medicina salud
zonahospitalaria aragón

www.zonahospitalaria.com añoIII mayojunio2017 nº10

EJEMPLAR GRATUITO
zonahospitalaria.com
147.000 visitas en mayo

Por un verano saludable

SUMARIO

2 Abordaje de la salud mental en atención primaria 3 Filtros selectivos en Baja Visión 4 Nuevas tecnologías aplicadas a la diabetes 6 ¿¿Qué es el metatarso aducto o los pies hacia dentro? 7 SARquavitae: Atención a mayores que marca la diferencia 8 Dietas milagro 9 Traumatismos en verano, ¿hay que hacer radiografías a todos?10 Impacto emocional de la enfermedad oncológica en fase terminal12 El patólogo ante un nuevo retrato del cáncer 13 La nueva mujer frente al cáncer 14 Control del dolor postoperatorio 16 Psicoterapia de grupo y su indicación en Trastorno Mental Grave 18 ¿Y en casa qué? Taller para cuidadores 19 Cuando dormir se convierte en problema 20 Alergia alimentaria: Las LTP 22 Musicoterapia en el Hospital MAZ de Zaragoza.

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

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

Abordaje de la salud mental en atención primaria

Amaya Carceller Tejedor. Psicóloga del Hospital San Jorge de Huesca

Existe una cada vez mayor prevalencia de los trastornos mentales en la población general. En los países occidentales donde se han realizado estos estudios, se calcula que, de promedio, una 40% de la población sufrirá los criterios diagnósticos de algún trastorno mental a lo largo de su vida.

Casi un 20% de los sujetos presentan algún trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida), y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia- vida.
En tan solo cuatro años, los que van de 2006 a 2010, coincidiendo con el inicio de la crisis económica española, ha habido un incremento considerable de los pacientes que acudieron a consulta de médico de familia, debido al malestar psicológico.

Aumento de pacientes

Se ha puesto de manifiesto un aumento considerable de los pacientes que acudieron a consulta por trastornos del estado de ánimo, ansiedad, somatomorfos y consumo de alcohol, desde el inicio del periodo de recesión en España.
Los expertos advierten de los riesgos que los recortes en sanidad pueden tener en la calidad de la prestación de los servicios, teniendo en cuenta además las necesidades psicológicas actuales que presenta la población española. En esta linea, defienden la integración a la salud mental en los servicios de atención primaria.
Actualmente en España los médicos de atención primaria son los que derivan a los pacientes a los servicios de Salud Mental, y a veces se ven incapaces de proporcionar una respuesta asistencial significativa no farmacológica a los problemas de carácter psicológico, en parte por falta de formación específica, por falta de tiempo y también porque no está claramente establecida su responsabilidad profesional en el ámbito de lo psicosocial, además de una escasa coordinación con profesionales de la salud mental.

El uso de psicofármacos

En atención primaria, el uso de psicofármacos es elevado y se prolonga excesivamente en el tiempo a causa de un deficiente seguimiento de las prescripciones realizadas. Se estima que entre un 20 y un 40% de los pacientes de atención primaria consumen principios psicoactivos. Sin embargo, su efectividad ha sido cuestionada en abundantes estudios y su uso masivo no se ha acompañado de la disminución de suicidios, ni de bajas laborales por depresión.
La terapia cognitivo-conductual para la depresión, aún siendo cara en términos absolutos, ha mostrado ventajas a largo plazo en relación al coste/efectividad sobre el uso de antidepresivos.
Según Retolaza y Grandes (2003), la mayoría de personas con dificultades prefieren un tratamiento psicológico que un fármaco.

Programa de atención grupal de psicología

Por todo lo anteriormente citado, es necesario el desarrollo de una intervención que prevenga o disminuya la aparición de síntomas psicopatológicos mejorando las estrategias de afrontamiento del estrés o malestar psicológico.
Para ello, se ha creado un programa de atención grupal de psicología de atención primaria para el tratamiento de los trastornos emocionales, dirigido a usuarios de los centros de salud del Perpetuo Socorro y de Pirineos, ambos pertenecientes a la localidad de Huesca.
Los requisitos para pertenecer a este programa son: personas mayores de edad con trastornos adaptativos, ansiedad y estado de ánimo, de intensidad leve o moderada, usuarios de los dos centros de salud anteriormente citados, y derivados por los Médicos de Atención Primaria al presente programa.
Queremos recalcar la importancia de este proyecto por las múltiples ventajas que puede aportar para el sistema (disminución de lista de espera en atención psicológica especializada, reducción de la toma de medicamentos psiquiátricos, reducción de costes sanitarios, etc.), y fundamentalmente para el paciente, porque creemos que todas las personas merecen una atención psicológica de calidad.

Foto cedida por Recoletos Visión

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

Filtros selectivos en Baja Visión

Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis
Optometristas especilistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos

Pº María Agustín, 113 (Pza. Europa) | 50003 Zaragoza | T. 976 443 995

Entendemos Baja Visión como cualquier grado de discapacidad visual que limite significativamente lo que una persona ve y no pueda ser corregida con gafas convencionales, lentes de contacto, tratamiento médico o cirugía. Son patologías con afección visual, que además de la pérdida de visión conllevan una disminución de la calidad de vida: incapacidad para realizar tareas hasta ahora habituales, pérdida de movilidad, etc. Se consideran pacientes de Baja Visión, aquellos cuya agudeza visual en el mejor de los ojos es menor o igual al 30% o su campo visual inferior a 20º.

¿Qué patologías son las causantes de Baja Visión?

Degeneración Macular asociada a la edad (DMAE), Retinopatía Diabética, Catarata no operable, Miopía Magna, Desprendimiento de Retina, Glaucoma, Retinosis Pigmentaria, Albinismo... Cada una de ellas requiere un manejo optométrico ligeramente diferente.

Estas patologías influyen en el paso de la luz, cuando entra menos luz de lo habitual en el ojo, hay una reducción de agudeza visual y del contraste, y una desaturación de los colores, se provoca un deslumbramiento originado por la dispersión de la luz a su paso por los medios oculares y un deslumbramiento originado por la fluorescencia del cristalino.

¿Qué es un filtro selectivo?

Un filtro selectivo controla la cantidad de luz que entra en el ojo, aumentando de una forma muy eficaz el contraste, minimizando el deslumbramiento tan adverso o molesto sobre la resolución visual. Son muy beneficiosos para las personas con Baja Visión.

¿En qué se diferencian los filtros selectivos de unas gafas de sol?

Las gafas de sol son filtros de densidad neutra o convencionales, filtran la luz disminuyendo la luz que entra en el ojo, la visión con gafas de sol es más oscura y menos contrastada, y tienen un corte de protección menor o igual a 390 nm. En cambio los filtros selectivos tienen un rango de protección entre 400-585 nm, del espectro de luz visible. Permiten la entrada de luz tan necesaria para la visión pero bloquean aquella más dañina y perjudicial, aumentando el contraste. Este es el motivo por el que en Baja Visión se recomienda filtros selectivos y no lentes convencionales de sol.

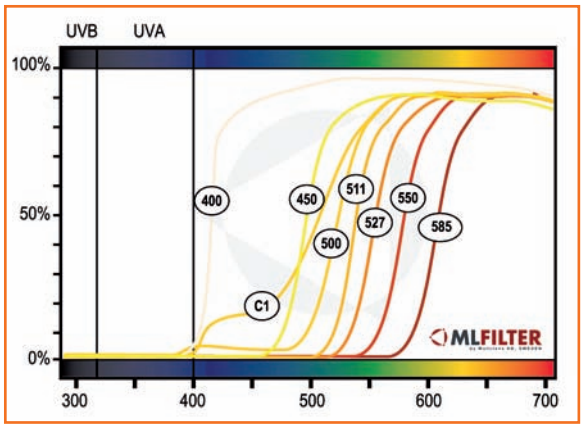
¿Cuándo se debe prescribir un filtro?

Los filtros se pueden y deben prescribir si hay deslumbramiento, fotofobia, falta de transparencia de medios oculares, como cataratas, y por supuesto en enfermedades oculares que causan Baja Visión. Además los filtros tienen propiedades preventivas, tienen máxima protección UV, máximo contraste, y máxima transmitancia (dejan pasar la luz que beneficia y bloquean la perjudicial).

Todos los filtros bloquean la radiación UVA y UVB.

¿Cómo puedo saber que filtro es el apropiado?

En **YANGUAS ÓPTICOS BAJA VISIÓN**, seleccionamos el filtro más adecuado para cada paciente. La prueba es realizada recreando las condiciones tanto interiores como exteriores para cada persona. Para interiores, se prueban filtros que bloquean la luz azul, tan presente en luces Led y dispositivos electrónicos, y en exteriores se prueban los filtros con diferentes niveles de luz solar, especial interés cobran las zonas arboladas ya que se pasa de sombra a luz, provocándose un deslumbramiento. El paciente elige el filtro en función del confort, contraste, resolución. El filtro también es aconsejable prescribirlo en las varillas, para evitar los deslumbramientos laterales.



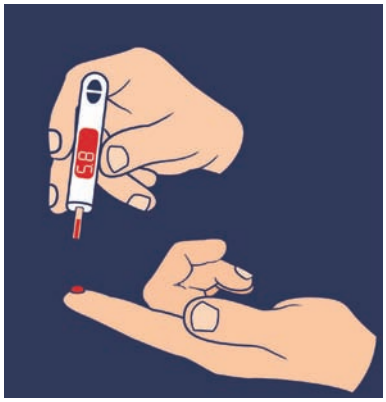
¿Qué síntomas nos suelen comentar los pacientes con Baja Visión?

Cada paciente es único y con una sintomatología diferente, pero las quejas más habituales suelen ser, veo mal los bordillos de las aceras, me molesta la claridad en días nublados, me quedo a oscuras al entrar a un edificio, al amanecer o anochecer encuentro que veo mucho peor, no veo bien cuando paso de sombra a luz por ejemplo en una calle...

En conclusión, todas las personas pueden beneficiarse de los filtros selectivos, en función de sus necesidades, aunque no tengan una patología ocular.

En interiores nos pueden bloquear la luz azul, que emiten dispositivos electrónicos y Led, como ordenador, tablet, móvil y potenciarnos el contraste.

En exteriores muy útiles para la luz solar, a parte de protección resultan muy beneficiosos para la conducción como los polarizados, combinados con cualquier filtro.



Nuevas tecnologías aplicadas a la diabetes

Infusores subcutáneos continuos de insulina

Jara Altemir Trallero, Amaya Barragán Angulo, José Antonio Chena Alejandro.
Facultativos Especialistas de Área. Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital San Jorge. Huesca
José Félix Martínez Juste.
Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

El tratamiento de la diabetes con múltiples dosis de insulina (MDI) no es capaz de reproducir de manera estricta la secreción fisiológica de la misma a pesar de la introducción en la de los análogos de insulina de acción lenta y rápida.

Aunque los objetivos del tratamiento intensivo pueden ser alcanzados con MDI, en numerosas ocasiones no llegan a conseguirse, y la terapia con infusores de insulina puede ser una buena alternativa terapéutica. Las bombas de insulina son actualmente una realidad. Permiten una mejoría en las oscilaciones glucémicas, un descenso de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), de la glucemia media diaria, de la glucemia basal y de las dosis de insulina, al mismo tiempo que mejoran la calidad de vida de los pacientes. Tienen el inconveniente de un coste elevado y que requieren un equipo de profesionales formados especificamente para esta terapia y con tiempo suficiente de dedicación a sus pacientes.

