medicina salud cultura

# zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com añoVII mayojunio2013 nº41

ESPECIAL

# Hombre

Sumario **3** Apnea del sueño:cuando dormir no descansa **4** Cribado de cáncer de próstata **6** El hombre moderno cuida su alimentación **7** Eroski con los coles... **8** ARIMA, lugares para la emoción **10** Soy paciente oncológico y tengo la boca seca ¿Qué puedo hacer? **12** Hombre y pan, una relación avalada por siglos de historia **14** ¿Cuándo se crearán"Centros de Atención a los Varones"? **16** La lumbalgia **18** Hernia discal y estenosis de canal **20** Paperas **22** Mitos y realidades de los edulcorantes **24** El testamento vital **27** XVI Congreso Nacional de Andrología **28** La modificación de la capacidad de obrar y la tutela **30** Diferencias de género en el prejuicio hacia las personas obesas.

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

**© PubliSic S.L.** El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.*

Comercial
Médica y de Laboratorio

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

***Nuestro servicio hacia el cliente nos hace diferentes***

Ronda Landaben, 3 • 31012 Pamplona
Apartado de Correos 125 • 31080 Pamplona
T. 948 22 05 85 / 948 14 23 96 • F. 948 22 05 85
info@comercialmedica.es • www.comercialmedica.es

# Apnea del sueño: cuando dormir no descansa

***Dr. Carlos Concejo Cútoli.*** *Cirujano Oral y Maxilofacial.*
***Dr. Ricardo Ruiz de Erenchun Purroy.*** *Cirujano Plástico y Estético.*
*Clínica Cross*
*Pza. Europa, 13. Ciudad del Transporte. 31119 Imarcoain-Navarra*
*T 948 853 668. www.clinicacross.es*

**De entre los múltiples problemas relacionados con el sueño dos son los problemas que destacan sobre los demás por su frecuencia: el insomnio y los trastornos obstructivos. Ambos repercuten de forma significativa en la calidad de vida pero la apnea del sueño provoca además alteraciones orgánicas que ponen en grave riesgo la salud.**

Los trastornos obstructivos durante el sueño producen un colapso de la vía aérea que impide que el aire llegue a los pulmones. Estos colapsos cuando duran más de diez segundos se denominan apnea y provocan un descenso en la saturación de oxígeno de la sangre junto con alteraciones en la tensión arterial y el ritmo cardíaco. Estas alteraciones se relacionan directamente con diversas patologías como HTA, cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, diabetes e incluso muerte súbita. De hecho la mortalidad en pacientes con apnea del sueño severa se acerca al doble de lo que correspondería en sujetos sin apnea.

## Diagnóstico

El principal síntoma de la apnea del sueño es la somnolencia diurna. Dormir no descansa y el sueño nos persigue todo el día. Cuando se sospecha la existencia de un trastorno obstructivo durante el sueño se tiene que confirmar el diagnóstico mediante una polisomnografía que debe realizarse ingresado durante una noche en una unidad del sueño. Confirmado el diagnóstico de apnea del sueño y dependiendo de su gravedad será necesario realizar otros estudios como un examen de la vía aérea o un escáner craneocervical.

## Tratamiento

Lo más inmediato es iniciar el tratamiento con un dispositivo de presión continua o CPAP conectado a la nariz mediante una mascarilla. El uso de la CPAP soluciona el problema y sus complicaciones. Sin embargo, el mayor inconveniente de estos dispositivos es que para que sean efectivos deben utilizarse la mayor parte de la noche todos los días y para siempre mientras persistan las apneas.
Una alternativa al uso del CPAP es la cirugía. Aunque tradicionalmente la cirugía no resolvía los problemas de apnea severos, un mayor conocimiento de la patología y el avance de las técnicas quirúrgicas, ha cambiado significativamente este concepto.

## Básicamente se puede aplicar la cirugía en tres niveles

**Nariz**

La cirugía nasal se ha comprobado como uno de los tratamientos efectivos para mejorar la sintomatología y la calidad de vida de los pacientes con apnea del sueño. No solo para mejorar la apnea en sí, sino para mejorar la tolerancia al CPAP. Son tres los elementos anatómicos nasales que, en caso de estar alterados, dificultan el flujo de aire y que pueden ser resueltos mediante la rinoplastia: el septum o tabique nasal, los cornetes y la válvula nasal interna.

**Paladar blando**

El paladar blando está implicado en la mayor parte de los pacientes con apneas del sueño. La cirugía consiste básicamente en disminuir su tamaño. Existen numerosas técnicas que incluyen la cirugía convencional, técnicas de radiofrecuencia o tratamiento con láser. En cada caso debe seleccionarse la más indicada.

**Lengua**

La base de la lengua suele ser el lugar donde se ocasionan las apneas del sueño más graves. La cirugía puede conseguir con distintas técnicas disminuir su tamaño o adelantar su posición impidiendo el colapso.

En la mayoría de las apneas están implicados al menos dos sitios de obstrucción por lo que la cirugía normalmente debe actuar a varios niveles. Una vez realizada la intervención se debe realizar una nueva polisomnografía para comprobar que efectivamente las apneas han desaparecido o han disminuido a rangos de normalidad.

# Cribado de cáncer de próstata

***Dra. Daime Pérez Feito.*** *Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Navarro de Salud.*
***Dr. Antonio Alcántara Montero.*** *Medicina Familiar y Conmunitaria. C.S. José Mª Álvarez. Don Benito (Badajoz).*
*Miembros del Grupo de Trabajo Nacional de Urología SEMERGEN.*

**Cumplir años en un lujo que todos deseamos; algunos nos hacemos padres, otros nos dedicamos de lleno a nuestro desarrollo profesional o a nuestros hobbies, pero si algo tenemos en común es la preocupación por la salud.**

El sentido común nos indica que esta preocupación tiene que ser controlada y debemos invertir esfuerzos en mejorar lo que realmente nos aporte beneficios.
Solicitar analíticas "porque toca" no siempre es recomendado. Pensemos en el "tan mencionado y preocupante" PSA.
El PSA no es más que el antígeno prostático, una sustancia producida por la glándula prostática y que tanto llega a preocupar, sobre todo porque damos por hecho que valores normales significan salud total y valores altos una gran probabilidad de que suframos un cáncer de próstata (CaP).
En términos estadísticos la incidencia del CaP es del 1% en menores de 50 años, pero aumenta exponencialmente con la edad y la gran mayoría aparece a partir de los 65 años. Más de la mitad de los casos no tienen síntomas que nos hagan pensar en patología prostática.
El CaP es la neoplasia más diagnosticada en el sexo masculino y causa el 11% de las muertes por cáncer en el hombre. En nuestro entorno, uno de cada 6 hombres desarrollará la enfermedad, pero sólo 1 de cada 29 morirá por esta causa.
No suele aparecer en menores de 40 años y la media de edad de su diagnóstico es 70 años. Cuando se diagnostica el 60% de los casos tiene la enfermedad localizada consiguiendo una supervivencia a los 5 años en torno a 92-95% y si aparece extensión regional o metástasis (25-35%) la supervivencia baja al 80 y 30% respectivamente.
El crecimiento tumoral suele ser lento: a los 10 años de su diagnóstico el 80% sigue afectando únicamente a la próstata.

## ¿Qué es el cribado de cáncer?

El término cribado se refiere a la realización de determinadas pruebas o exploraciones en pacientes asintomáticos, pero que tienen gran riesgo de desarrollar algún tipo de cáncer. En muchos tumores esta detección precoz mejora las probabilidades de curación y por tanto las tasas de supervivencia.
Pero con el diagnóstico precoz puede generarse una situación que, a la larga, puede representar un perjuicio, ya que no siempre las medidas que adoptemos modificarán el curso de la enfermedad.

## ¿Qué pasa en el caso del CaP?

Pensemos en que no siempre un paciente con CaP muere por esta enfermedad, lo que ha provocado que no exista consenso entre las sociedades médicas para indicar campañas de detección de este tumor en menores de 50 años. La mayoría de las sociedades europeas sólo aconsejan valorar el PSA si hay síntomas de patología prostática.
Por otra parte, el PSA es un marcador muy útil en el seguimiento del CaP ya diagnosticado y en tratamiento, al ser un marcador sensible e indicativo de la presencia de tejido tumoral a nivel prostático o metastásico. Las concentraciones séricas de PSA se relacionan con el estadio tumoral.
El PSA en pacientes diagnosticados de CaP nos sirve para evaluar el pronóstico (a mayores concentraciones, menor supervivencia).
Debemos tener en cuenta que el PSA no es un marcador específico de cáncer, sino de órgano. Así, puede estar elevado en otras patologías de la glándula como: Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP), prostatitis, retención aguda de orina (RAO), infecciones del aparato urinario y situaciones tales como manipulación con catéter, biopsia prostática, después de relaciones sexuales o tras realización de tacto rectal. También pueden observarse elevaciones en ausencia de patología prostática y urológica.
El CaP es común y potencialmente letal; no obstante, la mayoría de los pacientes fallecen con la enfermedad y no a consecuencia de ella. Las limitaciones al uso del cribado para el CaP están ligadas a los pocos beneficios que aporta el tratamiento de los cánceres localizados y la morbilidad concomitante.

## ¿Es costoso el cribado?

Sí, se generarían unos gastos difícilmente asumibles por el sistema sanitario, teniendo en cuenta las pruebas para el cribado, el tratamiento y los efectos adversos.
Pero esto no predispone a la no realización, la evidencia no es clara en cuanto a cuál es el mejor tratamiento en cada fase de la enfermedad y tampoco sabemos si el tratamiento precoz mejora la supervivencia; y en la práctica no tenemos marcadores pronósticos fiables.

## ¿Se debe pedir entonces PSA a libre demanda?

Una gran mayoría de los médicos de familia considera que la determinación del PSA en pacientes asintomáticos es conflictiva, por lo que la decisión sobre su solicitud o no dependerá de los antecedentes familiares, de las expectativas y ansiedad del paciente y de los conocimientos que tenga sobre la patología , así como su opinión sobre la utilidad, riesgos y beneficios del cribado.
Estaría justificado en casos con familiares de primer grado afectados de CaP, individuos de raza afroamericana y aquellos con síntomas.
Diríamos que es necesario una especie de "Consentimiento Informado" verbal donde el paciente sea quien tome la decisión que crea más satisfactoria.
Los médicos de familia no debemos aconsejar o desaconsejar la realización del cribado en la población masculina mayor de 50 años asintomática cuya esperanza de vida sea mayor de 10-15 años. Debemos fomentar la toma de decisiones compartidas con ellos, informando de los beneficios posibles y de los perjuicios y complicaciones que aparecen con la realización de las pruebas del cribado y posteriormente con el tratamiento.



**Razones a favor de realizar un cribado de CaP:**
- Aumenta el diagnóstico de CaP localizados en fases iniciales.
- Más posibilidades teóricas de curación.

**Razones que desestiman un cribado para CaP:**
- Realización de biopsias prostáticas innecesarias y con efectos secundarios.
- Excesivo aumento de diagnóstico de CaP que nunca se habrían desarrollado.
- Complicaciones y efectos secundarios de los tratamientos (impotencia, incontinencia urinaria).

## ¿Existen factores de riesgo definidos para el CaP?

**Los factores de riesgo para el CAP son:**
- Edad: la incidencia aumenta paulatinamente con la edad. Es muy poco frecuente en menores de 40 años.
- Etnia: Aparece con mayor frecuencia en individuos de raza afroamericana y en edades más tempranas.
- Herencia: tener un familiar de primer grado con CaP duplica el riesgo. Si son dos o más los familiares de primer grado afectados este riesgo se aumenta entre 5 y 11 veces. El riesgo es mayor para hombres que tienen un hermano con la enfermedad que para los que tienen un padre.
- Factores externos: *Factores alimentarios y consumo* de alcohol, ingesta calórica total, grasas de origen animal, micronutrientes, vitaminas, minerales, consumo de frutas y verduras son analizados en varios estudios.
*Conducta sexual:* Se discute en varios estudios la asociación de relación inversa entre frecuencia eyaculatoria y menor riesgo de CaP.
*Tabaco, exposición a radiación ultravioleta, obesidad, práctica de ejercicio, enfermedad inflamatoria de la glándula, infecciones de transmisión sexual y antecedentes de vasectomía* son otros factores que se encuentran en estudio para valorar su efecto sobre la incidencia del CaP.
En resumen los factores hereditarios son importantes para determinar el riesgo de desarrollar CaP clínico, mientras que los factores exógenos pueden tener un impacto importante en el riesgo.

## Conclusiones:

- Con los datos actuales de los diferentes estudios realizados y las indicaciones de las diferentes sociedades (Sociedad Americana del Cáncer, Sociedad Americana y Europea de Urología, entre otras) concluimos que no existen evidencias que justifiquen/recomienden el cribado en pacientes asintomáticos.
- En caso de que el paciente lo solicite es importante que conozca los beneficios, perjuicios y complicaciones que podría acarrear; pero sí debemos tener en cuenta a aquellos con antecedentes familiares de dicha enfermedad.

### INFORMACIÓN ACERCA DEL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

- El cáncer de próstata es común y potencialmente letal. No obstante, la mayoría de los pacientes fallecen con la enfermedad y no a consecuencia de ella.
- El cribado detecta más casos de la enfermedad confinada al órgano, pero no existe prueba alguna de que esta detección sirva para salvar vidas.
- En la mayoría de los casos el cáncer de próstata no es la causa de un elevado nivel de PSA.
- El tratamiento localizado del cáncer de próstata es eficaz, aunque está asociado con complicaciones que pueden incluir impotencia e incontinencia.
- Es probable que el cribado de cáncer de próstata que utiliza el nivel de PSA sea beneficioso en un subgrupo de hombres. Sin embargo, no se han definido las características de este subgrupo.

Adaptada de Volk29

# El hombre moderno cuida su alimentación

*Izaskun Arrarás*
*Dietista Nutricionista NA00220*
*Colegio Oficial de Dietistas Nutricionistas de Navarra (Codinna-Nadneo)*

**Hoy en día, el gusto por cuidar la salud y por qué no, el culto al cuerpo, no es una cuestión de sexo, ni de nivel cultural. Es mucho más que todo esto, es un estilo de vida. Por muy distintas razones, llevar una vida saludable que incluye una alimentación equilibrada y la práctica regular de ejercicio físico, se ha convertido en algo atractivo y necesario.**

El hombre se sube al tren de la vida saludable y es necesario tener en cuenta sus características físicas y como le afectan las distintas etapas vitales por las que atraviesa a lo largo de su vida. Todo ello, influirá en aspectos muy concretos de sus necesidades nutricionales, y por tanto, de su alimentación.

