

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por ningún procedimiento electrónico o mecánico, sin consentimiento por escrito de Grupo Hospitalario Quirón.

© Grupo Hospitalario Quirón.
C/ Diego de Velázquez, 1
28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid
Teléfono: 902 15 10 16
www.quiron.es

Diseño de cubierta: Report Comunicación

Maquetación e impresión: Veleció Editores

Edita: Veleció Editores
Edición especial para Grupo Hospitalario Quirón.

ISBN: 978-84-936719-2-1
Depósito legal: M-50016-2008

Impreso en España- Printed in Spain



Dígame, doctor

Especialistas de Hospital Quirón Madrid responden a preguntas de sus pacientes en esta selección de artículos publicados en diferentes medios de comunicación durante 2008

Coordinado por Miguel Ángel García
Jefe de Comunicación de Hospital Quirón Madrid

*Nuestro agradecimiento a todos los profesionales
de Hospital Quirón Madrid
por el esfuerzo diario que realizan
compaginando su actividad asistencial,
docente y de investigación.*

*Gracias además por el interés que siempre muestran
a la hora de contribuir con su conocimiento
en cualquier iniciativa que suponga divulgar
cuestiones relacionadas con la salud.*

*Este libro de artículos sólo ha sido posible
gracias a su compromiso.*

La edición íntegra de este libro ha sido distribuida de forma gratuita entre pacientes de Hospital Quirón Madrid, así como entre distintas organizaciones e instituciones públicas y privadas que trabajan por mejorar el estado de la sanidad en nuestro país, con motivo de la celebración de las Navidades del año 2008.

SUMARIO

PRÓLOGO15

Manuel Torreiglesias

Director y presentador del programa “Saber Vivir”

SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Ojo con el consumo de alcohol21

Dr. José Luis Martínez Fernández,

Jefe de Psiquiatría y Salud Mental

Asma, una enfermedad muy frecuente24

Dr. José María Echave-Sustaeta, *Jefe de Neumología*

Cáncer de Mama: La clave es prevenir26

Dr. Vicente Martínez de Vega,

Jefe de Diagnóstico por Imagen

Adicción a la cocaína28

Dr. José Luis Martínez Fernández,

Jefe de Psiquiatría y Salud Mental

Diagnóstico y tratamiento del codo de tenis y codo de golf30

Dr. Rafael Canosa Sevillano,

Jefe de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Una alimentación equilibrada

para mejorar los niveles de colesterol36

Dr. José Ángel Cabrera Rodríguez, *Jefe de Cardiología*

| | |
|---|-----------|
| Conjuntivitis | 40 |
| Dr. Alfredo Castillo Gómez, <i>Jefe de Oftalmología</i> | |
| Los corazones de nuestros niños | 42 |
| Dra. Aurora Fernández Ruiz-María, <i>Cardiología Infantil.</i> <i>Servicio de Cardiología</i> | |
| Deformidades faciales | 44 |
| Dr. Julio Acero Sanz, <i>Jefe de Cirugía Oral y Maxilofacial</i> | |
| Quien sabe delegar sabe vivir | 46 |
| Dr. José Luis Martínez, <i>Jefe de Psiquiatría y Salud Mental</i> | |
| Dermatitis atópica | 48 |
| Dra. Ana Pérez Montero, <i>Jefe de Alergología</i> | |
| Nuevos fármacos en el tratamiento de la diabetes tipo 2 | 50 |
| Dr. Esteban Jódar Gimeno, <i>Jefe de Servicio de Endocrinología</i> | |
| La Enfermedad Arterial Periférica | 52 |
| Dr. Enrique Puras Mallagray, <i>Jefe de Angiología y Cirugía Vascular</i> | |
| Ergonomía frente al dolor de espalda | 54 |
| Dr. Ignacio Álvarez García de Quesada, <i>Cirugía Vertebral.</i> <i>Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica</i> | |
| ¿Qué es la espalda bífida? | 56 |
| Dr. Carlos Ruiz Ocaña, <i>Jefe de Neurocirugía</i> | |
| Crisis epilépticas | 58 |
| Dra. Anne G. Caicoya, <i>Unidad de Epilepsia</i> <i>del Servicio de Neurología</i> | |
| Esclerosis múltiple | 60 |
| Dr. Rafael Arroyo González, <i>Jefe de Neurología</i> | |
| ¡Estoy estresado! | 62 |
| Dra. M ^a José Lobato Rodríguez, <i>Psicólogo Clínico del Servicio de Psiquiatría</i> | |

| | |
|--|----|
| Ojo con la exposición solar | 64 |
| Dra. Ma ^a . José García Fernández de Villalta, <i>Jefe de Dermatología</i> | |
| El 2% de los españoles padecen glaucoma | 67 |
| Dr. Carlos Palomino Bautista, <i>Jefe de Oftalmología</i> | |
| El virus de la gripe | 69 |
| Dr. Daniel Carnevali Ruiz, <i>Jefe de Servicio de Medicina Interna</i> | |
| Hepatitis Virales | 72 |
| Dr. Carlos Arocena, <i>Servicio de Aparato Digestivo</i> | |
| Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | 74 |
| Dra. María Teresa Ferrando, <i>Neuropediatra. Servicio de Pediatría</i> | |
| ¿Sabe cuáles son los riesgos del hipertenso? | 77 |
| Dra. Beatriz Fuertes Suárez, <i>Servicio de Cardiología</i> | |
| Alergia al látex | 81 |
| Dra. Ana Pérez Montero, <i>Jefe de Alergología</i> | |
| Liposucción en varones | 84 |
| Dr. Emilio Moreno González, <i>Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora</i> | |
| La meningitis no es una enfermedad sino un síndrome | 86 |
| Dr. Javier Pardo Moreno, <i>Servicio de Neurología</i> | |
| Menopausia, un nuevo comienzo | 88 |
| Dra. Lola Pérez-Jaráiz, <i>Servicio de Ginecología</i> | |
| Lesiones de muñeca | 90 |
| Dr. José Tabuena Dumortier, <i>Unidad Miembro Superior, Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica</i> | |
| Apuntes navideños | 98 |
| Dr. Antonio Carrillo Gómez, <i>Servicio de Psiquiatría</i> | |

| | |
|---|-----|
| A ratón con buen olfato, nunca lo sorprende el gato | 101 |
| Dr. Carlos Ruiz Escudero, <i>Jefe de Otorrinolaringología</i> | |
| Agentes antidiaria en oncología | 104 |
| Dr. Pedro Salinas Hernández, <i>Servicio de Oncología Médica</i> | |
| ¡Cuidado con la otitis! | 106 |
| Dr. Javier Hernández Calvín, <i>Unidad de Otorrinolaringología pediátrica</i> | |
| Osteoporosis: la epidemia silenciosa | 108 |
| Dr. Marco Moreno Zazo, <i>jefe de Reumatología</i> | |
| ¿Cómo entender un prospecto? | 110 |
| Nerea Moyano, <i>jefe de Farmacia</i> | |
| La Radioterapia: un bisturí radiactivo curativo | 115 |
| Dra. Elía del Cerro Peñalver, <i>Jefe de Oncología Radioterápica</i> | |
| Resistencia a antibióticos, un problema de todos | 117 |
| Dr. José Manuel Luque Pinilla, <i>Servicio de Medicina Interna</i> | |
| El síndrome postvacacional | 120 |
| Dr. José Luis Martínez Fernández, <i>Jefe de Psiquiatría</i> | |
| El cansancio y la somnolencia durante el día pueden ser expresión de enfermedades del sueño | 124 |
| Dr. Juan A. Pareja Grande, <i>Unidad de Sueño del Servicio de Neurología</i> | |
| Dejar de fumar es posible | 128 |
| Dr. José María Echave-Sustaeta, <i>jefe de Neumología</i> | |
| El protagonismo de la tecnología en el diagnóstico de procesos tumorales | 130 |
| Dr. Antonio Cabrera Villegas, <i>Jefe de Medicina Nuclear</i> | |
| Lesiones deportivas del tendón de Aquiles | 132 |
| Dr. Manuel Monteagudo de la Rosa, <i>Unidad de Cirugía de Pie y Tobillo, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología</i> | |

| | |
|--|-----|
| Trastornos de la Conducta Alimentaria | 136 |
| Dra. Carmen Ponce de León, <i>jefe de Trastornos de la Conducta Alimentaria</i> | |
| La enfermedad de las Vacas Locas, bajo control | 138 |
| Dr. Rafael Arroyo González, <i>jefe de Servicio de Neurología</i> | |
| Las Vacunas profilácticas frente al VPH, un gran avance | 142 |
| Dra. Alexandra Henríquez Linares, <i>Servicio de Ginecología</i> | |
| Disfrute de un verano saludable | 144 |
| Dra. M ^a Dolores Sánchez Manzano, <i>Servicio de Medicina Interna</i> | |
| Adicción al trabajo (Workaholic) | 149 |
| Dr. Antonio Carrillo Gómez, <i>Servicio de Psiquiatría y Salud Mental</i> | |

PRÓLOGO

UN AGUINALDO DE ÁNIMO Y SALUD

Manuel Torreiglesias

Director y presentador de “Saber Vivir”

CUANDO ES NAVIDAD, los hijos históricos y culturales de la tradición cristiana, creyentes o no, tenemos la costumbre, no me parece mala, de mirarnos en el espejo de los valores espirituales, que ahora padecen una inmensa anemia, a juzgar por los innumerables trastornos de la salud mental que nos tienen a todos mucho o poco averiados.

Este sentimiento colectivo de bondad navideña, que aprovechan mejor que nadie las “catedrales modernas”, los comercios atacados de regalos, puede uno adaptarlo, personalizarlo, para chequear con generosidad el sentido de la vida. Para saber si lo nuestro va por donde nos sentimos bien, prodigando bondad alrededor.

A mí estos pensamientos me dan buen resultado. Y los tengo presentes cuando el Grupo Hospitalario Quirón, que tiene nombre mítico de sanador, me pide que le ponga unas líneas a este bondadoso libro de información y educación sanitarias. Que hago agradecido, y a modo de trueque, por las actuaciones que sus eminentes especialistas nos fueron ofreciendo durante el año en el programa *Saber Vivir* de TVE.

Para difundir salud entre sus pacientes, para contar la verdad de que los mil médicos vinculados al Grupo están al día y que aman profundamente la medicina, para transmitir buenas sensaciones entre todos, empleados y directivos, me parece original este *Dígame, doctor*.

Por la exquisita sensibilidad que lo rodea, la ocurrencia de publicarlo ahora en Navidad, el mimo de su producción, el público a quien gratuitamente se dirige, es un hermoso aguinaldo de ánimo y salud.

SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

OJO CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Dr. José Luis Martínez Fernández

Jefe de Psiquiatría y Salud Mental

ESPAÑA ES uno de los primeros países del mundo en consumo de alcohol, si bien se ha estabilizado e incluso descendió levemente, como ha ocurrido en otras zonas mediterráneas, a partir de la década de 1980. En los últimos años, el consumo se sitúa entre 9-10 litros de etanol por habitante al año, de ahí que su posición haya oscilado entre el tercer y quinto lugar. Se estima que el 9,5% de la población es bebedora de riesgo (>40 gramos de etanol al día en varones y >24 gramos de etanol al día en mujeres) y que el 50% de dicho porcentaje es dependiente.

Anualmente precisan de atención unos 34.000 dependientes de alcohol y se calcula que el coste derivado de su problemática asciende a casi 4 millones de euros al año.

El alcohol es un factor que puede incidir hasta en un 50% de los accidentes de tráfico y en ocasiones, hasta en un 40% de los ingresos en algunos servicios de urgencias. Incluso más: es el principal factor relacionado con la muerte de los individuos entre los 15 y los 45 años según datos de EE.UU., y asociado con el 67% de los ahogamientos, el 70% de las muertes relacionadas con el fuego, el 67% de los asesinatos, el 35% de los suicidios, y se tienen datos que prueban que entre un 40 y un 55%

de los conductores causantes de accidentes de tráfico mortales, tienen unas cifras de alcohol en sangre iguales o superiores a 100mg/dl.

Los patrones de consumo tienden a agruparse en dos tipos: el primero está ligado a los hábitos de alimentación, es un consumo diario, de alcohol de baja graduación (cerveza y vino), y generalmente se trata de personas adultas que viven en zonas rurales. El segundo patrón se caracteriza por la ingesta de alcohol destilado y cerveza, preferentemente llevada a cabo por jóvenes y durante los fines de semana.

Abuso y dependencia

El concepto abuso de alcohol se describe como un patrón desadaptativo de consumo que implica un deterioro significativo en las obligaciones personales, o se consume en situaciones de riesgo, o se asocia a problemas legales, o el sujeto continúa consumiendo a pesar de las consecuencias sociales que le ocasiona.

