o postoperatoria.

De esta forma, los pacientes con hiperglucemia, ya sea por descontrol de su Diabetes Mellitus o por respuesta al estrés quirúrgico, presentan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad asociado al desarrollo de infecciones (de la herida quirúrgica o infecciones pulmonares entre otras), accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal e isquemia miocárdica. Esto es más evidente en los pacientes diabéticos que se someten a cirugía de by-pass coronario.

Como recomendación general, los pacientes diabéticos deben tener su cirugía a primera hora del día para disminuir las interrupciones de su manejo basal cuando se inicia el ayuno.

Respecto a los exámenes de laboratorio, éstos deben ser solicitados para conocer el control glucémico con el que se presenta el paciente a la cirugía y buscando alteraciones cardiovasculares y renales. Se recomienda el uso de hemoglobina glicosilada para evaluar el control glucémico en los tres meses previos a la cirugía. Para conocer la función cardiovascular y renal se debe solicitar un electrocardiograma en busca de indicadores de isquemia miocárdica previa o actual y creatinina sérica para evaluar daño renal crónico, ya que ambos son factores de riesgo para el desarrollo de eventos cardiovasculares e insuficiencia renal en el postoperatorio.

Las complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus como son la cetoacidosis y el coma hiperosmolar deben ser tratados y corregidos antes de la cirugía programada. Durante el período perioperatorio el manejo de la glucemia debe mantenerse idealmente entre cifras de 120 a 200 mg/dl.

Diabetes Tipo 2 tratado sólo con dieta: Estos pacientes no requieren un manejo perioperatorio particular. Se recomienda controlar la glucemia en el preoperatorio y precozmente al finalizar la cirugía y, si es necesario, corregir los niveles de glucosa sanguínea usando insulina subcutánea.

Diabetes Tipo 2 tratado con antidiabéticos orales: Existen diferentes tipos de antidiabéticos orales utilizados para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Antidiabéticos que aumentan secreción de insulina:

- Sulfonilureas (glipizide y tolbutamida). Actúan aumentado la secreción de insulina desde las células del páncreas. Tienen vida media larga, alcanzando hasta 72 h, por lo que aumentan el riesgo de desarrollar hipoglicemia durante el ayuno. Se recomienda suspender las sulfonilureas 24 horas antes de la cirugía dado el riesgo de presentar hipoglicemia sintomática preoperatoria.

Antidiabéticos que aumentan la sensibilidad a la insulina:

- Biguanidas. La metformina, único representante de este grupo, actúa en los hepatocitos disminuyendo la producción hepática de glucosa y, a nivel periférico, aumentando el depósito de ésta. Uno de los efectos adversos es la acidosis láctica en pacientes con deterioro de la función renal. Se recomienda suspender la metformina de uno a dos días antes de una cirugía electiva, sobre todo si se sospecha que habrá inestabilidad hemodinámica o alteración de la perfusión renal durante el procedimiento, como por ejemplo, cirugía vascular complicada. Si los pacientes poseen un buen control metabólico ambulatorio, la suspensión de los antidiabéticos orales durante el período perioperatorio no debiera desencadenar hiperglucemia, pero en caso de presentarla, se puede utilizar insulina subcutánea de acción corta.

Diabetes tipo 1 y 2 tratados con insulina: Si el procedimiento es breve y de baja complejidad puede continuar con la administración de insulina por vía subcutánea. En caso que el paciente utilice insulina NPH, lenta o glargina, la noche previa a la cirugía se debe administrar dos tercios de la dosis habitual nocturna y la mitad de la dosis matinal habitual en la mañana del procedimiento. Lo anterior es fundamental para los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 con el fin de prevenir el desarrollo de cetoacidosis. Además, para evitar los efectos metabólicos del ayuno, se recomienda iniciar suero glucosado al 5%,

Para cirugías de mayor duración y alta complejidad se recomienda el uso de insulina por infusión endovenosa, ya que ha demostrado un mejor control glicémico y una rápida titulación en caso de ser necesario. Con el fin de evitar la aparición de hipoglicemia y para aportar sustrato calórico, se administra glucosa en forma de suero glucosado al 5%

La infusión debe iniciarse al menos 2 h previas a la cirugía y durante la cirugía, se debe controlar la glucemia cada hora con mientras se mantenga la infusión endovenosa de insulina.

