medicina salud
zonahospitalaria
aragón

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

www.zonahospitalaria.com añoIII enerofebrero2018 nº13

EJEMPLAR GRATUITO
Para recibir el pdf de la revista:
zonahospitalaria.com/suscripciones

SUMARIO Por una vida saludable

2 Tabaco y cáncer de vejiga 3 Patologías que causan pérdida de visión 4 ¿Qué puede decir el médico psiquiatra a los pacientes oncológicos? 6 Embarazo, lactancia y fármacos antirreumáticos 8 La realidad en la prevención del cáncer 10 Obesidad infantil y factores sociales 12 El consentimiento informado ¿qué es y para qué sirve? 13 Dejar de fumar, inicio de la aventura 14 Diabetes mellitus y sus principales tipos 16 El deporte mejora nuestra salud mental... y no sólo la física 17 Hipertensión de bata blanca o hipertensión clínica aislada 18 Paciente con demencia, ¿cuidador con sobrecarga? 20 ¿Cómo alimentarse tras una ostomía? 21 La colonoscopia virtual en el diagnóstico del cáncer de colon 22 Recomendaciones para pacientes portadores de marcapasos permanente 23 Valoración integral del anciano con valvulopatía aórtica: la TAVI, una novedosa opción de tratamiento.

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.

Tabaco y cáncer de vejiga

Dr. Adib Reyes Figueroa, Dr. Miguel Ángel Suárez, Dr. Roberto Martinez Delgado
Especialistas en Urología, Hospital Ernest Lluch, Calatayud
Dr. José Manuel Aranda. Jefe del Servicio de Urología, Hospital Ernest Lluch, Calatayud

El hábito tabáquico es el principal factor etiológico de riesgo, que influye en el desarrollo del carcinoma transicional de vejiga urinaria. Es bien conocido que el tabaquismo es el principal problema de salud pública susceptible de prevención en los países desarrollados.

La relación causal entre tabaco y cáncer es uno de los hechos más reconocidos en la comunidad científica. El hábito de fumar es la principal causa evitable de mortalidad prematura.

¿Cómo actúa el tabaco en nuestro organismo?

Ciertas sustancias presentes en la fase de partículas y en la fase gaseosa del humo del tabaco, se ha demostrado que son perjudiciales para el fumador. Estas sustancias son básicamente el alquitrán y la nicotina (fase de partículas) y el monóxido de carbono (fase gaseosa). El alquitrán es nocivo porque contiene sustancias carcinógenas (hidrocarburos policíclicos, betanaftilaminas, etc.) y sustancias irritantes (acroleína, óxido nítrico, bióxido de nitrógeno, etc.).

Los componentes cancerígenos e irritantes del alquitrán son los responsables del aumento de riesgo de padecer cáncer y estos se expulsan principalmente por vía urinaria.

Y ¿En la Vejiga?

El cáncer de vejiga es un tumor mucho más frecuente de lo que transmiten las estadísticas. Ocupa el noveno lugar en cuanto al número de diagnósticos de cáncer a nivel mundial. Sin embargo, en España se posiciona en el quinto tumor más frecuente en ambos sexos. La media de edad al diagnóstico se encuentra en torno a los 60-70 años. Curiosamente existen diferencias geográficas marcadas, siendo los tumores de la vía urinaria mucho más frecuentes en el oeste europeo (incluida España) y América del Norte, que en Asia o Europa del este.

La mayoría de estos tumores se diagnostican en fases precoces de desarrollo y se pueden curar con cirugías más o menos extensas. Sin embargo, cuando el tumor está más avanzado, la curación puede ser difícil y los objetivos del tratamiento cambian hacia prolongarla supervivencia y mejorar la calidad de vida del enfermo.

Si bien es conocido por la mayor parte de la población los efectos nocivos del tabaco sobre el aparato respiratorio, no es tan bien sabido el efecto negativo que el fumar produce sobre el aparato genitourinario.

Respecto al cáncer urotelial, el de vejiga supone un 90-95%. Son más frecuentes en el varón, siendo el de vejiga el más frecuente del aparato urinario y el segundo del genitourinario (detrás del cáncer de próstata). El tabaco es el factor etiológico más importante, relacionándose directamente con él aproximadamente en un 60%, y en un 6% con el tabaquismo pasivo. La exposición al tabaco en el tumor de vejiga aumenta su riesgo de 2 a 7 veces, debido a la eliminación urinaria de sustancias cancerígenas como las nitrosaminas.

Ante la clara relación del tabaco con los cánceres urológicos, hay que insistir en la importancia de la prevención de los mismos dirigida hacia el abandono del tabaco, que no erradica totalmente el desarrollo de los mismos (ya que estos tumores también pueden surgir en aquellas personas que no han fumado), pero sí que disminuye la probabilidad de que los presentemos.

Foto cedida por Recoletos Baja Visión

Patologías que causan pérdida de visión

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

YANGUAS ÓPTICOS
www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

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

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

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

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

Como le cambió la vida a José Luis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué puede decir el médico psiquiatra a los pacientes oncológicos?

Dr. Tirso Ventura Faci. *Responsable del Área de Psiquiatría Psicosomática para pacientes oncológicos, Hospital Clínico Universitario. Departamento de Medicina y Psiquiatría, Facultad Medicina, Universidad de Zaragoza. Instituto Investigación Sanitaria Aragón (IIS-Aragón).*

Dr. Antonio Lobo. *Catedrático de Psiquiatría y Profesor Emérito. Departamento de Medicina y Psiquiatría, Facultad Medicina, Universidad de Zaragoza. Instituto Investigación Sanitaria Aragón (IIS-Aragón). CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III.*

El papel de la Psiquiatría en enfermos oncológicos, en particular desde la rama de la Psiquiatría Psicosomática, la que se ocupa de los problemas psíquicos en pacientes con cáncer, ha sido y es tradicionalmente resaltado y ha sido y es una de las prioridades en la Unidad correspondiente del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Aquí nos enfocamos en tres temas relevantes y de gran actualidad.

El "delirium" en pacientes oncológicos: un tema "médico" con síntomas de presentación "psiquiátrica"

El *"delirium"*, que algunos autores denominan *"síndrome confusional"* se refiere a cuadros frecuentes en plantas oncológicas, con una prevalencia del 5%-30% según distintos estudios bien documentados, pero en distintas poblaciones de pacientes. Los cuadros tienen habitualmente una abrupta presentación, que llega a alarmar al personal médico y a los familiares: agitación; confusión mental/ obnubilación; miedo/ terror; voces/ visiones amenazadoras; convicción en un determinado momento de algún peligro inminente *"me quieren matar"*. Si el paciente puede estar muy alterado, es natural también, en esas circunstancias, que haya inquietud en los responsables de los cuidados y en los familiares. A pesar de la presentación, con síntomas psiquiátricos, se trata de un cuadro de origen *"médico"*. El mensaje a transmitir al enfermo es, más o menos el siguiente: *"Tranquilos, somos los médicos, estamos contigo/Vd., le vamos a ayudar"*. Y, a una familia alarmada, el mensaje es similar: *"Tranquilos, no se ha vuelto loco/a…son síntomas debidos a su situación médica…"*. Sin embargo, sí es un síntoma de probable gravedad médica, y la familia lo tiene que conocer. Los oncólogos saben bien que, en esos casos, tienen que extremar e indagar en las causas del cuadro para poder tratarlo adecuadamente.

Deterioro cognitivo post-quimioterapia…

El siguiente tema que aquí abordamos es el del deterioro cognitivo que puede producirse a consecuencia de la quimioterapia.

El mensaje a transmitir en estos casos al paciente y/o a la familia quiere asimismo ser informativo y, en su caso, de alerta: *"Probablemente conoce Vd. que la quimioterapia puede resultar incómoda por sus efectos adversos potenciales…entre éstos, pueden aparecer dificultades en el área cognitiva, es decir, en la memoria, para encontrar o pronunciar palabras, poca agilidad mental…"*. Según la bibliografía actual, las quejas por parte de pacientes o familiares pueden llegar al 40% de los enfermos, aunque sólo se confirman dificultades objetivables en las exploraciones adecuadas en un aproximado 20% de pacientes.