La dependencia alcohólica se manifiesta por la presencia de conductas que demuestran la necesidad y pérdida de libertad frente al alcohol, con dificultad para controlar su consumo, así como por la existencia de criterios de neuroadaptación al alcohol como tolerancia y síndrome de abstinencia. La tolerancia se define como la disminución del efecto al llevar a cabo un consumo continuado de alcohol con necesidad de ingerir cantidades crecientes del mismo para conseguir los efectos deseados, hasta consumirse cantidades de alcohol que en otras personas producirían intoxicación. La presencia de síntomas de abstinencia ante la falta de alcohol es otro criterio diagnóstico, entre los que suelen encontrarse temblor distal de manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias o ilusiones, agitación, ansiedad y la necesidad de consumir bebida para calmar dichos síntomas.

Existen dos tipos de fenómenos que contribuyen al desarrollo de la dependencia al alcohol: a) los relacionados directamente con la actuación sobre el sistema de recompensa y que promueven el consumo por su capacidad para actuar como refuerzo positivo; es decir, al generar el consumo en el individuo una sensación de bienestar, y b) los que implican otros sistemas, de forma que el consumo de alcohol actúa como un refuerzo negativo evitando el malestar asociado a la sintomatología de abstinencia.

El abuso de alcohol afecta prácticamente a todos los órganos del cuerpo, de los que destacan el Sistema Nervioso Central, donde genera cuadros demenciales, amnésicos y psicóticos; en el hígado produce hepatitis y cirrosis; pancreatitis; esofagitis con aumento de la incidencia de cáncer de esófago; gastritis y úlceras; impotencia en los varones e infertilidad en las mujeres...

El tratamiento del abuso de alcohol se basa en un primer momento en la desintoxicación, que consiste en pautas farmacológicas que eviten el síndrome de abstinencia. Una vez el paciente ha superado esta fase pasamos a la rehabilitación, que se define como el proceso en que el paciente aprende a vivir bien sin consumir bebidas alcohólicas. En el curso de la rehabilitación el médico deberá utilizar recursos farmacológicos y psicoterapéuticos, así como instrumentos que permitan controlar la abstinencia o el consumo.

ASMA, UNA ENFERMEDAD MUY FRECUENTE

Dr. José María Echave-Sustaeta

Jefe de Neumología

EL ASMA ES UNA ENFERMEDAD respiratoria crónica que se caracteriza por la estrechez (inflamación) e irritabilidad (hiperrespuesta) de los bronquios. Este proceso se manifiesta por episodios recurrentes de ruidos respiratorios como silbidos, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada. Evoluciona de forma crónica, y es difícil que llegue a desaparecer o curarse del todo, salvo en la edad infantil. Afortunadamente la mayoría de las personas afectadas padece un asma leve.

Se trata de una enfermedad muy frecuente. El porcentaje de la población afectada oscila entre el 3 y el 9% en adultos, y en niños puede llegar a ser el doble. En la edad infantil es más frecuente en niños y en los adultos lo es en las mujeres. Es más frecuente en los países desarrollados que en los subdesarrollados y por causas aún no bien conocidas, si bien su frecuencia ha aumentando en los últimos 20-30 años

Los principales factores de riesgo son de carácter genético, pues aproximadamente una de cada dos personas con asma tiene algún antecedente familiar que ha padecido la enfermedad; ambiental, ya que, aunque no se debe confundir alergia con asma, sí es cierto que la alergia constituye

el factor ambiental más importante para desencadenar asma. Y además hay otros factores de riesgo que aunque no causan el asma, sí empeoran su control, como el tabaco, infecciones virales, cambios climáticos, emociones intensas, ejercicio, colorantes alimentarios, reflujo gastroesofágico, etc.

Una vez diagnosticada el asma, su tratamiento (que puede ser con antiinflamatorios y/o broncodilatadores, además de con vacunas o inmunoterapia) pretende que la persona afectada pueda hacer una vida normal, ya sea en el trabajo, con sus aficiones, estando con los amigos, en la escuela, practicando deporte... Lamentablemente, aún no tenemos un medicamento milagroso que cure completamente el asma para siempre, pero los actuales son muy eficaces y, si se toman de forma constante, se puede llegar a vivir sin síntomas, lo que se llama un asma controlada.

CÁNCER DE MAMA: LA CLAVE ES PREVENIR

Dr. Vicente Martínez de Vega
Jefe de Diagnóstico por la Imagen

EL CÁNCER DE MAMA es el más frecuente en la población femenina y el riesgo de padecer esta enfermedad es de una de cada diez mujeres en EE.UU. y de una de cada trece en nuestro país. Toda mujer está expuesta a sufrir un cáncer de mama, pero existen algunos factores que aumentan el riesgo como son: edad entre 40 y 60 años, antecedentes familiares (madre, hermanas, tías), primera menstruación temprana o menopausia tardía, primer hijo después de los 30 años, estrés y dieta rica en grasas.

Visitas periódicas al ginecólogo, mamografías anuales y autoexploración mamaria son medidas eficaces para prevenir el cáncer de mama.

La realización de mamografías anuales es el método ideal para hacer el diagnóstico precoz de este cáncer. Se deben realizar a partir de los 40 años utilizando los equipos de última tecnología (mamografía digital directa) que han mejorado la detección. Otras técnicas diagnósticas como la ecografía y más reciente la Resonancia Magnética de mama ayudan a diagnosticar la enfermedad en estadios tempranos. Durante los últimos años ha habido grandes avances en el tratamiento quirúrgico (cirugía conservadora, reconstrucción mamaria, ganglio centinela) y médico

(radioterapia más selectiva y quimioterapia más eficaz) del cáncer de mama, pero para vencer a esta enfermedad la clave es prevenir: cuando se detecta un cáncer menor de 1 centímetro de tamaño la posibilidad de superar la enfermedad totalmente es mayor del 90%. Hay que desterrar el miedo y la desidia a ir a las revisiones anuales y dejar de pensar que “eso no me va a pasar a mí”. Un diagnóstico precoz es vital para ganar la batalla al cáncer de mama.

ADICCION A LA COCAINA
Dr. José Luis Martínez Fernández
Jefe de Psiquiatría y Salud Mental

EL CONSUMO DE COCAÍNA está tristemente de moda, ya que es la droga que está experimentando un mayor crecimiento en los últimos años. La heroína, en cambio, ha experimentado un ligero descenso en su consumo y otras drogas como el cannabis y el alcohol tienen un crecimiento mucho menor. Donde más se nota este incremento es en los servicios de urgencias de los hospitales y en las demandas de desintoxicación de los dispositivos asistenciales públicos y privados.

Las causas de este incremento se deben a factores sociales, culturales y personales. Por ejemplo, el incremento de la producción y la extensión de las redes del narcotráfico, el estilo de vida propio de las sociedades occidentales muy polarizadas en la competitividad, el rendimiento y la producción con su ritmo de vida cada vez más frenético y paradójicamente frágil e intolerante a cualquier contratiempo, son un caldo de cultivo muy propicio para las drogas estimulantes.

La cocaína es el prototipo de esta clase de drogas energéticas. Es conocido su efecto euforizante, vigor y de resistencia a la fatiga, aunque posteriormente se convierte en agotamiento, depresión, ansiedad y otras alteraciones psiquiátricas graves. También son frecuentes las crisis hiper-

tensivas, arritmias cardiacas, crisis convulsivas etc., así como el abuso de alcohol y psicofármacos para paliar sus efectos negativos.

Es esta imagen energética y parcial (se niegan sus efectos negativos) de la cocaína la que la ha permitido infiltrarse con gran facilidad en nuestra exigente y “energética” sociedad y en especial en algunos grupos sociales (ejecutivos, artistas, empresarios, deportistas etc.) o entornos culturales propicios como discotecas y fiestas. Aunque el perfil del adicto a la cocaína está muy ligado al del ejecutivo e individuos emprendedores y sometidos a un alto nivel de exigencia y rendimiento, no debemos olvidar que está afectando a todas las capas sociales. Es de destacar que a diferencia de la heroína (también el cannabis) que ha representado la imagen de la contracultura y la marginalidad, la cocaína representa la falsa imagen del éxito social. Todo un espejismo ya que, al final, tiene los mismos efectos devastadores sobre la salud y las relaciones sociales, familiares y laborales de los individuos.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CODO DE TENIS Y CODO DE GOLF

Dr. Rafael Canosa Sevillano

Jefe de Cirugía Ortopédica y Traumatología

LAS DENOMINACIONES DE CODO DE TENIS (epicondilitis) o codo del golf (epitrocleititis) se utilizan con frecuencia para designar a una serie de lesiones por sobreesfuerzo que se caracterizan por presentar dolor y malestar en la región externa o interna del codo (epicóndilo o epitroclea del húmero) y que afectan, sobre todo, a la inserción de los tendones flexores y extensores de muñeca. La edad habitual de esta patología es alrededor de la cuarta década de la vida, una edad en la que su prevalencia es cuatro veces mayor que a cualquier otra. El epicóndilo se afecta siete veces más que la epitroclea y aunque habitualmente este cuadro se relaciona con la actividad deportiva, también puede aparecer en pacientes no deportistas o en amas de casa. En ambos tipos de lesiones el dolor puede aparecer a nivel de la inserción muscular en el hueso o se puede irradiar hacia los músculos del antebrazo y ocasionalmente hasta la muñeca.

Aunque la epicondilitis lateral se describió en 1873, todavía existe controversia en lo que se refiere a la causa que lo origina. La lesión básica podría ser una rotura macroscópica o microscópica en la inserción de uno de los músculos extensores o flexores que cura con un tejido fibroso inmaduro.

Cuando el paciente acude por primera vez a consulta, éste refiere un cuadro de dolor agudo en la región lateral o medial del codo y en los músculos proximales del antebrazo, que se incrementa con las actividades de pronosupinación del codo y flexo-extensión de muñeca, que en ocasiones llega a ser de muy alta intensidad.

La exploración clínica muestra dolor selectivo localizado sobre el epicondilo o epitroclea, en el origen muscular, que se extiende difusamente por la cara externa o interna del codo. Este dolor se incrementa con la extensión contra resistencia de muñeca y dedos, sobre todo, con el antebrazo en pronación (maniobra de Thomsen). Los pacientes pueden tener un signo de la taza de café positivo (descrito por Coonrad) el cual consiste en que el gesto de agarrar algún objeto con la muñeca en extensión reproduce el dolor en el punto de mayor sensibilidad. También pueden tener el signo de la silla positiva (descrito por Gardner) y en el cual el paciente tiene dolor en la región del epicondilo mientras eleva una silla con una mano y con el antebrazo en pronación (palma de la mano hacia abajo).

Se deben realizar rutinariamente unas radiografías anteroposterior y lateral del codo, y aunque habitualmente no van a evidenciar patología, pueden servir para descartar otros procesos (artrosis, cuerpos libres, osteocondritis disecante...) La resonancia magnética (RM) podría mostrar cambios en la intensidad de señal en la inserción de los extensores de la región lateral del codo, lo que indica algún grado de trastorno inflamatorio a ese nivel. En casos más evolucionados, la RM muestra afectación en el hueso indicando que la lesión no va a tener respuesta solo con tratamientos conservadores

En lo que se refiere al tratamiento, siempre se debe iniciar un tratamiento conservador en el que se deben considerar tres componentes

principales: protección, disminución de la inflamación, y fortalecimiento de los músculos y tendones.

Las medidas de protección incluyen la reducción de las actividades causantes de dolor, la modificación de aquellas actividades que agravan el dolor, disminución del tiempo o intensidad de la actividad, o la realización de descansos y estiramientos.

Otros métodos de protección son la utilización de ortesis específicas, las cuales tienen un ancho de 5 - 6 cm y se aplican distalmente al codo, sobre el origen muscular, consiguiendo que haya menos tracción en la zona de inserción y por consiguiente menos dolor

El segundo componente del tratamiento no quirúrgico se dirige a disminuir la inflamación del tendón. Esto puede conseguirse con hielo, distintas modalidades de fisioterapia (como los ultrasonidos o la iontoforesis), medicación antiinflamatoria e infiltraciones con corticoides.

El hielo se debe aplicar después de los periodos de ejercicio/trabajo para reducir la inflamación y conseguir un alivio temporal del dolor. Para la aplicación del hielo, se debe rodear el codo y el antebrazo con una tela humedecida y colocar una bolsa de hielo triturado sobre ésta. Hay que mantener el hielo durante 15 - 20 minutos y repetir este proceso cada 2 horas.