PILAR MOROS BORGOÑÓN
Gabinete de Psicología Clínica
Alfonso X el Sabio, 6
50006 Zaragoza
976 380 936
moros.pilar@gmail.com

GABINETE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ADOLESCENCIA: DEPRESIÓN/ANSIEDAD/OBSESIONES/MIEDOS/TIMIDEZ/ RELACIONES AMOROSAS/FRACASO EN LOS ESTUDIOS/AGRESIVIDAD/PASIVIDAD

ADULTOS: DEPRESIÓN/ANSIEDAD/FOBIAS/OBSESIONES/ESTRÉS…

PROBLEMAS PAREJA (COMUNICACIÓN/CELOS/CULPABILIDADES/ COMPORTAMIENTO AGRESIVO…)

FRACASO AMOROSO (DESAMOR, SEPARACIÓN, RUPTURA…)

APOYO PARA SUPERAR LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO

CONTROL DE LA AGRESIVIDAD, LA IRA Y LA AMARGURA

Psicosis y enfermedad de Parkinson

Alberto Matías Sanfrutos. MIR Psiquiatría Hospital Royo Villanova
Jennifer Paola Paolini San Miguel. MIR Psiquiatría CRP Nuestra Señora del Pilar
Yolanda De Juan Ladrón. Psicóloga de Hospital de Día de HUMS
Victoria Santa Eulalia Gonzalvo. Enfermera Hospital de Día de HUMS
Elena Ripol Muñoz. Terapeuta Ocupacional de Hospital de Día de HUMS
Alfonso Pérez Poza. FEA Psiquiatría en Hospital de Día de HUMS

La enfermedad de Parkinson es un tipo de trastorno neurológico del movimiento que se da cuando determinadas neuronas no producen suficiente dopamina, tratándose fundamentalmente de las neuronas situadas en la Sustancia Negra, una región del mesencéfalo.

Algunos casos son genéticos pero la mayoría no se dan según un patrón familiar.
Se produce una evolución lenta de los síntomas, en general, en un lado del cuerpo para después afectar a ambos lados, siendo los síntomas más habituales el temblor en las manos, brazos, piernas, mandíbula y cara, así como rigidez en extremidades y el tronco, lentitud de movimientos y problemas de equilibrio y coordinación.
A medida que la enfermedad avanza, se puede comenzar a tener dificultades para caminar o realizar tareas simples. También puede sobreañadirse un trastorno depresivo, trastornos del sueño o dificultades para la deglución o la fonación, así como un trastorno psicótico, que es lo que aquí nos ocupa.
El diagnóstico de la EP (Enfermedad de Parkinson) se realiza a través de la clínica y la exploración neurológica minuciosa, pudiendo ser de utilidad alguna prueba complementaria de imagen como el DAT SCAN.
La enfermedad de Parkinson suele comenzar alrededor de los 60 años, pero puede aparecer previamente. Es más común entre los hombres que entre las mujeres. No existe una cura para la enfermedad de Parkinson. Existen diversas medicinas que a veces ayudan a mejorar enormemente los síntomas, como es el caso de análogos de la dopamina, que es el neurotransmisor que se encuentra de un modo deficitario en esta enfermedad. En casos severos, la cirugía y la estimulación cerebral profunda (electrodos implantados en el cerebro que envían pulsos para estimular las partes del cerebro que controlan el movimiento) pueden ser de ayuda.