No hará falta probablemente explicar de nuevo a los afectados la importancia de la quimioterapia, pero sí se les podrá explicar que esos síntomas se deben a que se puede estar afectando su sistema nervioso central. Se les puede indicar, además, que si observan estos síntomas, por favor, informen a los oncólogos… pues *"con toda probabilidad podrán tomar medidas eficaces"*. Y se les puede transmitir asimismo que ese tema inquieta de modo suficiente a los equipos oncológicos para explicar que en estos momentos se está investigando a nivel internacional, pero también en nuestro hospital, sobre los factores que influyen en su aparición. En esos estudios, desde la Psiquiatría Psicosomática se están documentando aspectos neuropsicológicos.

El papel de las nuevas psicoterapias

Además de los temas anteriores, el psiquiatra juega un importante papel en las nuevas psicoterapias o tratamientos psicológicos para pacientes con cáncer y sus familias.

Las directrices de la "Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management (2010)", recomiendan que se adopte el malestar emocional o distress, definido como: *"experiencia emocional desagradable que afecta al funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y spiritual"*, como el sexto signo vital en medicina (junto con la tensión arterial, pulso, temperatura, respiración y dolor).

Los pacientes con cáncer y sus familias con frecuencia tienen que afrontar la incertidumbre producida por variados miedos: a la pérdida de control, a depender de otros, a las posibles pérdidas, al dolor, al sufrimiento, a la muerte. Todo esto genera malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión que perjudican de manera significativa su calidad de vida.

Los tres modelos de psicoterapia más utilizados para pacientes con cáncer, y de los que existe más información sobre su eficacia son : psicoterapia cognitivo-conductual, psicoterapia de expresión y apoyo, y psicoterapia centrada en el sentido. Esta última, "Meaning Centered Psychoterapy" (MCP) ha sido creada por el Dr. William Breitbart en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) de New York.

Esta psicoterapia, basada en el trabajo de Viktor Frankl, está diseñada para ayudar a los pacientes con cáncer a realzar el sentido, la paz y el propósito en sus vidas, incluso cuando se aproxima el final de su vida.

La MCP se ha comparado con grupo control demostrando científicamente su utilidad para disminuir los síntomas de desesperanza al final de la vida, ansiedad, depresión, y el deseo de morir pronto; mientras que aumenta el bienestar espiritual, la esperanza y la calidad de vida. Se han desarrollado diferentes formatos de MCP: Individual, Grupo, Breve, Cuidadores, Cuidados Paliativos.

Gracias a una Beca "BAE" del Instituto Carlos III, uno de nosotros (TVF) ha tenido la oportunidad de realizar una estancia formativa en el MSKCC en el año 2016, aprendiendo la aplicación de la MCP y, actualmente, estamos realizando la implantación de psicoterapia centrada en el sentido en pacientes oncológicos en la Unidad de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

(Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)

Embarazo, lactancia y fármacos antirreumáticos

Erardo Ernesto Meriño Ibarra
FEA Reumatología.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

La enfermedades autoinmunes reumáticas como, por ejemplo, el lupus eritematoso sistémico y otras como la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante y las espondiloartritis afectan, en su conjunto, fundamentalmente a mujeres y en muchos casos el inicio de la enfermedad se produce en edad fértil. Por tanto, su coincidencia con el deseo de embarazo y posterior lactancia o la aparición de un embarazo "sin previo aviso" no es un hallazgo infrecuente en nuestra práctica diaria. Tampoco es infrecuente la consulta de un hombre acerca del efecto que puede tener su enfermedad o la medicación que lleva sobre su fertilidad o posibles efectos perjudiciales en el embarazo.

El embarazo y el periodo posterior a este pueden condicionar la evolución y aparición de complicaciones de las enfermedades reumáticas autoinmunes. La artritis reumatoide puede mejorar espontáneamente durante en embarazo para empeorar durante el postparto. La remisión completa se producirá en alrededor del 16% de las pacientes durante el embarazo, el 39%, sin embargo, puede sufrir un brote de la enfermedad durante el posparto. Por otra parte, el lupus eritematoso sistémico se comporta de forma contraria; empeora durante el embarazo y mejora en el postparto. Todo esto se debe a la naturaleza autoinmune de estas enfermedades y a los cambios en la inmunidad que se producen durante el embarazo.

Placenta y barrera placentaria

La función de la placenta es la nutrición fetal, el intercambio de gases, la eliminación de productos de desecho fetales y otras funciones tipo hormonal e inmunológica. La barrera placentaria es como un muro que divide la sangre materna de la sangre fetal y a través de él se produce el intercambio (transferencia) entre madre y feto. La transferencia placentaria está regulada por diversos factores pero la mayoría de los fármacos atraviesan la barrera placentaria, y llegan al feto, por difusión simple.

La decisión de ofrecer un medicamento durante el embarazo a pacientes con enfermedades reumáticas depende del médico y de la aceptación del paciente, en ningún caso estaremos absolutamente libres de riesgo pero hay fármacos muy seguros. En esta revisión clasificaremos los fármacos para su uso en el embarazo según una valoración del riesgo-beneficio.

Fármacos potencialmente seguros durante el embarazo

- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (excepto inhibidores de la Cox-2): en principio son fármacos seguros. No deben administrarse después de las 32 semanas de embarazo por la posibilidad de cierre temprano del ductus arterioso con hipertensión pulmonar, además de otras malformaciones. Hay poca información con respecto al uso de los inhibidores de Cox-2, por tanto, no deben usarse en el embarazo.
- Corticoides: los más comúnmente usados son la prednisona, la prednisolona y la metilprednisolona que, aunque atraviesan la barrera placentaria, no alcanzan grandes concentraciones en el feto y deben usarse a las dosis más bajas posibles. Otros como la dexametasona y la betametasona alcanzan grandes concentraciones en el feto, por lo que se utilizan para acelerar la maduración fetal.
- Sulfasalazina: pertenece a un grupo de sustancias antagonistas del ácido fólico y se han descrito paladar fisurado, anomalías cardíacas y también alteraciones de la sangre. En caso de utilizar este fármaco debe administrarse suplementos de ácido fólico. En el hombre puede producir esterilidad reversible.
- Antipalúdicos: el uso de hidroxicloroquina no ha demostrado diferencias con respecto a las embarazadas normales en cuanto a pronóstico y complicaciones del embarazo, su uso sería preferible a la cloroquina.
- Azatioprina y 6-mercaptopurina: No son teratogénicos, no obstante, se ha ha relacionado con bajo peso al nacer, prematuridad, ictericia, distrés respiratorio y alteraciones cromosómicas.
- Ciclosporina: la prevalencia de malformaciones congénitas no difiere de lo esperado en la población gestante normal, pero se ha asociado a bajo peso al nacer y malformaciones congénitas sin patrón definido.
- Tacrólimus: las evidencias de sus efectos sobre el embarazo no provienen de pacientes con enfermedades reumáticas. No se encuentran efectos negativos de este fármaco sobre el embarazo.
- Inmunoglobulinas: atraviesan la barrera placentaria a partir de 2º trimestre y fundamentalmente en el 3er trimestre. Es posible la transmisión de hepatitis C y la producción de anemia en el recién nacido.

Fármacos que pueden ser usados si la vida materna se ve comprometida y fármacos con información insuficiente

- Ciclofosfamida: la embriopatía por ciclofosfamida varía según el momento del embarazo en el cual se utilice el fármaco y el riesgo de teratogenicidad es mayor en el 1er trimestre. Las mujeres deben evitar el embarazo durante el tratamiento y un periodo de 12 meses después de su suspensión. Los varones no deben engendrar hijos durante el tratamiento y hasta 6 meses después de su suspensión.
- Fármacos biológicos: En este grupo los más usados en Reumatología son los fármacos dirigidos contra una sustancia conocida como factor de necrosis tumoral alfa: adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab. En la opinión de expertos no parece que den excesivos problemas y se mantiene su uso hasta el final del segundo trimestre del embarazo, no obstante, de ellos el etanercept y en especial el certolizumab tienen bajo paso transplacentario lo que podría conferirles un mayor perfil de seguridad. No hay datos concluyentes de que disminuya la fertilidad en hombres. Existen otros fármacos biológicos pero su uso en el embarazo debe ser muy individualizado.