## El físico influye determinantemente sobre los requerimientos nutricionales.

Desde el nacimiento hasta que comienzan a manifestarse los primeros cambios originados por la pubertad, la diferenciación entre los sexos masculino y femenino, a nivel nutricional, es insignificante por no decir inexistente. Es a partir de ese momento, en que la transformación física se hace patente, cuando los requerimientos de energía y nutrientes comienzan a desnivelarse entre ambos sexos. El primer aspecto en el que se puede apreciar estas diferencias es el que se refiere a la necesidad de energía, siendo notablemente mayor para los adolescentes varones. Este consumo energético mayor se sigue incrementando hasta el momento en el que se alcanza la edad adulta y está basado en la distinta composición corporal entre hombres y mujeres: el hombre está dotado de más masa muscular y menos grasa, en términos generales, que la mujer. La relación entre la masa muscular del cuerpo y el gasto energético es directamente proporcional, es decir, el gasto energético en reposo o metabolismo basal es mayor cuantos más kilos de masa magra tiene el organismo. También se verán condicionadas las necesidades para los distintos nutrientes como proteínas, hidratos de carbono y grasas, teniendo que aportar mayores dosis a través de los alimentos.

Las distintas patologías más propias de la edad adulta, afectan de modo desigual a ambos sexos, siendo las de naturaleza cardiovascular las más prevalentes entre hombres. Lógicamente, es fundamental garantizar a través de la alimentación, el aporte de nutrientes y sustancias protectoras que mantengan bajo control los niveles de colesterol y grasas saturadas.

## Consideraciones dietéticas

El patrón alimentario del hombre debe ser equilibrado, garantizando un aporte suficiente energía, con variedad de alimentos que den riqueza de nutrientes, que se adapte en cada momento, a las distintas necesidades de cada individuo y que sea sostenible.

El consumo habitual de cereales, principalmente de avena y de fibra, pueden contribuir a la reducción del colesterol ya que contienen beta-glucanos, una fibra soluble que combate el colesterol, lipoproteínas, y antioxidantes.

Los frutos secos (nueces, almendras, etc.) como parte de la dieta diaria reducen los niveles de azúcar en sangre y tiene un efecto cardioprotector.

El licopeno, una sustancia antioxidante contenida en el tomate ofrece una gran protección contra la formación de células cancerígenas y reduce la presión arterial.

El alto contenido de omega 3 en el pescado azul ayuda a disminuir la frecuencia cardiaca y la presión arterial. Los pescados más ricos en omega 3 son el salmón, la caballa, el atún, las sardinas y deben consumirse con una frecuencia mínima de una vez por semana.

Las carnes blancas (carne de ave y conejo) son una buena fuente de proteínas con escaso aporte de grasas que pueden ayudar en el control del peso y mantenimiento de la masa muscular. En el caso del pollo es necesario retirar la piel si queremos evitar su grasa. Alternando su consumo con las carnes rojas conseguiremos un mejor perfil lipídico en la dieta.

Las propiedades de la soja son aliadas de la mejora de la fertilidad masculina gracias a su alto contenido de isoflavonoides. Además, se la relacionan con la reducción de colesterol, y el aumento de la densidad ósea.

# Eroski con los coles, por una mejor alimentación de los más peques

**Arrancamos en mayo una campaña escolar sobre alimentación y hábitos saludables con la colaboración de la Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas y de reconocidas marcas de alimentación, en la que participarán 200 colegios de 13 Comunidades Autónomas.**

Los datos sobre el crecimiento de la obesidad entre los más pequeños, que ha pasado en solo 15 años del 5% a superar el 15%, nos ha llevado a lanzar la campaña "Eroski con los coles", para intentar sensibilizar a niños y niñas de entre 8 y 12 años sobre la importancia de una alimentación equilibrada y saludable. A través de actividades basadas en el juego, queremos concienciarles sobre la importancia de adquirir hábitos alimenticios saludables.

Esta iniciativa cuenta con el asesoramiento técnico de la Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas, así como con la colaboración de marcas de prestigio: Danone, Pascual, Kellogg's, Hero, Johnson's Baby, Colgate y Kaiku. Desde mayo y hasta noviembre, visitaremos colegios del País Vasco, Navarra, La Rioja, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Andalucía, Asturias, Galicia, Murcia, Comunidad Valenciana, Cataluña y Aragón.

## Por una mejor alimentación de los más peques

"Eroski con los coles" se enmarca, a su vez, en el programa denominado "Por una mejor alimentación de los más peques". Un programa que contempla diversas acciones formativas realizadas desde la Fundación Eroski y que se estrenó el pasado mes de febrero en centros educativos de Aragón.

Alrededor de doscientos colegios recibirán nuestra visita durante tres días, en 13 Comunidades Autónomas, donde impartiremos diversas sesiones dirigidas a cerca de 20.000 escolares de Primaria (3º, 4º, 5º y 6º).

Diversos equipos de nutricionistas introducirán a los niños en la dinámica de un juego con actividades y materiales lúdicos diseñados expresamente (como un tablero gigante de 9 metros cuadrados, una colección de cromos con contenidos formativos), que les facilita una mejor asimilación de las claves para una alimentación equilibrada. A través de retos y pruebas en forma de actividades de mímica, preguntas, dibujos, etc. reforzaremos los mensajes.

Otra de las herramientas protagonistas en la campaña será un álbum de cromos que se entregará a los escolares y a través del cual se trasladan mensajes sobre la alimentación saludable, y que también estarán disponibles en la web www.eroskideasana.com.

Asimismo, potenciaremos el consumo de alimentos con menos sal, menos grasa y menos azúcares tanto en las aulas como en los comedores.

## Testimonios

**Iñaki Perurena.** *Deportista.*
"Es necesario fomentar el ejercicio físico entre los más pequeños como complemento de una buena alimentación a la hora de reforzar hábitos de vida saludables. ¡Hoy en día nuestro hábitos han cambiado tanto! Vivimos deprisa y no se valora debidamente la importancia que tiene una alimentación correcta, saludable"

**Giuseppe Rusolillo.** *Presidente de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas.*
"Se han producido grandes cambios que han repercutido de forma negativa sobre las tasas de obesidad infantil, tales como la sustitución de la dieta mediterránea tradicional por dietas con mayor densidad energética, así como la tendencia a una vida más sedentaria. Actividades como la que hoy presenta Eroski son necesarias para contribuir a darle un vuelco a esta tendencia".

**Anabel Zariquiegui.** *Gerente del hipermercado Eroski de Pamplona.*
"En Eroski nos comprometemos con la salud de los consumidores, y reconocemos la gran oportunidad que supone la colaboración con distintos agentes como centros escolares, familias, distribuidores, fabricantes y profesionales de la salud, en la promoción de una alimentación equilibrada y unos hábitos de vida saludables en las nuevas generaciones".

Más info en: www.eroskideasana.com

# ARIMA, lugares para la emoción

*Yolanda Santesteban, Psicóloga EAPS*
*Jaione Azparren, Psicóloga EAPS*
*Ana Baños, Psicóloga EAPS*
*Juan Pedro Arbizu, Psicólogo Clínico Director EAPS*
*EAPS Hospital San Juan de Dios*

**En el Equipo de Atención Psicosocial (EAPS) del Hospital San Juan de Dios de Pamplona trabajamos con pacientes con enfermedad avanzada y sus familiares. Desde Noviembre del 2008, dentro de un programa de atención integral de la Obra Social de La Caixa.**

ARIMA surgió fruto de una reflexión e inquietud común dentro de nuestro equipo: completar la atención sanitaria con una serie de acciones que aumenten el bienestar de las personas que estén ingresadas en nuestro hospital.

Durante un ingreso y en situaciones de gran vulnerabilidad: ¿qué es lo importante, lo esencial, qué ayuda? ¿tenemos en cuenta en los hospitales todos los niveles de las necesidades que surgen en esos momentos? ¿ o tendemos a focalizar nuestra labor en el control de síntomas? , cuidar y cuidarnos...¿es posible?

Etimológicamente, la palabra HOSPITAL proviene del latín "hospitalis": amable con los huéspedes. Acoger con generosidad, buen recibimiento y trato definen la HOSPITALIDAD como valor. Este es el valor central de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. ARIMA aúna este origen con la idea actual de hospital como un espacio donde se desarrollan todo tipo de servicios vinculados a la salud. Profesionalidad y cuidado.

Este sería el objetivo y el camino en nuestro hospital: realizar acciones que van más allá de la asistencia tradicional. Generar lugares y tiempos lúdicos donde la presencia, la emoción y la creatividad se palpen. Dar oportunidad de conectar con la belleza, enriqueciendo la vivencia y la conciencia.

Todas las actividades incluidas en ARIMA, excepto la meditación, son abiertas y puede acudir cualquier persona vinculada con el hospital.

## Música para la emoción

Primera actividad de ARIMA hace año y medio. La musicoterapia, la melodía, la armonía o el ritmo producen efectos positivos sobre la parte fisiológica, emocional, espiritual y sobre la voluntad de las personas.

Mensualmente, los jueves a las 18 h nos visitan en la planta de cuidados paliativos músicos de distintas características. Realizan una audición de poco más de media hora, ofreciendo un tiempo para conectar con la belleza y la emoción a través del disfrute de la música.

## Arteterapia

Jueves alternos a las 17 h se realiza esta actividad puramente creativa. Pintura de manos, mandalas, dibujos referenciales son una expresión artística que nos pueden dar sentido y conciencia de bienestar. Según Laing "La terapia artística ofrece un área en la que el paciente puede proclamar su identidad y una atmósfera en la que puede ser él mismo". Conocer todos los lenguajes del arte para comunicarte con las personas y unir todas las artes para poder crecer.

## Cuentos para la emoción

Forma tradicional de expresión oral y parte de la cultura popular, los jueves alternos a las 17 h se realiza una lectura de cuentos elegidos. Con música de fondo, es una oportunidad para disfrutar y sentirse. Es una lectura coordinada en la que no solo se narran historias, sino que se busca la participación activa de quien acude implicándole en el relato, invitándole a leer y estimulando la fantasía en quien lo escucha.

## Meditación

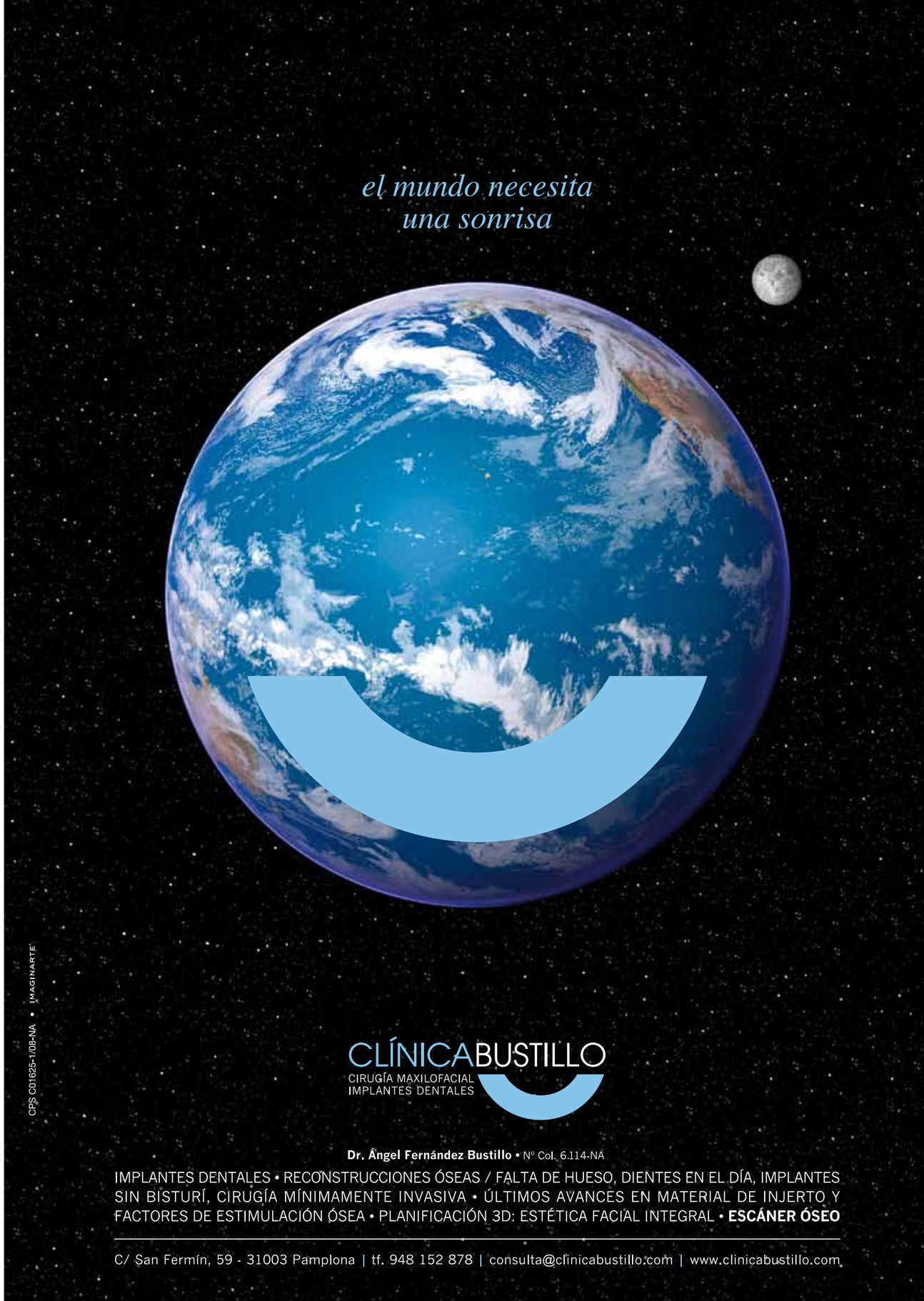
Abierta a cualquier trabajador del hospital, todos los miércoles a las 7:40 h y durante veinte minutos proponemos con esta práctica el parar y conceder un espacio y un tiempo para conectar con uno mismo. Observarnos desde el silencio interior, con la atención plena. Y desde ahí favorecer nuestro autocuidado, nuestra claridad mental, la reducción de estrés y ansiedad. Armonía interior y una forma de vida desde la presencia.