La psicosis de origen exógeno o endógeno

La psicosis constituye una seria complicación de la enfermedad de Parkinson y contribuye de manera importante a la discapacidad del paciente, al incremento de la mortalidad y a la necesidad de cuidadores. La psicosis en la EP puede ser de origen exógeno o endógeno. Existen una serie de factores de riesgo asociados con la probabilidad de desarrollar un cuadro psicótico en la EP:

- Edad avanzada.
- Deshidratación.
- Infecciones.
- Abstinencia a drogas o a alcohol.
- Fiebre.
- Discapacidad visual.
- Aislamiento social o exceso de contacto social.
- Exposición a fármacos antiparkinsonianos.
- Polifarmacia.
- Aumento de la severidad y duración de la EP.
- Depresión o ansiedad comórbida.
- Trastorno del sueño (Trastorno en el sueño REM).
- Deterioro cognitivo o Demencia.

Respecto al **origen ENDÓGENO** de la psicosis en la EP, cabría destacar que, la degeneración del sistema colinérgico asociado a la propia EP y a la edad avanzada sobreañadida, contribuyen a que se produzca un deterioro cognitivo que conduce a la demencia, con la posibilidad de que aparezcan síntomas psicóticos concomitantes. Por otro lado, la pérdida de proyecciones de neuronas dopaminérgicas en la corteza cerebral llevaría a un déficit dopaminérgico en determinadas áreas del cerebro que aumentarían la probabilidad de padecer un cuadro psicótico. Finalmente, la pérdida de proyecciones de neuronas colinérgicas a núcleos subcorticales conduciría a una alteración del sueño REM con la consiguiente posible aparición de clínica alucinatoria.

Por otro lado, el **origen EXÓGENO** vendría dado por la administración de fármacos dopaminomiméticos y anticolinérgicos, los cuales, debido a su acción farmacodinámica con-

ducirían a la aparición de clínica psicótica y confusional, más frecuentemente en personas de edad avanzada.

La aparición de síntomas psicóticos en la EP muchas veces viene dado por una combinación de factores endógenos y exógenos en la que resulta complicado atribuir un porcentaje de autoría a cada tipo de factor.

La psicosis en la EP puede manifestarse a través de múltiples síntomas, siendo las más habituales los delirios (creencias fijas, falsas e inamovibles, muchas veces en relación a la percepción de un posible perjuicio por parte de familiares y allegados) y las alucinaciones visuales y/o auditivas.

Tratamiento

El tratamiento de la psicosis en la EP resulta complejo, dado que nos movemos en una balanza en la que si atacamos a los síntomas psicóticos, los movimientos anormales pueden empeorar, y por el contrario si nos centramos en la patología del movimiento, podemos exacerbar la psicosis. Esto se debe a que la base fisiopatológica de ambos problemas tiene que ver con el neurotransmisor dopamina (el exceso de dopamina implica empeoramiento de los síntomas psicóticos, mientras que la falta de dopamina implicaría por otro lado el empeoramiento de los síntomas motores extrapiramidales).

El tratamiento consistiría fundamentalmente en los siguientes pasos:

1) Descartar la presencia de Síndrome Confusional Agudo y tratar su causa.

2) Reducir las dosis de fármacos antiparkinsonianos en este orden:

- Anticolinérgicos.
- Selegilina.
- Amantadina.
- Agonistas dopaminérgicos.
- Inhibidores de la COMT.
- Levodopa.

3) Añadir Rivastigmina o Donepezilo.

4) Agregar neuroléptico atípico: La Clozapina y la Quetiapina a dosis bajas constituyen los fármacos más adecuados para el tratamiento de la psicosis en la Enfermedad de Parkinson, seguidos por orden de preferencia por Olanzapina y Risperidona, también a dosis bajas para evitar efectos secundarios indeseables.