El tratamiento con infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) es actualmente la vía más fisiológica para reemplazar tanto el componente basal de la secreción de insulina, al poderla ajustar a los diferentes requerimientos fisiológicos existentes a lo largo del día, como los picos de secreción insulínica en respuesta a los alimentos conseguido mediante la administración de "bolus" antes de cada ingesta.

En los últimos anos, el mayor incremento en la utilización de ISCI ha tenido lugar en la edad pediátrica, aunque todavía faltan datos sobre eficacia, seguridad, impacto psicológico y otros aspectos en este grupo de pacientes. El tratamiento de la DM1 en los niños más pequeños supone un reto. Estas edades se caracterizan por tener una alta sensibilidad a la insulina, patrones impredecibles de ingesta, gran variabilidad en el ejercicio, gran vulnerabilidad ante la hipoglucemia, menor capacidad para avisar de las mismas, y mayor repercusión de las hipoglucemias sobre las capacidades cognitivas.

Conceptos básicos del tratamiento con ISCI

La bomba de insulina es un pequeño dispositivo del tamaño de un teléfono móvil que administra insulina de forma continuada. Consta fundamentalmente de dos partes: el infusor de insulina y el catéter de conexión.

El infusor propiamente dicho es una microcomputadora que ha sido programada previamente para infundir insulina de manera continua las 24 horas del día. Se compone básicamente de una pantalla, una batería, unos botones y un reservorio de insulina.

El catéter de conexión es un fino tubo de plástico que conecta la bomba con el tejido subcutáneo (debajo de la piel). Este catéter termina en una cánula de plástico que está localizada debajo de la piel. Allí será donde se deposite la insulina administrada por la bomba. El catéter debe cambiarse cada 2 ó 3 días. A medida que se prolonga el tiempo que el catéter permanece colocado en el mismo sitio se incrementa el riesgo de infección de la zona. También cuanto más tiempo esté el catéter en una zona, habrá más riesgo de saturación de insulina de esa zona con lo que la insulina se absorberá peor y las glucemias subirán.

Actualmente en el mercado español se comercializan 3 tipos de infusores de insulina de 3 casas comerciales diferentes: Medtronic, Roche y Animas.

Indicaciones y selección de candidatos para la terapia con ISCI

La elección adecuada de los pacientes es fundamental para minimizar los riesgos que puedan ocasionar estos dispositivos. Son factores altamente positivos, saber cuantificar los carbohidratos de cada ingesta y monitorizar, de manera frecuente, la glucemia cada día. La contraindicación más importante para este tipo de tratamiento es la falta de motivación y colaboración de los pacientes. Cuando existen, se produce el fracaso de esta terapia.

El tratamiento con ISCI puede aplicarse a cualquier edad de la vida, con buenos resultados metabólicos. Además, mejora la calidad de vida porque permite flexibilizar los horarios y la administración de dosis extras de insulina sin necesidad de aumentar el número de inyecciones. En cualquier caso, es conveniente haber intentado el control metabólico con análogos de insulina de vida media larga en MDI antes de pasar a un tratamiento con ISCI. Los mejores resultados se obtienen en pacientes psicológicamente estables y con capacidad intelectual suficiente. La elección adecuada del paciente es fundamental para minimizar los riesgos que puedan ocasionar estos dispositivos.

Indicaciones de la terapia con Infusores Subcutáneos Continuos de Insulina (ISCI9

1. Optimización pregestacional o embarazo
2. Mal control metabólico con MDI
3. Diabetes inestable con amplia variabilidad glucémica
4. Hipoglucemias graves, recurrentes, nocturnas o desapercibidas
5. Hiperglucemia de ayuno (fenómeno del alba relevante)
6. Existencia de gastroparesia diabética
7. Necesidad de flexibilizar el estilo de vida (turnos cambiantes de trabajo)
8. Atletas de competición
9. En la infancia a cualquier edad con padres motivados y colaboradores.

▶Ventajas del tratamiento con ISCI

- Al poder programarse varias perfusiones basales nos permite ajustarnos mejor a las diferentes necesidades de insulina que existen en el día.
- El aporte continuo de insulina por parte de la bomba permite una mayor libertad de horarios. Así, puede retrasarse una comida sin temor a que finalice el efecto de la insulina administrada, como sucede en la terapia con múltiples inyecciones de insulina.
- La bomba sólo utiliza análogos de acción rápida lo que asegura un efecto más predecible, en comparación con las insulinas de acción lenta o intermedia.
- Permite ajustar mejor la cantidad de insulina ante la realización de ejercicio.
- Generalmente, se reduce el riesgo de hipoglucemias graves.
- Ha demostrado en diferentes estudios una mejoría en la calidad de vida del niño/adolescente y de su familia. Esta mejora se debe fundamentalmente a la flexibilidad horaria que ofrece.

▶Desventajas del tratamiento con ISCI

- Durante la terapia con bomba el depósito de insulina es muy escaso. Por este motivo se es más susceptible de presentar cetoacidosis en el caso de interrupción en el suministro de insulina. Normalmente con una buena educación por parte del equipo de diabetes, las personas que llevan bomba de insulina saben cómo evitar esta situación.
- La bomba se debe llevar las 24 horas del día lo que para algunas personas supone una mayor "atadura" a su diabetes.
- Cuando se lleva bomba se necesita una monitorización más frecuente y regular.
- Supone mayor gasto que la terapia con múltiples dosis de insulina.

Es muy importante que los pacientes portadores de ISCI tengan buenos conocimientos sobre dieta, autocontrol, situaciones agudas que se puedan presentar en su actividad diaria y funcionamiento de la bomba. Para ello, se requiere un equipo de profesionales que instruya, eduque, controle y apoye constantemente a este colectivo, así como un entorno social y familiar favorable.

¿Qué es el metatarso aducto o los pies hacia dentro?

Nuria del Pie Diestre. *Fisioterapeuta del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*
Amparo Santamaría Torroba. *Médico rehabilitador. Instituto Aragonés Servicio Sociales. Zaragoza*

El metatarso aducto congénito, metatarso varo, pie en Z o pie en serpentina es la deformidad del pie más común en el recién nacido. Se caracteriza por una desviación del antepié que se desvía hacia dentro el arco del pie es muy pronunciado, la planta del pie tiene forma de riñón, y el dedo gordo muy separado del segundo dedo y desviado hacia dentro.

Es una deformidad benigna, que en los casos más leves se resuelve espontáneamente, y en los restantes si no se trata el niño tendrá una marcha molesta, con las puntas de los pies hacia dentro, con tropiezos y caídas frecuentes. Su frecuencia es de 1/1 000 nacidos vivos; si existen antecedentes familiares ésta aumenta. Es más frecuente en los varones, en los gemelos y en el parto en podálica. En general, la curación espontánea de la deformidad ocurre entre un 85% de los casos. Esto conlleva a que un 15% presenten una deformidad residual significativa si no se realiza un tratamiento adecuado. El metatarso aducto puede ser "flexible" o "rígido" (no se puede enderezar el pie usando las manos). El metatarso aducto flexible se diagnostica si el talón y el antepié pueden alinearse ejerciendo una ligera presión en el antepié mientras se mantiene firme el talón. Si es más difícil alinear el antepié con el talón, se lo considera como rígido o pie inflexible.

Causas

Puede ser multifactorial. Existen diferentes teorías sobre el mecanismo de producción de esta deformidad

- **Teoría postural.** Según esta teoría, el metatarso aducto estaría originado por malposiciones uterinas.
- **Teoría anatómica.** Se han observado subluxaciones de la primera articulación cuneometatarsiana o del tarso a nivel de la articulación de Chopart e inserciones anómalas del tibial posterior en la cuña medial causando varus, del tibial anterior o del aductor del primer dedo. El metatarso aducto muestra también asociación con la displasia del desarrollo de cadera.
- **Teoría genética.** Es quizá el factor más importante. Cuando un hijo está afectado de metatarso aducto, el riesgo para los demás hijos es de 20:1 frente a la población normal.

Clasificación

La gravedad viene determinada por la flexibilidad de la deformidad mientras se presiona lateralmente el primer metatarsiano y se mantiene la porción posterior y el mediopié en una posición neutra con la otra mano. Se considera:

- **Metatarso leve**, cuando la deformidad es sobrecorregida con mínimo esfuerzo. La estimulación de los músculos peroneos corrige la deformidad. No precisa tratamiento, resolviéndose espontáneamente.
- **Metatarso moderado**, cuando la abducción pasiva lleva el antepié a la posición neutra. En estos casos se recomienda el tratamiento fisioterápico y la reevaluación periódica.
- **Metatarso grave**, cuando con la presión lateral el antepié no alcanza la línea media. En estos casos los niños se benefician de un tratamiento ortésico precoz, bien con yesos o con botas articuladas.

No se necesitan radiografías de forma rutinaria para valorar el metatarso aducto, sin embargo, las radiografías están indicadas para valorar la alineación ósea de los pies que han requerido una corrección mediante yesos o en niños mayores que tienen una deformidad rígida.

Tratamiento

Alrededor del 90% se resuelve en forma espontánea, pero hay un pequeño porcentaje que requiere de tratamiento rehabilitador como manipulaciones, el uso de férulas en la noche y de calzado antivaro. En la mayoría de los niños, el problema se corrige solo a medida que se desarrolla el uso normal de los pies.

Durante el tratamiento hay que tener en cuenta unas consideraciones:

- Tener siempre presente que los cartílagos son más blandos que los ligamentos retraídos.
- Diferenciar los metatarsos varos reductibles de los metatarsos varos rígidos.
- No forzar la reducción.
- Empezar a tratarlos, si es posible antes de cumplir el primer año.

Los pasos a seguir son los siguientes:

▶**Tratamiento conservador**. Medidas posturales: Puede recomendarse un cambio de la posición para dormir, como que duerma de costado y que no duerma en decúbito prono para no forzar la rotación interna de la extremidad inferior. Se recomienda no forzar la bipedestación y marcha del niño, ya que una vez que la misma comienza hace más difícil la corrección. El niño será cuidadosamente vigilado por un tiempo y si el problema no mejora o el pie de su hijo no está lo suficientemente flexible, se plantearan otros tratamientos.

Manipulaciones Se le enseña a la familia cómo hacer estos ejercicios en casa, ejercicios de manipulación pasiva en el pie de su hijo en el momento en que le cambia el pañal.

Estimulaciones de la musculatura lateral: peroneos, extensor común de los dedos y abductor oblicuo para conseguir abducción del antepié y eversión. Se estimulara la musculatura abductora haciendo trazos sobre su piel con distintas texturas o suaves presiones con esponjas de distinta densidad.

Locomoción refleja (Vojta): se trabajarán las posturas facilitadoras de la reptación y el volteo reflejo, buscando en todo momento los movimientos de eversión del pie y los de rotación externa del miembro inferior.

Cuando los pies son más rígidos, o en aquellos casos que no responden al tratamiento puede ser que necesite usar una férula o zapatos especiales, llamados calzado antivaro, mantienen el pie en la posición correcta. Otros tratamientos varían desde férula noctuma , ortesis de termoplástico, calzado de horma recta o separadora, bota articulada antiadducción.