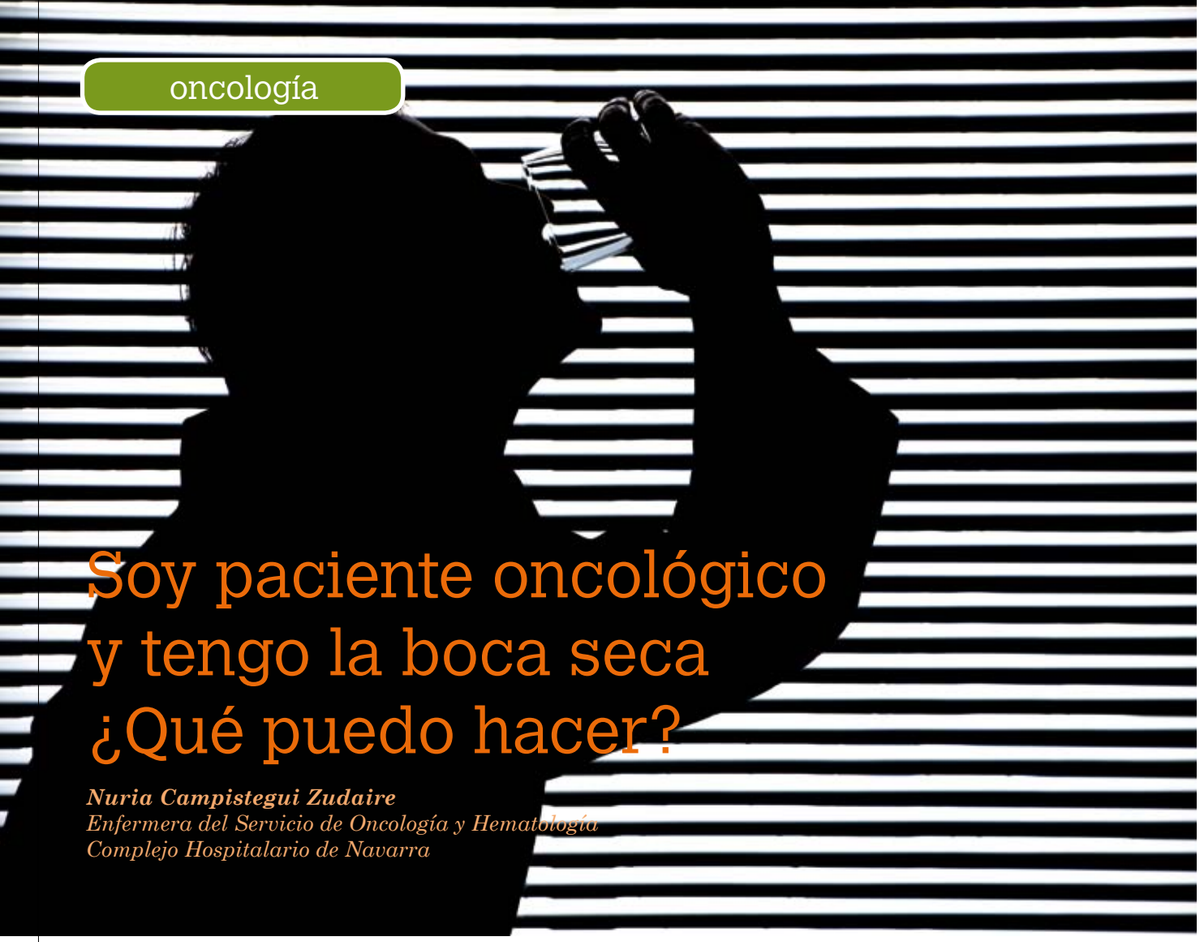
ARIMA tiene su propia melodía: "NORAY", creada y cedida por Christian Hidalgo, que tras la pérdida de su padre, ha participado en uno de nuestros grupos de duelo. La podéis escuchar en la siguiente dirección: www.soundcloud.com/christian-ono/noray

ARIMA. Lugares para la emoción. Alma. Donde descansa la mente. Parada y movimiento de energías. Sentir, crear, buscar la conexión y el máximo bienestar posible. Evolucionar y completarnos

¿Es posible un hospital así hoy en día, en cualquiera de sus áreas y servicios? Una forma de hacer y de estar que deseamos se extienda y se comparta por quien quiera. Esta es nuestra apuesta.







# Soy paciente oncológico y tengo la boca seca ¿Qué puedo hacer?

***Nuria Campistegui Zudaire***
*Enfermera del Servicio de Oncología y Hematología*
*Complejo Hospitalario de Navarra*

**La persona con cáncer que está siendo sometida a tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia suele referir tener "la boca seca". A esta sensación se le conoce con el nombre de xerostomía.**

No sólo es una sensación desagradable para la persona que lo padece, sino que puede ir acompañado de otros problemas como mucositis, caries, úlceras bucales... en definitiva que se puede tener problemas que dificulten el éxito de los tratamientos de quimio y radioterapia.

## ¿Qué se puede hacer para combatirla?

El tratamiento de la xerostomía, además de poderse solucionar con los fármacos indicados por nuestro oncólogo, es el propio paciente quien puede aportar su granito de arena para su resolución. ¿Cómo? A continuación les proponemos alguna recomendación.

◆ Mantener una adecuada hidratación bucal:
- Beber unos 2 litros de agua o líquidos. (Si no hay restricción de líquidos).
- Dar sorbos pequeños de forma frecuente.
- Son mejores los líquidos frescos.
- Uso de agua en sprays.

◆ Uso de humidificadores. Sobre todo en espacios cerrados muy secos.

◆ Antes de acostarse, uso de vaporizadores nasales con suero fisiológico o de agua de mar esterilizada. Esto ayuda a tener la zona oral más hidratada.

◆ Consejos dietéticos:
- Dieta equilibrada y variada.
- Consumo de frutas y vegetales frescos.
- Evitar alimentos muy calientes, muy picantes, salados y secos.
- Beber agua durante las comidas. Así ayudamos a la formación del bolo alimenticio y a su deglución.

◆ Disminuir o suprimir el alcohol, tabaco, café o cualquier otra sustancia que irrite la mucosa oral.

◆ Estimular la producción de saliva con chicles sin azúcar (de sabor de menta), caramelos, huesos de frutas.

◆ Uso de sustitutos salivales.

◆ Buena higiene oral.
- Uso de un correcto cepillo dental y accesorios (seda dental, cepillos interdentales, irrigadores dentales...). Hay varios tipos de cepillos: manuales, eléctricos, de cerdas suaves, duras...
- Cepillado correcto: Realizar movimientos vibratorios sin desplazamiento durante 10 segundos cada 2-3 dientes; acordarnos de cepillarnos la lengua y la cara interna de la boca; el tiempo que debe durar: aproximadamente 2-3 minutos; hay que cepillarse mínimo una vez al día (lo ideal sería tras cada comida), siendo a la noche el cepillado más minucioso.
- Revisión periódica al odontólogo. Es conveniente que se haga una visita previa antes de empezar cualquier tratamiento de quimioterapia o radioterapia. Tampoco nos debemos olvidar de visitarlo una vez finalizado el tratamiento.
- Colutorios: No hay que olvidar que deben ser sin alcohol; los más utilizados son preparados de clorhexidina, aunque también se pueden preparar en casa con agua y bicarbonato.
- Usar preparados fluorados. Así se evitan las caries y se fortalecen los dientes.
- Si se lleva prótesis dentales. Extremar sus cuidados: Fijar bien la prótesis, evitar el acúmulo de restos de comida entre la prótesis y la encía; evitar pequeñas irritaciones o úlceras; lavar bien la prótesis tras cada comida y antes de acostarse; retirar la prótesis por la noche; no olvidarnos de limpiar la parte metálica con un bastoncillo impregnado en alcohol...

Con estas recomendaciones queremos que las personas que padecen xerostomía puedan minimizar en todo lo posible las complicaciones que conlleva la sequedad de boca, tales como mucositis, úlceras bucales, candidiasis orales (infección por hongos), halitosis, cierto aislamiento social y así no se vea afectada su vida diaria.



RUEBER

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

Imagen real de una prótesis capilar RUEBER

NOS ADAPTAMOS A TODAS LAS ECONOMÍAS.
NO QUEREMOS QUE LA FALTA DE CABELLO SEA UN PROBLEMA.
ASESORAMIENTO INTEGRAL PARA EL CUIDADO DE LA PIEL
DURANTE EL PROCESO ONCOLÓGICO
VISÍTENOS SIN COMPROMISO.

Monasterio de urdax, 8-1º. Esquina con pío xii, 9. 31007 pamplona
t 948 25 50 53 www.ruebercentrocapilar.es rueberpamplona@rueber.es

# Hombre y pan, una relación avalada por siglos de historia

*Laura Garde Etayo NA00087*
*Colegio Oficial de Dietistas y Nutricionistas de Navarra*

**El pan es un alimento básico, aunque muy evolucionado desde la perspectiva de su elaboración en la actualidad. Es un manjar que traspasa las fronteras del tiempo y el espacio. El pan viste la mesa desde el principio hasta el fin de cualquier velada, siendo el primer bocado que se sirve y el último que se retira. Es el único alimento que habitualmente acompaña todas las comidas del día, aunque su presencia pueda ser más o menos abultada. En suma, es protagonista indiscutible y no hay razón que justifique su ausencia en nuestra dieta.**

## El pan contribuye al equilibrio dietético-nutricional de la dieta del hombre

No recomendaría su consumo como parte habitual de la alimentación de las personas en general, si careciera de interés dietético-nutricional. Y es que puedo afirmar, de modo claro y contundente, que comer pan todos los días, contribuye a nuestro bienestar, nos ayuda a estar mejor.

En toda pirámide de alimentación saludable, el pan está representado como alimento de consumo cotidiano, clave para mantener las proporciones necesarias de requerimientos en hidratos de carbono. La necesidad de este alimento en la dieta diaria se explica de dos modos: mediante el reparto adecuado de energía procedente de los alimentos entre los distintos macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas), y a través de la distribución correcta de energía entre las distintas comidas del día (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena).

Un reparto adecuado de la energía en forma de hidratos de carbono, supone un 55% del valor calórico total de la dieta de cualquier persona con una actividad media normal. El pan blanco contiene un 85% de calorías en forma de hidratos de carbono, por lo tanto, la energía que proporciona el pan puede resultar parte importante del contenido energético diario. Esta idea quedaría reforzada con la presencia de proteínas vegetales y un escaso contenido en grasas, aunque de buena calidad (ácidos oleico y linoleico fundamentalmente), que suponen una evidente ventaja desde el punto de vista nutricional.

También el pan juega un importante papel en la distribución de la energía entre las distintas comidas del día, contribuyendo a que los porcentajes sean proporcionados: 25% de la energía total entre el desayuno y el almuerzo, 35% en la comida de mediodía, 15% en la merienda y 25% en la cena. Su presencia podrá ser más cuantiosa en las comidas con mayor aporte energético, aunque en las tomas menos calóricas, será uno de los alimentos protagonistas.

Sin embargo, es una evidencia que el pan no es un alimento completo en sí mismo, por lo que hemos de completar su aporte nutritivo (vitaminas, minerales, grasas, aminoácidos, etc.), combinándolo con otros alimentos para alcanzar el equilibrio óptimo que requiere un patrón alimentario saludable.

## 300g de pan a lo largo del día

Un varón de entre 25 y 50 años, con una actividad media normal, puede tener un consumo energético diario aproximado de 2.900 kcalorías.

Como he mencionado anteriormente, un 55% de ese consumo energético debe cubrirse por medio de los hidratos de carbono, que corresponde a unas 1595 Kcalorías del total.

El consumo de 300g de pan blanco supone 732 kcalorías, repartidas en las distintas comidas.

El resto, hasta las 1595 kcalorías procederán de la legumbre, la patata, las frutas y las verduras, que también son fuente dietética de hidratos de carbono.

A continuación, presento el menú resultante, teniendo en cuenta el cálculo anterior:

**Desayuno**
1 vaso de leche semidesnatada
Pan fresco tostado (100g),
con mantequilla (10g) y mermelada (15g)

**Almuerzo**
Pincho de jamón
1 plátano

**Comida**
Lentejas (100g) con cebolla (100g) y zanahoria (50g)
Filete de ternera a la plancha (150g)
y 1 naranja
Pan (75g) y aceite de oliva virgen

**Media tarde**
1 Yogur natural con nueces y pasas

**Cena**
Alubias verdes (300g) con patata (150g)
Merluza al horno (200g)
1 manzana asada
Pan (75g) y aceite de oliva virgen



integra
Estética y salud dental

Aplicamos a todo el personal sanitario el 10% de descuento en todos los tratamientos dentales.

Directora médica
Dra. Carolina Arias Chavarría
Colegiado N. 467 en el COENA

- Implantes dentales
- Blanqueamiento
- Ortodoncia
- Carillas estéticas
- Prótesis
- Odontología general y especializada

C/Sancho Ramirez N. 29, C.P. 31008 PAMPLONA (junto a Parque Yamaguchi, zona hospitalaria) - T.: 948 19 61 52 www.integraclinic.es - info@integraclinic.es
CPS-2304C/3-13-NA

# ¿Cuándo se crearán "Centros de Atención a los Varones" como existen "Centros de Atención a la Mujer"?

***Satur Napal Lecumberri y Berta Moreno Marcos***
*Urólogos del Complejo Hospitalario de Navarra*

**Existen una serie de enfermedades que afectan más a los varones que a las mujeres y que éstos debieran de conocer. Las mujeres ya han logrado grandes avances sanitarios para que su cuerpo y su vida no se deterioren, y las "Unidades de Tratamiento de la Menopausia" o los "Centros de Atención a la Mujer" son ya una realidad en nuestro medio.**

Palabras como "osteoporosis", "tratamientos hormonales sustitutivos" o "gel lubricante vaginal" son utilizadas por las mujeres cotidianamente y no sólo en la menopausia, sino también entre las que se preparan para la llegada de esta etapa de su vida. Los varones, aunque vamos muy por detrás de ellas, nos tenemos que concienciar de la importancia de la prevención y del cuidado de nuestra salud y es seguro que en poco tiempo veremos proliferar "Unidades de Andropausia" o de "Envejecimiento Masculino", donde los varones seremos estudiados y tratados de forma global, como ocurre ya en el caso de las mujeres. Es bueno que los hombres conozcamos las trasformaciones que se van a producir en nuestros cuerpos y como hacerles frente. Que nos convenzamos de la importancia de llevar una existencia sana, cambiando nuestros hábitos de vida o realizando revisiones periódicas como ya efectúan rutinariamente las mujeres. Los varones debemos concienciarnos que como en el caso de ellas se puede acudir con la mayor naturalidad del mundo a una consulta para realizar una revisión prostática periódica, consultar respecto a problemas como la disminución del deseo sexual, alteraciones de la erección, nuestros factores de riesgo cardiovascular o tantos otros temas asociados al paso de la edad y a nuestra condición de varones. La información es clave y ninguna pregunta debe de quedar sin respuesta. Es bueno, como en el caso de las mujeres, un esfuerzo de información para que los varones tengamos unos conocimientos más precisos de nuestro propio cuerpo y de su funcionamiento y toda esta información es seguro que nos ayudará a afrontar con mayor seguridad los cambios que conllevan el paso de los años.