Fármacos contraindicados durante el embarazo

- Metotrexato, leflunomida y micofenolato: Su utilización se ha asociado al desarrollo de toxicidad durante el embarazo. En hombres, el metotrexato, puede producir azoospermia.

Lactancia

El paso de fármacos a la leche materna depende de varios factores como, por ejemplo: la unión de éstos a las proteínas de la sangre (efecto negativo), el momento de producción de la leche (ayuno o después de comer), las características del fármaco, etc. No obstante, casi todos los fármacos llegan a la leche materna y generalmente el paso es por difusión pasiva. El uso de cualquier medicación tópica como cremas, spray nasal o inhaladores aportan menor riesgo al lactante que los fármacos administrados por vía sistémica.

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos, azatioprina, 6-mercaptopurina, sulfasalazina, antipalúdicos (evitar en prematuros y recién nacidos de menos de 1 mes) e inmunoglobulinas son fármacos compatibles con la lactancia. La lactancia no está contraindicada con el uso de corticoides, pero si la dosis es mayor de 40 mg diarios hay que considerar la lactancia 4 h después del consumo del fármaco. La ciclosporina, tacrólimus, ciclofosfamida, metotrexato, leflunomida, micofenolato, clorambucilo, sales de oro y biológicos no son fármacos compatibles con la lactancia.

Residencias para mayores

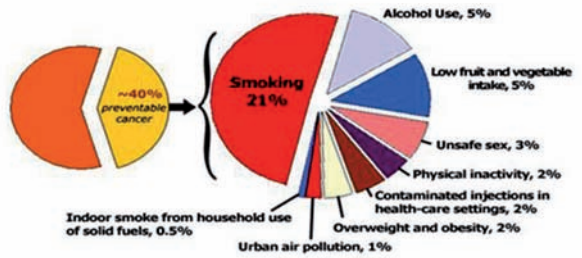
DomusVi Zalfonada
Av/ Salvador Allende, 56 - 50015 Zaragoza | **976 506 742**

DomusVi Fontibre
Pilar Miró, 15 - 50011 Zaragoza | **976 304 130**
www.domusvi.es

Domusvi
Cuidamos personas en buena compañía

Figura 1

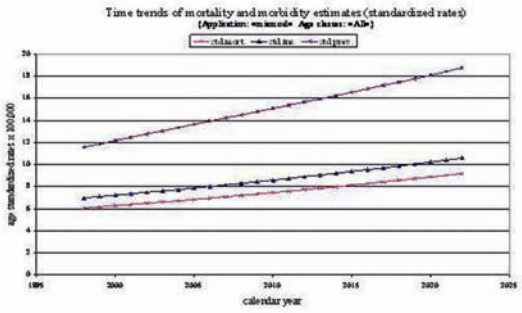
Proporción estimada de cáncer prevenible asociado con 9 principales factores de riesgo modificables



Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors *The Lancet*, 2005, 366:1784-1793

Figura 2

Proyecciones del cáncer de pulmón en mujeres hasta el año 2025



La realidad en la prevención del cáncer

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

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

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

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

Estudios de regresión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prevención

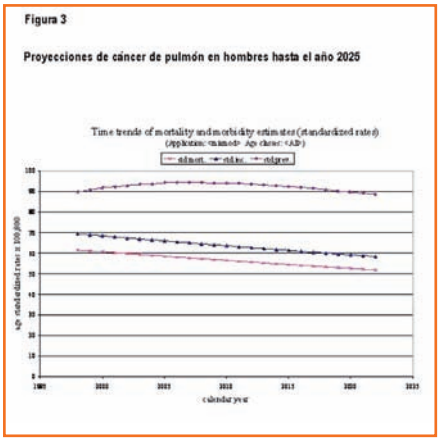
Conocido donde esta el problema, como acabamos de señalar, estableceremos la prevención de la siguiente manera siguiendo el siguiente esquema.

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

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

Figura 3

Proyecciones de cáncer de pulmón en hombres hasta el año 2025



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

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

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

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

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

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

Resumen

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

Este texto que ahora lees podría ser un anuncio de tu clínica o negocio y estar viéndolo un futuro paciente/cliente tuyo. Aprovecha la oportunidad que te ofrece Zona Hospitalaria Aragón y anúnciate en la revista y/o web para llegar a ellos.

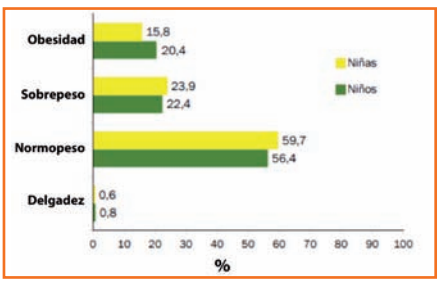
- Revista escrita por los médicos y profesional sanitario de Aragón.
- Distribución de 10.000 ejemplares en los Centros de Salud y Hospitales de Aragón.
- El pdf de la revista lo reciben 2.000 suscriptores + Colegios Oficiales, Sociedades, Fundaciones y Asociaciones de Aragón vinculados con la medicina y la salud.
- La página web **www.zonahospitalaria.com**, según Google Analytics, superó en 2017 las 1.571.900 visitas (135.000 personas/mes) con más de 1.500 artículos publicados.

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

Obesidad infantil y factores sociales

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

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



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

¿Qué es la obesidad?

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

¿Cuáles son los factores de riesgo?

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

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

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

¿Cómo podemos reducir la prevalencia de esta enfermedad?

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

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

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

¿Cuáles son las consecuencias para la salud?

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

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

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

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

Cambio social-alimentación: repercusión en los hábitos alimenticios infantiles

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

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

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

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

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

En resumen, proponen mediante la aplicación de programas integrales:

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

El consentimiento informado ¿qué es y para qué sirve?

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

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

Asumir una decisión

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

Información comprensible

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

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

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

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

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

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

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

Médicos y Profesional Sanitario

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

Dejar de fumar, inicio de la aventura

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

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

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

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

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

Valoración de dependencia a la nicotina

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

TEST DE FAGERSTRÖM

1. ¿Cuánto tiempo tarda en fumarse el primer cigarrillo desde el momento que se despierta?
≤ 5 minutos = 3
6 a 30 minutos = 2
31 a 60 minutos = 1
más de 60 minutos = 0

2. ¿le resulta difícil mantenerse sin fumar en los lugares donde está prohibido?
Si = 1
No = 0

3. ¿Qué cigarrillo le costaría más abandonar?
El primero del día = 1
Otros = 0

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
Más de 30 = 3
21 a 30 = 2
11 a 20 = 1
10 o menos = 0

5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?
Sí = 1
No = 0

6. ¿Fuma si se encuentra enferm como para necesitar guardar cama durante la mayor parte del día?
Si = 1
No = 0

Sume todos los puntos obtenidos al responder cada pregunta.

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

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

Cómo dejar de fumar

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

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

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

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

Todos los tratamientos farmacológicos están contraindicados en el embarazo.

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

Diabetes mellitus y sus principales tipos

Patricia Casalé Villa. *Graduada en enfermería. Residencia Para Mayores Fundación Elvira Otal*

La Diabetes Mellitus (DM) es un trastorno metabólico caracterizado por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña, en mayor o menor medida, de modificaciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de los lípidos; y que suele cursar con síntomas como polidipsia (sed), polifagia (hambre constante) y poliuria (excreción excesiva de orina).

Su origen y la etiología pueden ser muy diversos, pero conllevan inexorablemente la existencia de alteraciones en la secreción de insulina, en la sensibilidad a la acción de dicha hormona, o bien en ambas.

Esta hiperglucemia, incluso en ausencia de síntomas, conlleva disfunción y lesiones en múltiples órganos, con daños especialmente sensibles en los pequeños vasos de la retina, los riñones, el corazón, y los nervios periféricos. Por ello, es una de las principales causas de ceguera, amputaciones, y enfermedad renal terminal, además de conllevar un importante riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV).