A menudo se observa una discreta recidiva de la deformidad en niños que han tenido tratamiento con zapatos especiales, férulas o yesos. Sin embargo, tiende a resolverse progresivamente entre los 2 y 4 años. Si la deformidad persiste se producirá una marcha con los pies hacia adentro y si la adducción es pronunciada el pie puede tener problemas para adaptarse al zapato.

▶**Tratamiento quirúrgico.** En casos rígidos que no han evolucionado bien con el tratamiento conservador o en niños mayores. La indicación quirúrgica del metatarso aducto es extremadamente rara, pero debe ser realizado cuando el tratamiento conservador fracasa. Es muy importante destacar que el metatarso adducto funcional, que supuestamente tiene una evolución favorable y espontánea, puede no tener corrección o incluso agravarse si el niño adopta actitudes posturales contraprudentes, como son el dormir boca abajo o sentarse sobre los pies y esto se debe a un desequilibrio del tendón tibial anterior al caminar.

Atención a mayores que marca la diferencia

Las residencias de mayores SARquavitae Zalfonada y SARquavitae Fontibre de Zaragoza ofrecen estancias temporales durante el periodo estival.

Las personas mayores que viven en su hogar acostumbran a resguardarse y a apoyarse en la atención y el cuidado de los hijos y familiares más directos. En ocasiones, el familiar cuidador precisa de un recurso temporal para poder descansar, después de una enfermedad, durante una convalecencia o postoperatorio, por viajes de trabajo o vacaciones, etc.

Existen recursos de gran utilidad en estos casos, que permiten el descanso del cuidador, además de motivar a la persona mayor a realizar actividades de relación social, rehabilitación funcional o de ocio que rompen con su rutina habitual en beneficio de un envejecimiento activo.

El servicio Respiro Familiar acoge a personas mayores durante periodos temporales en los que, por una necesidad puntual del cuidador, no pueden permanecer en su domicilio habitual.

Las estancias de respiro familiar se adaptan a las necesidades particulares: fines de semana, traslados, adaptación del hogar, ausencias o periodos de convalecencia del cuidador, vacaciones o viajes... Una vez en la residencia, el mayor dispone de un equipo de profesionales que trabaja para que la persona tenga una atención personalizada. Además, se desarrollan actividades terapéuticas y de ocio y todos los servicios del centro residencial orientados a la salud y el confort para mantener una óptima calidad de vida.

Especialización de servicios

SARquavitae Zalfonada y SARquavitae Fontibre disponen de unidades de atención especializadas, aisladas y con sus propios comedores y salas de estar. Los programas terapéuticos que se desarrollan en cada unidad abordan las necesidades desde las áreas de fisioterapia, terapia ocupacional y tiempo libre fomentando el bienestar de los mayores tanto físico como psíquico, social y emocional.

Trato familiar y confort

Los familiares de los residentes de SARquavitae disponen de profesionales de referencia a su disposición para solventar cualquier duda o inquietud sobre su familiar. Además, reciben asiduamente información sobre el día a día en las residentes a través de un programa propio de comunicación con familias.

Las instalaciones de los centros están siempre a su disposición y en ellas se organizan, además, actividades para los propios familiares, mayores, niños, etc.

Las habitaciones, que garantizan el máximo confort, disponen de servicios especialmente pensados para que la persona pueda seguir disfrutando de su autonomía y privacidad.

Residencias para mayores SARquavitae en Zaragoza

SARquavitae Zalfonada es una de las residencias de personas mayores más modernas de Aragón, situado en el margen izquierdo del río Ebro y muy cerca del centro de Zaragoza, dispone de unas excelentes comunicaciones con el resto de la ciudad.

La residencia de mayores **SARquavitae Fontibre** aúna tranquilidad y comodidad al encontrarse dentro del Parque de la Sedetania de Zaragoza, con un entorno repleto de zonas ajardinadas a la vez que bien comunicado al estar junto a los enlaces de la ciudad.

Residencia para mayores SARquavitae Fontibre
976 30 41 30
Calle Pilar Miró, 15. 50011 Zaragoza
direccion.fontibre@sarquavitae.es

Residencia para mayores SARquavitae Zalfonada
976 50 67 42
Avda. Salvador Allende, 56. 50015 Zaragoza
direccion.zalfonada@sarquavitae.es

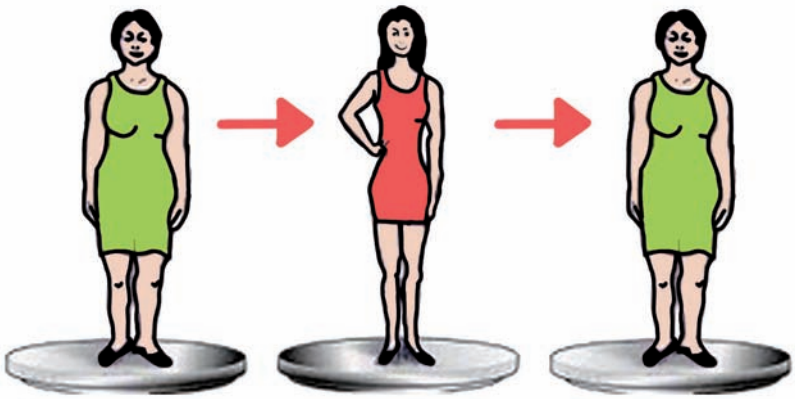
Estancias temporales SARquavitae en Zaragoza

Las unidades de estancias temporales de nuestras residencias SARquavitae Fontibre y SARquavitae Zalfonada acogen a personas mayores durante períodos cortos en los que por una necesidad puntual no pueden permanecer en su domicilio particular.

Infórmate en el **900 45 65 85**. *Además, si contratas tu estancia de verano disfrutarás de* **10% de descuento***. * *Promoción válida del 1 de junio al 30 de septiembre de 2017*

SAR QUAVITAE Cuidamos personas

SARquavitae Fontibre 976 304 130
SARquavitae Zalfonada 976 506 742



Dietas milagro

Beatriz Magallón Palacios
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00180

Con la llegada del verano aumenta el deseo de perder rápidamente los kilos de más acumulados durante el resto del año. Y, en consecuencia, proliferan las dietas milagro, que se convierten en la tabla de salvamento de la 'operación bikini'.

El objetivo de las dietas milagro suele ser lograr resultados rápidos, fáciles y espectaculares sin demasiado o ningún esfuerzo.
Podemos agrupar las dietas milagro en tres grandes grupos:

- **Dietas hipocalóricas desequilibradas:** aporte muy bajo de calorías que no cubre las necesidades del organismo y que se traduce en un aumento de masa grasa y pérdida de masa muscular.
- **Dietas disociativas:** que se basan en la idea de que los alimentos no sólo contribuyen al aumento de peso por sí mismos, sino también al consumirse según determinadas combinaciones y proporciones.
- **Dietas excluyentes:** que directamente eliminan de la dieta algún alimento o nutriente.

Claves para identificarlas

- Promete resultados rápidos, asombrosos o mágicos.
- Prohíbe el consumo de un alimento o grupo de alimentos
- Ofrece listados de alimentos "buenos" y "malos"
- Presenta relatos, historias o testimonios para aportar credibilidad.
- Se puede autoadministrar o implementar sin la participación de profesionales sanitarios cualificados.
- Atribuye "proezas" a determinados nutrientes.
- Conlleva consumir "preparados" que vende quien promueve la "dieta" o el "método".
- Contiene afirmaciones que sugieren que los "preparados" son seguros, ya que son "naturales".
- Los preparados que se consumen (productos dietéticos o similares), tienen un coste muy elevado si los comparamos con el valor económico de obtener los mismos resultados mediante alimentos comunes.

Consecuencias para la salud

Con este tipo de dietas se limitan los alimentos y las cantidades que se pueden consumir. Por lo tanto, se ingirieren menos calorías para perder peso, pero también disminuye la posibilidad de conseguir todos los nutrientes necesarios y aumenta la probabilidad de padecer carencias de minerales y vitaminas.

Cuando sometemos el organismo a una dieta muy baja en calorías, y hay una pérdida de peso muy rápida, el organismo reacciona haciéndose más eficiente, gastando menos energía, y esto puede causar serios problemas de salud y provocar un aumento de peso drástico en el momento en el que se vuelve a ingerir cantidades normales de comida. Lo denominado como el conocido "efecto rebote".
Además, otra de las causas de seguir este tipo de alimentación es la pérdida de nutrientes y vitaminas esenciales para nuestro organismo. La deficiencia de minerales puede producir alteración del gusto y el apetito, así como favorecer la osteoporosis o los trastornos en la coagulación sanguínea. Por otra parte, el déficit vitamínico (B1, B2 y B3 principalmente) puede provocar irritabilidad y lesiones oculares, cutáneas y gastrointestinales, entre otras. Por otra parte, pero no menos importante, se pueden llegar a producir efectos psicológicos negativos que pueden desencadenar trastornos del comportamiento alimentario como la anorexia y la bulimia.
En definitiva, lo único que conseguimos con estas dietas es perjudicar nuestra salud. Ponte en manos de dietistas – nutricionistas profesionales que puedan ayudarte a conseguir tu objetivo pero sin perder de vista tu salud.

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

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

Traumatismos en verano, ¿hay que hacer radiografías a todos?

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

Con la llegada del buen tiempo la mayoría pasamos más tiempo al aire libre, y se incrementan tanto las actividades deportivas como los viajes y excursiones. A veces estas actividades se ven ensombrecidas por pequeños accidentes que habitualmente afectan a las extremidades o a la cabeza y nos obligan a consultar en los centros de Atención Primaria o en los hospitales. En los últimos años está arraigando la creencia de que es preciso hacer pruebas radiológicas para todos estos traumatismos pero esto es erróneo ya que las radiografías conllevan radiación para el paciente y es preciso limitar su uso a cuando realmente está indicado. Pongamos dos ejemplos clarificadores, como son la torsión del tobillo y los traumatismos craneoencefálicos.

Las lesiones en tobillo y pie

Muchas veces se deben a calzado inadecuado, como chanclas o zuecos con escasa sujeción de la articulación. En la torsión de tobillo se distienden los ligamentos en mayor o menor grado, en ocasiones asociando desgarro de los mismos. Los ligamentos no se evalúan de manera adecuada en las radiografías, pero aunque únicamente un 15% de estas torceduras asociarán también una fractura ósea, se solicitan radiografías en más del 85% de los pacientes con esguince de tobillo. Sin embargo la radiografía de tobillo sólo está recomendada si existe dolor en la articulación del tobillo y además sensibilidad ósea al tacto en los últimos seis centímetros de la parte posterior del maléolo interno o externo o el paciente presenta imposibilidad de andar cuatro pasos seguidos en la exploración médica realizada inmediatamente después del traumatismo.

En muchas ocasiones la torsión del tobillo asocia también dolor en el pie. En estos casos, los criterios para solicitar radiografía son dolor en la zona junto con sensibilidad ósea a la palpación en la base del quinto metatarsiano o en la región del escafoides tarsiano, o bien incapacidad para andar cuatro pasos en la exploración clínica postraumática. Por ello es tan importante la exploración física que realiza el médico, ya que es él quien debe cribar qué pacientes se beneficiarán de realizar la radiografía y cuales no precisan dicha exploración para pautar el tratamiento adecuado.