La sexualidad es una parte importante de la vida del varón como también, por supuesto, de la mujer. La disfunción eréctil, sea cual sea su etiología, produce sufrimiento en el varón que habrá de ser cuidadosamente evaluado por profesionales médicos competentes. Existe una preocupación secular, posiblemente "potenciada últimamente", sobre la disfunción eréctil y que a medida que aumenta la expectativa de vida y crece la población de varones "mayores" va siendo un problema sanitario de gran magnitud. Esto se trata de resolver con fármacos, prótesis y otros procedimientos, que van desde la cirugía a la psicoterapia y todo varón debe saber que actualmente toda disfunción eréctil es tratable y solucionable. Decimos esto para enfatizar la importancia de acudir en busca de ayuda médica ante cualquier problema de esta naturaleza, que además puede predecir enfermedades más graves como la diabetes, el infarto agudo de miocardio o alteraciones neurológicas.

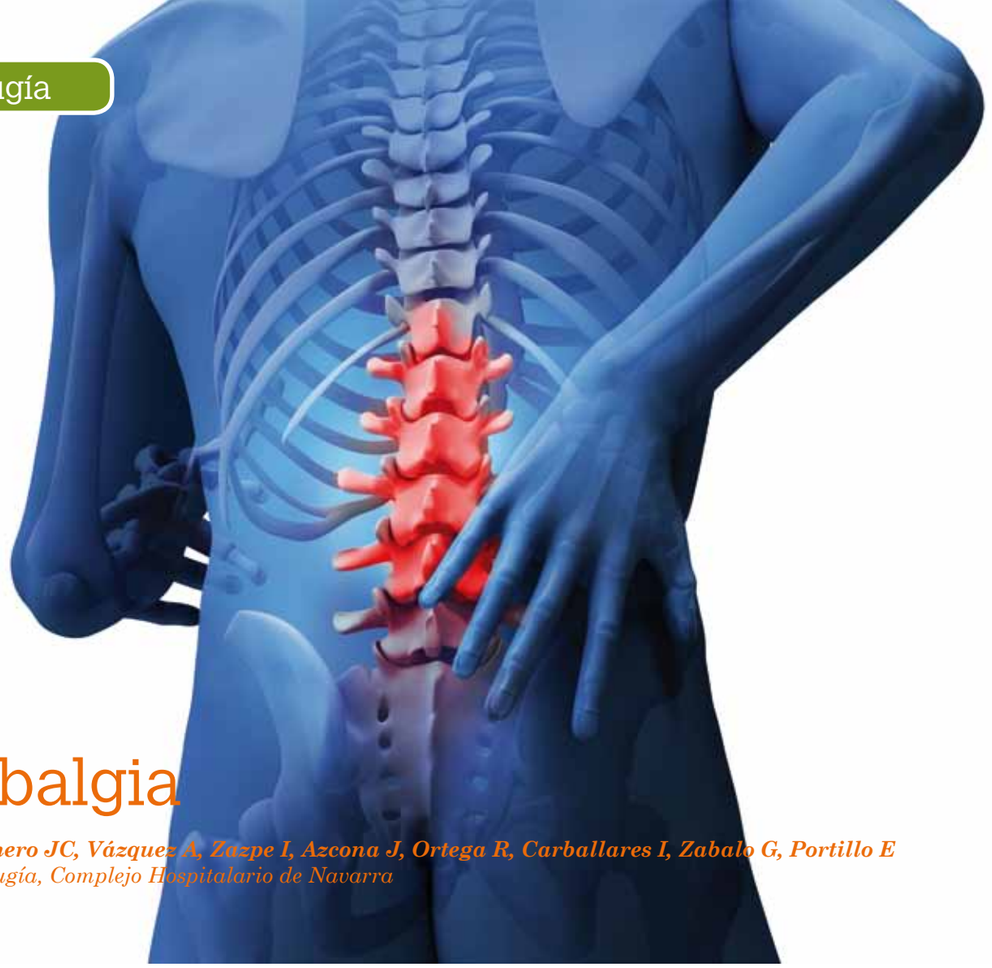
## ¿Qué especialidad médica se hará cargo del varón que envejece? La Medicina del envejecimiento. Una nueva y prometedora especialidad.

El aumento de la edad media de la población supone un mayor número de enfermedades y de intervenciones quirúrgicas, tanto programadas como de urgencia y además con las limitaciones específicas ligadas a la edad. Esto unido a otros temas hará que la urología juegue un papel importante en gran parte de la patología del "varón que envejece". Refiriéndonos a la especialidad de urología los importantes avances alcanzados en las últimas décadas en el desarrollo de la medicina han repercutido en el futuro de esta, que se perfila como una especialidad con mayor contenido médico, sin abandonar las raíces que la caracterizan como especialidad quirúrgica. El compromiso médico del urólogo es cada día mayor y en Europa se promueve activamente la idea de que el urólogo debe de ser el médico general del varón de edad avanzada y con esta idea ha nacido la "Sociedad Internacional para el estudio del varón añoso". La prolongación de la edad media de la población masculina determina un aumento de la patología urológica característica ligada a la edad, que se traduce sobre todo en síntomas relacionados con trastornos del tracto urinario inferior, mayor riesgo de padecer infecciones urinarias e incontinencia urinaria, un aumento en la incidencia de cáncer prostático, de disfunción eréctil y la aparición del síndrome del hipogonadismo de inicio tardío, ligado al déficit de testosterona y que ocurre en muchos varones a partir de los cincuenta años. Actualmente se hace hincapié en que el urólogo como médico que accede a gran cantidad de varones de edad, debiera actuar como controlador de los marcadores de riesgo de enfermedad cardiovascular y en educador de estos pacientes aconsejándoles la adquisición de hábitos de vida cardiosaludables. El cuadro general es que la mayoría de los varones de edad padecerán alteraciones relacionadas con la especialidad de urología. Por todo lo dicho anteriormente, surge en Europa la idea que propugna la necesidad de desarrollar un programa denominado Androcheck y que tendría como objetivo el control periódico de los varones de más de cincuenta años y dicho programa lo lógico es que corresponda al urólogo, como responsable directo de la atención a un nuevo campo que emerge dentro de la especialidad.

El Androcheck debe ir encaminado a la prevención y el tratamiento de cinco patologías urológicas fundamentales:

- La hipertrofia benigna de próstata
- El cáncer de próstata.
- La disfunción eréctil.
- El síndrome del hipogonadismo de inicio tardío, por déficit de testosterona.
- La prevención de la cardiopatía isquémica.

*(Tomado del libro "La salud masculina a prueba. Guía práctica de cuidados y recomendaciones", de Editorial Evidencia Médica (www.evidenciamedica.com) y cuyo autor es el urólogo Satur Napal Lecumberri).*



# La lumbalgia

*Díaz J, García Romero JC, Vázquez A, Zazpe I, Azcona J, Ortega R, Carballares I, Zabalo G, Portillo E*
*Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario de Navarra*

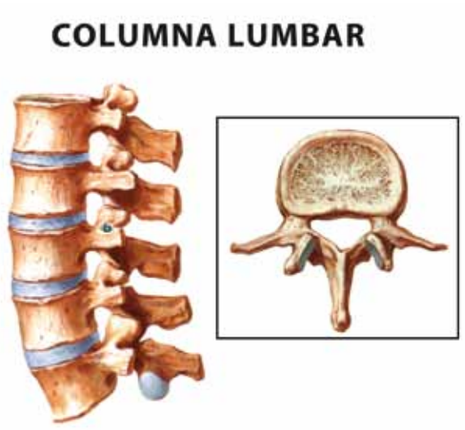
**Llamamos lumbalgia a cualquier dolor de la zona inferior de la espalda. Puede estar causada por una amplia variedad de patologías, en su inmensa mayoría benignas. En este capítulo nos vamos a referir a la lumbalgia mecánica causada por patología degenerativa de la columna lumbar.**

## Pequeña reseña anatómica

La Columna lumbar está formada por 5 vértebras lumbares. La primera se articula con la última dorsal (D12) y la quinta (L5) con la primera sacra (S1) que es parte del sacro.

Las vértebras tienen una parte anterior maciza denominada cuerpo vertebral y un arco óseo posterior. Al unirse las distintas vértebras estas estructuras dejan un canal óseo que aloja la médula y los nervios raquídeos a su salida de esta.

Entre cada dos cuerpos vertebrales existen unas estructuras especializadas, los discos intervertebrales. Están formados por un fibrocartílago, firme aunque con cierta elasticidad, que alberga en su interior el llamado núcleo pulposo, más blando. Esto le proporciona la capacidad de amortiguar las distintas fuerzas que se producen sobre la columna vertebral (al cargar peso, con los diferentes movimientos, etc.) a la vez que permite la motilidad de los distintos segmentos de la columna.



En su parte posterior las vértebras están unidas también por pequeñas articulaciones diseñadas para permitir un determinado rango de movimiento dependiendo de la región de la columna en la que nos encontremos (no todas las partes de nuestro raquis pueden moverse con la misma amplitud). Además, estas articulaciones soportan también una parte de las cargas que se ciernen sobre las vértebras.

Por último, este conjunto de estructuras óseas están unidas por numerosos ligamentos y músculos contribuyendo todos a que la columna haga correctamente su trabajo que es sujetar la estructura humana.

Como podemos ver la columna vertebral es, en conjunto, una estructura especializada de nuestro cuerpo focalizada a servir de soporte al cuerpo humano, aguantando las cargas a las que la sometemos, a la par que nos permite una amplia gama de movimientos. Es bastante diferente a la del resto de animales vertebrados, debido principalmente al hecho que somos los únicos que caminamos erguidos sobre dos piernas, lo que hace que sobrecarguemos mucho más los discos y articulaciones.

## Aparición de la lumbalgia

Inicialmente la marcha erguida, junto con otros procesos de la vida (actividad física, hábitos posturales, algunos tóxicos como el tabaco, movimientos vibratorios aplicados de forma continua a la columna...) hacen que los discos pierdan esa elasticidad, trabajen peor y duelan. Por otro lado, al no cumplir con su misión las otras estructuras que intervienen en la estabilidad de la columna como las articulaciones, ligamentos y la musculatura, tienen que aumentar su rendimiento. Esto provoca que las primeras se hipertrofien, lesionando unos pequeños nervios y produciendo dolor lumbar. También los músculos se contraen en exceso y duelen. Todo ello conduce a la aparición de lumbalgia.

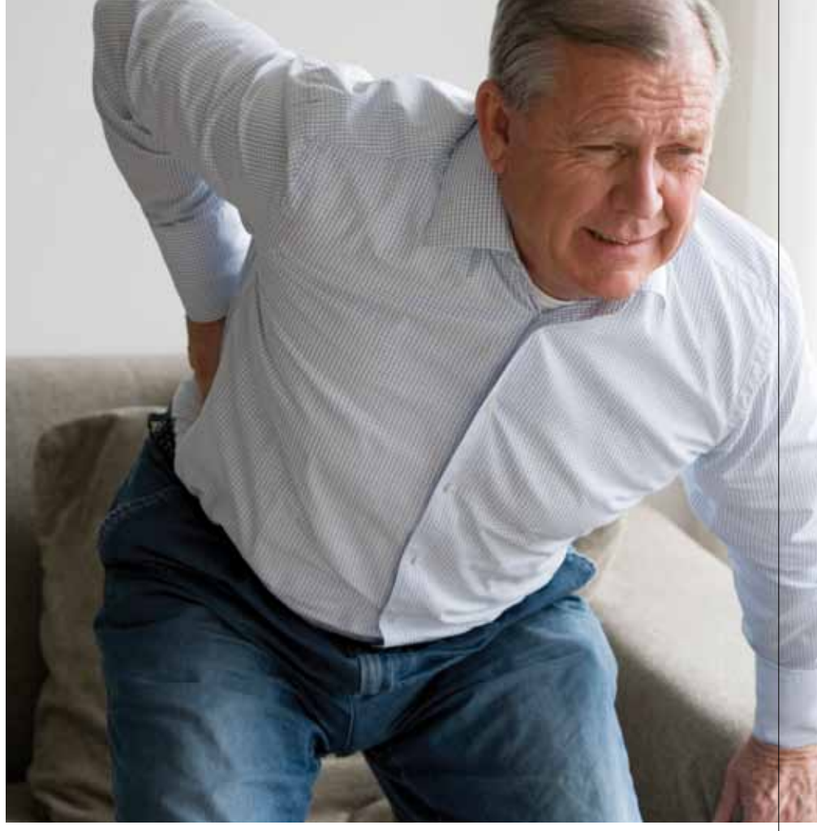
Pero no debemos asustarnos, es la evolución natural del ser humano, como tener arrugas en la frente a cierta edad o el pelo blanco. El cuerpo tiene mecanismos compensatorios a base de modificar la curvatura, crear osteofitos, etc. que fijan las vértebras y acaban mejorando el cuadro a cambio de un envejecimiento natural. Más del 90% de las personas padecen de lumbalgia en mayor o menor grado en algún momento de su vida.