La International Diabetes Federation (IDF) ha establecido que, en 2017, eran ya 451 millones de adultos de entre 18 y 99 años de edad los que padecían diabetes.

En España estas cifras se sitúan en unos 4,268 millones de diabéticos, en el mismo rango de edad, lo que supone una prevalencia del 11,2%.

Tabla 1. Pruebas y valores según la ADA para la determinación de Diabetes Mellitus.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES MELLITUS

1. Prueba de Hemoglobina Glicosilada A1C >6.5%. Resultado obtenido mediante analítica sanguínea, determina el nivel medio de glucemia durante el trimestre anterior a la prueba.

2. Glucemia en ayunas o basal ≥126 mg/dl. Requiere 8h de ayuno.

3. Glucemia 2h posprandial (tras la ingesta) de 75 g glucosa durante la Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa ≥200 mg/dl.

4. Glucemia al azar ≥200 mg/dL en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia polidipsia, polifagia y poliuria.

En ausencia de hiperglucemia inequívoca, el resultado debe ser confirmado por repetición de la prueba.

Criterios diagnósticos

Para el diagnóstico de diabetes, la ADA (American Diabetes Association) mantiene los criterios que venía estableciendo desde hace unos años (Ver Tabla 1).

Tipos principales de Diabetes Mellitus

Según la causa podemos establecer la clasificación de DM en cuatro categorías principales: tipo 1 (DM1), tipo 2 o DM2, «otras formas específicas» de DM y DM gestacional.

La **Diabetes Mellitus Tipo 1** (5-10% de los casos), antes llamada insulinodependiente, es una enfermedad autoinmune crónica que se caracteriza por la destrucción de las células pancreáticas, llevando a la deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes requerirán su administración exógena, y desarrollarán una tendencia a la cetoacidosis diabética si ésta no se suministra. Como en la mayoría de enfermedades autoinmunes, el proceso resulta de la interacción de factores ambientales, todavía poco conocidos, y factores genéticos. Sin embargo aunque sí es cierto que la etiología de dicha destrucción celular es generalmente autoinmune cabe mencionar que existen casos mucho menos frecuentes cuyo origen es desconocido y que constituyen la diabetes idiopática.

Se suele presentar antes de los 30 años y tras un período de duración variable, en el que el paciente permanece asintomático, produce la sintomatología clásica, antes mencionada, generada por el déficit de insulina y la hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales, y cansancio.

La **Diabetes Mellitus Tipo 2**, se caracteriza

por el déficit relativo de producción de insulina y por la disminución de la sensibilidad a la misma. Es de inicio insidioso y se produce por la interacción de un conjunto de factores ambientales, que actuarían como desencadenantes (dieta inadecuada, obesidad, inactividad física, abuso de tabaco o alcohol, etc.), en una persona con una determinada predisposición genética.

En dichos factores modificables radica la importancia de la educación para la salud en este tipo de diabetes, ya que además supone el 90% de los casos. Aunque puede desarrollarse a cualquier edad, es habitual su comienzo en la segunda mitad de la vida, después de los 40 años. Sin embargo actualmente, con el aumento de la obesidad y sedentarismo entre los jóvenes existe una tendencia hacia la disminución de la edad de inicio.

Al menos al comienzo, y con frecuencia durante toda su vida, estas personas no suelen requerir tratamiento con insulina para sobrevivir, aunque sí pueden necesitarla para la corrección de la hiperglucemia persistente o sintomática en ayunas, o controlarla mediante el empleo de hipoglucemiantes orales.

Al igual que la DM1, se manifiesta con un cuadro clínico consistente en poliuria y polidipsia, pero, como se mencionaba, su instauración es más lenta y progresiva. Además, algunos pacientes presentan visión borrosa, astenia, adinamia (debilidad), o una pérdida de peso inexplicadas. Sin embargo, por su historia natural, es probable que este cuadro pase desapercibido, diagnosticándose en muchos casos mediante analíticas de rutina solicitadas por otra causa.

Por esta razón, y ante la posibilidad de no producir síntomas específicos durante muchos años, aproximadamente la mitad de los casos quedarán sin diagnóstico.

Diabetes gestacional

Diabetes Gestacional, hiperglucemia diagnosticada por primera vez durante el embarazo (sin que se haya padecido diabetes anteriormente), suele desaparecer en el plazo de unas 6 semanas después del parto. Los riesgos que plantea son: anomalías congénitas del feto, peso excesivo al nacer, riesgo elevado de muerte perinatal, y mayor probabilidad de que la mujer desarrolle diabetes tipo 2. Parece producirse por alteración del efecto de la insulina inducido por las hormonas placentarias, aunque su etiología no se conoce con exactitud.

Peso y estilo de vida

Otras formas específicas de DM, que incluyen, diabetes asociada a defectos genéticos de la célula o de la acción de la insulina, procesos que afectan al páncreas exocrino, endocrinopatías, diabetes inducida por fármacos o sustancias químicas, formas infrecuentes de diabetes autoinmunes, y otros síndromes genéticos a veces asociados.

Además se han definido ciertos estados intermedios de hiperglucemia. Suelen conocerse como "prediabetes" (trastorno de la glucosa en ayunas o trastorno de la tolerancia a la glucosa) y reflejan la progresión desde la normoglucemia a la DM2.

Corresponden a trastornos en los que el nivel de glucosa en sangre es mayor de lo normal pero no lo suficientemente como un diagnostico franco (Hb Glicosilada A1C:5.7%–6.4 %; Glucosa en ayunas:100–125 mg/dl; Glucosa en sangre a las 2 horas postcarga: 140 mg/dl–199 mg/dl).

Su importancia radica en la posibilidad de progresar y desarrollar DM franca y enfermedades cardiovasculares, pero pueden prevenirse mediante el control y adecuación del peso, y los cambios en el estilo de vida.

(Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)

CENTRO ECUESTRE CIZUR

NUEVO CONCEPTO DE HÍPICA

CENTRO ECUESTRE CIZUR

JESÚS GONZÁLEZ AYARRA
MARTA ERROZ FERRER

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

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

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

El deporte mejora nuestra salud mental... y no sólo la física

Amaya Carceller Tejedor. *Psicóloga Hospital San Jorge Huesca*

Hoy en día, con los tiempos que corren, el estrés es uno de los factores que más afectan a nuestra salud. Son numerosos los factores que relacionan el estrés psíquico con varios factores: el exceso o la falta de trabajo, cargas familiares, compaginar vida familiar y laboral, exámenes, pruebas competitivas...

Para aliviar este tipo de sufrimiento tan común, se ha hallado que el deporte es una de las armas más potentes para mantenerlo a raya.

El deporte actúa a dos niveles

Acción psicológica: sobre nuestra cabeza, la práctica de actividades físicas o deportivas, producen una distracción de los eventos estresantes al concentrarnos en otro tipo de cuestiones asociadas al deporte, lo cual sin duda ayuda a reducir el nivel de estrés en el organismo. Es decir, despejan nuestra cabeza de preocupaciones.

Acción fisiológica: la práctica de actividades físicas y deportivas conllevan una mayor liberación de endorfinas por parte del cerebro, la hipófisis y otros tejidos, lo cual se traduce en estado de euforia y mayor sensación de bienestar así como disminución de la sensación de dolor. Además, esta acción dura varias horas tras la práctica de ejercicio.

Para obtener estos beneficios, no basta con hacer deporte un día aislado o de forma puntual. El mayor beneficio se obtendría con un ejercicio practicado de forma regular, de forma lo más frecuente posible (mejor todos los días siempre que sea de intensidad moderada) y con continuidad.

Beneficios de la práctica deportiva

1. Produce químicos de la felicidad.

El ejercicio favorece la liberación de endorfinas, unas sustancias químicas que producen sensación de felicidad y euforia.

Los estudios han demostrado que incluso pueden aliviar síntomas de una depresión.

2. Mejora la autoestima.

Verte mejor físicamente te hará sentir bien. El ejercicio continuo mejorará la imagen de ti mismo y mejorara tu autoestima, independientemente del peso, la edad o el sexo.