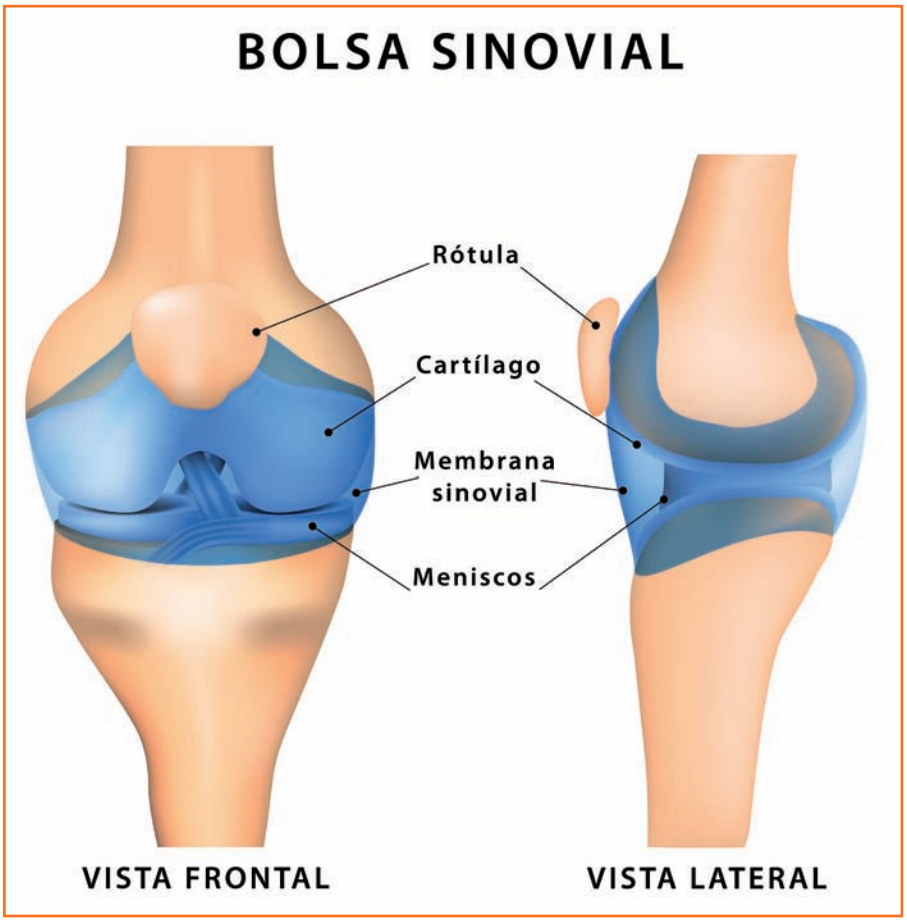
Conclusiones

- Se hacen necesarios más estudios con el fin de hallar la relación que existe entre las manifestaciones psicóticas con respecto a la medicación dopaminominérgica.
- Es necesario buscar la posible coexistencia de un deterioro cognitivo incipiente en relación con la propia EP o de la coincidencia con otras demencias.
- El manejo terapéutico de esta clínica psicótica es compleja.
- La aparición de fenómenos alucinatorios en un paciente con enfermedad de Parkinson avanzada, debe hacer sospechar el inicio de deterioro cognitivo.
- A modo de resumen, la psicosis de la enfermedad de Parkinson se puede deber a factores endógenos, en cuyo caso primará la denervación colinérgica, o a factores exógenos, en cuyo caso primará el incremento de la dopamina.
- Normalmente la psicosis será debida a una mezcla de ambos supuestos, con lo que en el tratamiento haremos un uso combinado de inhibidores de la colinesterasa y antipsicóticos atípicos, así como un ajuste medicamentoso del tratamiento que tomaba el paciente, siendo muchas veces necesario un abordaje integral e interdisciplinario de la mano de varios especialistas, como el psiquiatra y el neurólogo.

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

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

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



Los meniscos: ¿Qué son, por qué se rompen y por qué hay que operarlos?

Dr. Emilio L. Juan García. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Nº colegiado 50/11779

Mi intención con este artículo no es explicar anatomías complejas, distribuciones de presiones ni biomecánica de función de estas estructuras, pretendo explicar de una manera lo más clarificante y sencilla posible, lo que son los meniscos, por qué se rompen y por qué y cuándo hay que operarlos y cómo operarlos, una vez que se han roto.