Los traumatismos craneoencefálicos

Son la primera causa de muerte e incapacidad de personas jóvenes en los países occidentales y conllevan un elevado coste sanitario, social y económico. Esta entidad supone una causa muy frecuente de admisión en los servicios de urgencias hospitalarios, aunque afortunadamente el 90% de ellos son menores.

Es evidente que la protección craneal mediante cascos disminuye el riesgo de lesión y la gravedad de las mismas. Lo importante es identificar aquellos pacientes que presenten lesiones intracraneales que puedan requerir cirugía inmediata. La radiografía de cráneo no es una exploración adecuada en este contexto puesto que una radiografía normal no descarta lesiones intracraneales y una radiografía patológica no implica obligatoriamente que haya lesiones internas. La **Tomografía Computerizada** se considera la técnica de primera elección para diagnosticar estas lesiones intracraneales y suprimir las radiografías simples de cráneo acelera el diagnóstico y evita radiaciones ionizantes innecesarias.

Son los médicos que atienden al paciente los que tras la evaluación adecuada seleccionarán aquellos que precisan realizar dicho estudio.

Así pues, nuestras recomendaciones son disfrutar del buen tiempo con calzado y protecciones adecuadas, evitar las imprudencias, y en el caso de sufrir algún accidente consultar con el médico que evaluará el problema y actuará de la manera más adecuada en cada caso.

Médicos y Profesional Sanitario

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

Impacto emocional de la enfermedad oncológica en fase terminal

Alberto Matías Sanfrutos. *MIR Psiquiatría. Hospital Royo Villanova*
Ana Callejo Pérez. *MIR Oncología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*
Eva Mayayo Castillejo. *MIR Psiquiatría. Hospital Royo Villanova*

Durante la fase terminal de la enfermedad oncológica, esto es, aquella fase en la cual la enfermedad progresa sin que exista opción de curación y con poco recorrido de supervivencia, la perspectiva de la muerte impregna todo el universo del paciente y su familia, pudiendo ser vivida dicha perspectiva desde una posición de mayor serenidad, o bien de angustia, desesperación y tristeza, con la posibilidad de que estos sentimientos sean el lugar de asiento de cuadros psicopatológicos afectivos o incluso psicótico-reactivos.

En nuestro sistema sociosanitario, impregnado por la cultura imperante, las emociones negativas son consideradas muchas veces como elementos problemáticos que deben ser obstruidos, un problema al que hay que dar una solución. Sin embargo, las reacciones emocionales no tienen por qué ser consideradas de este modo, a no ser que su intensidad o duración sean desmesuradas. Este hecho se hace muy patente en el paciente oncológico durante la fase terminal, dado que la perspectiva de una muerte próxima puede generar sentimientos de tristeza y desesperanza, sin ser estos sentimientos un producto patológico inaceptable. Es más, estas reacciones emocionales constituyen procesos importantes para la adaptación del paciente a su situación, de tal manera que pueda transitarla y de este modo llegar a aceptarla de algún modo. Las emociones que se desprenden de la potencial muerte por cáncer no constituyen un cuadro psicopatológico en sí, sino que encarnan una herramienta que facilita la adaptación del paciente a su nueva situación vital. Estos estados no encarnan problemas que necesitan ser resueltos, sino momentos vitales que requieren acompañamiento y disponibilidad por parte de los profesionales para afrontar las necesidades emocionales del paciente y su familia en este momento delicado de su proceso.

Impacto emocional

El impacto emocional lo constituyen el conjunto de respuestas emocionales, físicas y conductuales frente a una situación desbordante de los propios recursos para poder afrontarla, como lo es la fase terminal de la enfermedad oncológica. Se trata de un momento evolutivo del proceso que tiende a desestabilizar los mecanismos homeostáticos

individuales y familiares, que en algunos ya eran precarios antes de que eclosionara el proceso oncológico. Esta respuesta psicológica, como veíamos en la introducción, constituye un proceso de adaptación determinado por la presencia de varias fases que fueron descritas, entre otros autores, por la Dra. Kübler-Ross. Entre estas fases podemos distinguir la negación, es decir, el mecanismo por el cual el paciente es capaz de evitar tomar contacto con una realidad inaceptable; posteriormente la ira, el enfado que le genera contactar con su situación real, y la necesidad de descargar esta emoción inaceptable en otra persona, rebelándose contra su situación, la cual es vivida como una injusticia; la ira puede llevar a la fase de pacto, en la cual el paciente negocia con el médico, con su entorno, incluso con Dios, la posibilidad de alargar su vida, frenar la enfermedad, sin ser esto posible, de manera que poco a poco, la ira y el pacto van dando paso a la fase de depresión en la cual todo deja de tener sentido y le invade la angustia y la desesperación al paciente. Finalmente, esta depresión reactiva a la situación inaceptable da lugar a la fase de aceptación, fase final del proceso y que constituye la integración de la experiencia emocional dentro de la narrativa vital del sujeto. Este modelo no es universal ni se sucede siempre en este orden, sino que existen más tonalidades dentro de la paleta de reacciones emocionales, y pueden darse en diversos órdenes, e incluso se pueden dar varias fases al mismo tiempo. Cada persona encarna un proceso adaptativo personal, singular y subjetivo.

El impacto emocional puede desencadenarse por diferentes factores que muchas veces están relacionados con síntomas de progreso de la enfermedad (pérdida de peso, debilidad, dolor, vómitos, etc.). Las respuestas que dan el paciente y la familia a estos factores constituyen el impacto cambiante que conforma el proceso de adaptación a la nueva situación. La manifestación del impacto emocional se da en forma de tristeza, desesperanza, pensamientos negativos, fantasías catastróficas, pérdida de autoestima, agotamiento emocional, agitación, etc. Por otra parte la familia puede poner en marcha mecanismos que dan cuenta del impacto emocional a este nivel, como por ejemplo la conspiración de silencio, por la cual la familia interpone barreras de comunicación alrededor del enfermo con el fin de que nadie le aporte "malas noticias" que puedan perturbarle o alterarle de algún modo; esta conspiración de silencio consume una grandísima cantidad de recursos emocionales a la familia, que ha de trabajar sin descanso metabolizando una información difícil de digerir, y ha de invertir un gran esfuerzo en evitar que dicha información "salpique" al familiar enfermo, produciendo el efecto contrario a la protección que se deseaba, esto es, se sume al paciente en una atmósfera de secretismo que desemboca en una profunda sensación sorda de aislamiento y soledad. Por otra parte, la claudicación familiar constituye otra forma de manifestarse el impacto emocional en la familia. Se basa en la aparición de signos de agotamiento físico y emocional en las fases finales de la enfermedad, llegando incluso a abandonar la tarea del cuidado, después de un largo proceso de soporte.

Intervención sobre el impacto emocional

Respecto a la importancia de tratar dicho impacto, podemos citar a Block y los aspectos que enumera y que resultan del impacto emocional individual y familiar:

- Interfiere en la capacidad para disfrutar, hallar sentido y conectar con el presente.
- Erosiona la calidad de vida.
- Amplifica el dolor y síntomas físicos.
- Reduce la capacidad del paciente para afrontar el proceso de separación y de despedida de sus seres queridos.
- Genera preocupación y angustia en los familiares.
- Las alteraciones psicológicas, en especial la depresión, son factor de riesgo de suicidio.

Por otro lado, las metas de la intervención terapéutica sobre el impacto emocional son:

- La paliación de los síntomas que resultan de dicho impacto a través de una comunicación de calidad que sirva de canal de intercambio de emociones y sensaciones que permita procesar dichas emociones que acompañan a la situación terminal del paciente oncológico.
- La paliación de síntomas físicos, que muchas veces, por su carácter subjetivo, se incrementan y amplifican con el impacto emocional y están estrechamente relacionados. Es el caso de las náuseas, el dolor, la disnea, etc.
- Potenciar el control y la autonomía del paciente manteniendo sus capacidades físicas, psicológicas y funcionales.

El patólogo ante un nuevo retrato del cáncer

Carmen Almajano Martínez. *Especialista en Anatomía Patológica. Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza*
Marta Alfaro Almajano. *Enfermera. Hospital San Juan de Dios de Zaragoza*

El patólogo es aquél médico especialista responsable de emitir un diagnóstico a partir de una muestra de tejido o de células, colaborando con los diferentes médicos especialistas, para intentar aportar la mayor información posible que permita personalizar al máximo el tratamiento.

Esta consideración general sirve también para el diagnóstico en oncología donde es aún más necesaria la medicina personalizada, dada la gran agresividad de los tratamientos.
Si preguntamos qué hay de nuevo ante el cáncer, las respuestas son infinitas, pero vamos a centrar el tema en tres aspectos:

1.- La biopsia líquida: En qué consiste y para qué sirve.

Consiste en una extracción de sangre que va a permitir tras un estudio complejo:

1.1 Diagnosticar si hay células tumorales circulantes y si hay DNA o RNA de las células tumorales. Si no existiera, podríamos decir que el paciente está libre de enfermedad.
1.2 Confirmar o descartar la presencia de enfermedad residual después de que el paciente haya sido operado.
1.3 Facilitar el tratamiento monitorizando la respuesta a la terapia.
1.4 Permitir el seguimiento.
1.5 Nos permite valorar la resistencia a los tratamientos.
Todo ello es posible siempre que el tumor presente unas determinadas mutaciones genéticas y en el futuro evitara realizar técnicas más agresivas así como evaluar de forma rápida la situación tumoral del paciente.

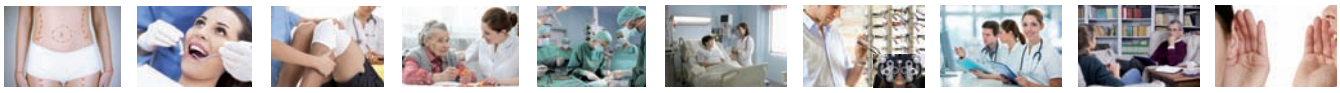
2.- Plataformas genómicas

Técnicas en las que estudiando un grupo de genes, determinan a través de la biología del tumor, con unos resultados llamados scores, ayudar a decidir si el paciente necesita o no, tratamiento quimioterápico, e incluso qué fármacos son los más eficaces. Actualmente se aplica al cáncer de mama, y es posible que en fechas próximas podamos aplicarlo también al cáncer de pulmón y al cáncer de próstata.

3.- Cribado del cáncer de cuello uterino

Hasta hace unos años, el cribado para diagnosticar el tumor en sus primeras fases, se basaba en la realización de citologías cérvico-vaginales. Actualmente en los protocolos, la recomendación es realizar una determinación del virus del papiloma humano, ya que es el agente causal del cáncer de cuello, y según los resultados realizar una citología y una biopsia si fuera necesario. Esto permite espaciar el cribado del cáncer de cuello con mayor sensibilidad y mayor especificidad, y poder diagnosticar el agente causal, antes de que aparezca la lesión.

¿Todos los virus del papiloma son igual de agresivos? No.
Los virus del papiloma se clasifican en virus de bajo riesgo para producir un carcinoma y virus de alto riesgo. Dentro de los de alto riesgo, responsables del cáncer de cuello, no todos son igual de agresivos, siendo los más oncogénicos, el 16, 18 y 45, que requieren cuando son diagnosticados, un seguimiento y un tratamiento específicos.