3. Mejora tus relaciones sociales.

A medida que la percepción de ti mismo y tu salud emocional mejoran, tus relaciones sociales también pueden mejorar. Debido a tu aumento de autoconfianza tendrás más posibilidades de llegar a los demás, y si realizas deporte en grupo, es de esperar que conozcas gente nueva.

4. Alivia la ansiedad.

Los neurotransmisores liberados durante y después de practicar ejercicio pueden ayudar a la gente que sufre ansiedad a calmarse.

5. Previene el deterioro cognitivo.

A medida que nos hacemos mayores se incrementa el riesgo de sufrir enfermedades degenerativas como el Alzheimer. Realizando actividad física principalmente entre los 25 y los 45 años se consigue aumentar las sustancias químicas del cerebro que previenen la degeneración de las neuronas del hipocampo.

6. Mejora tu memoria.

Practicar ejercicio regularmente mejora tu memoria, pues incrementa la producción de células del hipocampo que son responsables de la memoria y el aprendizaje.

7. Aumenta tu capacidad cerebral.

Al hacer ejercicio tu cerebro produce más neuronas y más conexiones entre ellas, fenómeno que se conoce como neurogénesis. Por lo tanto, tu cerebro ganará forma y aumentará su capacidad de aprendizaje.

8. Te ayuda a ser más productivo.

Una investigación de Schwarz y Hasson (2011) concluyó que los trabajadores que practican ejercicio o deporte regularmente son más productivos y tienen más energía que sus compañeros sedentarios.

9. Ayuda a controlar la adicción.

El cerebro libera dopamina (el neurotransmisor de la recompensa) en respuesta a un estímulo placentero. Desafortunadamente, hay gente que se vuelve adicta a las sustancias que producen su liberación. La práctica de ejercicio puede ayudar en la recuperación del adicto, pues postergan el ansia del adicto.

Con todos estos datos no debería quedarnos ninguna duda para poner en marcha alguna actividad deportiva, ¿a qué esperas?.

Hipertensión de bata blanca o hipertensión clínica aislada

Amaya Carceller Tejedor. *Psicóloga Hospital San Jorge Huesca*

La llamada "hipertensión de bata blanca" o hipertensión clínica aislada hace referencia a una elevación de la presión arterial provocada por la presencia del personal sanitario y/o médico durante el proceso de medida de la tensión arterial, que reduce la validez del diagnóstico de hipertensión.

Los pacientes que muestran esta reactividad no presentan un riesgo caridovascular mayor que las personas normotensas, si bien un porcentaje estimable termina desarrollando hipertensión.

La hipertensión de bata blanca, no parece ser inducida exclusivamente por la bata blanca, ya que se ha observado incluso cuando el médico no la lleva. El estatus social atribuido al médico puede inducir dicha elevación.

Los datos de prevalencia varían, pero se estima que está alrededor de un 20-35% de los pacientes hipertensos.

Existe abundante evidencia de que se puede condicionar la presión arterial (por ejemplo, a los aviadores les sube la presión arterial cuando oyen el ruido de un avión). Pero en el caso de la hipertensión de bata blanca, el proceso de formación de una respuesta condicionada no está tan claro, ya que no se puede precisar qué elementos del contexto adquieren el valor de estímulo condicionado aversivo.

No obstante, se ha observado que el diagnóstico de presión arterial elevada puede ser suficientemente aversivo para generar una reacción emocional condicionada al procedimiento de medida de tensión, lo cual puede provocar una elevación artefactual y permanente de la misma.

E rol profesional de la enfermera

La hipertensión de bata blanca parece ser la responsable de una sobreestimación de la presión arterial de los pacientes hipertensos y, como consecuencia una posible sobremedicación de éstos. Asimismo, en aquellos casos de hipertensión resistente al tratamiento, se puede sospechar de la existencia de hipertensión de bata blanca.

Parece conveniente que sea la enfermera la encargada de tomar la presión arterial, ya que su rol profesional resulta menos estresante que el del médico.

Al ser presuntamente causada por un condicionamiento a una situación desagradable, conviene que el diagnóstico de hipertensión sea prudente, y un proceso en el que se repitan las lecturas en diferentes ocasiones para descartar que se trate de un caso de hipertensión clínica aislada.

Para tratar este tipo peculiar de hipertensión, se establece que lo más adecuado es un técnica psicológica llamada desensibilización sistemática, que en este caso se orientaría a las situaciones de medida y a las sensaciones que el paciente siente bajo en manguito de presión durante este proceso.

La técnica consiste en un acercamiento real o imaginario, y de forma siempre progresiva, a una situación u objeto que produce ansiedad. Para ello, el paciente mismo crea una jerarquía de los estímulos que le provocan ansiedad, ordenándolos de mayor a menor grado, y de esta forma se va acercando gradualmente a aquello que le genera el malestar. Al exponerse al estímulo ansiógeno durante muchas veces repetidas, se produce el efecto de habituación, que consiste en que el estímulo aversivo pierde fuerza y la persona reduce la ansiedad al ser consciente de que no se han producido los fenómenos que temía.

Otra técnica muy utilizada, esta vez a nivel médico, para descartar los posibles casos de falsos positivos, es la llamada monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). Esta técnica consiste en la medición de la presión arterial en repetidas ocasiones, siempre fuera de la consulta del médico, durante un período de 24-48 horas, mientras que el paciente realiza sus actividades de la vida cotidiana normalmente, así se elimina el contexto aversivo de la situación de medición de la consulta médica, y se permite de esta forma un diagnóstico mucho más fiable.

Paciente con demencia, ¿cuidador con sobrecarga?

Alodia Abad Ruiz. *Trabajadora Social del Hospital de Barbastro (Huesca)*
Clara Bibian Getino. *Geriatra Hospital de Barbastro (Huesca).*

El trabajo diario en el hospital, con pacientes y familiares de enfermos con demencia, pone sobre la mesa la consecuente necesidad de estos pacientes de tener a un cuidador a su lado para ayudarles o suplir sus dificultades en el desarrollo de ABVD (Actividades básicas de la vida diaria), entre otras.

En la actualidad encontramos que la mayor parte de los cuidados a personas dependientes proviene de cuidadores informales de la propia familia. La organización de las familias hace que el papel de cuidador principal recaiga fundamentalmente en uno de sus miembros. Mayoritariamente, según diferentes estudios, suele ser un rol femenino que desempeñan principalmente esposa, hija o nuera. La cuidadora ha de compaginar esta función con otras que ya tenía adquiridas con anterioridad, como el hogar, la familia o el trabajo. Asume muchas responsabilidades que repercuten en su vida personal, viéndose afectadas las diferentes esferas de su vida.

En el área familiar pueden aflorar conflictos por desacuerdos entre la persona que cuida y el resto de familiares con respecto al comportamiento, decisiones a tomar, puede existir malestar del cuidador por pensar que los demás no aprecian el esfuerzo que está haciendo, etc.

La esfera laboral y económica también se ve afectada dado que un importante número de cuidadores no puede trabajar. Han tenido que dejar el trabajo, pedir excedencia o reducir la jornada laboral conllevando una reducción de ingresos que se suma al aumento de gastos derivados del cuidado del anciano generando dificultades económicas en ocasiones.

A mayor dependencia, más cuidados y menos tiempo para el cuidador

Una persona dependiente requiere mucho tiempo y mayor cuanto mayor sea el grado de dependencia. Ese tiempo es inversamente proporcional al tiempo libre de la persona cuidadora, es decir, a mayor dependencia, más necesidad de cuidado y apoyo, y menos tiempo para el cuidador. Se reducen por lo tanto las actividades sociales y el tiempo de dedicación a uno mismo.

Aparecen también sentimientos de tristeza y aislamiento. Parte de esta soledad es consecuencia del distanciamiento que con el tiempo tiene lugar de las relaciones familiares y sociales de ésta. Estamos hablando de pacientes con enfermedades que pueden tener una larga evolución y que además según progresan aumentan en grado de deterioro. El apoyo de los amigos, familiares cercanos no directos, etc se diluye y va desapareciendo con el tiempo.