Hielo y masaje de fricción: Se puede usar para disminuir la inflamación y promover la cicatrización de los tendones inflamados. El hielo provoca la constricción de los vasos de superficie; la fricción los dilata. Para aplicarse el masaje con hielo, llene un vaso de plástico con agua y se

mete en el congelador; recorte la mitad superior del vaso de plástico; masajee suavemente la zona dolorosa con el hielo durante cinco minutos.

Para el masaje de fricción, use las yemas de los dedos pulgar o índice. Frótese sobre el área dolorosa. Comience con una ligera presión y poco a poco ir aumentando hasta aplicar una presión firme. Continúe el masaje durante 3-5 minutos. Alterne el hielo y el masaje, siempre terminando con la aplicación de hielo de forma que el área afectada no se quede inflamada. Repita 2 ó 3 veces al día.

El tercer componente del tratamiento no quirúrgico consiste en estiramientos y ejercicios de potenciación de los músculos y tendones afectados. Generalmente esto se hace después de que los pasos anteriores han conseguido que disminuya el dolor. En algunos casos, cuando el dolor no mejora con otras medidas, un programa de fortalecimiento conducirá a la resolución completa de los síntomas.

Comience con los ejercicios una vez que empiece a disminuir el dolor. Los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento son necesarios para una rehabilitación apropiada. El estiramiento de los músculos flexores y extensores del antebrazo como se describirá a continuación contribuirán a prevenir el desequilibrio muscular.

Ejercicios de Estiramiento: Extienda firmemente la muñeca con el brazo estirado; manténgase así durante 10 segundos y haga 20 repeticiones, 3 veces al día. Repita el mismo ejercicio, pero esta vez flexionando la muñeca con el codo en extensión.

Ejercicios de Fortalecimiento: Es importante que estos ejercicios se rea-

licen únicamente cuando se ha recuperado la flexibilidad mediante los estiramientos. Realice flexiones y extensiones de la muñeca (rápido hacia arriba, lentamente hacia abajo) cogiendo un peso con la mano. Haga dos tandas con 20 ó 30 repeticiones cada una (pueden añadirse ejercicios de presión apretando una pelota de goma, pero limitándolos a 20 repeticiones).

Si con estas medidas no se mejora el cuadro clínico pueden estar indicadas las infiltraciones con corticoides en la zona de máximo dolor y siempre en la zona de inserción tendinosa; éstas podrían ser utilizadas en casos resistentes con un máximo de 3 inyecciones en un periodo de 1 año.

Los pacientes que realicen actividades deportivas o manuales específicas (tenis, golf, cadena de montaje, etc) necesitan una evaluación del gesto que realizan y modificación del mismo si fuera necesario (modificación del drive de tenis cuando el dolor es externo y del *swing* del golf en el *follow thought* cuando el dolor es interno).

Del total de pacientes que presentan esta patología, aproximadamente el 7% tiene un cuadro de epicondilitis lateral resistente al tratamiento conservador y por tanto susceptible de tratamiento quirúrgico; esta pauta habrá que considerarla cuando no se haya evidenciado mejoría del cuadro clínico después de 6 meses/1 año de tratamiento conservador bien dirigido. Se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas y que van dirigidas a disminuir la tensión que ejercen los tendones extensores sobre el epicóndilo, con la desinserción del mismo y a favorecer la vascularización del hueso subyacente mediante perforaciones. Postoperatoriamente, y dependiendo de la cirugía realizada el codo se puede o no inmovilizar durante 3 semanas, para luego iniciar ejercicios de movilización de codo

y muñeca. De la 6 a la 12 semana se inician los ejercicios contra resistencia de muñeca para luego empezar a coger peso. A partir de las 12 semanas los pacientes vuelven gradualmente a sus actividades y se autorizan las actividades deportivas cuando la resistencia o fuerza son el 80% de lo normal.

UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA PARA MEJORAR LOS NIVELES DE COLESTEROL

Dr. José Ángel Cabrera Rodríguez

Jefe de Cardiología

UNA DE LAS MANERAS MÁS SENCILLAS y eficaces para reducir el riesgo de sufrir enfermedades de corazón, cáncer y otras alteraciones de la salud es seguir una alimentación nutritiva y bien equilibrada. Una alimentación equilibrada ayuda a reducir el riesgo cardiovascular porque reduce tanto el colesterol y la presión arterial como el peso.

La grasa saturada es el tipo de grasa que eleva los niveles de colesterol y aumenta el riesgo cardiovascular. Las principales fuentes de grasa saturada son la materia grasa de los productos lácteos, la grasa de la carne roja y los aceites tropicales, tales como el aceite de coco. La grasa insaturada es una grasa sana, y puede ser de dos tipos: monoinsaturada o poliinsaturada. Los aceites vegetales son la fuente más común de grasa insaturada. Sin embargo, hay que tener en cuenta que un producto que dice ser 100% aceite vegetal podría no ser siempre sano. En general, es fácil reconocer las grasas saturadas porque son sólidas a temperatura ambiente; por ejemplo, la mantequilla, la margarina en barras, la grasa vegetal y el aceite de coco. En cambio, los aceites de oliva y la margarina líquida son líquidos a temperatura ambiente porque contienen principalmente grasa insaturada. Los fabricantes de productos alimenticios deben indicar por

separado el contenido de grasa saturada, lo cual hace muy fácil identificar este tipo de grasa perjudicial para la salud.

Se aconseja limitar el consumo de grasa alimenticia a un 30% de las calorías diarias y el consumo de grasa a sólo un 10%. Reducir el consumo de grasa también ayuda a adelgazar porque cada gramo de grasa aporta nueve calorías, mientras que cada gramo de hidrato de carbono o proteína aporta sólo cuatro. Si se sustituye la grasa por proteína e hidratos de carbono complejos se consumen menos calorías. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que muchas buenas fuentes de proteína, tales como la crema de cacahuete (mantequilla de maní), la leche y el queso pueden también tener un alto contenido de grasa. También debe tener cuidado con los dulces y meriendas llamados “menos grasa” o “sin grasa”, pues muchas veces contienen muchos azúcares y son altos en calorías. Los hidratos de carbono complejos, tales como las frutas, las verduras y los alimentos elaborados a base de cereales, contienen menos grasa y calorías que los hidratos de carbono refinados, presentes frecuentemente en los dulces.

Para bajar los niveles de colesterol LDL (“colesterol malo”) es esencial una dieta baja en grasas saturadas y colesterol. En general, se recomienda que todas las personas mayores de dos años adopten una dieta en la que menos de un 30% de las calorías totales sean proporcionadas por grasas saturadas. Los pacientes que sufren de enfermedades del corazón o aquellos que no pueden reducir su colesterol LDL con estas restricciones deben limitar aún más su consumo de grasas saturadas, a un máximo de un 7% de las calorías totales. Una dieta para reducir el colesterol debe consistir principalmente en verduras y frutas; panes integrales, cereales, arroz, legumbres y pastas; productos lácteos descremados o parcialmente descremados; y carne magra, carne de ave sin piel y pescado. Otros

cambios esenciales en el estilo de vida para reducir los niveles de LDL son el aumento del nivel de actividad física y el control del peso (siempre controlados por un médico). Es muy importante que estos cambios sean permanentes, incluso si el médico receta un medicamento reductor de lípidos para reducir el nivel de LDL.

Los cambios en el estilo de vida para aumentar un nivel bajo de colesterol HDL (colesterol malo) son la reducción del peso excesivo, la deshabituación al tabaco y un aumento de la actividad física. Los pacientes con niveles elevados de triglicéridos deben controlar su peso corporal, limitar su consumo de alcohol, comer una dieta baja en grasas saturadas y reducir su consumo de carbohidratos simples, porque el hígado transforma en triglicéridos al exceso de calorías de carbohidratos. Además, hay varios medicamentos muy eficaces y sanos para reducir los niveles de colesterol LDL. Se trata de las estatinas. Sin embargo, la decisión de tomar medicamentos depende de una variedad de factores, y debe ser tomada por su médico.

Finalmente, una correcta alimentación de sus hijos durante la infancia y adolescencia tiene gran importancia, pues cualquier malnutrición por exceso o defecto puede tener importantes repercusiones. Además, es en estas edades cuando comienzan a instaurarse los hábitos alimenticios, correctos o no, que se mantendrán toda la vida. A partir del tercer año, los niños experimentan un crecimiento lento pero continuo durante una etapa que se prolonga hasta el comienzo de las manifestaciones puberales o etapa preadolescente. Las necesidades nutricionales de estos años van variando a lo largo de los mismos dependiendo del ritmo de crecimiento individual, del grado de maduración de cada organismo, de la actividad física, del sexo y también de la capacidad para utilizar los nutrientes

procedentes de la ingesta. Por ello, se debe considerar esta edad como una etapa muy sensible a cualquier carencia o desequilibrio, ya que esto podría comprometer tanto el crecimiento como el desarrollo armónico deseable. En estas edades, el pediatra de sus hijos puede darle consejos que pueden ser esenciales para una vida cardiosaludable en la edad adulta.

CONJUNTIVITIS

Dr. Alfredo Castillo Gómez
Jefe de Oftalmología

LA CONJUNTIVITIS es una inflamación de la conjuntiva, que es una membrana transparente y mucosa de la superficie ocular que está en contacto con la atmósfera y desarrolla una función protectora del globo ocular. La etiología de esta patología ocular es multicausal: infecciosas, alérgicas, tóxicas...

Todas las conjuntivitis suelen presentar una sintomatología común, con ciertos rasgos diferenciales en función de su etiología: inflamación o edema, que aparece en las zonas más laxas de la conjuntiva bulbar; vascularización exagerada (ojo rojo); secreciones (“legañas”) que provocan la aglutinación de pestañas, sobre todo cuando el paciente se despierta, y fotofobia o aversión a la luz.

Las conjuntivitis infecciosas están provocadas por bacterias o virus. Las bacterias más comunes que provocan este tipo de conjuntivitis son los estafilococos. Suele haber abundante secreción purulenta de coloración verde-amarillenta. El tratamiento preceptivo es antibiótico tópico e higiene ocular.

Las conjuntivitis víricas son las más frecuentes con diferencia y están

producidas generalmente por adenovirus. Son muy contagiosas, la secreción es menos abundante y más acuosa que en las bacterianas. Aunque suelen remitir espontáneamente en diez días, requieren tratamientos profilácticos antibióticos y antiinflamatorios para reducir sintomatología además de una buena higiene ocular.

Las conjuntivitis alérgicas son típicamente estacionales y la característica fundamental que las diferencia de las demás es el picor. La secreción legañosa suele ser fluida y puede haber asociación con rinitis. El tratamiento preferente en este tipo de conjuntivitis es la utilización de anti-histamínicos tópicos, y de antiinflamatorios en casos exacerbados.

Por último, cabe reseñar por su frecuencia en época estival, la aparición de conjuntivitis tóxicas por el cloro de las piscinas. En estos casos, el mejor tratamiento es el preventivo, es decir, la utilización de gafas acuáticas especiales.

Aunque hemos hecho un breve repaso a la etiología y tratamiento de las conjuntivitis más comunes, existen multitud de variantes que exigen la revisión, el tratamiento y el seguimiento por un médico oftalmólogo para la correcta resolución.

LOS CORAZONES DE NUESTROS NIÑOS

Dra. Aurora Fernández Ruiz-María
Cardiología Infantil. Servicio de Cardiología

SON MUCHOS LOS CAMBIOS que en los últimos treinta años han revolucionado los cuidados de los corazones infantiles. Muy grande ha sido el cambio tecnológico, aunque no ha sido menor la investigación que han realizado los cardiólogos especializados en cardiopatías congénitas, en las que han profundizado y sobre las que han ampliado su campo de acción siempre en busca de los mejores cuidados para los corazones infantiles.

Con esta búsqueda, con estos cuidados, hemos conseguido que los niños con cardiopatía vivan mejor y más años, y que se hayan convertido en adultos, y que hayan tenido hijos... Algunos hasta han hecho de la medicina su profesión. Lejos quedan los años en los que una enfermedad del corazón necesariamente imposibilitaba una vida plena.

Actualmente el cardiólogo especialista en cardiopatías congénitas abarca cualquier edad de la vida. A veces se aplica el diagnóstico dentro del útero, mientras se espera en el nacimiento de un nuevo ser con un problema cardiaco procurando las mejores condiciones para el parto y para las primeras horas de la vida. Pero también el cardiólogo cuida al chico en los años escolares, en la adolescencia, en la vida adulta, lo que

ha hecho que la especialidad se desarrolle y abarque cualquier edad, se esmere en la prevención, mime los cuidados de cada etapa, vigile el desarrollo durante el crecimiento, una alimentación cardiosaludable o la aptitud para el deporte.