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

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

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

La nueva mujer frente al cáncer

Dr. Javier García Pérez-Llantada. *Ginecólogo. AECC de Zaragoza.*

En los últimos años ha habido una serie de noticias realmente relevantes, interesantes y cargadas de esperanza relacionadas con los cánceres ginecológicos (principalmente en los cánceres de cuello uterino, ovario y mama.

Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino o cérvix, está íntimamente relacionado con la infección de Virus del Papiloma Humano (VPH).

La mejor noticia, y la más relevante, es el significativo avance en la PREVENCIÓN del cáncer de cuello uterino, gracias a la vacunación frente al VPH en las niñas. Hasta hace un año la vacunación se recomendaba (está en el Calendario de Vacunaciones) a las niñas de 14 años, ahora se ha adelantado a partir de los 12 años debido a que se ha observado un inicio más precoz de las relaciones sexuales.

La concienciación de iniciar las revisiones ginecológicas con el inicio de las relaciones sexuales (sea a la edad que sea) o a partir de los 20 años si no se tienen relaciones sexuales, también ha ayudado a mejorar los diagnósticos precoces de pequeñas lesiones que tratadas a tiempo podemos evitar la aparición de un cáncer de cérvix.

La prevención no será eficaz del todo si no logramos enseñar buenos hábitos de salud entre los que se puede destacar el uso sistemático del preservativo en todo tipo de relaciones sexuales.

Cáncer de ovario

El cáncer de ovario es el primero en número de muertes por año, siendo el segundo cáncer ginecológico y diagnosticando unos 3.000 casos nuevos por año. Pero, lamentablemente, todavía hacemos un diagnóstico tardío.

En estos últimos tiempos ha habido avances importantes en su prevención como el uso de los anticonceptivos orales a partir de los 40 años, el uso del ácido acetil salicílico (AAS) a dosis bajas (100 mgrs día) o la salpinguectomía (la extirpación de las trompas, en lugar de la ligadura de trompas).

El estudio de los genes BRCA1 y BRCA2 relacionados con el cáncer de mama y ovario, permite descubrir poblaciones de riesgo de padecer cáncer (riesgo, no certeza).

En el campo del tratamiento la aparición de estudios de proteinomica celular (identificación de nuevas dianas terapéuticas en interacciones proteína-proteina) que ayudar a lograr medicamentos más eficaces, seguros y rápidos frente a algunos cánceres de ovario. Otro logro importante es la aparición de las llamadas terapias personalizadas en el cáncer de ovario, con medicamentos como el Olaparib.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer, actualmente 1 de cada 8 mujeres tendrá cáncer de mama en algún momento de su vida. Actualmente se diagnostican unos 25.000 casos nuevos al año en España.

En el campo del diagnóstico precoz es donde más se ha avanzado en estos últimos años gracias por ejemplo al uso de la Tomosíntesis (un nuevo aparato para mamografías que permite una mejor resolución en las imágenes y por tanto un diagnóstico más precoz al descubrir cambios estructurales más pequeños que antes).

En el tratamiento quirúrgico la práctica, cada vez más generalizada, de la cuadrantectomía con el estudio del ganglio centinela ha permitido un tratamiento igual de efectivo que los anteriores, y al ser mucho menos agresivo, con una menor tasa de complicaciones postoperatorios (no hay linfedemas por ejemplo) y una mejor aceptación por parte de la paciente (al no verse mutilada).

La aparición de nuevos fármacos y de nuevas vías de administración también nos están ayudando, y mucho, en la lucha contra esta enfermedad.

Estamos en el buen camino y esto se puede comprobar viendo como comparando la supervivencia en los años 70 y ahora, hemos mejorado en un 20% (hoy en día se mueren menos que hace 40 años).

Hoy en día alrededor del 90% sobreviven a los 5 años del diagnóstico y este porcentaje es aún mayor si el diagnóstico se realiza en los estadios iniciales.

Lamentablemente aún fallecen pacientes como consecuencia de este cáncer, pero hay que transmitir a la población en general y a la femenina en particular, que frente al cáncer de mama tenemos una gran esperanza en poder controlarlo.

Control del dolor postoperatorio

Laura Iricíbar Mir y Alicia Campo Sin. *Enfermeras. Hospital de Barbastro*
María Abad Sanz. *Anestesióloga. Hospital de Barbastro*
Elena Castellar Otín. *Médico Internista. Hospital de Barbastro*

El dolor es uno de los problemas de salud más frecuentes con los que se encuentran los profesionales sanitarios en los diferentes ámbitos de atención; por eso precisa desarrollar conocimientos y competencias para gestionarlo otorgando cuidados de calidad y una atención integral. El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial del tejido. Cada individuo aprende el significado de la palabra dolor a través de la experiencia personal.

Enfermería tiene un rol fundamental en la seguridad y vigilancia del paciente con dolor. Debe ser capaz de identificar a quién lo padece, utilizar los instrumentos más adecuados para evaluarlo, iniciar acciones que lo alivien, y comprobar la eficacia de estos métodos. El registro que efectuemos de la valoración del dolor será igual de importante, ya que nos ofrecerá un control de la efectividad del tratamiento.

Unidad de Dolor Agudo (UDA)

Hasta hace unos años el tratamiento del dolor postoperatorio ha sido un gran olvidado a pesar de disponer de conocimientos suficientes en la fisiopatología del dolor, y sobre los fármacos y la tecnología necesaria para su administración. Para subsanar esta situación, se encauzó el interés de los anestesiólogos por el tratamiento de ese tipo de dolor hacia la creación de las Unidades de Dolor Agudo (UDA).

¿Cual es el objetivo de las UDA?

El objetivo principal es el tratamiento y el alivio del dolor agudo postoperatorio mejorando la calidad asistencial y repercutiendo en un beneficio para la salud, el confort y la satisfacción del paciente.

¿Quién forma las UDA?

Los puntos clave necesarios para llevar a cabo correctamente el funcionamiento de las UDA radican en el personal que lo lleva a término y en la formación dirigida a todo el personal combinandolo con la elaboración de protocolos y guías clínicas.
En el hospital de Barbastro la base de la unidad está compuesta por una enfermera cualificada que actúa de intermediaria entre el paciente y el médico responsable (generalmente anestesiólogo), así como las enfermeras de planta hospitalaria.
El periodo post-operatorio se inicia cuando acaba la intervención quirúrgica y el paciente ingresa en la sala de recuperación postanestésica (URPA). Continúa hasta que el paciente es dado de alta de los cuidados médicos.
nte es designado como candidato para su registro y seguimiento por la unidad, se pauta el protocolo analgésico posquirúrgico que iniciará en la URPA y continuará en la planta hospitalaria.

¿Cómo controlamos el dolor?

Las vías de administración de los analgésicos que utilizamos hoy en día, son la endovenosa, el catéter epidural y los bloqueos de nervios periféricos, pudiéndose administrar en forma de bolo o perfusión continua. Cuando se utiliza la perfusión continua, se realiza a través de bombas de administración. Las más utilizadas son las bombas electrónicas y las bombas elastoméricas, también llamadas elastómeros. Una **bomba elastomérica** es un sistema de administración de analgésicos de forma continua. Es precisa, pequeña y ligera y proporciona libertad de movimiento y comodidad. Son silenciosas, seguras y resistentes y habitualmente son muy bien aceptadas por los pacientes.
Enfermería preparará según la orden médica del anestesista, el dispositivo que el paciente precise y lo iniciaremos lo antes posible. Le explicaremos al paciente el funcionamiento del dispositivo analgésico que lleva, insistiremos al paciente sobre la necesidad de manifestar el dolor, dándole a conocer que puede pedir más analgésicos si lo precisa.
Reevaluaremos el dolor de forma continua, durante todo el tiempo que el paciente permanezca en la URPA y se le informa de que será visitado por las enfermeras durante el ingreso.

Bloqueos de Nervios Periféricos

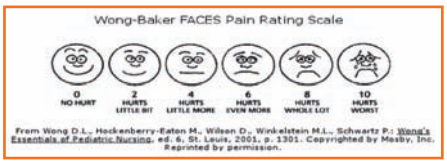
¿Qué es el bloqueo de los nervios periféricos?
El bloqueo en los nervios periféricos es un tipo de anestesia regional. El medicamento anestésico se aplica en forma de inyección para adormecer una parte del cuerpo. El brazo y la pierna son las áreas más comunes pero también el abdomen y el área de la cadera.

¿Cómo evaluamos el dolor?

La evaluación del dolor postoperatorio requiere una apropiada comunicación entre

el paciente con dolor y el personal sanitario.
En la cuantificación del dolor siempre hay que utilizar escalas de medida. Éstas nos permiten hacer una valoración inicial y comprobar el efecto de los tratamientos administrados.
Entre las distintas escalas de valoración de dolor disponibles, el método de medición empleado en nuestro servicio es la Escala Visual Analógica (EVA)
Se trata de una línea de 10 cm, en cuyos extremos aparecen descripciones, «no dolor» y «el peor dolor imaginable», sin ninguna otra descripción a lo largo de la línea donde el paciente debe señalar el punto que mejor refleje la intensidad que percibe; posteriormente, con una regla graduada se anotará la puntuación en milímetros. No contiene números o palabras descriptivas. Se trata de un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible.

La experiencia clínica muestra que (en una escala de 0 a 10), valores en reposo inferiores a 3 indican una analgesia buena.
En los escolares y adolescentes son útiles los mismos sistemas aplicados en el adulto: las escalas de valoración verbal, fotogramas de Oucher (que muestra dibujos de niños pequeños que están sin molestias, o con diferentes grados de dolor; el niño puede entonces señalar el dibujo que más se parece a lo que él está sintiendo). Una de las más utilizadas es la Escala Facial de Dolor (Faces Pain Scale) de Wong-Baker (el número de caras que utiliza son seis, suele acompañarse cada una de una graduación numérica para convertir la que indica el niño n un número; la puntuación de las seis caras es 0, 2, 4, 6, 8, 10, donde 0 es sin dolor, 2 dolor leve, 4-6 moderado y 8-10 intenso.



Escala numérica (en)

Línea horizontal numera de 1 – 10 donde 0 es ausencia del dolor y 10 el máximo dolor. Es la más sencilla y la más utilizada.

Una vez registrados todos aquellos pacientes a nuestro cargo, la enfermera los visitaremos cada mañana, generalmente durante las 24 y 48 horas postoperatorias.
El objetivo es conocer cómo es la percepción dolorosa de estos pacientes sometidos a cirugías agresivas y dolorosas que están recibiendo de forma sistemática y protocolizada tratamiento analgésico desde quirófano.
Finalizado el seguimiento, se elabora un informe de alta donde queda registrado el tratamiento analgésico que ha recibido (protocolo y rescates analgésicos); el valor de EVA en la primera y última visita, así como las observaciones enfermeras registradas durante los días de seguimiento.

Conclusión

Un manejo del dolor efectivo es necesario para conseguir una buena calidad asistencial. Las herramientas existentes son útiles y suficientes para llevar a cabo un buen control del dolor. Debemos tratar el dolor de una forma inmediata y segura para cada paciente, de este modo podremos asegurar el confort y bienestar necesario y así mejorar la calidad y la atención de los cuidados.