## Tratamiento

Pero tampoco es cuestión de resignarse. Algo se podrá hacer para que estos episodios sean más llevaderos en la vida cotidiana. El principal tratamiento comienza realmente antes del inicio de la lumbalgia. Consiste en la profilaxis y en aplicar medidas de higiene postural. Estas tienen como misión evitar la sobrecarga excesiva de esos discos y articulaciones. Además de recomendar mantener un peso adecuado y una musculatura dorsal, lumbar y abdominal potente se recomienda:

- Durante el sueño: Colchón firme pero lo suficientemente mullido para adaptarse a la curvatura de la columna, dormir boca arriba o de lado. Debe evitarse levantarse de frente con las piernas estiradas, es mejor girar hacia un lado y apoyarse con las manos al hacerlo.
- Al sentarse: Silla altas y con respaldo, apoyar los pies en el suelo y encajar bien el cuerpo contra el respaldo.
- Al permanecer de pie: Evitar los tacones. Utilizar suela de tamaño intermedio y si es posible tener un pie más alto que otro (apoyado en un escalón, por ejemplo)
- Al realizar tareas domésticas: Utilizar los instrumentos de limpieza largos que nos permitan trabajar sin mantener una postura en flexión de la columna. No colocar los enseres pesados en la parte alta de los estantes y utilizar a ser posible un carro de compras. Caso de llevar el peso en bolsas, que esté equilibrado entre ambos brazos.
- Al inclinarse: Intentar flexionar las rodillas o apoyar las manos en un mueble o en la pared. Una de las posturas más nocivas es mantener una flexión continua cargando pesos: hacer camas, coger niños, etc.

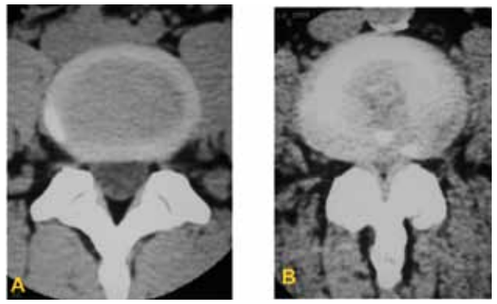
Para una descripción más detallada de estas medidas remitimos al lector a la siguiente página web del Gobierno de Navarra: (*http://blog.saludnavarra.es/tratemos-las-lesiones-de-columna-con-prevencion-ii/*).

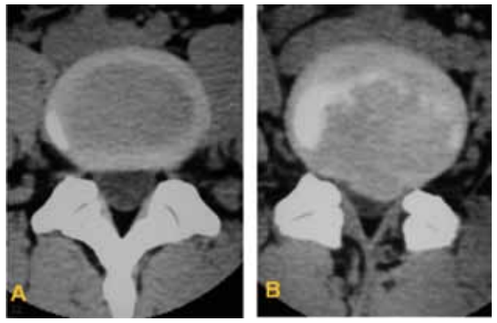


Si a pesar de todo aparece la lumbalgia:

- Se recomienda evitar cargar con pesos, así como los movimientos bruscos de la columna lumbar. Lo indicado es mantener un reposo relativo, es decir evitar las actividades físicas que condicionen un sobreesfuerzo durante el episodio agudo de dolor (por ejemplo aquellos deportes que practiquemos habitualmente) y restringir la actividad física al paseo diario por ejemplo. Sin embargo está contraindicado mantener el reposo absoluto en cama. Está comprobado que suele aumentar el tiempo de recuperación y además puede provocar la aparición de otros problemas como la trombosis venosa profunda en EEII, que son potencialmente más peligrosos.
- Calor local.
- Si no mejora consultar con su Médico de Atención Primaria que pondrá tratamiento según su criterio, generalmente con analgésicos y antiinflamatorios.
- Si continúan las molestias, será nuestro médico quien decidirá si tenemos que visitar a un especialista, generalmente un médico rehabilitador que intentará aliviarnos con los medios a su alcance.
- Prácticamente nunca está indicado en esta patología el tratamiento quirúrgico, pero en algunas ocasiones se pueden realizar tratamientos un poco mas agresivos como las infiltraciones articulares (tratando de anestesiar los nervios que causan dolor) o algo un poco mas duradero como la Rizolisis, intentando lesionar dichos nervios con agujas térmicas
- No agobiarnos: la inmensa mayoría de los cuadro de lumbalgia se deben a cambios degenerativos como los que hemos expuesto. Sólo debemos acudir inicialmente a nuestro médico en los raros casos en los que la lumbalgia se acompañe de fiebre, pérdida de peso, sintomatología neurológica (pérdida de fuerza, incontinencia urinaria, etc), aquellos casos que siguen a un traumatismo lumbar o aquellos pacientes con antecedentes de cáncer en los que el episodio no se solucione en un periodo de tiempo prudencial.

En resumen, la lumbalgia es una patología muy común que casi todos pasamos alguna vez y ligada en la mayoría de las ocasiones a la evolución natural de la vida. Una vida con hábitos sanos como caminar, evitar ejercicios bruscos y cuidando nuestro peso hará que tengamos menos posibilidades de sufrir lumbalgias.




# Hernia discal y estenosis de canal

*Carballares I, García Romero JC, Vázquez A, Zazpe I, Azcona J, Ortega R, Díaz J, Zabalo G, Portillo E*
*Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario de Navarra*

**Al hablar de Hernia discal y lumbociática, denominamos lumbociática al dolor lumbar irradiado a alguna de las extremidades inferiores que sigue el territorio inervado por una raíz nerviosa concreta, generalmente debido a su compresión. Aunque cualquier patología que comprima la raíz puede producir una ciática, aquí nos referiremos a la hernia discal que es la causa del 95% de ellas.**

En el artículo sobre la lumbalgia (pág. 16 y 17) hemos visto que entre cada dos cuerpos vertebrales existen unas estructuras especializadas, los discos intervertebrales. Están formados por un fibrocartílago, firme aunque con cierta elasticidad, que alberga en su interior el llamado núcleo pulposo, más blando. Esto le proporciona la capacidad de amortiguar las distintas fuerzas que se producen sobre la columna vertebral (al cargar peso, con los diferentes movimientos, etc.) a la vez que permite la motilidad de los distintos segmentos de la columna.

Los discos sufren distintas agresiones que producen su degeneración. En algunos casos el anillo fibroso puede romperse liberándose el contenido del núcleo pulposo con parte del anillo produciendo una hernia discal. Estos fragmentos pueden entrar dentro del canal medular a nivel lumbar y comprimir las raíces nerviosas produciendo lumbociática. Así, las hernias más comunes que son la L4-L5 y L5-S1, comprimen respectivamente la raíz L5 (produciendo dolor irradiado baja hasta el primer dedo del pie) y la raíz S1 (que provoca dolor irradiado el talón, el gemelo y la planta del pie).

Es muy importante conocer la evolución natural de la hernia discal. El disco una vez extruido tiende a atrofiarse paulatinamente y con el tiempo desaparecerá; por otro lado, el cuerpo tiene mecanismos compensatorios para contrarrestar esta extrusión discal y hacerla más soportable. Esto quiere decir, que si somos capaces de tolerar las molestias durante unos meses, tenemos grandes posibilidades de que el cuadro cese sin necesitar tratamiento quirúrgico. De hecho, sólo el 5% de las hernias discales necesitan intervención.

## ¿Qué debemos hacer para que la espera sea más confortable?

1º Acudir al Médico de Atención Primaria quien decidirá el tratamiento médico a su criterio; generalmente con antiinflamatorios y analgésicos.

2º Si el cuadro no mejora será el M.A.P. quien enviará al paciente al Servicio de Rehabilitación, quienes tratarán de mejorar al paciente con las técnicas propias de su especialidad.

3º Si el médico rehabilitador cree que ha terminado sus posibilidades terapéuticas y el paciente continúa con dolor, lo remitirá al Neurocirujano o Traumatólogo quienes decidirán si el paciente es susceptible de tratamientos intermedios tipo bloqueo o debe ser operado. Debemos insistir en que si con tratamientos mínimamente agresivos como son la rehabilitación y los bloqueos, se consigue un control aceptable del dolor, el esperar es una buena opción ya que como hemos dicho, el disco tiende a reabsorberse y a curarse espontáneamente.

4º Existe una excepción a estas recomendaciones. En los raros casos en que las hernias discales además del dolor producen una pérdida de fuerza de las extremidades inferiores, incontinencia urinaria o una pérdida de sensibilidad de la zona genital (anestesia en silla de montar) en general se requerirá una intervención quirúrgica urgente para descomprimir las estructuras nerviosas afectadas. En estos casos debemos acudir lo antes posible a centros con Unidades de Raquis quirúrgicas.

Si a pesar de todo, después de haber esperado unos meses el dolor continúa impidiendo hacer una vida normal y en los estudios realizados (TC o RM) se aprecia una clara hernia discal que comprime la raíz que se corresponde con el dolor irradiado, ha llegado el momento de intervenir.

Las técnicas de intervención son diferentes dependiendo de cómo sea la hernia. En general, el tratamiento aceptado como el más efectivo actualmente es la extirpación del material herniado utilizando técnicas de microcirugía. Lo habitual es que dicha intervención se realice a través de una pequeña incisión, utilizando el microscopio y dure unos 45 minutos con alrededor de 2 días de ingreso. En casos muy seleccionados pueden estar indicadas las técnicas de fijación vertebral con barras y tornillos. Nuestro consejo es que hablemos con el cirujano responsable y conozcamos exactamente los pros y los contras de cada técnica quirúrgica en nuestro caso particular.

## La estenosis de canal y claudicación intermitente

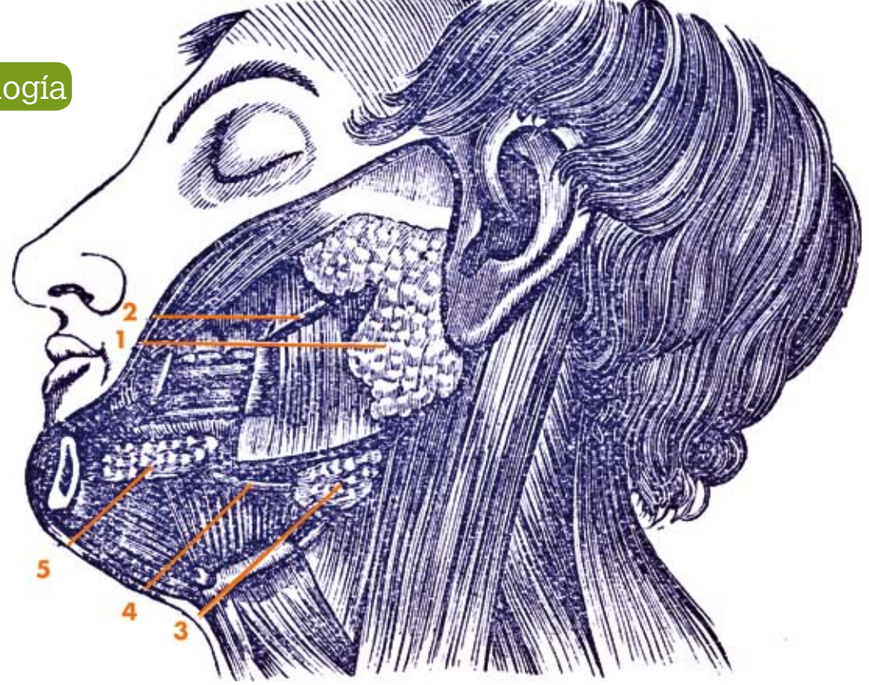
Debido a la degeneración del disco intervertebral se produce una incompetencia de este para asumir las cargas de la columna vertebral. Esto provoca que otras estructuras, principalmente las articulaciones vertebrales aunque también los ligamentos, tengan que asumir más cargas de lo normal. Debido a ello se engruesan y provocan la disminución del diámetro del canal raquídeo que denominamos estenosis de canal lumbar, provocando un atrapamiento crónico de varias raíces nerviosas.

La consecuencia es la aparición de claudicación intermitente de origen neurógeno: el paciente está bien en reposo, pero cuando empieza a caminar (cada 50, 100 ó 200 metros, dependiendo de su gravedad), aparecen molestias en forma de dolor o adormecimiento de las extremidades inferiores. Para que estas cedan el paciente tiene que parar y sentarse o inclinarse con la columna en flexión, tras lo cual puede volver a caminar hasta que después de una distancia vuelve a producirse la misma situación. Estos síntomas deben distinguirse de la claudicación intermitente de origen vascular, debida a insuficiencia de los vasos de las extremidades inferiores. La diferencia de esta con la de origen lumbar radica en que para que mejoren las molestias sólo hace falta pararse de pie, no hace falta sentarse o inclinarse en flexión. Como curiosidad diremos que clásicamente se decía que estos pacientes sufrían el "síndrome de los escaparates" ya que disimulaban las distintas paradas haciéndolas coincidir con estos para que el resto no se diera cuenta.

Como esta estenosis está producida en gran parte por componente óseo y ligamentoso es improbable su resolución espontánea, por lo que será muy importante valorar la incapacidad que le produce al paciente para decidir un tratamiento agresivo.

Si los tratamientos conservadores no consiguen que el paciente haga una vida digna, deberemos intervenir quirúrgicamente para recalibrar (ensanchar) el canal lumbar. Generalmente esto implica la resección de la parte posterior de las vértebras en un procedimiento denominado laminectomía, utilizando métodos más o menos agresivos dependiendo del caso. Es una operación ligeramente más complicada que la hernia discal simple y en casos seleccionados necesitará de fijación con tornillos y barras.

La comunicación entre el paciente y el cirujano para que sepa exactamente qué espera el primero de cada tipo de intervención quirúrgica es vital para que la elección sea la más adecuada.




Vista de las glándulas salivales: 1 La glándula parótida. 2 Su conducto. 3 La glándula submaxilar. 4 Su conducto. 5 El sublingual

# Paperas

*Dra. Isabel Ezpeleta Iturralde*
*Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Medicina Preventiva. Semergen Navarra*

**La parotiditis, más popularmente conocida con el nombre de paperas, es una enfermedad contagiosa que causa una inflamación dolorosa de una o ambas glándulas parótidas, que son las glándulas salivales mayores situadas detrás de las ramas ascendentes de la mandíbula. Dichas glándulas salivales producen la saliva, un líquido que humedece los alimentos y ayuda en la masticación y deglución. En general afecta a las glándulas exocrinas como el páncreas y glándulas salivares.**

Por lo general, la enfermedad produce inmunidad de por vida, por lo que puede ser prevenida por la administración de la vacuna triple vírica.