La salud es otra de las esferas de la vida del cuidador que se ven afectada pudiéndose traducir en problemas físicos como cefaleas, astenia, fatiga crónica, alteraciones del ciclo de sueño, deterioro del sistema inmune, enfermedades cardiovasculares, y problemas psíquicos como la depresión, ansiedad, descenso de la autoestima.

Además va a ser habitual, encontrarnos con cuidadores de edad avanzada, que debido a ésta presenten problemas de base de salud y que puedan agravarse como consecuencia de la sobrecarga o simplemente dificultar las funciones de cuidador.

El hecho de cuidar provoca un gran impacto emocional que conlleva la aparición de emociones negativas como sentimientos de culpa, preocupación, tristeza e irritabilidad, aunque es importante destacar que también pueden aflorar sentimientos positivos como la satisfacción de contribuir al bienestar del familiar, descubrir cualidades que de uno mismo que se desconocían e incluso el hecho de desarrollarse como persona.

Que "el cuidador esté cuidado y se deje cuidar"

Como podemos ver la afectación del cuidador es tal que pueden llegar a presentar incluso una mayor tasa de mortalidad que la población general. Todas estas circunstancias, que pueden afectar al cuidador, justifican la importancia de pretender que "el cuidador esté cuidado y se deje cuidar".

Las enfermedades neurodegenerativas como las demencias, tipo Alzheimer o no, son patologías que conllevan un sufrimiento físico y psicológico importante para los propios pacientes y sus familias.

El riesgo de sobrecarga de los cuidadores es elevado y no solo repercute en ellos mismos sino que puede aumentar la incidencia de ingresos hospitalarios y asistencias de urgencias de éstos.

Para la buena marcha de los cuidadores y consecuente mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes, es importante que en nuestras intervenciones nos marquemos como parte de los objetivos el trabajar con ellos cuatro aspectos de importancia.

1. La Aceptación de la enfermedad y las propias limitaciones ayudándoles a asumir la realidad del día a día para intentar buscar soluciones, para adaptarse de la mejor manera posible a la situación. Aceptar la enfermedad, ayuda a hacer frente a los hechos y a interpretar los comportamientos irritantes o molestos del familiar, a no esperar más del enfermo de lo que la enfermedad le permite dar. La aceptación de las limitaciones de uno mismo facilita el marcarse metas realistas, darse cuenta de la necesidad de cuidarse a sí mismo y reconocer el derecho a ello, delegar en otros el cuidado de su familiar y admitir las emociones.

2. El acceso a la información sobre la enfermedad y los recursos. A mayor conocimiento de la enfermedad, más facilidad para anticiparse a las situaciones, poniendo en marcha los recursos oportunos para hacer frente a la situación con eficacia. Además esa información ayudará a aceptar la enfermedad y por lo tanto a trabajar el punto anterior. El conocimiento de los recursos, técnicas y habilidades y aprender a utilizarlas con el propio enfermo, ayuda a resolver problemas que se presenten.

3. Apoyo de familiares y amigos, de Servicios Sociales, Servicios Sanitarios y Asociaciones de Familiares así como de profesionales implicados.

El apoyo que pueden brindar los familiares y amigos ayuda a delegar en otros la tarea de cuidador por unas horas, le va a permitir salir de la situación, relacionarse entre otras cosas. La posibilidad de ayuda domiciliaria (aunque sabemos que no siempre llegan los recursos en el momento que hacen falta), de centros de día o residencias para estancias temporal que descarguen al cuidador serán de vital importancia. El contactar con personas que comparten el mismo problema y poder compartir con ellas experiencias, y emociones, ayuda a combatir los sentimientos soledad y vergüenza. Por último el apoyo de profesionales implicados, médicos de atención primaria, neurólogos y geriatras ayuda a mantenerse informados del proceso entre otras cosas.

4. El último de los aspectos a trabajar es el del autocuidado, tanto físico como psicológico. Autocuidarse es reconocer el derecho a proporcionarse a sí mismo los cuidados necesarios para proteger la salud y aumentar así la calidad de vida. Dentro de los autocuidados físicos podemos encontrar el ejercicio, una alimentación sana, técnicas de relajación, descanso necesario, etc y en los psicológicos el hecho de cultivar el sentido del humor, hablar de los propios sentimientos, reconocerlos como normales y comprensibles, atender las necesidades propias, etc.

No olvidemos que como profesionales tenemos un papel fundamental a la hora de abordar la sobrecarga.

| 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

¿Cómo alimentarse tras una ostomía?

María Isabel Ostabal Artigas. Médico intensivista. UCI Hospital Miguel Servet
Ana Linares Castro, Rocío Berni Ruíz, Cristina Berni Ruíz, Casimiro Villanueva Falo. DUEs UCI H.Miguel Servet
Isabel Sancho Bayona. TCAE. UCI H.Miguel Servet

Cuando una persona tiene un tumor de colon, un proceso isquémico o un proceso inflamatorio u obstructivo intestinal, es probable que el cirujano tenga que resecar un trozo de intestino y abocar el resto a la pared abdominal, es lo que se llama ostomía. Cuando lo que se aboca es el intestino delgado se habla de ileostomía y la ostomía o apertura cutánea, se localiza en el lado derecho de la pared abdominal. Cuando lo que se aboca es el intestino grueso se llama colostomía y la ostomía se localiza en el lado izquierdo de la pared abdominal. Por esta ostomía saldrán las heces que serán recogidas en una bolsa diseñada para este fin, con filtros que evitan el olor y con consistencia suficiente para la recogida del contenido intestinal, sin alterar la vida social y laboral de la persona.

El paciente con una ileostomía o una colostomía, debe saber alimentarse y aunque con el tiempo podrá comer de todo, durante las 6 u 8 primeras semanas su intestino debe adaptarse y la dieta será pobre en residuos y grasas. Además, se recomienda: Comer regularmente sin omitir comidas, porque los intestinos vacíos producen gas. Las comidas serán pequeñas en cantidad pero hará de 5 a 6 al día, siempre masticando bien los alimentos. El arroz, las patatas y la pasta una vez al día pueden reducir la frecuencia de las deposiciones y la irritación intestinal. Cada vez que se vaya agregando un alimento nuevo de los inicialmente no aconsejados, se comerá en pequeñas cantidades y mezclado con otros alimentos. Nunca reintroducir dos alimentos nuevos a la vez y, si no lo tolera se intentará pasado un tiempo. Los alimentos ricos en potasio, ayudan a compensar las pérdidas por las diarreas (presentes al principio sobre todo con la ileostomía). El potasio se encuentra en el plátano, el consumé, el pescado, el pollo, la naranja y otras frutas.

Limitar los azúcares simples, para evitar diarreas (azúcar, dulces, pasteles, miel, mermelada y bebidas endulzadas). Tomar 6-8 vasos de agua, pero no con las comidas.

La tolerancia inicial dependerá de la cantidad y localización del intestino resecado, por lo cual deberá preguntarle a su cirujano si va a tener algún tipo de problema de absorción que requiera algún cuidado nutricional especial; no obstante el tipo de dieta durante las primeras 6-8 semanas es una dieta pobre en residuos y grasas. Se entiende por dieta pobre en grasas y residuos, aquella que incluye dentro de las hortalizas y verduras: la patata, la zanahoria y el calabacín fundamentalmente. Las frutas se tomarán cocidas o asadas, pudiéndose consumir cruda la pera y la manzana pelada y conforme vayan pasando las semanas el plátano. Dentro de los pescados se optará por los blancos y de las carnes el pollo y el pavo. No se tomarán embutidos salvo jamón cocido. Los huevos en tortilla francesa o cocidos son una buena fuente de energía. El pan será blanco y al ser posible del día anterior, también se puede tomar tostado. Las pastas y el arroz son otro de los alimentos permitidos inicialmente. La leche se sustituirá en los primeros días o se tomará leche sin lactosa o de almendra…Está permitido el yogur y el queso fresco. Es aconsejable el uso de aceite de oliva virgen extra y no tomar bebidas como el café o el té, siendo la manzanilla una infusión aconsejable.