Psicoterapia de grupo y su indicación en Trastorno Mental Grave

Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

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

La psicoterapia de grupo se ha definido de varias maneras y entre ellas como: " la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes" (Yalom, 1996). Sin embargo, no se reduce a esto. En la terapia de grupo tanto la interacción paciente-paciente, como la interacción paciente-terapeuta se utilizan para efectuar cambios en la conducta inadaptada de cada uno de sus miembros.

El grupo mismo, unido a la aplicación de técnicas específicas y a las intervenciones por parte de un terapeuta cualificado sirven como instrumento de cambio, siendo ésta la característica que otorga a la psicoterapia de grupo su excepcional potencial terapéutico.
Entre los tratamientos usados en la esquizofrenia quizá sea la terapia de grupo la más desconocida, menos teorizada, reflexionada y de indicación menos clara y definida. Sin embargo, seguramente también sea la más flexible, viable y adaptable a todo tipo de instituciones.
Desde el primer artículo sobre terapia de grupo en esquizofrénicos (Lazzell, 1921), hasta el primer libro dedicado a lo mismo (Kanas, 1996), apenas se pueden contar en la bibliografía internacional de todos estos años unas 300 publicaciones de terapia de grupo en la esquizofrenia. Sin embargo posiblemente esta psicoterapia está más extendida de lo que el número de artículos publicados podría hace pensar, hay numerosas instituciones en muchos de los países donde ya es habitual.
Entre las causas que explican esta escasez de publicaciones sobre el tema quizá estén la singularidad habitual de las experiencias terapéuticas grupales, las dificultades en investigación en psicoterapia de grupo (Dies & Mackenzie, 1983), las dificultades de teorización y conceptualización de la complejidad grupal (Scheidlinger et al.,1997) y la gran variedad de grupos con la heterogeneidad de los pacientes.
A pesar de esta precariedad de las publicaciones, la efectividad de la terapia de grupo combinada con el tratamiento neuroléptico parece haber sido demostrada por los diferentes estudios de meta-análisis realizados en la revisión de las publicaciones existentes (Gifford & Mackenzie, 1948; Kanas, 1986; Mosher & Keith, 1980; Parloff & Dies, 1977; Scott & Griffith, 1982; Stotsky & Zolik, 1965).

Psicoterapia de grupo en las unidades de agudos

La inclusión de sesiones de grupo dentro de las Unidades de Agudos es cada vez más frecuente y su importancia está siendo reconocida de manera creciente en la literatura: (Brabender 1985). Muchos autores han puesto de manifiesto la pertinencia y utilidad de estos grupos en estas Unidades, como Yalom, (1983); Janssen (1994); Brabender y Fallon (1993); Galletero y otros (2008); Oldham y Russakoff (1987); Kibel (1992); Powell (1989); Farkas-Cameron (1998); Gauron (1984); Agazarian (2001); Clunie (1997); Rice y Rutan (1987).
Los grupos de psicoterapia en este tipo de Unidades cumplen un papel fundamental para reducir el impacto de los factores potencialmente estresantes asociados a la hospitalización y a la situación de crisis en la que ingresan los pacientes, constituyéndose como un factor protector y necesario para disminuir la ansiedad de los pacientes, las proyecciones paranoides y tensiones emocionales que padecen los pacientes ingresados, consecuencia de estar en una situación excepcional en sus vidas como es la de afrontar un entorno a menudo desconocido, rodeados de otras personas en crisis, sin un rol específico y claro

que pueda facilitar su adaptación y proporcione la sensación de protección implícita en los grupos sociales.

Objetivos terapéuticos en una unidad de hospitalización breve

En cuanto a la formulación de objetivos apropiados para un tipo de encuadre, éstos deben ser específicos, asequibles al marco temporal y adaptados a las capacidades de los pacientes, con el fin de que la experiencia resulte exitosa. Yalom (1996) describe seis metas alcanzables para este tipo de grupos:

- Hacer que el paciente participe en el proceso terapéutico: ayudándole a que se implique en un proceso que le parezca constructivo, que le ofrezca apoyo y que desee continuar después del alta del hospital.
- Enseñar a los pacientes que hablar también ayuda.
- Detectar problemas: enseñarles a detectar su comportamiento interpersonal inadaptativo.
- Disminuir la sensación de aislamiento del paciente: tanto en el hospital como en el mundo exterior.
- Permitir a los pacientes que sean útiles a los demás.
- Aliviar la ansiedad relacionada con el hospital.

Factores terapéuticos grupales

Son una serie de mecanismos de acción terapéutica, habitualmente existentes en la terapia de grupo, que actúan como mecanismos de cambio de los pacientes, contribuyendo al proceso terapéutico.

Entre estos podríamos distinguir básicamente, siguiendo a Mackenzie (1990):

- Factores de apoyo: (aceptación o cohesión, universalidad, esperanza y altruismo).
- Factores de autorrevelación: (catarsis, autorevelación).
- Factores de aprendizaje de otros: (imitación, identificación, guía o consejo, información, educación, aprendizaje vicariante).
- Factores de insight o trabajo psicológico: (autocomprensión y aprendizaje interpersonal).

Los terapeutas de este tipo de grupos deben adoptar un marco temporal radicalmente abreviado, considerando que el grupo solo durará una sesión, debiendo esforzarse en ofrecer algo útil a tantos pacientes como sea posible. Un marco de una sola sesión exige eficiencia, no se puede malgastar el tiempo ya que solo hay una oportunidad para intentar que hablen el mayor número posible de pacientes. Esta necesidad de eficiencia requiere mayor actividad por parte del terapeuta.

Conclusiones

La tendencia actual de la terapia de grupo en esquizofrénicos sería más bien enfoques integradores y eclécticos. Las terapias combinadas no compiten entre sí ni se excluyen, sino que se benefician mutuamente. Lo relevante ahora sería la elección, indicación y adecuación en cada caso, del conjunto del tratamiento a las necesidades individuales de cada paciente (Alanen et al, 1986,1991,1997).

En los programas terapéuticos la terapia de grupo debería de ocupar un lugar importante y privilegiado y esto no solo por su fácil implementeción, viabilidad institucional y acción sinérgica en el conjunto del tratamiento (González de Chávez & García-Ordás, 1992), sino también porque la terapia de grupo tiene una singularidad específica de gran potencial terapéutico.

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

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

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

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

T 695 480 160 aragon@zonahospitalaria.com

¿Y en casa qué?
Taller para cuidadores

Ana Jesús Regla Raufast y Paula Esteruelas Cuartero.
Fisioterapeutas del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza
Ana María Monche Palacín. *Enfermera Gestora de Casos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza*
Ana Victoria Sanz Plumed. *Enfermera de Hospitalización (Cirugía) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza*

Nuestro familiar ha sido ingresado por un problema médico, una intervención quirúrgica o reagudización de una enfermedad crónica y llega el momento del Alta Hospitalaria, pero hay cambios importantes en su cuidado. Ahora es una "persona dependiente". ¿Qué significa esto?

Dependencia es la situación en la que una persona presenta limitaciones para realizar una o más actividades básicas de la vida diaria. Las hemos reunido en dos grandes grupos:

- **Cuidado Personal:** Aseo, control de esfínteres, comer y beber, vestirse, úlceras por presión.
- **Movilidad en el hogar:** Cambiar y mantener diversas posturas corporales, levantarse, acostarse, permanecer de pie, desplazarse dentro del hogar.

Siempre que tenemos una persona dependiente existe la figura del "**Cuidador Principal**", quién asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de la persona dependiente, además de acompañarla la mayor parte del tiempo.

Ser cuidador supone: Mayor volumen de trabajo, menor tiempo de ocio, conflictos familiares y cambio de la vida personal.

Por estos motivos debemos planificar el cuidado desde el principio con un reparto de tareas junto a otros familiares. No debe esperar a que le ofrezcan ayuda, solicítela.

Tras el Alta Hospitalaria nos encontramos en el domicilio con una persona que de ser autónoma ha pasado a depender de otra para sus cuidados. Es una nueva situación tanto para la persona enferma, como para su familia y cuidadores. Necesitamos una adaptación por ambas partes porque hay dificultades para cuidar. Por ello no hemos de olvidar que también debe cuidarse el cuidador. Este es el objetivo principal de nuestros talleres.

Ante esta nueva situación surgen dudas y debemos ser conscientes de que ello puede conllevar una sobrecarga física y psíquica al cuidador principal.

Esta necesidad sentida y expresada por las familias y/o cuidadores en el trabajo diario del equipo de enfermería y fisioterapia es el motor de arranque para estos talleres.

¿Cómo surge la idea?

En 2005 se realizó un estudio de investigación entre los cuidadores principales de los pacientes ingresados en ocho unidades de adultos del H.C.U Lozano Blesa. Entre los resultados obtenidos se observó un déficit de información de los cuidadores al alta sobre aspectos relacionados con la forma de proporcionar los cuidados a sus enfermos.

En 2007 se recopilaron los problemas prevalentes al alta entre la población atendida. También se valoraron las necesidades de formación sobre cuidados, de las personas que se iban a hacer cargo de los pacientes en el domicilio. El 70% de estos pacientes valorados presentaron al alta una dependencia entre total y grave.

En 2008 todo esto derivó en la formación de un equipo multidisciplinar de mejora formado por enfermeras y fisioterapeutas del hospital. Se presentó un proyecto para mejorar la información de los familiares y/o cuidadores de los pacientes crónicos y dependientes ingresados. Se analizaron los problemas y necesidades prevalentes tanto en los pacientes como en sus cuidadores y se priorizaron los que se abordarían en los talleres.

En 2009 comenzamos a impartir de los talleres, con una periodicidad semanal que continúa en la actualidad.

¿En qué consiste el taller?

Es un taller teórico-práctico que comienza con una puesta en común de la situación de cada asistente y sus expectativas, es una forma de "romper el hielo", ya que comprenden que no están solos en esta situación, comparten miedos, dudas, experiencias...estableciéndose un feed.-back muy positivo, no sólo entre los propios asistentes, sino también con los profesionales sanitarios. Esto queda reflejado en una encuesta personal y anónima previa al taller.

Tras la presentación de los sanitarios que van a impartir el taller, se inicia con una explicación teórica apoyada en un power-point con ideas sencillas y concretas motivando a la participación de los asistentes. El taller se dinamiza intercalando las explicaciones teóricas con vídeos de movilización que luego ponen en práctica los participantes para poder ser corregidos y/o resolver dudas. También se presentan ayudas técnicas que existen en el mercado y que pueden ser beneficiosas en la situación concreta de cada uno.

Al finalizar el taller, los asistentes cumplimentan una encuesta donde se plasma una valoración del mismo, así como posibles mejoras.

A cada uno de ellos se le entrega un folleto resumen donde, además viene reflejada la página web del hospital en la que están colgados todos los contenidos elaborados para los talleres: presentación power point y vídeos de movilización. También tenemos a disposición folletos informativos específicos como por ejemplo cuidados de sonda vesical, cuidados postoperatorios en fractura de cadera (prótesis, clavo).

Se ofrece también la posibilidad de estar en contacto con el equipo a través del correo electrónico: tallercuidadores.hcu@salud.aragon.es

¿Dónde y cuándo se realizan los talleres?