El desarrollo tecnológico ha sido y es una herramienta de gran ayuda para el cardiólogo de niños. ¿Cómo habríamos pensado hace no tantos años que se podría diagnosticar un problema en el corazón desde el embarazo? ¿O que se podría tratar un trastorno del ritmo antes del nacimiento? ¿Y cómo habríamos imaginado que se corregirían anomalías congénitas sin que el cirujano abriera el corazón? Hoy esto es una realidad indiscutible: se corrigen defectos dentro del corazón sin dejar cicatrices. Y como profesionales, no podríamos tener una mejor recompensa que haber podido asistir a este desarrollo evolutivo de nuestra especialidad, de ver cómo unos niños que antes necesitaban una semana de ingreso en un hospital para cerrar sus cicatrices marchan hoy sonrientes en veinticuatro horas sin ninguna señal externa de su tratamiento.

Los cuidados del niño comienzan en el seno de la familia. Una alimentación equilibrada y unos hábitos cardiosaludables, que fomenten también el ejercicio físico y la práctica de algún deporte, son un seguro de salud que debe ser construido desde los primeros años de la vida. El colegio debe ser el segundo escalón en el que el niño sea dirigido hacia una vida sana. Y también el cardiólogo tiene una gran responsabilidad a la hora de aconsejar el régimen de vida y alimentación, así como las pautas de ejercicio físico adecuado a cada situación y cada niño. Debe detectar las mínimas anomalías cardiovasculares en niños con soplos aparentemente inocentes y evaluar la aptitud y la capacidad para el esfuerzo del niño que se inicia en el deporte.

DEFORMIDADES FACIALES

Dr. Julio Acero Sanz

Jefe de Cirugía Oral y Maxilofacial

DENTRO DEL CAMPO DE ACTUACIÓN de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, las deformidades faciales suponen una de las áreas más importantes, dada su frecuencia y trascendencia para la vida social del individuo. Estas deformidades pueden presentarse en el momento del nacimiento o aparecer durante el desarrollo del paciente.

Los defectos cráneo-faciales de nacimiento (deformidades congénitas) suelen ser malformaciones muy impactantes, y crean una gran ansiedad dentro del entorno familiar. El problema más frecuente es el labio leporino o la fisura palatina, muchas veces asociadas, seguido de las estenosis faciales, craneales y cráneo-faciales, que se expresan con las más diferentes malformaciones del rostro y la cabeza. El diagnóstico y tratamiento de estas malformaciones requiere de un equipo interdisciplinario en que además del cirujano maxilofacial intervienen pediatras, genetistas, ortodontistas, psicólogos y neurocirujanos en caso de anomalías craneales asociadas, entre otros especialistas. En las últimas décadas, el tratamiento de estas anomalías ha sufrido una gran evolución, y se pueden obtener buenos resultados en su corrección quirúrgica, que requiere frecuentemente técnicas sofisticadas, entre las que se incluyen, en los casos de deformidades del esqueleto cráneo-facial nuevos métodos de fijación de

los huesos con materiales reabsorbibles o técnicas de elongación ósea (distracción cráneo-facial).

Las deformidades faciales del desarrollo son muy frecuentes y alteran el aspecto facial, generalmente con anomalías del perfil (prognatismo o retrognatismo), la altura o la simetría facial y del mentón. A la deformidad estética se asocia generalmente una alteración en la relación entre los dientes o maloclusión, que puede alterar la función masticatoria. El tratamiento de estas deformidades dento-faciales constituye una de las situaciones más frecuentes dentro de la especialidad, y se obtienen buenos resultados tras una adecuada preparación ortodóncica en cada caso seguida de una intervención quirúrgica en la que, por vía intraoral, se reposicionan y fijan los huesos maxilares en la situación adecuada para conseguir la estética y oclusión ideales.

QUIEN SABE DELEGAR SABE VIVIR

Dr. José Luis Martínez Fernández
Jefe de Psiquiatría y Salud Mental

COMO PSIQUIATRA PRÁCTICO, mis pacientes no dejan de recordarme, lo acertado de ese pensamiento orteguiano acerca de la naturaleza humana: “Yo soy yo y mis circunstancias”. Nada más cierto. Para bien o para mal somos víctimas de nosotros mismos. Y lo que en unas circunstancias, rasgos de mi personalidad, por ejemplo, pueden resultar altamente adaptativos y reforzados por nuestro propio entorno, pueden ser profundamente desadaptativos si cambian ‘mis circunstancias’.

La persona incapaz de delegar, que no se fía, que necesita controlarlo todo, que es muy insegura, aúna rasgos propios de ciertas formas de ser que, en conjunto, definen a personalidades anancásticas u obsesivas. Dentro de ciertos límites, estas formas de ser son muy productivas y cotizadas en ciertos contextos por su alta eficacia, sentido del orden y del deber y por su elevada responsabilidad. El problema es que tarde o temprano estos individuos empiezan a sentirse agotados, se muestran irritables, se convierten en personas hurañas y taciturnas, cada vez se fían menos de los demás, cuando no se sienten traicionados, lo que les induce a un mayor gasto energético, sobrecontrol y después a un peregrinaje por distintos médicos. Estos trabajadores de alto nivel se pueden sentir

aislados y no es raro que adopten pensamientos del tipo: son unos vagos, irresponsables, superficiales o carecen de valores profundos. Estos pensamientos no hacen más que reforzar sus convicciones y justificar su propia conducta. ¿Somos o no somos víctimas de nosotros mismos? Lo somos de nuestras características constitucionales, de nuestro bagaje genético, de nuestras experiencias, de nuestro entorno y de la manera de configurar e integrar todos esos mundos, ese yo y mis circunstancias.

Podemos pensar que este tipo de individuos son profundamente apolíneos por contraposición con esa otra forma de vida hedonista. Lo ideal sería buscar una equidistancia saludable, esa mezcla ponderada de los extremos. Para corregirlo, baste decir, entre otras muchas cosas, que aprendiendo a delegar, a depositar en otros parte de nuestra responsabilidad, nos ayudara a liberarnos de esa carga sobrante que restaurará el equilibrio perdido o deseado. Y sin duda se vivirá mejor.

DERMATITIS ATÓPICA

Dra. Ana Pérez Montero

Jefe de Alergología

LA DERMATITIS ATÓPICA es una enfermedad cutánea inflamatoria que se presenta típicamente en individuos con una historia personal o familiar de atopía. Se caracteriza por lesiones eccematosas muy pruriginosas. Es una enfermedad propia de la infancia y su prevalencia entre el 3 y 15 % disminuye con la edad.

Aproximadamente el 60 % de los pacientes desarrollan signos de la enfermedad antes del primer año de edad, y el 30 % sobre los 5 años. Es la enfermedad cutánea crónica más frecuente en la edad pediátrica, y su prevalencia ha experimentado un incremento en los últimos años. Dicha prevalencia parece más elevada en las grandes ciudades y, sobre todo, en las industrializadas.

La dermatitis atópica es consecuencia de múltiples factores tanto internos como externos, y tanto inmunológicos como no inmunológicos.

Factores no inmunológicos:

Genética: Existe un patrón autonómico dominante con expresividad variable.

Características de la piel atópica: anomalías en la sudoración, pérdida transepidérmica de agua, alteración de los lípidos cutáneos, disminución del umbral del prurito.

Factores inmunológicos:

Podría darse un desajuste en la vía de diferenciación de los linfocitos T a favor de los linfocitos Th2, que explicaría la producción de IgE, la eosinofilia y el infiltrado de eosinófilos en los tejidos.

Existen además factores externos capaces de desencadenar o agravar el proceso como alimentos, aeroalergenos, irritantes, microorganismos y factores climáticos.

En la dermatitis atópica pueden distinguirse tres fases. La primera es la fase del lactante; esto es desde los primeros meses hasta los 2 años de edad. Momento en el que las lesiones pueden manifestarse en la cara (mejillas, frente) y extenderse posteriormente a extremidades, tronco, zona anogenital y retroauricular. La segunda fase es la infantil (de los 2 a los 10 años), y las lesiones se localizan con preferencia en las flexuras de los miembros. Por último, la fase del adolescente y del adulto (desde los 10 años hasta la tercera o cuarta década), donde las lesiones se localizan en la cara, cuello, flexuras de los miembros, muñecas, nuca y región superior del tronco.

El tratamiento se fundamenta en tres pilares: la evitación de desencadenantes, medidas higiénicas y el tratamiento farmacológico mediante antihistamínicos, corticoides tópicos, corticoides orales, antimicrobianos, fototerapia o inmunomoduladores.

NUEVOS FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2

Dr. Esteban Jódar Gimeno
Jefe de Servicio de Endocrinología

LA DIABETES TIPO 2 —elevación de azúcar en la sangre, especialmente en personas mayores con exceso de peso— es una de las epidemias previsibles para los próximos años. Esto se debe al progresivo envejecimiento de la población, junto a unos hábitos de vida cada vez más sedentarios y a un excesivo consumo de calorías. De hecho, una cuarta parte de los adultos en EE UU tienen pre-diabetes en la actualidad. La mayoría de los tratamientos disponibles, aunque son capaces de bajar las cifras de glucosa en sangre y reducir las complicaciones de la diabetes tipo 2, también producen una ganancia de peso que juega en contra del sujeto con diabetes.

En los últimos años, se ha descubierto el papel de una serie de pequeñas proteínas —péptidos— de origen gastro-intestinal que se liberan cuando comemos, produciendo una serie de interesantes efectos como la potenciación de la producción de insulina —pero modulada por los valores de la glucosa en sangre lo que limita el riesgo de bajadas de azúcar—, una reducción de glucagón —que se opone al efecto de la insulina—, el retraso del vaciamiento gástrico —que junto a otros efectos, se asocia a reducción de peso—, o un cierto grado de protección del corazón, del cerebro o del propio páncreas.

La incretina con un mejor perfil para su aplicación clínica es el GLP-1 (glucagon-like peptide 1), aunque su corta vida media hace que deba ser administrada mediante una infusión subcutánea continua. Para solucionar ese problema se han desarrollado diferentes estrategias. Una de ellas es inhibir a otra proteína que es la encargada de degradar a GLP-1. Estos inhibidores de la DPP-4, los primeros comercializados con este tipo de efecto en España son de administración oral, aunque al inhibir también la degradación de otros péptidos como el GIP, pierden el efecto sobre la pérdida de peso y tienen una potencia intermedia. La otra estrategia es el uso de proteínas que resistan la degradación, con lo que se aumenta la duración de su efecto. Por esta vía se han desarrollado análogos de GLP-1 que, aunque deben administrarse por vía subcutánea, son más potentes bajando la glucosa y mantienen un efecto positivo sobre el peso y, en algunos casos, sobre la presión arterial.

A lo largo de los próximos meses dispondremos de estos análogos de incretinas de administración subcutánea ya sea dos veces al día –de reciente comercialización-, una vez al día o incluso, una vez a la semana. Si las expectativas depositadas en ellos se cumplen y confirman su efectividad y seguridad además de su efecto beneficioso sobre el peso y la protección de las células pancreáticas encargadas de la producción de insulina, es probable que se conviertan en fármacos claves en el tratamiento de la diabetes tipo 2 cuando la metformina –el actual tratamiento inicial- no basta. El beneficio de alguno de estos fármacos está siendo probado en la actualidad en unos pocos centros médicos de nuestro país, como el Hospital Quirón Madrid.

LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Dr. Enrique Puras Mallagray
Jefe de Angiología y Cirugía Vascular

LA PREVALENCIA de la Enfermedad Arterial Periférica (EAP) aumenta con la edad, de forma que aproximadamente un 20% de la población mayor de 65 años presenta la enfermedad. Relativamente pocos pacientes con EAP acabarán desarrollando complicaciones graves en los miembros inferiores, y el riesgo de amputación a 5 años es de un 2% en los pacientes con claudicación intermitente. Por el contrario, la implicación más importante de la EAP en cuanto a morbimortalidad es que es un fuerte marcador de la existencia de enfermedad aterosclerótica en otros territorios vasculares.

La EAP es un potente predictor de eventos cerebrovasculares y cardiovasculares futuros (infarto de miocardio e ictus) y de incremento de la mortalidad, debido a la alta correlación entre la gravedad de la aterosclerosis en las extremidades inferiores y las lesiones vasculares de otras localizaciones. El riesgo de presentar futuros eventos está ya considerablemente elevado en los pacientes con EAP asintomáticos, y aumenta sustancialmente en los que presentan síntomas clínicos de claudicación. En cuanto a la mortalidad, un estudio con un seguimiento a 10 años demostró que los pacientes con EAP tienen un riesgo 3,1 veces superior para la mortalidad por cualquier causa, y un riesgo 6,6

veces superior de fallecer a consecuencia de cardiopatía coronaria que los pacientes sin EAP.