Qué alimentos le pueden afectar

- Dentro de los alimentos que producen gases y deberá moderar: Bebidas alcohólicas, frijoles, soja, repollo, bebidas gaseosas, coliflor, pepinos, productos lácteos, goma de mascar, leche, nueces, cebolla, rábanos.
- Dentro de los alimentos que producen olor de las heces: Espárragos, frijoles cocidos, brócoli, repollo, aceite de hígado de bacalao, huevos, pescado, ajo, cebolla, mantequilla de maní, algunas vitaminas y el queso fuerte.
- Dentro de los alimentos útiles para el control del olor: La crema de leche, jugo de arándano, perejil, jugo de naranja, jugo de tomate, yogur y mantequilla.
- Dentro de los alimentos que cambian el color de las heces: Espárragos, colorantes de alimentos, tabletas de hierro, regaliz, gelatina roja, fresas y salsa de tomate.
- Dentro de los que aumentan las evacuaciones: Bebidas alcohólicas, granos enteros, cereales de salvado, repollo cocido, frutas frescas, verduras, leche, ciruela pasas, vegetales crudos, especias.
- Dentro de los que pueden obstruir el ostoma: Cáscara de manzana, repollo, apio, grano entero, coco, frutos secos, champiñones, nueces, naranja, piña, palomitas y semillas.
- Dentro de los que alivian el estreñimiento: Agua, café tibio, frutas cocidas y frescas, vegetales cocidos, jugo de frutas.
- Dentro de los que controlan la diarrea: Puré de manzana, plátano, arroz hervido, mantequilla de maní, suplementos de pectina (fibra), tapioca.

La colonoscopia virtual en el diagnóstico del cáncer de colon

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

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la existencia de una proliferación anormal de células. Entre los diferentes tumores, el más frecuente en conjunto es el cáncer de colon, el cual afectará a 1 de cada 20 hombres y a 1 de cada 30 mujeres antes de cumplir los 74 años.

En España la supervivencia a los 5 años se sitúa en este momento por encima de la media de los países europeos, con un 64% (la media europea es de un 57%).

Síntomas

Los síntomas de esta enfermedad son variables, sobre todo en función de la localización del tumor y del grado de afectación: sangre en las heces, cambios en la frecuencia de las deposiciones, sensación de evacuación incompleta, dolor abdominal, cansancio extremo y pérdida de peso, etc. Ninguno de ellos es exclusivo del cáncer de colon, ya que pueden aparecer en otra serie de enfermedades como las hemorroides, algunos tipos de diarrea o en otros trastornos digestivos.

Cuando existen síntomas que pueden hacer sospechar la posible existencia de una lesión en el colon, el médico lleva a cabo una exploración que incluye un tacto rectal y pedirá una serie de pruebas para determinar el diagnóstico, siendo las más habituales la analítica de sangre que incluya marcadores tumorales y la colonoscopia.

La colonoscopia convencional

La colonoscopia convencional es la exploración que permite la visualización directa de todo el intestino grueso y la parte final del intestino delgado mediante la introducción de un colonoscopio (tubo flexible dotado de una cámara) por el recto. En ocasiones los pacientes, por sus condiciones o por el tipo de lesión que presentan, no pueden realizar o completar el estudio mediante la colonoscopia convencional y en su lugar se realiza la **colonoscopia virtual**.

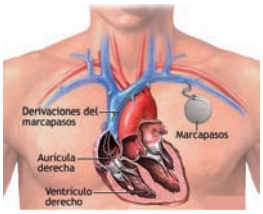
Esta técnica consiste en la visualización del colon por dentro tras haber realizado dos estudios de Tomografía Computerizada (TC) del abdomen, uno boca abajo (prono) y otro boca arriba (supino), obteniendo imágenes tridimensionales del colon con el TC helicoidal que permiten navegar por su interior y asegurar si lo que se ve es una lesión real o son restos de heces que han quedado dentro del intestino.

Para llevarla a cabo se colocará una vía intravenosa por la que se introducirá el contraste (como en el resto de estudios de TC con contraste) y se introducirá una pequeña cánula del tamaño del dedo meñique por el recto, a través de la cual se introduce aire que distienda el colon, realizando a continuación el estudio de TC.

Las **ventajas** de la colonoscopia virtual son que se puede visualizar el colon desde muchos ángulos diferentes, así como la pared del mismo y la afectación de la zona exterior al colon, permite valorar el resto del abdomen en la misma exploración, no precisa sedación, es rápida y el paciente se reincorpora a su actividad habitual inmediatamente tras someterse a la misma.

Las **desventajas** de esta exploración son la irradiación (factor más importante en gente joven) y la imposibilidad de tomar muestras de la lesión al no tratarse de una técnica invasiva.

Como conclusión diremos que esta técnica es complementaria a la colonoscopia convencional y que será su médico responsable, en función de sus síntomas y las sospechas clínicas quien aconsejará la exploración más adecuada a realizar.



Recomendaciones para pacientes portadores de marcapasos permanente

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

Un marcapasos es un pequeño dispositivo que envía impulsos eléctricos al corazón para ayudarle a latir con una frecuencia adecuada y con un ritmo constante. Su colocación se realiza mediante una pequeña incisión debajo de la clavícula.

Los marcapasos pueden ayudar a regular el ritmo del corazón cuando falla la estimulación fisiológica o normal. Esto sucede en casos de frecuencia cardiaca lenta, rápida o irregular, o de bloqueo en la transmisión eléctrica del corazón.

Frecuencia cardiaca

Hay dos causas principales de una disminución anormal de la frecuencia cardiaca. Ambas suelen ser el resultado de procesos degenerativos o ateroscleróticos:

1. **La incapacidad del nódulo sinusal** (que es el marcapasos natural del corazón) de producir el suficiente número de impulsos por minuto. También llamado "síndrome del seno enfermo o enfermedad del nódulo sinusal". Cuando falla el nódulo, disminuye su frecuencia de disparo, y a veces, se producen pausas largas en las que el corazón deja de latir por espacio de unos segundos. La implantación del marcapasos está indicada si aparecen síntomas como síncope (pérdidas de conocimiento), insuficiencia cardiaca o angina de pecho, siempre que estos síntomas sean secundarios a la bradicardia (disminución de la frecuencia cardiaca).
2. **El fallo de la transmisión de los impulsos producidos por el nódulo sinusal al músculo del corazón.** Si se producen trastornos en otro nódulo denominado nódulo aurículo-ventricular (porque está situado entre las aurículas y los ventrículos) y del sistema de conducción más lejano, la indicación de implantar un marcapasos depende de la gravedad de dicho trastorno y de los síntomas del paciente.

Tipos de marcapasos

Pueden ser permanentes (la pila o generador se implanta debajo de la piel) o temporales (el generador no está implantado en el paciente). En este segundo caso, hay dos métodos para implantarlo:

1. Transcutáneo (generalmente incluidos en algunos desfibriladores): los electrodos se colocan pegados sobre la piel, uno en la parte anterior del tórax (electrodo negativo) y otro en la espalda (electrodo positivo).

2. Intravenoso (endocavitario): los electrodos son colocados a través de una vena hasta contactar con la parte interna del corazón (endocardio).

¿Cómo se coloca?

Un marcapasos artificial consta de un generador de impulsos eléctricos (o marcapasos propiamente dicho) y de un cable conductor (o electrocatéter).

Para implantarlo se realiza una pequeña incisión en el pecho, debajo de la clavícula izquierda. Se introduce el cable conductor a través de una vena cercana hasta la aurícula derecha o el ventrículo derecho (dependiendo del tipo de trastorno que se esté tratando).

Si el paciente sólo necesita un electrodo, éste se coloca en el ventrículo derecho. Si necesita dos electrodos, el segundo se coloca en la aurícula derecha. Cuando el cable está en el lugar adecuado (para ello se utilizan rayos X), se conecta al marcapasos y éste queda alojado debajo de la piel. El procedimiento finaliza cosiendo la incisión.

¿Cómo funciona?

Una vez implantado el marcapasos, los electrodos transmiten las señales del corazón. El generador de impulsos "lee" estas señales y la batería envía impulsos eléctricos al corazón para estimularlo rítmicamente, cuando es necesario.

¿Cómo vivir con un marcapasos?