## Clasificación

La Parotiditis aguda pueden ser:

- **Primarias:** En este grupo se incluye fundamentalmente la parotiditis epidémica o paperas, enfermedad contagiosa (infecciosa o transmisible, por gotitas) producida por un virus de la familia de los paramixovirus. Ataca preferentemente a niños de 5 a 16 años de edad, y se caracteriza por el aumento de tamaño de las glándulas salivales, casi siempre de las parótidas, que se ubican a ambos lados de las ramas ascendentes de la mandíbula. En los adultos y jóvenes puede extenderse a los testículos u ovarios. Los testiculos pueden duplicar su tamaño.
- **Secundarias:** Suelen ser bacterianas y en general suelen aparecer en pacientes con algún tipo de estado de inmunosupresión.

## Causas, incidencia y factores de riesgo

Las paperas son causadas por un virus que se transmite de persona a persona por medio de las gotitas de la respiración (por ejemplo, cuando uno tose o estornuda) o por contacto directo con artículos que han sido contaminados con saliva infectada.

Las paperas se presentan más comúnmente en niños entre los 2 y 12 años que no han sido vacunados contra la enfermedad. Sin embargo, la infección puede ocurrir a cualquier edad. Actualmente su incidencia aumenta a finales del invierno y durante la primavera en climas templados, en particular entre instituciones de acogida colectiva de niños, como las guarderías. El tiempo que transcurre entre la exposición al virus y el momento de resultar enfermo (período de incubación) generalmente es de 12 a 24 días, siendo más contagiosa unos 4 días antes de la inflamación visible de las parótidas.

La vacunación ha eliminado prácticamente las formas de la infancia y, paradójicamente, ha aumentado el número de casos en adultos jóvenes que a menudo reciben la vacunación de manera incompleta (sin la dosis de recuerdo), pero a veces por administración incorrecta.

Las paperas también pueden infectar el sistema nervioso central, el páncreas y los testículos.

## Síntomas

Los síntomas son dolor facial, fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, inflamación de las glándulas parótidas (las glándulas salivales más grandes, localizadas entre el oído y la mandíbula) y la inflamación de las sienes o mandíbula (área temporomandibular).

Otros síntomas de esta enfermedad que pueden ocurrir en los hombres: Tumor testicular, dolor testicular e inflamación del escroto.

## Diagnóstico

Básicamente el diagnóstico se establece mediante los síntomas y signos que son característicos. El médico piensa en una parotiditis cuando una persona tiene las glándulas salivales inflamadas. El diagnóstico es muy probable si esto sucede durante una epidemia de esta enfermedad. En otros momentos es posible que se necesite realizar algún análisis para descartar otras causas posibles. Los análisis de laboratorio pueden identificar el virus de la parotiditis y sus anticuerpos, pero rara vez son necesarios para llegar al diagnóstico. Se puede encontrar con frecuencia elevación de la amilasa en sangre.

## Tratamiento

No hay tratamiento específico para las paperas. Se basa únicamente en la mejora de los síntomas. Entre las medidas generales, es necesario aislar al enfermo, para evitar mayor incidencia de casos, reposo durante el periodo

febril y proporcionar a la persona afectada medicamentos para disminuir la sintomatología. Por ejemplo, la aplicación de compresas frías o calientes en el área del cuello y el uso de paracetamol pueden ayudar a aliviar el dolor. No se debe dar aspirina a los niños con una enfermedad viral debido al riesgo del síndrome de Reye.

Los síntomas también se pueden aliviar con líquidos adicionales, alimentos blandos y gárgaras con agua tibia con sal.

Los casos que requieren principal cuidado y vigilancia son los siguientes:

**1.** En caso de **meningitis** (Urliana), únicamente se emplea tratamiento sintomático. Al ser ésta una meningitis aséptica, los antibióticos no ofrecen mayor ventaja. Es necesario monitorizar las funciones vitales, prevenir el edema cerebral y mantener la vía áerea permeable.

**2.** En la **orquitis** debe suspenderse el escroto sobre un aditamento (suspensorio) de manera que los testículos no estén colgando. En los casos que cursen con dolor muy intenso, se puede emplear codeína o petidina, o un bloqueo local con procaína inyectada en el cordón espermático. En ciertas situaciones incide sobre la túnica del saco escrotal para mejorar el edema y el dolor.

**3.** En la **pancreatitis** se recomienda vigilancia estrecha de las constantes vitales, mantenimiento del equilibrio ácido-base y la hidratación parenteral, aunada al ayuno.

En el caso de la parotiditis infecciosa, las medidas preventivas están destinadas a los adolescentes para evitar las complicaciones testiculares, y a los niños desnutridos y susceptibles.

## Expectativas (pronóstico)

La enfermedad suele durar dos semanas; rara vez excede este tiempo, después de lo cual los pacientes generalmente se recuperan, incluso si hay otros órganos comprometidos.. Después de la enfermedad, el paciente tiene inmunidad de por vida contra las paperas.

## Complicaciones

La parotiditis puede afectar a otras glándulas del cuerpo, el sistema nervioso central y los testículos. Las complicaciones más frecuentes son la meningitis (produce somnolencia, rigidez de cuello y dolor de cabeza) y la inflamación testicular que puede llevar a la infertilidad. Otra complicación severa es la pancreatitis, la cual se manifiesta por dolor abdominal superior intenso e intolerancia a la vía oral.

## Situaciones que requieren asistencia médica

Llame al médico si usted o su hijo presentan paperas y:

- Enrojecimiento de los ojos
- Somnolencia persistente
- Vómito o dolor abdominal persistente
- Dolor de cabeza intenso
- Dolor o un tumor en los testículos

Acuda al servicio de urgencias o llame al número local de emergencias (112) si se presentan convulsiones.

## Prevención

La **vacuna triple vírica** protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola, y se debe aplicar según el calendario de Navarra a los niños de 15 meses de edad y se aplica de nuevo a los 3 años.

Los brotes recientes de paperas han reforzado la importancia de vacunar a todos los niños.

# Mitos y realidades de los edulcorantes

***Leire Pérez García.*** *Médico Interno Residente Endocrinología y Nutrición*
***Ana Zugasti Murillo.*** *Médico Especialista Endocrinología y Nutrición*
*Complejo Hospitalario de Navarra*

**En la sociedad actual, mucho más sedentaria que nuestros antepasados, una proporción importante de la población consume más calorías de las que quema. Este es el principal motivo del aumento de la incidencia de sobrepeso y obesidad. Los edulcorantes bajos en calorías pueden ofrecer una solución práctica a los consumidores, permitiendo calmar el deseo innato del ser humano por el sabor dulce, pero controlando el peso y sin poner en peligro los niveles de glucosa en sangre.**

Los edulcorantes se pueden clasificar en diferentes grupos: edulcorantes provenientes del azúcar, polialcoholes (alcoholes del azúcar) y edulcorantes bajos en calorías.

## Edulcorantes provenientes del azúcar

Pertenecen a este grupo entre otros, la glucosa, la fructosa, la galactosa, la sacarosa, la lactosa, la maltosa, la tagatosa y la miel.

La sacarosa (o azúcar común), está compuesto por glucosa y fructosa y aporta 4 Kcal por cada gramo (una cucharadita de postre aporta aproximadamente 16 Kcal). Proviene de la caña de azúcar o de la remolacha azucarera y al refinarla se obtiene la forma de cristales blancos, típica del azúcar de mesa.

La fructosa, es un componente de la sacarosa que se encuentra en las frutas y también aporta 4 Kcal/gramo. Se puede fabricar a partir del almidón de maíz. La absorción de fructosa es más lenta que la de sacarosa y su eliminación de la sangre es más rápida. De modo que, puede ayudar a mejorar el control de la glucosa (el azúcar) en la sangre. Sin embargo, la fructosa puede aumentar el riesgo de un nivel de triglicéridos en sangre elevados.

La tagatosa, es un endulzante 100% natural obtenido de la fermentación de la galactosa. La galactosa se obtiene al descomponer en el intestino la lactosa (azúcar de la leche) en galactosa y glucosa. Una cucharilla de tagatosa equivale a dos de azúcar; es inofensiva, no provoca caries y es termoestable (se puede emplear tanto en bebidas frías como calientes). Está admitida y es reconocida como segura por la FAO/OMS desde 2001 y aporta 1,5 Kcal por cada gramo.

## Polialcoholes (alcoholes del azúcar)

Los principales polialcoholes son el sorbitol, el manitol y el xilitol. Se emplean en golosinas, chicles y postres y son absorbidos lenta e incompletamente por el intestino. De modo que, un consumo excesivo puede producir diarrea. Su absorción incompleta y la degradación por la flora intestinal, provoca que aporten de media únicamente 2,4 Kcal por cada gramo y que provoquen una baja alteración de la glucosa en la sangre. A diferencia de los edulcorantes bajos en calorías, en los polialcoholes, no hay especificada una ingesta diaria aceptable. Sus principales características se detallan en la tabla adjunta. (Ver Tabla 1)

## Edulcorantes bajos en calorías

Son ingredientes mucho más dulces que el azúcar (la sacarosa). Su contenido calórico oscila entre 0 y 4 Kcal por gramo, pero en la práctica todos ellos aportan muy pocas calorías, porque se añaden a los productos en cantidades muy pequeñas. Se emplean para la elaboración de refrescos, postres, productos lácteos, golosinas y chicles entre otros. Entre ellos se incluyen el acesulfamo K, el aspartamo, la sacarina, los esteviósidos y la sucralosa (sus características se detallan en la tabla adjunta). La tendencia es a combinar los distintos edulcorantes bajos en calorías, ya que al mezclarse su sabor se potencia, consiguiendo que la combinación sea más dulce que los productos individuales. De este modo, se reduce la cantidad de edulcorante necesaria.

Los edulcorantes bajos en calorías pueden ayudar al control del peso o de la glucosa en sangre y disminuir el riesgo de caries dentales. No obstante, no conviene perder de vista que lo principal es llevar un estilo de vida saludable que incluya ejercicio físico regular y una dieta equilibrada consumiendo al menos un litro y medio de agua al día.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay 346 millones de persona con diabetes, siendo la diabetes tipo 2 la más frecuente. En las personas con diabetes tipo 2 es especialmente importante que mantengan un peso corporal saludable para reducir el riesgo cardiovascular. Los productos con edulcorantes bajos en calorías desempeñan un papel importante en esta población.

Para que un edulcorante pueda ser utilizado por la industria alimentaria, deber ser totalmente inocuo, ofrecer un sabor dulce que se perciba rápidamente y que desaparezca con facilidad (sin dejar regusto). La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (AESA), define los niveles de ingesta diarios aceptables y revisa la nueva información sobre cualquier problema de salud que surja. Todos los edulcorantes bajos en calorías se han sometido a rigurosas pruebas de seguridad, estableciéndose una Ingesta Diaria Aceptable (IDA) para cada edulcorante bajo en calorías, que se calcula como fracción (normalmente una centésima parte) de la cantidad que se ha demostrado segura en modelos animales. De modo que la IDA, es la cantidad de aditivo alimentario que puede ser consumido en la dieta diariamente durante toda la vida sin riesgos para la salud. Una vez que la Comisión Europea ha aprobado el aditivo alimentario, éste recibe un número E, que en el caso de los edulcorantes bajos en calorías se encuentra dentro del rango E 900-E999.

Una de las recientes acusaciones sobre los edulcorantes bajos en calorías es su posible relación con el cáncer en los seres humanos, aunque como se ha podido demostrar estas incriminaciones no están sustentadas en estudios científicos correctamente diseñados. No obstante, las personas que padecen una enfermedad denominada fenilcetonuria, deben limitar la ingesta de aspartamo para poder crecer y desarrollarse con normalidad.

En definitiva, la seguridad de los edulcorantes bajos en calorías aprobados queda garantizado por autoridades independientes, siendo una herramienta valiosa y segura para controlar el peso y la glucosa en sangre. No obstante, no debemos perder de vista que aunque es muy difícil superar la IDA hay que tener en cuenta que cada vez más productos del mercado contienen elevadas cantidades de edulcorantes en su composición, pudiendo llegar a ser elevada la suma de edulcorante diario consumido. (Ver Tabla 2)

Tabla 1

| NOMBRE | PODER EDULCORANTE (comparado con 1 gr. de sacarosa) | CALORIAS POR GRAMO |
|---|---|---|
| SORBITOL (E-420) | 0,6 | 2,6 |
| MANITOL (E-421) | 0,4-0,5 | 1,6 |
| MALTITOL (E-965) | 0,75-0,9 | 2,4 |
| XYLITOL (E-967) | 1 | 2,4 |
| LACTITOL (E-966) | 0,3-0,4 | 2 |
| ISOMALT (E-953) | 0,4 | 2,1 |
| ERITRITOL (E-968) | 0,6-0,8 | 0,2 |

Tabla 2

| NOMBRE | PODER EDULCORANTE (comparación sacarosa) | FECHA DESCUBIERTO | FECHA INICIO UE | APTO DIABÉTICOS | IDA (Ingesta Diaria Aceptable) | APTO PARA COCINAR | APTO EMBARAZADAS Y NIÑOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Acesulfamo K(E950) | 150-200 veces más dulce | 1966 | 1983 | Sí | 9 mg/Kg peso | Sí | Sí |
| Aspartamo (E951) | 150-200 veces más dulce | 1965 | 1983 | Sí | 40 mg/Kg peso | No | Sí (Seguro en embarazo y lactancia) |
| Ciclamato (E952) | 30-50 veces más dulce | 1937 | 1954 | Sí | 7 mg/Kg de peso | Sí | No recomendable |
| Sacarina (E954) | 300-400 veces más dulce | 1879 | 1887 | Sí | 5 mg/kg de peso | Sí | Sí* |
| Estevióside (E960) | 200-300 veces más dulce | 1901 | 2011 | Sí | 4 mg/kg de peso | Sí | Sí |
| Sucralosa (E955) | 400-600 veces más dulce | 1976 | 2000 | Sí | 0-15 mg/Kg peso | Sí | Sí |

*Atraviesa la barrera placentaria y se elimina más lentamente en el feto que en los adultos, por lo que algunos médicos no lo recomiendan en mujeres embarazadas.

**José Ignacio Martín Badules**, Delegado Episcopal, entrevista a la **Dra. Juana Mª Caballín**, Presidenta de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos y Médico Gerontóloga del Hospital San Juan de Dios.

# El testamento vital

**¿Cuáles fueron los principales motivos que te empujaron hacia la presidencia de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra?**
Nunca me había planteado la posibilidad de llegar a la Presidencia de la Comisión; mi designación fue en un momento de cambios obligados en el que mis compañeros vocales me demostraron una confianza que agradecí mucho y a la que sé que debo corresponder.