A pesar de todo ello, la relación entre el diagnóstico de EAP y sus riesgos asociados sigue siendo relativamente ignorada, y es frecuente que los pacientes no reciban atención médica hasta que los síntomas de claudicación son claramente manifiestos o empeoran. Los pacientes asintomáticos, a pesar de encontrarse a riesgo de presentar eventos cardíacos o cerebrales, permanecen indetectados. Es por lo tanto de gran importancia detectar la enfermedad en los pacientes con EAP, tanto sintomáticos como no.

La historia y la exploración física por sí solas no permiten un correcto diagnóstico de EAP. Un método muy eficiente de documentar de forma objetiva la presencia y gravedad de la EAP en las extremidades inferiores es la determinación del índice tobillo-brazo (ITB), que puede realizarse en la consulta del médico con un equipamiento relativamente sencillo. Además, la presencia de un valor de ITB 0,9 es altamente predictivo de morbilidad y mortalidad debida a eventos cardiovasculares asociados a la EAP.

La obtención de datos sobre la prevalencia de la EAP en atención primaria es fundamental para desarrollar estrategias que mejoren el tratamiento de los pacientes con esta enfermedad, a fin de prevenir los eventos cerebrovasculares y cardiovasculares que se asocian a ella. Por otro lado, la Atención Primaria de la salud tiene una importancia primordial para mejorar la asistencia a esta población, ya que el médico de Asistencia Primaria es el primer punto de contacto para la detección, diagnóstico y derivación de los pacientes.

ERGONOMÍA FRENTE AL DOLOR DE ESPALDA

Dr. Ignacio Álvarez García de Quesada

Cirugía de Columna Vertebral

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica

ENTRE LA POBLACIÓN ACTIVA es frecuente la presencia del dolor de espalda. Está relacionado con el tipo de actividad que se desempeña, si bien no es necesario que sea de altos requerimientos físicos. Es más, en los trabajos sedentarios, de oficina, es más frecuente el dolor cervical que en aquellos que se realizan esfuerzos. Largas jornadas frente al ordenador o al teléfono, viajes y reuniones frecuentes, y pocas horas de sueño justifican la aparición de dolores (sobre todo a nivel cervical y lumbar) al que además se añade una falta de tiempo para la realización de ejercicio físico regular. El primer paso para evitar los dolores de espalda es la prevención, y para ello hay que vigilar la ergonomía en el puesto de trabajo: con regulación adecuada en altura del asiento (mejor baja), alejar el teclado del borde de la mesa con el fin de apoyar y descansar los antebrazos y colocar el monitor a la altura de la vista. El resto de medidas que se recomiendan son la dieta mediterránea, evitar el consumo de tabaco, e intentar realizar ejercicio de manera regular. En este punto es importante recordar que los deportes en los que se realiza un movimiento de *swing* (deportes de raqueta, béisbol y golf), predisponen a la degeneración discal dorsal y lumbar y a la aparición de dorsalgias, lumbalgias y ciáticas. Una técnica adecuada y un control por parte del especialista

minimizarán los riesgos de padecer lesiones. Son preferibles los ejercicios aeróbicos (carrera suave, bicicleta, gimnasia de mantenimiento, aerobio, tai-chi, pilates,...) que mejoran la movilidad, el tono muscular y la elasticidad, sin riesgo de lesiones. Está discutida la recomendación universal de la natación, ya que la práctica de la braza prolongada genera dolor cervical bajo.

Cuando aparece el dolor debe ser tratado inicialmente con calor local y reposo relativo. Si bien la automedicación no está recomendada, se puede consumir un analgésico común hasta la consulta con el médico. No se recomienda el reposo prolongado, ni el abuso de fajas o de collarín (en el caso de cervicalgias). Son signos de alarma, y por tanto, necesario recurrir al traumatólogo: el dolor prolongado que no mejora al cabo de unos días, la presencia de dolor en un brazo o una pierna, la aparición de hormigueos o pérdida de fuerza. Será preciso realizar pruebas complementarias (radiografías o resonancia magnética) para evaluar la columna.

La medicación, recomendaciones y rehabilitación que le prescriban suelen ser suficiente para mejorar los síntomas en la mayoría de los casos (incluso si se diagnostica hernia discal).

Se puede recurrir a la cirugía cuando hay presencia de lesión neurológica o dolor incapacitante que no mejora con los tratamientos conservadores. La técnica quirúrgica adecuada será indicada en cada caso. Además, existen técnicas microquirúrgicas para el tratamiento de la hernia discal lumbar y se han desarrollado prótesis discales móviles para su aplicación, tanto a nivel cervical como lumbar, e implantes para realizar fijaciones vertebrales.

¿QUÉ ES LA ESPINA BÍFIDA?

Dr. Carlos Ruiz Ocaña

Jefe de Neurocirugía

EL TÉRMINO ESPINA BÍFIDA se refiere a un defecto congénito constituido por la falta de cierre del arco posterior de una o varias vertebrae lumbares o lumbosacras. Este arco es el que contiene el saco dural y este a su vez mantiene en su interior las raíces de la cola de caballo que formarán los nervios encargados del control motor y sensitivo de las piernas, vejiga, órganos sexuales y región perineal y perianal.

La mayoría de las veces se trata de la llamada espina bífida oculta; es decir, que la persona portadora desconoce su existencia, ha llevado una vida normal y el proceso se descubre al realizar una radiografía de columna lumbar por cualquier motivo médico. Suelen ser asintomáticas y no es preciso ningún tipo de tratamiento. Esta alteración se observa en el 5-10 % de la población.

El otro tipo de espina bífida es la llamada espina bífida abierta, de la cual existen dos variedades: meningocele y mielomeningocele.

En el caso del meningocele la dura madre forma una dilatación quística que puede observarse o palpase a través de la piel y en cuyo interior hay un acúmulo de líquido cefalorraquídeo o incluso de raíces nerviosas.

Un tercio de estos pacientes padece algún tipo de alteración neurológica como puede ser atrofia muscular de las piernas, alteraciones de la marcha, trastornos urinarios ó deformidades de los pies. Normalmente no requieren tratamiento quirúrgico.

El mielomeningocele es una afectación seria que se observa al nacimiento y afecta a 1-2 de cada 1.000 nacimientos vivos, y el riesgo mayor de padecerlo se encuentra en familias con antecedentes cercanos. La incidencia también aumenta en tiempos de guerra, hambruna o catástrofe económica. El niño nace con la piel abierta y pueden observarse a simple vista las raíces nerviosas. Requiere tratamiento quirúrgico en los primeros días del nacimiento y a veces acompaña de hidrocefalia. La mayoría de las veces, a pesar del tratamiento, el niño puede mantener serias alteraciones neurológicas como dificultad para la marcha, incontinencia de esfínteres, impotencia y otras malformaciones.

CRISIS EPILÉPTICAS

Dra. Anne G. Caicoya

Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología

A LREDEDOR DEL 1% DE LA POBLACIÓN tiene algún tipo de epilepsia, y entre 5 y 10 de cada 100 personas tendrán alguna crisis epiléptica a lo largo de su vida. Realmente, “epilepsia” es un término que abarca muchas enfermedades o síndromes diferentes que tienen en común manifestarse con crisis epilépticas recurrentes. Pero incluso las crisis epilépticas —y con éstas los síntomas que presenta la persona que las sufre— pueden ser de diferentes tipos, dependiendo de la zona cerebral que esté afectada por la crisis. Las epilepsias son enfermedades frecuentes. Desde sensaciones extrañas o respuestas incoherentes hasta la caída con convulsiones, existe una gran variedad de síntomas que pueden representar crisis epilépticas. Todas las crisis tienen en común que son síntomas que se repiten de forma similar en episodios que duran entre segundos y minutos, y pueden repetirse a diario o sólo cada varios meses o incluso años.

Los diferentes tipos de epilepsia (o síndromes epilépticos) se definen por los tipos de crisis con las que se manifiestan, la edad al inicio, la causa, si existen antecedentes en la familia, la respuesta a determinados tratamientos y el pronóstico. No todos los síndromes epilépticos se tratan igual, y existen diferencias importantes en el pronóstico —sobre todo

en niños—, lo cual es importante a la hora de decidir sobre el tratamiento, y si se puede retirar el tratamiento después de varios años sin haber tenido crisis o no.

Habitualmente, el diagnóstico de tipo de epilepsia requiere la realización de una resonancia magnética cerebral y un electroencefalograma prolongado con sueño -los electroencefalogramas en vigilia (registro de entre 20 y 30 minutos de duración) aportan una limitada información, ya que con frecuencia son normales en pacientes con epilepsia. A veces no se puede llegar a un diagnóstico exacto del tipo de epilepsia, pero en todos los pacientes con crisis epilépticas, incluso en los que solo hayan tenido una única crisis, se debe intentar realizar el diagnóstico del síndrome epiléptico, ya que es fundamental para el correcto manejo de la enfermedad.

Para información más detallada sobre epilepsias y crisis epilépticas, puede visitar el sitio web: www.info-epilepsia.es

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Dr. Rafael Arroyo
Jefe de Neurología

LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE es una enfermedad inflamatoria crónica del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) de causa no bien conocida, que afecta a pacientes jóvenes y que representa la causa más importante de invalidez neurológica en adultos jóvenes si excluimos los accidentes de tráfico.

Se produce por un ataque anómalo del sistema inmunológico (nuestro sistema de defensas) a la cubierta de las neuronas (mielina), lo que va a dar como consecuencia unas alteraciones neurológicas que con el paso del tiempo pueden dar secuelas físicas muy importantes.

Afecta a pacientes jóvenes con edades de inicio entre 20-40 años, pero se han descrito edades de inicio por debajo de los 10 años y por encima de los 55 años. Las mujeres la padecen en una proporción el doble que los hombres, con una relación de dos mujeres afectadas por cada varón. En España, es una enfermedad más frecuente de lo que se pensaba y la prevalencia de la enfermedad (frecuencia de la misma) se cifra en 70-80 afectados por cada 100.000 habitantes; eso significa que en nuestro país existen al menos 25.000 enfermos afectados por la esclerosis múltiple.

Las causas no son bien conocidas. Sobre una predisposición genética (pero no se heredera), algún factor en el ambiente no bien conocido,

produce una alteración de nuestro sistema inmunológico (“sistema de defensas”) que en lugar de protegernos equivocadamente nos ataca. La diana del ataque es la mielina, que es la vaina de proteínas y lípidos que protege la prolongación de la neurona denominada axón.

El diagnóstico de la enfermedad lo realizamos en función de unos síntomas que cuentan y que exploramos en los pacientes mediante el estudio de resonancia magnética del cerebro y de la médula espinal, así como del análisis del líquido cefalo–rraquídeo (que rodea todo el cerebro y la médula).

Desde el punto de vista clínico es característico que los pacientes nos refieran pérdidas de visión por un ojo, visión doble, alteración sensitivas de brazos y piernas, alteraciones de la fuerza o pérdida de equilibrio. Estos episodios bruscos, que deben tener una duración de más de 1-2 días seguidos, se llamaban brotes. Con el paso del tiempo los afectados no se recuperan de esos brotes y se producen las secuelas neurológicas.

El diagnóstico temprano en los primeros síntomas de la enfermedad es de gran importancia en la actualidad, ya que tratar rápidamente a muchos de nuestros pacientes va a repercutir positivamente en la vida futura de los afectados.

En la actualidad existen tratamientos que modifican el sistema inmunitario (“inmunomoduladores”) que han revolucionado en los últimos diez años la terapia de esta enfermedad. Se prevé que la investigación dará en los siguientes años grandes soluciones para la mayoría de los afectados. Si un paciente joven tiene una sintomatología que pudiera ser compatible con el inicio de una esclerosis múltiple, debería ponerse en contacto con un neurólogo, a ser posible con alta experiencia en diagnosticar y tratar esta enfermedad.

¡ESTOY ESTRESADO!

Dra. María José Lobato Rodríguez
Psicólogo Clínico. Servicio de Psiquiatría

ESTOY ESTRESADO”, “No puedo con este estrés”. Cada vez con más frecuencia se oyen expresiones como estás. En algunos casos nos decimos estresados por lo que le ocurre a nuestro cuerpo en respuesta a una situación (ansiedad, llanto, hipertensión), en otras son las situaciones, como una enfermedad o un problema en el trabajo los que producen el malestar. Ambos factores son importantes, pero faltaría un tercer factor que está relacionado con el afrontamiento que cada uno de nosotros hacemos de las diferentes situaciones problema.

El primero que definió el estrés fue el fisiólogo Hans Selye, quien lo explicó como Síndrome General de Adaptación. En un principio el cuerpo se pone en una situación de alarma, en la cual el organismo se prepara para la lucha o la huida. Ningún organismo puede mantener la condición de excitación durante un tiempo prolongado y aparece entonces la respuesta de resistencia al estrés. Finalmente si la duración del estrés se prolonga demasiado, el cuerpo entra en agotamiento y aquí se producirían los síntomas que ahora veremos.