Sí se puede utilizar aparatos de rayos X, controles remotos de televisión (mandos a distancia), transmisores de televisión, hornos de microondas, detectores de metales, almohadillas eléctricas, radios de aficionados, afeitadoras eléctricas y mantas eléctricas.

También se puede conducir, mantener relaciones sexuales y utilizar teléfonos móviles (se recomienda alejarlo 15 cm del marcapasos). Con un marcapasos es posible practicar deportes de forma moderada, incluso natación (acompañado) y tiro (en este caso debe utilizar la escopeta con el brazo opuesto al marcapasos).

No se puede manipular equipos pesados, motores con imanes potentes, taladradoras eléctricas e instrumentos vibradores. Tampoco está permitido utilizar equipos para soldar ni algunos de los aparatos utilizados por los dentistas. Ocurre igual con el uso de máquinas de resonancia magnética, máquinas de radioterapia para el tratamiento del cáncer y máquinas eléctricas que no tengan toma de tierra.

No se deben usar mochilas ni sujetadores con tirantes muy apretados. Si viaja en avión, debe advertir en el control de equipajes que viaja con marcapasos. En cualquier caso, recuerda siempre que es importante llevar siempre la tarjeta de portador de marcapasos.

Más información

http:/ /www.fundaciondelcorazon.com/ informacion-para-pacientes/ tratamientos/ marcapasos.html

¿Cómo funciona el corazón?

http:/ /www.fundaciondelcorazon.com/ informacion-para-pacientes/ como-funciona-el-corazon.html

Valoración integral del anciano con valvulopatía aórtica: la TAVI, una novedosa opción de tratamiento

Daniel Grados Saso. Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología. Hospital de Barbastro
Clara Bibián Getino. Médico Geriatra. Servicio de Geriatría. Hospital de Barbastro
Laura Bolea Laderas. Médico Internista. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro

La valvulopatía aórtica degenerativa y en concreto la estenosis aórtica calcificada es la valvulopatía más frecuente en nuestro medio actualmente. Aragón es una de las comunidades más longevas de España, junto con Navarra, La Rioja y Castilla y León, según los datos del INE, con una esperanza de vida de 86.38 años para las mujeres y 80.36 años para los hombres. Con el aumento de la esperanza de vida de la población y la mejoría de la supervivencia en las enfermedades crónicas, cada vez más pacientes se diagnostican de esta patología, cuya prevalencia aumenta con la edad.

Según las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología y de Cirugía Cardíaca (ESC 2017) la indicación de tratamiento son los casos en que la estenosis aórtica es de grado severo y sintomática. Bien mediante cirugía abierta con implante de prótesis valvular o sin cirugía, con la técnica TAVI. En casos particulares se plantea cirugía en pacientes asintomáticos, siempre que el riesgo quirúrgico sea bajo y se den una serie de condiciones predictoras de progresión rápida de la enfermedad o de resultado adverso cardiovascular.

Reemplazo valvular aórtico con esternotomía

El reemplazo valvular aórtico mediante técnica quirúrgica es el tratamiento que se lleva realizando durante décadas y se conocen sus resultados a largo plazo. Precisa esternotomía (apertura del tórax del paciente) y circulación extracorpórea. Un importante número de pacientes presenta un riesgo quirúrgico muy elevado y por lo tanto, en ellos, no se puede realizar la cirugía.

Implante de la válvula percutánea mediante cateterismo

En estos casos se puede plantear el implante de una válvula percutánea, técnica conocida como **TAVI** (por sus acrónimos en inglés: Transcatheter Aortic Valve Implantation). Desde el inicio de la técnica en el año 2002 en Francia por el grupo del Dr. Cribier, se ha convertido en una excelente opción terapéutica en pacientes que previamente tenían un pronóstico muy sombrío solo con tratamiento médico.

Consiste en el implante de una válvula mediante cateterismo cardíaco a través de una arteria de gran calibre: la arteria femoral en el abordaje transfemoral (el más usado). Existe otro abordaje algo más complejo, a través del ápex del ventrículo izquierdo (vía transapical). Se avanza hasta el corazón atravesando la válvula aórtica, se realiza una valvuloplastia (apertura de la válvula con un balón) y se despliega una prótesis que queda en posición aórtica.

La TAVI ha demostrado ser no inferior a cirugía en pacientes de alto riesgo quirúrgico y superior al tratamiento médico (estudio PARTNER). Estos resultados se han visto refrendados posteriormente en registros clínicos multicéntricos llevados a cabo en distintos países, con un gran número de pacientes.

Valoración integral de los pacientes

La mayoría de los pacientes que son candidatos al implante de la válvula aórtica percutánea presentan otras patologías (comorbilidad) que revisten gravedad y que pueden empeorar su pronóstico vital per se.

Se trata de un procedimiento técnicamente complejo y no exento de complicaciones, aun en manos expertas. Por ello, es esencial una adecuada selección de los pacientes que se beneficiarán de esta técnica.

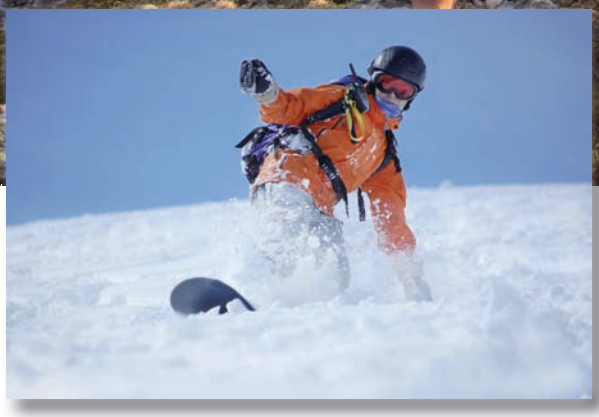
Para ello, debemos realizar previamente una valoración integral de aquellos pacientes subsidiarios de técnica TAVI. Es habitual que los pacientes padezcan deterioro funcional, fragilidad o alteración cognitiva que condicionan una peor evolución, mayor riesgo de complicaciones que limitan el beneficio posterior, ya que partimos de una situación precaria.

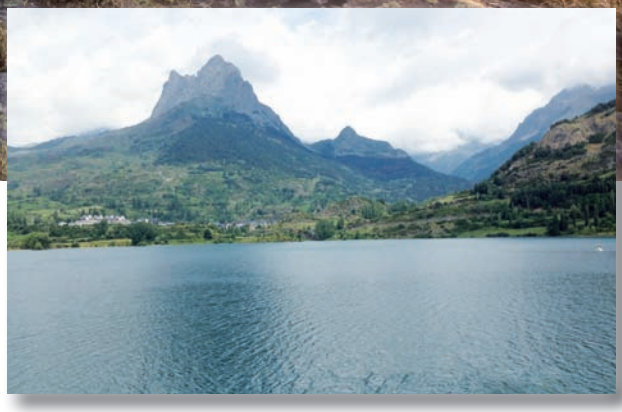
Cuando indicamos que un paciente es candidato a técnica TAVI el servicio de geriatría realiza la valoración del paciente. Se benefician más aquellos pacientes que presenten un óptimo pronóstico a corto-medio plazo atendiendo no sólo a su situación clínica, si no también apoyo social, nivel funcional, esfera cognitiva y por supuesto fragilidad. Es aquí dónde radica la importancia de la selección de pacientes, siempre en relación a la calidad de vida y ganancia funcional que van a tener posteriormente.

Para ello es necesaria una entrevista con el paciente y familia. Se realiza una anamnesis y exploración física detallada y se aplican diferentes escalas e índices validados a nivel internacional como son el índice de Charlson (comorbilidad), índice Profund (comorbilidad-pluripatología), índice de Barthel, Lawton y Brody (evaluación de nivel funcional), escala Barber (fragilidad), test de Pfeiffer o Mini mental (evaluación cognitiva), entre otros.

Cada vez es más importante el trabajo multidisciplinar entre especialistas y la individualización de cada caso. De ese modo conseguiremos mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Es necesario informar de forma realista y veraz acerca de los riesgos de esta técnica, sopesando las posibilidades reales de mejoría sintomática y pronóstico de nuestros pacientes.

(Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)





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

www.lapuertaverdepanticosa.com