**A tu juicio, ¿cuál es la principal razón de ser de esta Comisión de Deontología?**
Yo la veo como un vínculo entre el Colegio, los profesionales y la sociedad. La deontología es el marco ético de nuestra profesión que se concreta en un conjunto de normas morales, especificadas en un código deontológico, que deben ser respetadas por el colectivo médico; La labor fundamental de la Comisión es velar porque se cumplan esas normas. Otras funciones, como órgano consultivo que es, son las de asesoramiento, las de promoción de acciones de mejora profesional, la colaboración en la formación en ética y deontología de los profesionales, la detección de nuevos problemas y la atención de consultas y reclamaciones derivadas a través de la Junta Directiva del Colegio.
Creo que la Comisión debe ser representativa de todos los colegiados, mediadora en caso de posibles conflictos y garante de buenas actuaciones médicas.

**¿Crees que, realmente, el médico colegiado ve utilidad en estas Comisiones de Deontología? ¿Sabe utilizarlas convenientemente en momentos oportunos?**
Creo que utiliza cada vez más este recurso; el que lo considere útil depende en gran parte de nosotros.

**Dra. Caballín, nos puedes explicar brevemente y de forma legible qué es el testamento vital -voluntad anticipada o el consentimiento por representación. Los dos primeros términos los utilizamos indistintamente aunque tienen sus matices.**
Los términos han ido adaptándose al significado real de participación de las personas en la toma de decisiones clínicas. En 1967 surgió en Estados Unidos la primera idea de realizar un Documento en el que un paciente pudiera expresar la forma en que deseaba ser tratado cuando él no pudiera decidir por sí mismo; a este Documento se le llamó simplemente "Testamento". Dos años más tarde un abogado propuso un modelo de documento al que llamó "Testamento Vital". En 1991, a partir de una ley federal se empezó a hablar de cumplimentación de "Voluntades Anticipadas"
En España, el Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina (Convenio de Oviedo) introdujo en 1997 la regulación de las instrucciones previas o voluntades anticipadas.
En realidad, cuando se habla de testamento vital, documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas, se habla de lo mismo, haciendo referencia a un escrito que recoge la declaración de una persona, mentalmente capaz que, en previsión de una situación en la que no pueda manifestar personalmente su voluntad, refleja aspectos que quiera que sean tenidos en cuenta respecto a cuidados o tratamientos relacionados con el final de su vida.
La Iglesia propone un modelo de documento a los cristianos, al que sigue llamando "Testamento Vital", para expresar la voluntad de una persona que "en el caso de que por enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable pide que no se le mantenga la vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se le aplique la eutanasia activa, ni se le prolongue abusiva e irracionalmente su proceso de muerte; que se administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos".
La ley foral 8/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, especifica que testamento vital es un sinónimo de voluntades anticipadas.
El consentimiento por representación es la herramienta, la forma de materializar la voluntad de una persona que no pudiendo expresarla por sí misma, se expresa a través de un interlocutor, que ha designado previamente como su representante.
Según la Ley Foral 17/2010 de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, el consentimiento por representación se otorga: "Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones a criterio del médico responsable o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación o cuando este incapacitado legalmente"

**¿Dónde reside la importancia de que los ciudadanos elaboren un testamento vital? ¿Cuál es su utilidad?**
Su utilidad estará en función de lo que represente. En primer lugar: es un documento individual que uno tiene el derecho y la opción de redactar en un momento determinado de su vida; En segundo lugar, puede reflejar nuestra particular forma de ver la vida; es evidente que no todos planificamos nuestra vida de la misma manera, ni tenemos las mismas expectativas, ni la misma salud, ni la misma edad, ni los mismos conocimientos, ni los mismos miedos, ni las mismas creencias; En tercer lugar, a lo largo la vida, podemos cambiar de opinión, por eso el documento puede ser revocado en cualquier momento; Y en cuarto lugar, la sociedad o la época en que nos toca vivir tiene unas características y unas posibilidades concretas.
Hoy en día, la medicina puede curar enfermedades que hace años eran mortales y puede aliviar el dolor pero también puede prolongar agonías. Ante una enfermedad avanzada e incurable puede ser muy difícil tomar decisiones razonables y prudentes; Al margen de la persona que sufre la situación, se puede desear o creer que hay que hacer lo que sea con tal de que siga vivo, o lo contrario, si no hay nada que hacer que acabe cuanto antes.
El testamento vital o el documento de voluntades anticipadas permite que la persona que está en esa situación y no puede expresarse, a través de un representante en el que ha depositado su confianza, participe en esa toma de decisiones difíciles relacionadas con el proceso de su muerte.
Su principal utilidad: que sea consecuencia de una reflexión acerca de la vida, de la salud, de la enfermedad y de la muerte.

**¿Qué limitaciones se deben imponer a un testamento vital?**
Si la persona se puede expresar, comprender la información y participar activamente en el proceso de toma de decisiones, el hecho de consultar el documento no tiene ningún sentido.
A pesar de que se puedan utilizar diferentes propuestas de modelos, la redacción puede ser libre y siempre, al redactarlo se debe actuar con plena capacidad y sin ninguna coacción; sin capacidad o con coacción no es válido.
Las limitaciones formales las impone la legislación vigente y la buena práctica médica que debe tener en cuenta los criterios de indicación o contraindicación de un tratamiento determinado.

**¿Qué diferencias fundamentales existen entre eutanasia pasiva, testamento vital y consentimiento informado?**
Si hablamos de cosas importantes, mejor que todos hablemos de lo mismo; si no, el diálogo es prácticamente imposible. Una de las palabras que hoy crea mayor confusión y crispación es la palabra eutanasia. En 2008, se publicó en la revista española "Calidad asistencial" un artículo muy interesante y ampliamente respaldado por profesionales de diferentes disciplinas, fundamentalmente de la medicina, de la filosofía, del derecho y de la bioética: "Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras".
Una de sus propuestas es no poner adjetivos a la palabra eutanasia y utilizarla únicamente para referirse a las actuaciones que producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata; que se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada, de los pacientes en situación de capacidad; que se producen en un contexto de sufrimiento, entendido como "dolor total" debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigada por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos; que son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.
Los autores defienden que las expresiones voluntaria e involuntaria son innecesarias y confusas porque la eutanasia, por definición, es siempre voluntaria; la eutanasia involuntaria no es eutanasia sino homicidio. Lo mismo puede afirmarse de expresiones como eutanasia directa o eutanasia activa porque la eutanasia, también por definición, es siempre ambas cosas y el problema de las contrarias, indirecta y pasiva, es que no son eutanasia.
Hay una expresión, relativamente nueva y ahora muy utilizada: "limitación del esfuerzo terapéutico" que significa: no iniciar o retirar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles.
En cualquier caso, retirar o no iniciar ciertos tratamientos puede permitir a la enfermedad acabar con la vida del enfermo. La limitación del esfuerzo terapéutico permite la muerte en el sentido de que no la impide, pero no la causa. Esta diferencia entre permitir la muerte y causar la muerte es lo que separa la limitación del esfuerzo terapéutico de la eutanasia.
Y es lo que trataba de reflejar la distinción clásica entre eutanasia pasiva y activa.
El consentimiento informado es un documento que, con una información adecuada, permite a la persona aceptar o rechazar actuaciones inmediatas relacionadas con su salud y el testamento vital es una opción que permite expresar los deseos de una persona en previsión de ciertas situaciones vitales, una especie de consentimiento informado diferido.

**¿El testamento vital puede ser, como dicen algunos, una vía hacia algún tipo de eutanasia?**
Por todo lo que vamos hablando yo creo que queda claro que no.

**¿Cuáles son los "puntos flacos" del testamento vital? o, dicho de otro modo, ¿qué objeciones se le pueden hacer? ¿Qué tipo de riesgo encierra?**
Todavía hay tópicos que inducen a confusión, por ejemplo: la creencia por parte de algunos sanitarios de que es responsabilidad exclusiva de los pacientes, el pensar que solo es para personas ancianas ... Por otro lado, todavía resulta incómodo, o directamente se rechaza, hablar de este tema.

Un riesgo: que se considere un trámite o un papel más y se realice sin una información adecuada respecto a posibles situaciones en general y situaciones previsibles futuras, como es el caso de enfermedades diagnosticadas por ejemplo cancerosas, degenerativas o crónicas y progresivas.
Una objeción subsanable y en la que se está trabajando: que no exista un registro amplio, no solo provincial sino nacional, fácilmente accesible en caso de necesidad.
Una recomendación: que la persona que se designe como interlocutor o representante sea una persona que conozca bien al enfermo y reciba la información adecuada para que tome decisiones prudentes y correctas.
Un recordatorio: El documento puede ser revocado y actualizado en cualquier momento

**¿Qué garantías tiene el paciente de que sus voluntades anticipadas serán bien interpretadas y, sobre todo, respetadas?**
Si se conoce bien a la persona, todo es más fácil; por eso, la figura del representante es muy importante al ser quien debe actuar como interlocutor con el profesional sanitario para facilitar la interpretación de la voluntad del enfermo, orientar su actuación y garantizar el cumplimiento de las instrucciones contenidas en el documento.

**¿Es más importante una buena relación médico-paciente que la propia instauración de un testamento vital?**
Son dos cosas que deben estar relacionadas. La planificación anticipada de decisiones debería formar parte de la relación médico-paciente. El documento es simplemente una herramienta al servicio de una toma adecuada de decisiones clínicas.
En 1993 el Instituto de Bioética Hastings ya se decantaba por la planificación anticipada de las decisiones y aconsejaba dejar de centrarse en los documentos y suscitar amplios procesos comunicativos entre profesionales, pacientes y familiares que ayudaran a mejorar la calidad moral de las decisiones al final de la vida. El documento no sería un objetivo aislado, sino una herramienta más de trabajo.
En España hay mucha legislación sobre voluntades anticipadas pero se centra más en el procedimiento burocrático que en el proceso personal de planificación de toma de decisiones que estaría más relacionada con una aspiración de mejora en aspectos técnicos, éticos y humanos en la atención sanitaria de los enfermos y de sus familias.

**¿Cómo puede un profano redactar un testamento vital si no es en presencia de un médico?**
Es necesario que esté informado de manera adecuada y suficiente, incluyendo evolución posible o previsible si está diagnosticado de una enfermedad concreta; también se deben comentar posibles dudas. Esto es lo yo identificaría con la "presencia".

**¿Tiene el testamento vital vinculación jurídica?**
Todas las leyes citadas y algunas más materializan esa vinculación con derechos, deberes y límites específicos. La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica es fundamental.

**¿Qué responsabilidades recaen sobre el médico con el testamento vital?**
En 1996, el Hastings Center, anteriormente citado, elaboró un documento acerca de las metas y los fines de la medicina en el que se recuerda que el trato humanizado frente a la muerte, es la responsabilidad final, y quizás humanamente la más exigente para el médico.
Respecto a la suspensión de tratamientos para el mantenimiento con vida, se considera que la meta más apropiada es la promoción del bienestar del paciente, el sostenimiento de la vida hasta donde sea posible y razonable. Y se señala que: "el verdadero enemigo es la muerte en el momento inoportuno, por causas erróneas, o la que llega de mala manera: con dolor y sufrimiento evitables, excesivos o prolongados".
Nuestro Código Deontológico-Guia de Ética Medica también dedica un capítulo a la atención médica al final de la vida. En el artículo 36 especifica: El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente, siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse el acortamiento de la vida.
El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de este. El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el Documento de Voluntades Aanticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica.

**¿En qué circunstancias cabría obviar los deseos del paciente plasmados en un testamento vital?**
La circunstancia fundamental es que el paciente esté capacitado para expresar verbalmente su voluntad en el momento necesario. También es fundamental que el médico tenga claro si un tratamiento está indicado o contraindicado medicamente.
Según la Ley 17/2010 de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra: "Los médicos o equipos médicos destinatarios de la Declaración de Voluntades Anticipadas no tendrán en cuenta las instrucciones que sean contrarias al ordenamiento jurídico, a la buena práctica clínica, a la mejor evidencia científica disponible o las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el sujeto haya previsto en el momento de emitirlas"

*"No debiera morirse nadie sin que sus manos estuvieran enlazadas a las de un ser querido. Nadie debiera morir sin ser acariciado, levemente, tiernamente hasta el último momento, sin que manos queridas le proporcionen alivio hasta el final, sin que el moribundo dude de que esas manos familiares cerrarán sus ojos y adecentarán su última imagen. Pero sin que tampoco esas manos se aferren al que muere, no dejándole irse"*
(Carlos Cobo. "El valor de vivir")



urología

# XVI Congreso Nacional de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Asociación Española de Andrología (ASESA) 2013

*Satur Napal Lecumberri*
*www.evidenciamedica.com*
*Urólogo del Complejo Hospitalario de Navarra*

**Durante los días 25, 26 y 27 de abril, el Palacio de Congresos Baluarte acogió el XVI Congreso Nacional de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva ASESA 2013. (www.asesa.org).**

La andrología es el área médica que se dedica a la medicina sexual y reproductiva. Trata cualquier aspecto relacionado con la función sexual de ambos miembros de la pareja y de la reproducción humana y la contracepción masculina. Las principales áreas son los trastornos sexuales en general y, entre ellos, los problemas de erección; la eyaculación precoz; el déficit de testosterona en el varón; alteraciones de la morfología y tamaño del pene; la alteración de la libido en el varón así como el deseo sexual inhibido en la mujer; anorgasmia y la infertilidad de la pareja.
España es, desde siempre, el país que lidera la investigación en temas de andrología, y Navarra siempre ha estado al día en esta faceta de la salud.
El evento ha sido dirigido y coordinado por el Dr. José Luis Arrondo Arrondo, jefe de la unidad de Andrología del Complejo Hospitalario de Navarra.
Como en ediciones anteriores, el objetivo del Congreso ha sido presentar los últimos avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y alteraciones relacionadas con la Medicina Sexual y la Reproducción Humana referidas en especial al varón, los diversos aspectos de la Andrología y revisar acciones terapéuticas.
Entre las múltiples actividades que se han desarrollado durante el Congreso, destacan conferencias y café-tertulias de primer nivel, entre las que figuran títulos como:
- Nuevas técnicas de selección espermática
- Comportamiento sexual en adolescentes
- Antioxidantes y fertilidad
- Nuevos tratamientos para la disfunción eréctil
- El tratamiento del priapismo (erección permanente y dolorosa);
- La experiencia orgásmica
- Tratamiento del hipogonadismo masculino
- Próstata y sexo ¿Existe alguna relación?
- Eyaculación precoz. Nuevos horizontes ante un viejo problema

Así mismo se presentaron noventa comunicaciones orales, póster y videos de temática andrológica y sexológica y el libro coordinado por el Dr. Pomerol y titulado: Consenso entre sociedades científicas sobre disfunción eréctil.