Un cierto nivel de estrés (de alarma, de alerta) es necesario. Por ejemplo, el esfuerzo que hacemos a la hora de aprobar un examen, o

para responder a un problema. Hasta un nivel, el aumento del estrés puede significar mejora de la productividad, al que ya Selye llamaba eutres (estrés bueno), si pasamos ese nivel, aparece el distres (estrés malo) es decir el agotamiento y las cosas empeoran rápidamente. El punto de inflexión es diferente para cada persona dependiendo muchas veces de la valoración que se haga.

Esto último tiene que ver con otra aportación importante en este campo, que es el modelo de Lazarus. Si la situación se interpreta como peligrosa y la persona considera que no tiene los recursos necesarios, aparecería la reacción de estrés, una vez que ésta aparece, el individuo sigue haciendo esfuerzos de evaluación de las consecuencias de la situación y de los recursos de afrontamiento. Estos esfuerzos pueden modificar la intensidad de la reacción, aumentándola o disminuyéndola.

Son muchos los signos o síntomas que se manifiesta cuando tenemos estrés. Desde irritabilidad, dolores de cabeza, temblores, dolor en el cuello, la espalda o espasmos musculares, hasta taquicardias, bajo deseo sexual, cambios frecuentes de humor, llanto frecuente o reacción excesiva ante pequeños contratiempos. Y si, desde la física, podemos entender el estrés como una fuerza o presión que se opone a un objeto hasta deformarlo, podemos echar mano de otro concepto como la resiliencia, que es la presión contraria de ese objeto para recuperar su forma original, a pesar del estrés sufrido. Con esto quiero decir que la capacidad de afrontamiento es básica en las situaciones de estrés. Y, por tanto, la buena noticia es que podemos aprender a aumentar nuestra resiliencia y así mejorar nuestro afrontamiento ante situaciones estresantes.

OJO CON LA EXPOSICIÓN SOLAR
Dra. M. José García Fernández de Villalta
Jefe de Dermatología

MUCHAS PERSONAS acuden al dermatólogo para que les aconseje sobre las precauciones a tomar en relación a la exposición solar, ya que existe una creciente preocupación en la población sobre los efectos negativos de la radiación solar, que tiene un fundamento real.

Antiguamente se utilizaba la exposición solar en el tratamiento de enfermedades. Posteriormente se consideró que la piel blanca no bronceada era estéticamente bonita y se relacionaba con cierto estatus social. En el siglo XX se tomó la piel bronceada como modelo de belleza y salud, y este pensamiento persiste aún en la sociedad. La tendencia a una mayor exposición solar e incluso a fuentes artificiales de luz, para conseguir un “bronceado saludable”, se ha asociado a un aumento de enfermedades relacionadas con la exposición solar, entre las que se incluyen cánceres de piel.

Debe saber que el sol emite un espectro de radiación electromagnética que incluye principalmente luz ultravioleta (UV), espectro visible e infrarrojo. Los rayos ultravioleta asimismo se subdividen en UVA, UVB y UVC. La radiación UV que llega a la superficie terrestre es aproximadamente 95-98% UVA; 2-5% UVB y nada de UVC (la absorbe la capa

de ozono). La radiación UVA produce mucho menos enrojecimiento que la UVB pero broncea, tiene capacidad de profundizar más en la piel y atraviesa los cristales. Los rayos UVB profundizan menos y pueden producir quemaduras solares. Ambos (UVA y UVB) se asocian con envejecimiento prematuro (llamado fotoenvejecimiento, que consiste en aparición de manchas solares, arrugas y pérdida de elasticidad de la piel) y cánceres de piel.

En contra de lo que suele pensarse, el bronceado en sí ya está indicando daño solar, aunque uno no se queme. La exposición solar crónica, aunque no existan quemaduras solares, también se asocia a envejecimiento cutáneo y cánceres de piel. Por todo ello, resulta fundamental que tomemos medidas antes de exponernos al sol.

Consejos para evitar daños en la piel en verano:

- El bronceado debe ser progresivo, con especial atención en los primeros días.
- Evite el sol en las horas centrales del día, especialmente entre las 12 y las 16h.
- Utilice ropa adecuada, gorro, gafas y filtros solares.
- Los fotoprotectores deben aplicarse antes de la exposición solar y en cantidad suficiente.
- Debemos reponer los fotoprotectores con frecuencia, y siempre que salgamos del agua.
- Es recomendable un factor de protección de 15 o superior (depende del tipo de piel y riesgo personal).

- Tener en cuenta que dentro del agua llega la radiación solar.
- Tener en cuenta la radiación reflejada de algunas superficies (el agua, la arena, el cemento).
- Tener especial precaución con los niños, que tienen más riesgo de sufrir daños por el sol.
- Algunos medicamentos pueden ser fotosensibilizantes (consulte con su médico).
- En los días nublados no se confíe, el riesgo de quemadura sigue existiendo ya que el 90% de U.V. es capaz de atravesar las nubes.

EL 2% DE LOS ESPAÑOLES PADECEN GLAUCOMA

Dr. Carlos Palomino Bautista

Jefe de Oftalmología

EL GLAUCOMA es la mayor causa de ceguera en el mundo junto con la degeneración macular asociada a la edad, según la Organización Mundial de la Salud. El 2% de la población española padece glaucoma. La enfermedad consiste en la pérdida progresiva, irreversible de fibras nerviosas a causa de la tensión intraocular, sin que el enfermo perciba ningún síntoma hasta estadios avanzados, en los que la pérdida de campo visual se hace patente e incluso se produce afectación de la agudeza visual. La estructura anatómica del ojo dañada en esta patología neurodegenerativa es el nervio óptico. La presión intraocular puede aumentar por múltiples razones, entre las que destacan sobre todo las genético-anatómicas y las secundarias a otra patología ocular.

Por tanto, la labor preventiva e informativa es fundamental para llevar a cabo un diagnóstico precoz de la enfermedad y poder instaurar el tratamiento adecuado. Los especialistas abogamos por una medicina de prevención, en la que todos los especialistas sanitarios tienen cabida y un papel relevante e importante: oftalmólogos, optometristas y médicos de atención primaria.

Actualmente, la tecnología nos permite observar y evaluar con mucha precisión la anatomía del nervio óptico y otros aspectos relacionados

con la enfermedad, de manera que los diagnósticos son cada vez más certeros y rápidos, y el control evolutivo del glaucoma mucho más sencillo y eficaz.

El tratamiento de primera elección consiste en la aplicación de fármacos locales cada vez más eficaces y menos molestos para el control de tensión, y en algunos otros casos la cirugía. Las intervenciones quirúrgicas pueden ser con láser (trabeculoplastias o iridectomias), o mediante cirugía clásica, pero en cualquier caso siendo muy poco cruentas y traumáticas para el paciente.

EL VIRUS DE LA GRIPE

Dr. Daniel Carnevali Ruiz

Jefe de Servicio de Medicina Interna

EL VIRUS DE LA GRIPE tiene la propiedad de transmitirse con gran eficacia de persona a persona a través del contacto por vía respiratoria. La gripe produce síntomas de intensidad variable, tales como fiebre, síntomas catarrales, debilidad general, dolores de cabeza y musculares y a veces problemas respiratorios serios como neumonías. Afecta con mucha mayor frecuencia a los niños hasta los 14 años y los mayores de 65, aunque la padecen con menor incidencia, son los que sufren las mayores consecuencias.

Aunque en la mayor parte de los casos la gripe es una enfermedad leve, ocasionalmente produce complicaciones serias. No obstante, en personas muy ancianas o con determinados problemas de salud puede predisponer a múltiples complicaciones, que incluso pueden desencadenar la muerte, fundamentalmente por la facilidad para facilitar la aparición de neumonías bacterianas (sobreinfecciones), o agudizaciones de enfermedades cardíacas o pulmonares crónicas.

La epidemia de gripe se produce cada invierno, de modo que aparece un pico de incidencia al principio de cada año, cuya intensidad es variable, y en nuestro medio afecta entre 150 y 400 personas de cada

100.000, según los estudios del sistema español de vigilancia de la gripe.

Las defensas naturales frente al virus gripal se ven superadas cuando el virus cambia, pues éste tiene capacidad de mutar, siendo entonces causante de enormes epidemias, con consecuencias desastrosas, y que han marcado épocas históricas (en España se recuerda aún la “gripe del dieciocho” que diezmó a la población). Desde finales del siglo XIX, cada 10 ó 20 años se han venido observando sucesivas oleadas epidémicas globales llamadas “pandemias” (la gripe sabe más de globalización que ningún economista) de diversa importancia. Por ello, cuando aparecen nuevos virus gripales con capacidad de infección del ser humano, los científicos dan la voz de alarma y los gobiernos tratan de limitar su expansión por todos los medios. Esto es lo que ocurre con el temido virus de la gripe aviar, pues el virus tiene la capacidad de infectar al ser humano, y dar el salto de una especie a otra.

Aunque hay algunos tratamientos antivirales contra una gripe establecida, su eficacia no es muy elevada. El gran avance en la lucha contra este virus es la difusión de los programas de vacunación, que se realizan al inicio de cada temporada previa al invierno. La vacuna es muy segura, no produce síntomas respiratorios, tan solo a veces molestias en el lugar de la punción, o alguna décima. Sin embargo, algunas personas atribuyen a la vacuna el hecho de acatarrarse o tener otras enfermedades que confunden con la gripe, y deciden, erróneamente, no volver a ponérsela.

Los grupos de mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe son los ancianos, los enfermos crónicos de corazón, pulmón —incluyendo asma—, riñón o hígado, o con las “defensas” disminuidas, por

alcoholismo, infecciones crónicas, desnutrición, tratamientos de cáncer, etc. También se recomienda a todas las personas diabéticas, a las gestantes de segundo y tercer trimestre de embarazo, si coinciden con la época gripal, y a los profesionales sanitarios o de residencias, guarderías, cuidadores de ancianos o personas con riesgo de complicaciones, trabajadores de servicios públicos, etc, por la mayor posibilidad de transmitir el virus a personas de alto riesgo.

Se dice que la medida preventiva que más vidas salva cada año entre las personas de alto riesgo, es la vacunación antigripal. Por lo tanto, contra la gripe, prevención; es decir: vacuna.

HEPATITIS VIRALES

Dr. Carlos Arocena
Servicio de Aparato Digestivo

LA HEPATITIS es una inflamación del hígado que puede estar producida por muchas causas (virus, medicamentos, productos tóxicos, causas inmunológicas o metabólicas). Las más conocidas son las producidas por virus.

Si la hepatitis se cura en menos de 6 meses, se considera una hepatitis aguda (cursa con ictericia, cansancio y malestar general, aunque no en todos los casos), mientras que si dura más de 6 meses se considera una hepatitis crónica (habitualmente no produce síntomas).

Los virus hepatotropos son aquéllos que afectan el hígado de forma específica; es decir, aquéllos que sólo provocan hepatitis. Entre ellos destacan el virus A, el virus B y el virus C.

Hepatitis A:

El virus A se contagia habitualmente por beber agua contaminada, por heces de un paciente infectado y sólo produce hepatitis aguda que, en la inmensa mayoría de los casos, evoluciona favorablemente, no requiriendo tratamiento específico. La higiene de las manos es fundamental para la prevención. Existe una vacunación eficaz.

Hepatitis B:

El virus B se contagia por vía parenteral: contacto con sangre contaminada o relaciones sexuales con parejas infectadas. Produce una hepatitis aguda tras el contagio y, en una minoría de casos, evoluciona a una hepatitis crónica que puede requerir tratamiento. Actualmente, existen varias opciones terapéuticas (Interferón y análogos de nucleósidos y nucleótidos). Existe una vacuna eficaz.

Hepatitis C:

El virus C se contagia por vía parenteral, sobre todo por contacto con sangre infectada. La vía sexual es infrecuente. Produce una hepatitis aguda tras el contagio (debe tratarse con Interferón precozmente) que, en la mayoría de los casos (75%) evoluciona a una hepatitis crónica que puede requerir tratamiento específico con PEG-Interferón más Ribavirina. Próximamente, se comercializarán nuevos fármacos para el virus C (inhibidores de proteasas y polimerasa), y no existe una vacuna eficaz.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

María Teresa Ferrando

Neuropediatra. Servicio de Pediatría

EL TRASTORNO DE DÉFICIT de atención e hiperactividad (TDAH) constituye uno de los motivos mas frecuente de consulta en la práctica clínica en neuropediatría. Las cifras de prevalencia han sido muy discutidas: considerada como una entidad sobrediagnosticada en el pasado, en el momento actual se acepta que el trastorno afecta a entre el 3 y el 7% de la población infantil. Hoy en día, este trastorno es causa con frecuencia de fracaso escolar y en las relaciones con el entorno tanto familiar como social.