Todos los miércoles, salvo festivos y periodo vacacional de Julio, Agosto y la primera quincena de Septiembre, en el Aula de la 6º planta del edificio de hospitalización del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Hora: 15h Duración aproximada 2-2,30 h, depende de la participación de los asistentes.

Son gratuitos y no requiere inscripción previa. Pueden acudir todos los familiares y/o cuidadores de los pacientes ingresados en el hospital, así como los que han sido dados de alta recientemente. También se hace extensible a cuidadores y/o familiares que tengan personas a su cargo y a las que les ha llegado la información a través de los diferentes medios de divulgación de los talleres. Esta información está también distribuida en los Centros de Salud del Sector III.

Cuando dormir se convierte en problema

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

El insomnio se define como la percepción subjetiva de dificultad para conciliar el sueño, la escasa duración o de la calidad del mismo, que ocurre a pesar de las adecuadas condiciones para dormir y provoca alteraciones del funcionamiento diurno y del rendimiento afectando a la calidad de vida.

El insomnio puede ser primario o secundario según la atribución del problema, así como agudo o crónico, en función de si su duración es mayor o menor a tres meses.
Los objetivos del tratamiento son mejorar la cantidad y calidad del sueño y disminuir las repercusiones del insomnio en el funcionamiento diurno.

Diagnóstico

Se realiza fundamentalmente a nivel clínico, a través de una correcta historia clínica basado en los síntomas descritos por el paciente. La valoración de enfermedades médicas, psiquiátricas, consumo de fármacos y/o sustancias relacionadas con el insomnio es necesario para realizar un buen diagnóstico.

Estrategias no farmacológicas

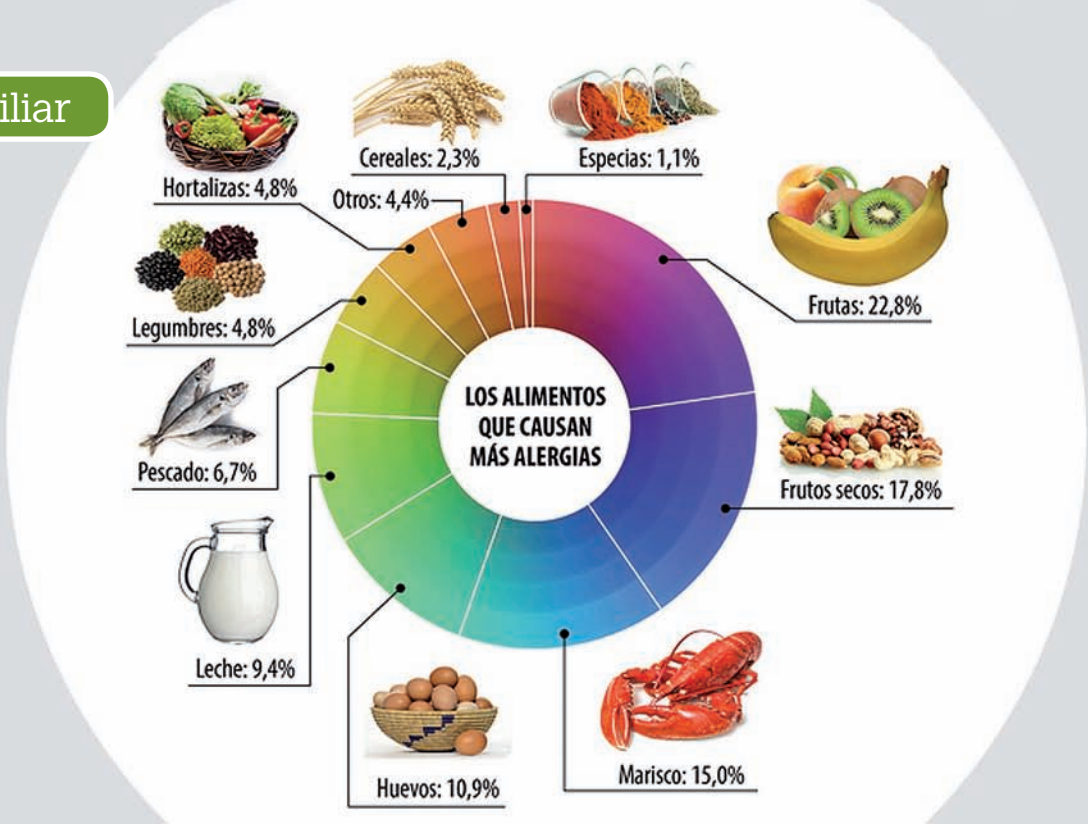
El primer paso es proporcionar al paciente información sobre el insomnio y explicar ideas erróneas que tenga sobre los ciclos del sueño, así como sus preocupaciones y expectativas.

Higiene del sueño: Consiste en reducir o eliminar comportamientos que pueden interferir con el sueño. Entre ellos se encuentran mantener horarios regulares en el hábito de dormir, mantener condiciones ambientales adecuadas en la habitación, evitar comidas copiosas, limitar sustancias estimulantes, evitar siestas durante el día, realizar ejercicio de forma regular pero no horas antes de ir a dormir, limitar el uso de móviles y aparatos eléctricos antes de ir a dormir, beber poca agua entre la cena y el dormir para no tener que levantarse a orinar, practicar ejercicios de relajación al acostarse.
Control de estímulos: Tiene como objetivo ayudar a la persona a reasociar el dormitorio con el hecho de dormir y relajarse y reducir su asociación con otras actividades, como ver la tele o leer. Para ello hay que reducir el tiempo que se pasa en la cama y dejar de realizar actividades en la habitación como usar dispositivos móviles o leer durante la noche.
Otras técnicas como la relajación, pueden ser útiles para reducir la activación que presentan muchos pacientes con insomnio.

Estrategias farmacologógicas

Es importante la valoración del riesgo/beneficio de los fármacos. El tratamiento farmacológico ha sido el más ampliamente utilizado durante décadas.

Los **fármacos hipnóticos y benzodiacepinas** constituyen la primera línea cuando con las medidas no farmacológicas no se han obtenido los efectos deseados o cuando el insomnio persiste tras el tratamiento de una patología subyacente. Existe preocupación sobre sus potenciales efectos adversos, como la somnolencia diurna, descoordinación motora, perdida de memoria y otros efectos secundarios, como mayor riesgo de accidentes de tráfico y de caídas, principalmente en ancianos, por lo que se recomienda utilizarlos solamente cuando sea imprescindible. Existe riesgo de dependencia y su retirada puede provocar efectos rebote o síndrome de abstinencia.
Los **antihistamínicos**, que no requieren de prescripción médica, tienen indicación en el tratamiento a corto plazo, y pueden presentar como efectos adversos alteraciones cognitivas, retención urinaria, estreñimiento y aumento de apetito.
Algunos **antidepresivos**, conocidos por su acción sedante, pueden ser una opción de tratamiento en los pacientes insomnes con depresión asociada.
Por tanto, en el tratamiento del insomnio hay que establecer un cambio en el estilo y en los hábitos de vida, incluyendo técnicas no farmacológicas para mejorar la calidad del sueño dejando como alternativa farmacológica a aquellos casos en el que el insomnio es grave.



Alergia alimentaria: Las LTP

Dr. Lluís Alandete German y Dr. Rubén Ferrer Sorolla. *R2 MIR MFyC Centro Salud Centro. Teruel*
Dr. Daniel Ferrer Sorolla. *R2 MIR MFyC. Centro Salud Actur Sur. Zaragoza*

Entendemos como reacción alérgica toda respuesta inmune exagerada del organismo al entrar en contacto con el alérgeno ("sustancia extraña"). Hay una gran variedad de sustancias que pueden desencadenar la aparición de síntomas alérgicos, entre los cuales encontramos: polen, medicamentos, cosméticos, alimentos... Es en esta última, las alergias alimentarias, donde se ha producido una mayor repercusión en los últimos años.

Se estima que la prevalencia mundial de las alergias alimentarias en los adultos es del 1% al 3 %, y del 4 % al 6 % en los niños, según datos estadísticos de la OMS.
En España, de acuerdo con el Informe Alergológico elaborado por la SEAIC, las alergias alimentarias están aumentando, duplicándose el número de diagnósticos en una década; pasando del 3,6 % en 1992 a afectar al 7,4 % en 2005. Suelen afectar con más frecuencia a los adolescentes y adultos jóvenes. Dentro de este incremento, nos encontramos con un aumento de brotes alérgicos a una proteína encontrada en numerosas frutas y verduras, las **LTP (proteínas transportadoras de lípidos)**. Se ha calculado que unos 40.000 aragoneses aproximadamente podrían ser sensibles a ella en diferentes grados, aunque por ahora hay muy pocos diagnosticados.

¿Qué son las LTP?

Las LTP son proteínas defensivas, distribuidas ampliamente por el reino vegetal. Estas proteínas presentan una estructura muy estable, facilitando su labor defensiva, ya que su estructura compacta hace que sean resistentes a los tratamientos térmicos (calor) y a la digestión. Es por ese motivo, que estas proteínas se sitúan en la capa externa de los vegetales (hojas, piel, cáscara); por ello la piel de las frutas (sobre todo las rosáceas, como melocotón, albaricoque, ciruela, etc.) suele resultar más alergénica que la pulpa.
Existen diferentes LTP, pero pueden ser muy parecidas en su estructura, lo que provoca la aparición de reactividad cruzada. Quiere decir que aunque no esté sensibilizado a una determinada LTP, el sistema inmune se confunde, reaccionando frente a alimentos a los cuales no se tiene alergia. La LTP del melocotón (Pru p3) se considera el prototipo de esta familia de alérgenos (el resto de LTP presentarían similitud del 45-92% con respecto a ella). Esta similitud explicaría la reactividad cruzada hallada.

¿Dónde están las LTPs?

1. Alimentos vegetales:
- *Frutas:* Albaricoque, cereza, ciruela, fresa, limón, manzana, melocotón, naranja, pera, y uva.
- *Hortalizas:* Col, espárrago, lechuga, tomate y zanahoria.
- *Cereales:* Cebada, maíz y trigo.
- *Frutos secos:* Almendra, avellana, cacahuete, castaña y nuez.

2. Pólenes:
- *Malezas:* Artemisia, Parietaria y Ambrosia.
- *Árboles:* Olivo y Plátano de sombra.

3. Otras fuentes vegetales: Látex.
Debido a su presencia en pólenes, se les ha conferido un papel como "panalérgenos". Se ha visto que las LTP presentes en los pólenes son responsables de la sensibilización cruzada a alimentos, y por ende, de las alergias alimentarias.

Manifestaciones clínicas

La ingesta de LTP en pacientes alérgicos a estas suele desencadenar síntomas de aparición inmediata, casi siempre en menos de 1 hora de la ingestión y en clara relación con ella. Las manifestaciones clínicas pueden ser locales o bien generales, apareciendo cuadros clínicos graves.
Su estabilidad facilita que sean absorbidas a través de las mucosas y puedan alcanzar múltiples órganos diana produciendo síntomas más severos.

▶REACCIONES LOCALES (limitadas al sitio de contacto del alimento):
- *Orofaringe:* Prurito oral u orofaríngeo tras la ingestión. Puede acompañarse de disfonía o edema de labios, lengua, úvula...
- *Tracto gastrointestinal:* Náuseas, vómitos, dolor abdominal y/o diarrea.
- *Piel:* Urticaria, eritema, prurito.