# La modificación de la capacidad de obrar y la tutela

*Inés Obregozo Oteiza*
*Trabajadora social. Centro Hospitalario Benito Menni, Elizondo*

**La modificación de la capacidad de obrar despierta recelos y temores. Tendemos a identificar incapacitación con privación de derechos, esto es, una merma en la condición de persona. También nos revive las complicaciones inherentes a un procedimiento judicial. Por otro lado, tan identificada está la incapacitación con los bienes que cuando no existe patrimonio, ni siquiera nos planteamos esa posibilidad, olvidando que también los actos de la esfera personal necesitan protección.**

Sin embargo, nuestras reticencias ante este procedimiento están injustificadas porque si una persona ha perdido la capacidad de **decidir** por sí misma, la modificación de la capacidad de obrar es la mejor forma de **proteger** sus derechos y sus intereses.

## ¿Qué es la modificacion de la capacidad de obrar o incapacitación legal?

Al nacer, todas las personas tienen una facultad innata que en términos jurídicos se llama **capacidad jurídica** = ser titulares de derechos y obligaciones.
Tener esta capacidad no implica que desde el nacimiento las personas pueden ejercer esos derechos y obligaciones; por ejemplo, los niños no pueden hacerlo y son sus padres quienes lo ejercen por ellos, defendiendo sus intereses.
Para poder ejercer los derechos y obligaciones es necesario que en la persona se den dos circunstancias: conocimiento y voluntad = **capacidad de obrar**. Capacidad para entender los actos que realiza y capacidad de querer realizarlos. La ley dice que tras la mayoría de edad las personas han alcanzado esas dos condiciones y solamente un juez puede determinar lo contrario. Esta decisión se formaliza mediante la sentencia de modificación de la capacidad de obrar. Por tanto, esta modificación no limita la capacidad de la persona para ser titular de derechos sino para ejercerlos directamente, con el fin de protegerlos.
La función del procedimiento, es ofrecer las máximas garantías. Por un lado, el juez exige que se demuestre la falta de capacidad de la persona para gobernarse por sí misma, indicando si la capacidad de obrar de la persona abarca todos los actos o solo para algunos de ellos y, además, señala el tipo de protección que mejor se ajuste a las necesidades de la persona y nombre a quién tiene que responsabilizarse de ejercer la protección.

## ¿Quién puede solicitar la modificación de la capacidad de obrar?

Para que el fiscal pueda actuar, es necesario que sepa que existe una posible situación de modificación de dicha capacidad. ¿Cómo puede saberlo? Según la ley pueden solicitar el trámite: El presunto incapaz, el cónyuge o pareja de hecho, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, las autoridades y funcionarios públicos, que por su cargo conozcan la existencia de una posible situación de incapacitación, tienen **la obligación** de comunicárselo y cualquier persona.

## ¿Cuándo se declara la modificación de la capacidad de obrar?

Sólo es posible modificar la capacidad de obrar de una persona cuando existe una **causa**: enfermedad o deficiencia física o mental de carácter persistente y cuando existe la **necesidad**: limitación de la persona para tomar decisiones con pleno conocimiento de lo que está haciendo.
Existen distintos grados en dicha modificación: es **parcial**, cuando afecta a un determinado tipo de acto y **total** cuando afecta a todos los actos. El juez si opta por la parcial nombra a un **curador**, como la persona que ejercerá la protección y si opta por la total nombrará a un **tutor**.

La tutela consiste en representar a la persona declarada incapaz en todos los actos que, según la sentencia, no pueda realizar por sí sola, tanto cuando sus actos afecten a su esfera personal como cuando se trata de administración de sus bienes. Así mismo, la curatela no afecta a la esfera personal de la persona incapacitada sino a sus bienes y el curador no representa a la persona incapacitada, sino que le asiste, le ayuda a realizar ciertos actos jurídicos que se indican en la sentencia y que varían según el grado de capacidad de la persona.
Otra modalidad de tutela es la **autotutela**: posibilidad de nombrar anticipadamente, a la persona que queremos que nos represente en el futuro, para el caso de que lleguemos a perder nuestra capacidad de autogobierno y debamos ser incapacitados. Su regulación es muy reciente en nuestro derecho. Ésta se realiza mediante un documento público notarial y el notario lo comunica al registro civil para que se inscriba en el registro de voluntades anticipadas. De esta manera, la persona así designada será la preferida por el juez a la hora de nombrar al tutor.

## Sobre la tutela

La tutela se puede atribuir a una persona o a una institución sin finalidad lucrativa . Este es el caso de las denominadas fundaciones tutelares.
El juez puede destituir del cargo al tutor: remoción de tutela, cuando el tutor se encuentre en alguna circunstancia que le impida ejercer el cargo, se comporte mal en el desempeño de la tutela, no cumpla con sus deberes o surjan problemas en la convivencia entre la persona incapaz y el tutor.
Los **deberes del tutor** son: Atender a la persona incapacitada, haciendo lo necesario para que cubran sus necesidades de alimentación, vestido, vivienda, relación social...etc.
Representar a la persona tutelada en los actos que determine la sentencia de incapacitación. En ningún caso puede realizar en nombre del tutelado actos personalísimos como, por ejemplo, otorgar testamento ó contraer matrimonio
Administrar los bienes de la persona tutelada. Precisará autorización judicial para vender o hipotecar un inmueble, hacer gastos extraordinarios, dar y tomar dinero en préstamo, renunciar a derechos y otros actos que, como estos, menciona explícitamente la ley.
Informar al juez anualmente tanto de la situación personal del tutelado como situación de bienes y dinero.
Solicitar autorización judicial de cuantos actos marque la sentencia de incapacitación legal, por ejemplo, para ingreso en un medio residencial, entre otros.

## Duración y pasos del procedimiento

El procedimiento tendrá una duración media entre 4 y 6 meses.
El proceso se inicia con la información a la fiscalía correspondiente. Si la admite a trámite se informa a la persona presunta incapaz por lo que tiene 20 días para responder a la misma. Si no responde el proceso continúa y se le asigna un defensor judicial, que normalmente es una fundación tutelar. Si decide responder debe de contratar los servicios de un abogado y procurador con su patrimonio, si se lo permite y si no tiene solvencia puede tramitar lo que se denomina la defensa jurídica gratuita. Este trámite se realiza al colegio de abogados competente mediante modelo de solicitud establecido. Tras ello el juez valora a la persona presunta incapaz para corroborar la situación de falta de capacidad. Seguidamente emite sentencia y, si la incapacita, comienza el proceso de nombramiento de tutor. Cita a los familiares más cercanos para proponerles el cargo. Si no hay familia nombrará directamente a una fundación tutelar. Una vez terminado este proceso se realiza el acto de aceptación de la tutela y se emite la sentencia completa, la cual es presentada tanto al registro civil correspondiente como al censo electoral en los casos en los que también se incapacita a la persona para el derecho del sufragio activo y pasivo.

## ¿Quién puede asesorarnos en estas cuestiones?

Si se desea una información más detallada ó un asesoramiento especializado con respecto a un caso concreto, se debe contactar con Fiscalías de la audiencia provinciales o Fundaciones tutelares.

Hermanas Hospitalarias
"Curar y Cuidar"
Pamplona
CLÍNICA PADRE MENNI
Servicios
Unidad de Hospitalización
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría
Centro de Día | Servicio de consultas externas e interconsultas
Pisos tutelados
Elizondo
CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI
Servicios
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría | Centros de Rehabilitación | Psicosocial
Discapacidad Intelectual (con enfermedad mental asociada)
En colaboración con
Gobierno de Navarra
CLÍNICA PADRE MENNI
C. JOAQUÍN BEUNZA 45
31014 PAMPLONA. NAVARRA
T CONSULTAS EXTERNAS 948 13 67 37
T 948 14 06 11 F 948 12 02 38
www.hospitalariasnavarra.org
CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI
C. MENDINUETA S/N
31700 ELIZONDO. NAVARRA
T 948 45 21 62 F 948 45 24 78
www.hospitalariasnavarra.org

# Diferencias de género en el prejuicio hacia las personas obesas

*Alejandro Magallares[1] y José Francisco Morales[2]*
*1 Profesor Ayudante en el Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones de la UNED*
*2 Catedrático en el Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones de la UNED*

**Las personas obesas no solamente sufren por su enfermedad físicamente, sino que en muchas ocasiones han de enfrentarse a muchas dificultades en un nivel puramente social por el mero hecho de tener un peso elevado.**

La investigación realizada hasta la fecha pone de manifiesto que el hecho de ser obeso genera mucho rechazo y son muchos los trabajos que documentan que las personas con problemas de peso son objeto de prejuicio por parte de la población general. Así, se ha hallado que por ejemplo las personas obesas tienen muchos problemas en áreas como la educativa (rechazo en las escuelas por parte del grupo de iguales), la laboral (menor probabilidad de encontrar empleo, rechazo en las entrevistas de trabajo o una menor remuneración económica) y también en la sanitaria (reciben un trato vejatorio por parte de muchos profesionales de la medicina). Es importante destacar no todas las personas desprecian por igual a las personas obesas y que existen diferencias individuales en lo que respecta al rechazo que se muestra hacia los obesos. En concreto, existen estudios que acreditan que existen diferencias de género en el prejuicio que se manifiesta hacia las personas obesas.

En un trabajo realizado recientemente sobre este asunto y publicado en la "Revista de Psicologia Social" tratamos de explicar el porqué los hombres muestran más prejuicio hacia las personas obesas que las mujeres. En ese trabajo (realizado con más de 500 participantes procedentes de la Universidad Nacional de Educación a Distancia) hallamos que los hombres puntuaban más alto en escalas que medían prejuicio hacia las personas obesas mientras que las mujeres lo hacían en escalas que medían interiorización de la delgadez y trastornos de la conducta alimentaria (como por ejemplo, anorexia o bulimia). La idea que mantenemos en el artículo es que esos resultados se pueden explicar por el hecho que las mujeres interiorizan el ideal de delgadez imperante en la sociedad mientras que los hombres lo externalizan. Es decir, que las mujeres hacen suya esa aspiración de estar delgado mientras que los hombres se limitan a juzgar desde fuera ese standard. De ahí que las mujeres puntúen más alto en escalas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria e interiorización de la delgadez mientras que los hombres lo hagan en prejuicio hacia las personas obesas. En otras palabras, las mujeres se aplican la norma social que existe acerca de que es positivo estar delgado, mientras que los hombres no consideran que sea necesario aplicar ese rasero para ellos mismos y por lo tanto se limitan a juzgar cuerpos ajenos para ver si cumplen o no lo normativo en lo que respecta al aspecto físico.

## Significado social diferente

Es importante mencionar que antiguamente el sobrepeso o la obesidad eran un signo de status (piense, por ejemplo, en la representación de la belleza en un cuadro de Rubens y compárelo con la portada de cualquier revista de moda actual) mientras que hoy en día es la delgadez la que denota una posición social elevada (lo mismo que sucedía con el hecho de tener la piel blanca, gente de la nobleza que no tenía que salir a la calle a trabajar, y lo que ocurre ahora con el hecho de estar moreno, gente que puede permitirse rayos UVA o ir a la playa todo el año). Es decir, una misma característica física (el peso o el color de la piel) tiene un significado social completamente diferente en función de la época en la que se contemple. En la sociedad que vivimos es especialmente relevante ser delgado, especialmente si se es mujer y, en ese sentido, los medios de comunicación juegan un papel muy importante en la diseminación de ese ideal de belleza extremadamente delgado para las mujeres. Así, los medios de comunicación reflejan bien esa concepción de la belleza actual y según los trabajos realizados hasta la fecha se pone de manifiesto que las personas obesas están infrarrepresentadas en programas de TV, películas, etc. (cuando por las cifras de epidemiologia de la obesidad debería haber muchas más), mientras que normalmente hay muchas más personas delgadas que reciben toda la atención de los medios. La exposición diaria a este tipo de mensajes puede tener un correlato directo con el hecho de que las personas hagan como suyo ese ideal de belleza excesivamente delgado que aparece continuamente en los medios de comunicación.

## Las mujeres sufren más trastornos de la conducta alimentaria que los hombres

Es importante mencionar que los estudios de epidemiologia que existen ponen de manifiesto que las mujeres sufren más trastornos de la conducta alimentaria que los hombres. Nosotros creemos que una de las explicaciones de este fenómeno es precisamente por el hecho de que para una chica está mal visto saltarse la normal social de delgadez, mientras que para un hombre no existe tanta presión para un peso corporal bajo. Sin embargo, en los últimos años, hay cada vez más chicos con problemas relacionados con la conducta alimentaria, aunque en este caso, las presiones que reciben los varones son de una naturaleza opuesta a las que reciben las mujeres. En concreto, las investigaciones apuntan a que la presión en el caso de los varones es para obtener un cuerpo musculado. Por lo tanto, aunque en los hombres no existe esa presión tan grande hacia la delgadez, como en el caso de las mujeres, si que existen standares de belleza que pueden acabar produciéndoles malestar. Aunque el DSM-IV TR o el futuro DSM-V (el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en inglés "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", de la Asociación Americana de Psiquiatría que contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las diferentes categorías diagnósticas incluidos los trastornos de la conducta alimentaria) no lo recogen como categoría diagnostica, algunos clínicos hablan ya de "vigorexia" (o dismorfia muscular) y hace precisamente referencia a la obsesión de algunos hombres con un cuerpo sin grasa y perfectamente formado y que obedece, en este caso, a lo que se demanda de un hombre en la sociedad actual.

*El articulo original puede ser encontrado en: Magallares, A. & Morales, J.F. (2013). Gender differences in antifat attitudes. Revista de Psicología Social, 28, 113-119.*

# RIPAGAINA

## 2 dormitorios desde 109.000 €
## 3 dormitorios desde 120.000 €

# VIVIENDA DE CALIDAD, PRECIO INMEJORABLE

**¡¡VISITA NUESTRO PISO PILOTO Y COMPRUÉBALO!!**

**HASTA 25% DESCUENTO**

**Teléfono 948 21 31 31**
**pamplona@adania.es**
**www.adania.es**

adania