En su diagnóstico y seguimiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad es imprescindible que exista un grupo multidisciplinario que esté en contacto y bien coordinado. El entorno escolar es un puntal fundamental y con frecuencia quien da la voz de alarma ante la situación de un niño que no puede seguir el ritmo del aula ante su dispersión y su actividad continuas. Junto al entorno escolar, psicólogos y psicopedagogos tienen un papel fundamental en el diagnóstico y posterior intervención; y el papel del pediatra y neuropediatra comprende el campo del diagnóstico diferencial, es decir, la evaluación de si la clínica que presenta el niño sugiere alguna patología neurológica de base, o bien

la situación es de un TDAH como trastorno específico; es decir, sin patología neurológica subyacente. Además del diagnóstico diferencial, el papel del médico será el de establecer apoyo farmacológico si fuese necesario, y el control de la medicación y de la evolución.

Para que este control de evolución sea lo más eficaz posible para el niño es importante que todos los profesionales que intervienen puedan tener una comunicación periódica de los avances, situaciones estacionarias o retrocesos, bien mediante comunicación personal bien mediante intercambio de informes. Y es imprescindible el papel de la familia apoyando al niño, quien con frecuencia presenta una situación de autoestima baja por su situación de frecuente fracaso en el aula, ayudándole a corregir conductas, corrigiendo si fuese necesario algunos de los hábitos del entorno familiar, y reforzando aquellos aspectos en los que el niño es habilidoso. No hay que perder de vista el hecho de que estos niños, cuyo nivel intelectual habitualmente es normal, viven con mucha angustia una situación que no entienden si no se les explica adecuadamente, puesto que con frecuencia son castigados, reprendidos, no consiguen éxito en su esfuerzo escolar, y viven como una situación de gran dificultad cualquier actividad que necesite tiempos de atención y de trabajo prolongados.

Los signos de sospecha del trastorno quedan establecidos por signos de conducta y comportamiento, ante niños que son excesivamente inquietos, que desconocen el peligro, son muy impulsivos, se frustran con facilidad ante cualquier contrariedad, cambian continuamente su centro de atención, les cuesta relacionarse con otros niños por estos aspectos de impulsividad y tendencia a imponer sus deseos; alteran el orden del aula por su constante actividad motora y dificultad para seguir las consignas del profesor. Con frecuencia pueden tener un mal ritmo de

sueño que ya presentaron en su época de lactante, y trastornos en la adquisición del lenguaje oral suele constituir también un antecedente presente con frecuencia, del mismo modo que existen con frecuencia antecedentes familiares del trastorno.

El diagnóstico de este trastorno es clínico sin que existan exámenes complementarios cuyo resultado sea sugerente de que exista o no. Este diagnóstico debe comprender una valoración neuropsicológica amplia así como una valoración médica con el fin de detectar posibles patologías subyacentes. La intervención psicopedagógica siempre va a ser necesaria, y con frecuencia será preciso además un apoyo farmacológico que deberá ser individualizado para cada niño.

¿SABE CUÁLES SON LOS RIESGOS DE SER HIPERTENSO?

Dra. Beatriz Fuertes Suárez
Servicio de Cardiología

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) se define como una elevación crónica de la presión arterial (sistólica ≥ 140 mmHg, diastólica ≥ 90 mmHg). En nuestro país, la HTA es un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia y por el alto riesgo cardiovascular que conlleva.

En España, la hipertensión arterial está presente en el 20-30% de la población mayor de 20 años, estas cifras aumentan con la edad y se calcula que alrededor del 50% de los adultos mayores de 60 años padecen HTA. En la población infantil y adolescente estos porcentajes se sitúan en torno al 3% (la aparición de hipertensión arterial durante los primeros años de vida se correlaciona estrechamente con el índice de masa corporal y la estatura). La HTA constituye el factor de riesgo principal y el más frecuente de enfermedad cardiovascular (riesgo de angina de pecho, infarto de miocardio, ictus o infarto cerebral), la cual es una de las primeras causas de muerte en el adulto y la primera en provocar discapacidad en España y en muchos países desarrollados: en España supone el 30% de las muertes en varones y el 35% en las mujeres.

Pero, *¿por qué nos hacemos hipertensos?* La HTA es un estado multifactorial en el que existe una estrecha interrelación entre factores ambientales modificables y factores genéticos no modificables. Los factores de riesgo modificables son el consumo excesivo de sal, exceso de peso y obesidad, el sedentarismo e inactividad física y el estrés psicosocial. Y los no modificables son *genéticos*, la *edad* (múltiples estudios han demostrado la estrecha relación de la edad con la HTA, convirtiéndola en el principal factor que se relaciona con el aumento de la tensión arterial), la *raza* (hay mayor prevalencia de HTA en la raza negra, apareciendo la enfermedad en edades más tempranas que en la raza blanca) y el *sexo*: hasta los 45 años, la prevalencia y los valores medios de tensión arterial son mayores en el hombre, con lo años las cifras se invierten hasta el punto que la prevalencia se vuelve mayor en la población femenina.

¿Cómo se trata la hipertensión arterial?

El objetivo en el tratamiento de la HTA es disminuir las complicaciones derivadas del mantenimiento de la misma. Se sabe que si se trata la HTA disminuye el riesgo de ictus hasta en un 40%, de infarto de miocardio en un 20-25% y de insuficiencia cardiaca en 50%. Los objetivos a alcanzar son: TA < 140/90, excepto en diabéticos e insuficiencia renal que se debe conseguir <130/80. El tratamiento siempre debe empezar recomendando cambios en el estilo de vida, e ir añadiendo medicación antihipertensiva según la evolución clínica de las cifras. El cumplimiento óptimo de estas medidas no farmacológicas conseguirá reducir los valores de presión arterial en más de 10 mmHg.

Los cambios en la dieta constituyen la primera gran medida. La dieta DASH, rica en fruta fresca, vegetales y fibra, pobre en sal, puede reducir

la presión arterial en 14 mmHg. La relación sal (cloruro sódico) y HTA está suficientemente demostrada. La 'comida basura', los fiambres y diversos tipos de alimentos procesados y comida rápida aportan cantidades significativas de sal. Además, muchas recetas caseras pueden indicar más sal de la necesaria para dar un buen sabor a la comida. En general, se aconseja limitar el consumo de sodio a 2.400 mg por día, el contenido aproximado de una cucharadita de sal. Se debe recordar a los pacientes que no sólo deben retirar la sal de mesa, sino el embutido, los alimentos en conserva, alimentos de sobre, agua mineral...

La pérdida de peso es otro objetivo importante, cada 10 kilos de peso que se pierden, se puede reducir la presión arterial de 5 a 20 mmHg, aunque suele manifestarse pasados 12-36 meses. En cuanto a la actividad física, se recomienda realizar ejercicio aeróbico: pasear, natación, bicicleta,... al menos 30 minutos al día, 4-6 veces por semana. También se aconseja limitar el consumo de alcohol, 1-2 copas de vino en la comida ya que existe una relación lineal entre el consumo de alcohol y los niveles de presión arterial. En cuanto al tabaco, no hay una relación demostrable por ensayos clínicos entre su consumo y el desarrollo de HTA, aunque el riesgo cardiovascular está aumentado en gran medida en los fumadores. Además, desde hace tiempo, se conoce que el tabaco interfiere con algunos fármacos hipotensores.

Por último, los llamados alimentos funcionales pueden contribuir a controlar la tensión arterial junto con la dieta, el ejercicio y la medicación. Entre estos alimentos encontramos los Lactofillus (un tipo de leche fermentada apta para el consumo humano) que contiene unos péptidos que se comportan como inhibidores de la ECA (mecanismo de funcionamiento de un grupo de fármacos antihipertensivos de uso frecuente en

la HTA), pero sin olvidar que se deben usar como complemento a las otras medidas ya comentadas.

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa que afecta a un porcentaje alto de la población; es importante que acuda a su médico a su cabecera para detectarla de forma precoz; pero, más importante es adquirir hábitos de vida cardiosaludables que eviten o retrasen la aparición de la hipertensión arterial.

ALERGIA AL LÁTEX
Dra. Ana Pérez Montero
Jefe de Alergología

LA ALERGIA AL LÁTEX constituye actualmente un problema socio-sanitario importante. El aumento de su uso a nivel sanitario como medida de precaución frente a la transmisión de enfermedades infecciosas, así como un mejor conocimiento de las características anti-génicas del látex, ha hecho aumentar la incidencia de alergia.

El látex se utiliza ampliamente en la práctica médica, y se encuentra fundamentalmente en empastes dentales, guantes de limpieza o cirugía, balones, sondas, catéteres intravenosos, preservativos, mascarillas y productos de papel (batas, calzas, etc.). Y es el producto natural que se obtiene de la savia del árbol del caucho: una emulsión acuosa coloidal obtenida a partir del citoplasma de células altamente especializadas, llamadas laticíferas. La forma comercializada ha sufrido diferentes procesos en su manufactura, entre ellos la coagulación, vulcanización y adición de otras sustancias químicas para mejorar el procesamiento y para dotar al producto final de las características fisicoquímicas y mecánicas deseadas.

Es poco conocida la incidencia y prevalencia de la sensibilización al látex en la población general, que se sitúa en menos del 1%. En caso de pacientes atópicos el riesgo de sensibilización se multiplica por 2-4 veces.

Se consideran fundamentalmente tres grupos de riesgo: los niños con espina bífida y otras anomalías congénitas sometidos a múltiples intervenciones, los trabajadores de la industria de la goma y los profesionales sanitarios.

Las principales manifestaciones clínicas son:

Manifestaciones cutáneas: urticaria de contacto, es la manifestación más frecuente; dermatitis de contacto, producida sobre todo por aditivos, aceleradores y antioxidantes, y dermatitis irritativa, que es una respuesta no alérgica que se manifiesta por lesiones secas y costrosas en las zonas expuestas.

Manifestaciones respiratorias: se producen por inhalación de partículas aerosolizadas de látex. Afecta fundamentalmente a profesionales sanitarios. Pueden producir rinoconjuntivitis y asma bronquial.

Manifestaciones sistémicas: pueden producir anafilaxia por guantes durante intervenciones quirúrgicas, exploraciones ginecológicas o dentarias.

El diagnóstico de alergia al látex se basa en una buena historia clínica, pruebas cutáneas, pruebas in vitro y pruebas de provocación.

El uso de guantes de látex debe ser regulado cuidadosamente por las autoridades sanitarias. El Comité de Alergia al Látex de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología propone un grupo de medidas: utilizar guantes sólo cuando sea necesario, eliminar el uso de guantes de látex empolvados en los centros sanitarios y utilizar

siempre guantes de materiales sintéticos (vinilo, nitrilo, poliisopreno, elastireno, butadieno) en las personas con alergia al látex o con sospecha de padecerla.

LIPOSUCCIÓN EN VARONES

Dr. Emilio Moreno González

Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

EN LA SOCIEDAD ACTUAL tener un aspecto físico saludable se ha convertido en algo muy importante no sólo para autosatisfacción, sino también como un importante ingrediente en nuestra interacción con los demás en todos los ámbitos, tanto profesional como personal. Sin embargo es la misma configuración de la sociedad la que nos impone interminables jornadas de trabajo, comidas desequilibradas y a destiempo, pocas horas de sueño, sedentarismo y otras circunstancias que dificultan mucho sacar tiempo para dedicar al cuidado personal. Y esto es especialmente evidente en el mundo empresarial, donde vemos a muchos hombres y mujeres relativamente jóvenes en los que se aprecian signos de envejecimiento facial y de deterioro corporal, sobre todo en forma de acumulo de grasas.

Sin embargo no todo está perdido. Actualmente la Cirugía Plástica dispone de técnicas quirúrgicas que permiten recuperar gran parte del terreno y devolver a los pacientes un aspecto más parecido al deseado. De sobra es conocida la liposucción femenina en nuestra especialidad; sin embargo no lo es tanto la liposucción del varón y especialmente la liposucción circunferencial de tronco.

Se trata de una intervención en la que se eliminan los cúmulos de

grasa de la región abdominal y de la zona lumbar, pudiendo extenderse a la zona de la espalda y en no pocas ocasiones a las mamas, bien para eliminar grasa acumulada bien para tratamiento de ginecomastias. De esta forma se consigue con una sola intervención remodelar el tórax del varón, que es probablemente la zona de la anatomía que más refleja el paso del tiempo y la vida sedentaria en el hombre. Es una intervención que habitualmente se realiza con anestesia general, aunque dependiendo del volumen de grasa a aspirar y las zonas a tratar puede hacerse con anestesia local o epidural, y que habitualmente requiere una noche de estancia hospitalaria. La recuperación postoperatoria es habitualmente bastante rápida, y la mayoría de los pacientes pueden reincorporarse a su vida laboral en aproximadamente 5-6 días.