• *Tracto respiratorio:* Rinoconjuntivitis, asma: tras la exposición a sus productos volátiles o como expresión de una sensibilización a un polen con reactividad cruzada.

▶ REACCIONES GENERALES: Son más frecuentes en los alérgicos a la pulpa.

• *Leves-moderadas:* Principalmente involucra la piel y el tracto gastrointestinal. Menos frecuente es la afectación del tracto respiratorio o de otros aparatos y sistemas.

Urticaria generalizada: Lesiones urticariales agudas de intenso prurito que pueden acompañarse incluso de un edema de glotis. A veces los habones urticariales no son evidentes y sólo se observa prurito intenso y sensación de calor con eritema.

• *Graves:* Condicionando la aparición de edema de glotis, e incluso anafilaxia.

Anafilaxia: Afecta a múltiples órganos y sistemas, pudiendo manifestarse con dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, disnea, dolor torácico, urticaria, hipotensión, pérdida de consciencia e incluso shock. Suele aparecer dentro de los primeros 30 minutos tras la ingesta, aunque se han comunicado casos tras horas.

Anafilaxia inducida por el ejercicio: La ingestión del alimento desencadena cuadros anafilácticos graves cuando es seguida de un ejercicio físico intenso. La ingestión del alimento relacionado o el ejercicio, por separado, no producen síntomas.

Anafilaxia inducida por alimentos y AINE: La ingestión del alimento junto o precedido por la toma de un AINE, puede también desencadenar cuadros anafilácticos graves. Incluso la ingesta de alcohol o una situación hormonal concreta (por ejemplo, en periodo premenstrual) podría acarrear un empeoramiento clínico.

Diagnóstico

Lo realiza el especialista mediante la historia clínica, pruebas cutáneas con la técnica PrickTest, pruebas serológicas (IgE específica) e incluso pruebas de tolerancia oral.

En el caso de estos alimentos por su importante reactividad cruzada con pólenes, se producen frecuentes falsos positivos, por lo que puede ser necesaria una prueba de exposición con el alimento, siempre en condiciones controladas.

También puede ayudar la nueva técnica de diagnóstico molecular (microarrays), pues ayuda a conocer exactamente a qué molécula es alérgico el paciente, y, por tanto, a qué tratamiento puede responder mejor.

Medidas terapéuticas

1. Dieta de evitación: En función del grado de tolerancia.

1.1 Probar la fruta de distintas formas: pelada, lavada, zumo...

1.2 Si aún persistieran los síntomas, habría que evitar otras frutas de la familia de "las rosáceas" y limitar el consumo de productos industriales como yogures, lácteos, zumos, macedonias, mermeladas, cereales, chocolates, tartas, helados, gelatinas...

2. Tratamiento sintomático: Tratamiento pautado en caso de presentar un episodio de alergia alimentaria. En casos graves, podría estar indicado el llevar adrenalina en caso necesario.

3. Inmunoterapia: Vacunación con extracto de melocotón que reduce significativamente la reactividad y los tratamientos con vacunas para la alergia a pólenes pueden mejorar la clínica alérgica alimentaria por alérgenos homólogos.

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

• Revista escrita por los médicos y profesional sanitario de Aragón.

• Distribución de 10.000 ejemplares en los Centros de Salud y Hospitales de Aragón.

• El pdf de la revista lo reciben 2.000 suscriptores + Colegios Oficiales, Sociedades, Fundaciones y Asociaciones de Aragón vinculados con la medicina y la salud.

• La página web **www.zonahospitalaria.com** ha sido visitada por más de 147.000 personas en mayo y supera los 1.500 artículos.

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

Musicoterapia en el Hospital MAZ de Zaragoza

Virtudes Morcillo Martínez. *Presidenta de la AAMNT. Musicoterapeuta voluntaria*

"Las canciones son justamente pensamientos, por un momento paran el tiempo. Escuchar una canción es escuchar algunos pensamientos." Bob Dylan.

En enero de 2013 se planteó en el Hospital MAZ un proyecto de voluntariado de Musicoterapia. Desde la Asociación Aragonesa de Musicoterapia, se trabajó en la puesta en marcha de una terapia no farmacológica en la que los pacientes que participasen voluntariamente trabajarían la autoestima, expresión de sentimientos, adaptación a su situación hospitalaria..., además de trabajar la memoria y motricidad.

Se decidió que también el personal del Hospital participase en las sesiones con el fin de aprender estrategias que favoreciesen el acercamiento al paciente.

Alto grado de satisfacción

Durante este tiempo los pacientes han mostrado un alto grado de satisfacción puesto que ellos mismos refieren encontrarse mejor desde que acuden a las sesiones, se encuentran más relajados y positivos, y además han podido establecer relaciones sociales con otros pacientes. Se han recogido encuestas, revisado las sesiones, visualizado videos en los que podemos valorar la evolución de los residentes. Los datos son claros y evidentes: existe una mejora significativa en los pacientes, bien desde el punto de vista físico, psicológico, sensorial, emocional o sociológico.

El fin que perseguimos es potenciar esta terapia con un objetivo claro, la mejoría de nuestros pacientes dentro y fuera del hospital. (Raquel Zapater, Enfermera).

*"El término **musicoterapia**, según La Federación Mundial de Musicoterapia, se refiere al uso de la música y sus elementos (sonido, ritmo, melodía, armonía) realizado por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Tiene como fin desarrollar potencialidades y restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento" Hamburgo, 1996, Comité de Práctica Clínica de la WFMT.*

Objetivos

La Musicoterapia actúa en el Hospital MAZ como soporte para la consecución de los siguientes **objetivos generales**: **1.** Apoyo emocional. **2.** Activación sensorial y motriz. **3.** Recreación. **4.** Activación de facultades. **5.** Volver a la realidad. **6.** Fomento de relaciones interpersonales. **7.** Expresión de sentimientos.

Estos objetivos conllevan un proceso terapéutico para cada uno de los pacientes. Es cierto que en algunos, es muy corta la asistencia ya que están poco tiempo ingresados pero los que necesitan rehabilitación, no dejan de venir a las sesiones recomendadas por su médico rehabilitador, fisioterapeuta, enfermera o terapeuta ocupacional.

En este sentido, tenemos una gran ayuda y colaboración por parte del personal sanitario, con el que estamos en continua comunicación de los progresos que conlleva esta terapia.
A cualquier paciente, una enfermedad o accidente laboral, le cambia su vida habitual y a veces, necesita una ayuda emocional para hacer frente a su estado presente. Es ahí donde

encuentra que Musicoterapia, sirve de gran ayuda para salir adelante.

Está demostrado que cuando un paciente es positivo ante cualquier patología, tiene un 50% ganado para hacer frente con fuerza y valentía para recuperar su estado normal en la vida. La MT les ayuda a adquirir ese porcentaje que necesita. A las sesiones, acuden pacientes ingresados y externos. Son sesiones colectivas que vamos estructurando cada día, trabajando las necesidades de cada paciente del grupo, dentro de su ISO (identidad sonora).

El **objetivo principal** es intentar mejorar el desarrollo general del paciente que padece alguna patología traumatológica, (accidente) neurológica (como consecuencia de cualquier accidente) u otras de las que necesitan tratamiento hospitalario o rehabilitación, teniendo en cuenta como fin el bienestar del mismo.
Los recursos utilizados para el tratamiento con MT, fundamentalmente se centran en lo lúdico y lo creativo y así poder acceder las áreas del desarrollo evolutivo de estos pacientes que tienen algún problema temporal en su vida, cuyas edades son muy variadas.

Los **objetivos específicos**, están centrados el aprendizaje cognitivo, físico, afectivo y social; de tal modo que se pueda potenciar la maduración general en habilidades de la personalidad, bienestar y social; así como su recuperación física al tratarse de personas que han tenido accidentes laborales.

Trabajamos las siguientes áreas: **Cognitiva**. Memoria remota y reciente.**Lenguaje**. Discriminar, reconocer las palabras. (Problemas causados por traumatismos). Praxias: Pronunciar correctamente los diferentes fonemas. (Problema causado por traumatismo y otros neurológicos). Gnosias: Percibir y reconocer la forma y las características físicas –visuales, auditivas, olfativas, gustativas– de las personas y de los objetos del entorno. Nos acude alguno con sordoceguera. **Física-motriz:** Llevar ritmo y coordinación, con o sin desplazamiento, sentados, de pie, bailar, tocar, cantar a la vez... Focalizar y mantener la atención musical. **Social-emocional.** Estado de ánimo y autoestima: Elevan su estado de ánimo y autoestima, se dan cuenta de que lo hacen bien, y es una experiencia exitosa. **Participación. Interacción social. Comunicación:** Les gusta participar en actividades en grupo, se sienten arropados entre ellos. Interactúan con los compañeros y musicoterapeuta a nivel verbal, gestual, psicomotriz. También a nivel no verbal (contacto físico, escucha musical). Expresan sus sentimientos y emociones al cantar canciones de su ISO. Cuentan dónde la escucharon, qué les recuerda, sacan sus emociones, comparten sus vivencias (momento terapéutico).

Testimonio de una paciente

A modo de conclusión, deseo acabar con el testimonio de una paciente hospitalizada más de un año y nos regaló su pequeño homenaje el "Día Europeo de la Musicoterapia".

La mayoría que no conoce esta terapia, pensarían sin dudar: allí se oye música, se canta, baila y tocan instrumentos. Pues sí todo eso se hace, pero hay mucho más.
En musicoterapia salen emociones, tanto de alegría como de tristeza, se consiguen logros casi impensables, sonrisas difíciles de sacar, ejercitar la memoria, el cuerpo y tantas cosas más...La MT tiene un poder tan grande y puede llegar tan lejos, que algunas veces los medicamentos no consiguen el mismo resultado. Así que podía decirse también, y lo digo por mí, que es un analgésico rápido y eficaz.
Mi largo ingreso es un hospital, me afectó mucho. Creó en mí inseguridades, miedos, no saber cómo me iba a recuperar, ya que fue un accidente grave con recuperación lenta y dolorosa...Fue entonces cuando empecé a ir a musicoterapia, desde el primer día fue amor a primera vista. Desde que entraba hasta que salía, conseguía olvidar que estaba en un hospital. Fue fantástico poder asistir, conocer otros pacientes y tener la oportunidad de empatizar con ellos. Fue una vía de escape brutal.
A día de hoy aún sigo asistiendo a MT, como enriquecimiento personal y en otras cosas, porque me hace sentir bien, sobre todo porque mi testimonio ayuda a los que están ingresados y en rehabilitación.
Me da vida enormemente venir a las sesiones, me emociona ver como los compañeros avanzan en su estado físico y de ánimo en cada sesión y eso...No tiene precio.
Ana Salvador.

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

GABINETE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

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

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

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

FRACASO AMOROSO (DESAMOR, SEPARACIÓN, RUPTURA…)

APOYO PARA SUPERAR LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO

CONTROL DE LA AGRESIVIDAD, LA IRA Y LA AMARGURA

MERRELL BOREAL HellyHansen THE NORTH FACE salomon trangoworld HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online

Para estar más cerca de ti

la puertaverde
OUTDOOR·STORE

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

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

www.lapuertaverdepanticosa.com