Los meniscos son unas estructuras fibrocartilaginosas, son 2, uno interno (medial) que tiene forma de C y otro externo (lateral) cuya forma puede compararse a una O, presentes en la rodilla, comparables con unos "aros de calamar", casi circulares y de consistencia muy parecida, de sección triangular, con una parte superior cóncava y una parte inferior plana. Su principal función es reducir el contacto directo del fémur con la tibia, a fin de facilitar los movimientos de la articulación y de evitar el desgaste que supondría una fricción directa de las superficies de ambos huesos, así como estabilizar la articulación y modificar los vectores de fuerza de la carga en la rodilla.
Esta forma en C-O y su sección triangular son fundamentales al actuar como una especie de almohadillas, resistentes pero no rígidas, brindando mejor congruencia a los huesos, distribuyendo las fuerzas y las presiones.
Dado que los he comparado con unos "aros de calamar" en cuanto a su consistencia, seguiré con el mismo ejemplo culinario para explicar de forma entendible y lo más acertadamente posible su mecanismo de acción. Dado que los cóndilos femorales de la rodilla son convexos, los compararé con un huevo y dado que la meseta tibial es plana la compararé con un plato.
Así podríamos imaginar los meniscos como un aro de calamar, que ponemos sobre un plato y sobre el que ponemos un huevo. En este ejemplo culinario, añadir además el hecho de que la sección del menisco es triangular con una superficie cóncava en su cara superior y plana en su cara inferior, con lo que aumenta la superficie de contacto tanto con la tibia (plana) como con el fémur (convexo). Esto aumenta la estabilidad del sistema (el huevo mantiene mejor el equilibrio sobre el calamar), disminuye la zona de contacto del cartílago hialino del cóndilo femoral sobre el de la tibia (hay menos zona de contacto del huevo directamente sobre el plato, disminuyendo los impactos y el descascarillado de las superficies) y cuando aplicamos carga sobre el cóndilo femoral (al saltar por ejemplo), esa fuerza de impacto recae sobre los meniscos y se transforma el vector de fuerza hacia la periferia disminuyendo la carga sobre el cóndilo femoral y la tibia (en el ejemplo culinario, al apretar el huevo contra el plato, el aro de calamar haría de almohadilla protectora amortiguando el impacto y evitando que se rompa la superficie del huevo o del plato).
Una vez entendida la función y el mecanismo de acción de los meniscos, creo oportuno decir, para una mejor comprensión del mecanismo de rotura y de recuperación, que uno de los graves problemas de los meniscos es su vascularización.
El hecho de que sean estructuras cartilaginosas hace que la irrigación sanguínea sea muy escasa y por ese motivo la capacidad de cicatrización de los meniscos cuando se lesionan está muy reducida.

¿Por qué se rompen los meniscos?

A pesar de que los meniscos sean unas estructuras fibrocartilaginosas, no rígidas y con relativa elasticidad, no es infrecuente que se lesionen. Un movimiento forzado, violento o no violento de la rodilla, especialmente si la articulación se encuentra semiflexionada, puede provocar lesiones de distinto tipo, como una desinserción, un desgarro o una rotura de los mismos. Esto se da con especial frecuencia en la práctica deportiva, por ejemplo cuando un futbolista u otro deportista, gira bruscamente mientras el pie continúa fijado al suelo por la bota, lo que provoca un movimiento de rotación del fémur sobre la tibia con el menisco interpuesto entre ambos. Sin embargo, también puede ocurrir en cualquier situación de la vida cotidiana, como mientras caminamos por la calle y nos giramos por algo que nos llama la atención, o simplemente nos ponemos de cuclillas para atarnos los zapatos. Esto es así porque los meniscos no están fijos, sino que tienen cierta capacidad de moverse, desplazándose hacia delante y atrás para mantener una buena congruencia del fémur con la tibia.

¿Por qué hay que operar las roturas de menisco?

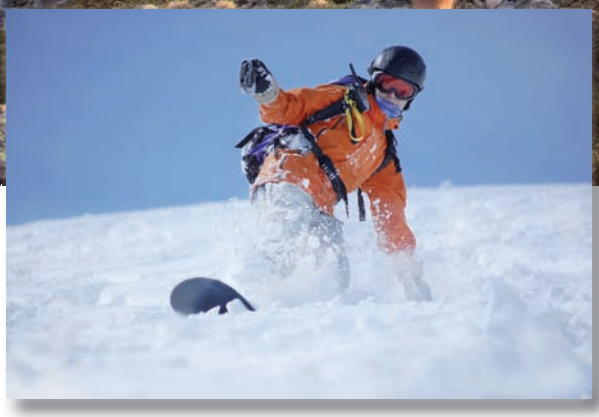
Además de ser un complejo estabilizador, los meniscos tienen una misión protectora de las superficies articulares y con ello una función protectora del cartílago que rodea el hueso. Una rotura de un menisco, supone una pérdida de las funciones de dicho menisco en la zona donde se ha producido dicha rotura, desapareciendo la capacidad de protección y de estabilización en esa zona, con la desprotección del cartílago articular y la evolución desde ESE MISMO MOMENTO hacia la artrosis. Existe la creencia de que tras la cirugía de menisco se produce una artrosis más rápida de la rodilla y eso es totalmente FALSO, y se debe a las técnicas quirúrgicas que se realizaban antiguamente, que consistían en la extirpación de todo el menisco (la zona rota y la sana). Eso es algo que hoy en día NUNCA se hace. Hoy la cirugía de la rotura del menisco, se realiza por **artroscopia**, con 2 heridas milimétricas, con anestesia de solo la pierna, con alta clínica en 4-5 horas, andando y sin muletas y con 2 posibilidades básicamente:

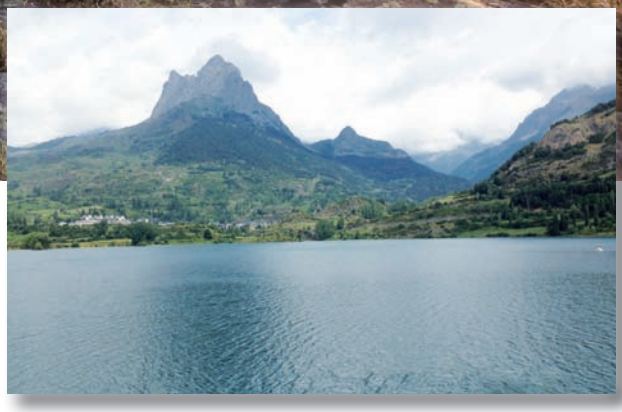
1.- la SUTURA meniscal, siempre deseable, cosiendo la rotura del menisco y por lo tanto una vez cicatrizado vuelve a conseguir nuevamente su funcionalidad íntegra; aunque debido a su caprichosa irrigación solo determinados tipos de roturas meniscales se pueden coser.

2.- La MENISCECTOMÍA PARCIAL, que consiste en quitar solo y EXCLUSIVAMENTE la parte de menisco roto, dejando todo el resto de menisco sano.

¿Por qué me tengo entonces que operar del menisco roto?

Por supuesto influyen muchos factores y fundamentalemente entre ellos destacan la edad del paciente que se lesiona, así como el grado de artrosis que tenga ya la rodilla una vez diagnosticado un menisco roto, y el dolor que esta rotura provoque, así como incluso la aparición de episodios de bloqueos articulares…. Básicamente en una persona mayor la rotura del menisco se debe operar cuando no se alivian las molestias, a pesar de llevar 3-4 meses de evolución con medidas conservadoras y tratamiento sintomático. En el caso de que la rotura ocurriera en una persona joven, mi recomendación es hacerlo siempre por distintos motivos, ya que en el caso de que pudiera ser suturable, con el tiempo se puede transformar en no suturable, la rotura puede aumentar de tamaño como si tiraras de un trapo que se empieza a romper o una carrera en una media y si el fragmento roto es además inestable, golpea en la flexo-extensión y la rotación contra el cartílago del fémur, aumentando la condropatía y el desgaste del cartílago hialino.





MERRELL · BOREAL · HH HellyHansen · THE NORTH FACE · SALOMON · trangoworld · HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online

Para estar más cerca de ti

la puertaverde
OUTDOOR·STORE

La Puerta Verde Zaragoza
Espoz y Mina, 29. 50003 Zaragoza
T 976 365 645
lapuertaverdezaragoza@hotmail.com

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

www.lapuertaverdepanticosa.com