Otra liposucción cada vez más frecuente en el varón es la de miembros inferiores en aquellos pacientes que presentan una distribución ginecoide de la grasa, lo que se traduce en una feminización de la figura. En estos casos la liposucción permite remodelar la figura del varón y eliminar esa feminización. Otras intervenciones que se realizan con frecuencia en varones incluyen la cirugía de los párpados, que permite la eliminación de las bolsas de grasa y del aspecto cansado de la mirada; cirugía de la papada mediante extirpación cutánea y grasa en paciente con barba, y el lifting.

LA MENINGITIS NO ES UNA ENFERMEDAD SINO UN SÍNDROME

Dr. Javier Pardo Moreno

Servicio de Neurología

POR DEFINICIÓN, la meningitis es una inflamación de las leptomeninges, que son las estructuras histológicas que envuelven al cerebro y la médula espinal. Sus causas son variadas y diversas, y de todas las posibles, las infecciosas son las más popularmente conocidas.

De entre las meningitis infecciosas, las de origen viral son las más frecuentes y benignas. Suelen resolverse sin secuelas y el tratamiento recomendado es la analgesia y las medidas contra la fiebre, si ésta es muy elevada. No suelen ser contagiosas y el pronóstico es excelente.

Las meningitis “crónicas” como la tuberculosa, sifilítica, la causada por hongos tienen un curso más pausado, lento, de semanas, meses o incluso años. Sin tratamiento o si no son diagnosticadas a tiempo pueden ser mortales o dejar secuelas permanentes. Afectan a pacientes con alguna enfermedad subyacente, en tratamiento inmunosupresor o con conductas de riesgo.

Las meningitis bacterianas agudas son, sin duda, las más graves y peligrosas. Son mortales el 100% sin un tratamiento adecuado y aun con éste

puede haber secuelas permanentes y discapacitantes. El curso clínico es en horas o pocos días. Pueden ser contagiosas. Los pacientes tienen una afectación severa del estado general, fiebre muy alta que no cede, dolor de cabeza, postración y pueden aparecer manchas en la piel. Estos cuadros suponen una Urgencia Médica y requieren un diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento antibiótico inmediato. Gracias a las mejoras de las condiciones socio-sanitarias, las campañas de vacunación y el fácil acceso a los servicios sanitarios estos cuadros hoy en día son excepcionales, pero no han desaparecido. Las consecuencias son dramáticas y este hecho nos obliga a los profesionales sanitarios a estar permanente alerta ante un posible caso de estas características.

MENOPAUSIA, UN NUEVO COMIENZO

Dra. Lola Pérez-Jaráiz
Servicio de Ginecología

LA MENOPAUSIA es un momento de la vida de la mujer caracterizado por el cese de la menstruación, y que inicia una etapa de la vida que se conoce como climaterio. Esta etapa representa la transición entre el período fértil y la vejez. A pesar de no ser una enfermedad, provoca, en la mayoría de las mujeres, síntomas molestos que alteran la dinámica social y laboral.

La menopausia se sitúa alrededor de los 51 años con un espectro que va de los 48 a los 54 años, y es la menopausia una etapa de la vida por la cual pasa el 90% de las mujeres. Se produce porque la mujer comienza a perder progresivamente su función ovárica y por tanto baja la producción de las hormonas femeninas, los estrógenos y progesterona.

Los principales signos y síntomas son:

Sofocos

Se manifiesta como una repentina sensación de calor y ansiedad provocando un aumento del flujo sanguíneo de la piel del cuello, cara y tórax, acompañado de sudoración y palpitaciones.

Cambio en la figura

La menopausia se relaciona con cambios metabólicos que suelen producir un incremento en la grasa corporal. La grasa corporal, que a los 20 años es del 26%, sube al 33% a los 40 años y al 42% a los 50 años.

Osteoporosis

La pérdida de masa ósea es debida a la descalcificación que sufren los huesos y que, en los casos de las mujeres, se ve intensificada por la pérdida de la acción protectora que las hormonas femeninas ejercen sobre ellos. En la actualidad, se sabe que existe una importante relación entre la disminución de la masa ósea y el riesgo de fracturas. La detección precoz de la pérdida excesiva de la masa ósea de nuestro cuerpo es de la única manera que podemos prevenir la aparición de la osteoporosis y por tanto de las fracturas. Y el método para detectarlo es la Densitometría ósea de Columna Lumbar y Fémur.

Por otro lado, con frecuencia, muchas mujeres tienden a pensar que con la menopausia su vida sexual va a cambiar empeorando sustancialmente o incluso a desaparecer. Es cierto que la falta de estrógenos a veces produce sequedad vaginal, lo que genera una vida sexual incómoda. No obstante, la falta de lubricación en el coito es fácilmente tratable.

Otras mujeres entienden que la menopausia puede conllevar una disminución de la libido o falta de apetito sexual. Sin embargo, la disminución hormonal no siempre es un factor determinante de estos síntomas, ya que una relación sexual satisfactoria depende también de factores educacionales y sociales. Por el contrario, muchas mujeres, ya libres del fantasma de un embarazo no deseado, logran vivir más plenamente su sexualidad.

LESIONES DE MUÑECA

Dr. José Tabuenca Dumortier,

Unidad Miembro Superior,

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica

LAS CAUSAS DE DOLOR en la muñeca van desde lesiones por traumatismos repetidos a esguinces, fracturas o enfermedades como la artrosis. Trocear verduras, pescar, caerse durante una actividad atlética... hay un sinfín de causas por las que te puedes hacer daño en las muñecas. De hecho, el dolor en las muñecas o en las manos está dentro de las consultas más frecuentes que se hace a un especialista en traumatología. Sin embargo, puesto que existen muchos factores que provocan dolor en la muñeca, el diagnóstico exacto de un dolor de larga evolución puede ser difícil.

La muñeca es una articulación compleja formada por ocho pequeños huesos (huesos del carpo) organizados en dos filas entre los huesos del antebrazo (radio y cubito) y los huesos metacarpianos de la mano. A través de ligamentos todos están interrelacionados carpo antebrazo y metacarpianos. Una lesión en los ligamentos, huesos o cartílago que almohadilla las articulaciones puede causar dolor y afectar a la capacidad de uso de la muñeca y mano.

El esguince es una lesión en los ligamentos (tejido fibroso que une los

huesos). Estos están compuestos de un número de fibras individuales y el grado de lesión depende del número de fibras que se lesionan y si éstos están completamente desgarrados o simplemente estirados. Suele producirse en caídas o lesiones por impacto (como parar un objeto que va a una alta velocidad). Aunque la mayoría de los esguinces son banales y curan adecuadamente, existen ligamentos potentes como el ligamento escafolunar que une escafoides y semilunar: si se daña puede ser una lesión grave que puede dejar secuelas como dolor y limitación de la movilidad si no se trata adecuadamente.

Las lesiones del cartílago indican un traumatismo grave como en el caso de esguinces graves. Asimismo, en la muñeca existe una estructura llamada *fibrocartílago triangular* que lo forma una estructura pequeña de cartílago unida por ligamentos que sirve de almohadilla entre el cubito y carpo. Este se puede lesionar cuando te caes con la mano estirada, cuando te retuercen la muñeca bruscamente, al golpear una raqueta de tenis o pádel, jugando al golf sobre todo cuando se golpea contra la alfombra de entrenamiento. El dolor es en la zona cubital de la muñeca e impide por ejemplo coger una jarra de agua.

Los tendones son cuerdas fibrosas y gruesas que anclan el músculo al hueso. La tendinitis ocurre cuando los tendones se inflaman o se irritan causando dolor e inflamación moderada. Es un problema frecuente en personas que trabajan con ordenadores. También aparece con la práctica de formas continuada de determinados deportes (golf, pádel, tenis), aun más si la técnica es inadecuada y no se estira previamente. Una tendinitis aguda se puede cronificar por mantener la actividad que provoca esa lesión dificultando la curación. Dentro de las tendinitis está la llamada tenosinovitis de De Quervain que es una inflamación de un tendón que

pasa por la muñeca y llega al pulgar. El dolor aparece en el borde radial de la muñeca. Con frecuencia se ve en nuevas madres si cogen el bebé de forma inadecuada.

Debido a que los huesos de la muñeca son pequeños y están muy unidos entre sí existe una tendencia a las fracturas. Aunque una fractura de muñeca suele ser dolorosa, es posible tener una fractura y no ser diagnosticada. Además del dolor, como síntomas puede tener inflamación, alteraciones de la coloración de la piel, capacidad limitada para mover la muñeca, crepitación a la palpación y a veces deformidad. Los huesos se rompen con más frecuencia por caídas con apoyo de la mano o tras recibir un golpe en ésta. El mismo tipo de caída puede no romper el mismo hueso. Así, en niños pueden tener fracturas tipo *rodete, en tallo verde* o a través de las zonas de crecimiento de los huesos. Los adultos pueden tener fracturas de muñeca o de huesos del carpo, sobre todo, escafoides.

Cualquier movimiento repetitivo puede provocar estrés e inflamar las articulaciones o empeorar una lesión existente especialmente cuando se sobrecarga. Esto ocurre en trabajos repetitivos como una línea de montaje, escribiendo en un ordenador o en la práctica de deportes al golpear una pelota de tenis o de golf, o tocar un instrumento. Este tipo de lesiones causan síntomas como dolor inflamación y disfunción en los músculos, articulaciones, tendones y nervios.

Una de las lesiones de muñeca más conocidas es el síndrome de túnel carpiano, que ocurre cuando el nervio mediano es comprimido a su paso por un canal estrecho (que es el túnel del carpo) en la muñeca. Pueden aparecer hormigueos o entumecimiento en la mano o dedos,

especialmente cuando coges una copa, conduces un coche o lees un periódico. También se puede presentar un dolor irradiado desde la muñeca hacia arriba por el brazo hasta el hombro o hacia abajo hasta la palma o dedos particularmente por la noche. Se puede notar una sensación de debilidad en los dedos y una tendencia a que se caigan los objetos y finalmente una pérdida de la sensibilidad constante en casos avanzados.

Otro causante de dolor de muñeca es la artrosis, que consiste en el desgaste del cartílago que sirve de almohadilla al hueso de las articulaciones. Con el tiempo la pérdida de cartílago puede causar dolor articular, inflamación y rigidez con una movilidad limitada y debilidad en la movilidad de la muñeca o dedos sobre todo el pulgar. La causa de la artrosis es desconocida, pero en otras ocasiones es consecuencia de fractura antiguas de la muñeca o de los huesos del carpo sobre todo escafoides.

En la enfermedad de Kienbock un hueso llamado semilunar deja, por una causa desconocida, de recibir sangre y el hueso lentamente muere. A veces los síntomas comienzan tras una práctica deportiva repetida o una caída, quedándose a veces en los estadios más iniciales sin diagnosticar confundándose con un esguince de muñeca. Si pasa desapercibida puede provocar una artrosis.

El ganglión es un bulto que aparece, en general, en el dorso de la muñeca aunque también puede aparecer en la cara anterior de la muñeca al lado de la arteria radial (donde cogemos el pulso). Son benignos rellenos de fluido viscoso, en ocasiones dolorosos y otras veces sin síntomas. El tamaño de éstos puede variar, desde estar prácticamente ocultos a ser molestos por su tamaño.

Existe una serie de factores de riesgo que favorecen las lesiones de muñeca como ser *sedentario* o, por el contrario, *muy activo*. *Ciertos deportes* como baloncesto, fútbol (sobre todo porteros), hockey, tenis, padel, béisbol, golf lo favorecen. También se ve en niños o adolescentes que practican *snowboard*, patinaje o monopatín; en algunas estadísticas hasta casi el 80% de gimnastas jóvenes pueden tener dolor crónico de muñeca.

La *edad* también influye, ya que en pacientes con osteoporosis o ancianos los huesos son más frágiles. Los *trabajos repetitivos* como ocurre en casi todas las actividades o profesiones en las que se trabajan con las manos puede dar dolor de muñeca (cortar el pelo, peinar, golf, tenis...). El *embarazo y lactancia* puede favorecer el desarrollo de un síndrome del túnel del carpo en el segundo y tercer trimestre del embarazo por cambios hormonales que hacen retener más líquidos aumentando al inflamación de tendones nervios etc. La *hiperlaxitud*, habitualmente en mujeres con una excesiva flexibilidad, puede provocar más lesiones en trabajos repetitivos o en accidentes. Las variaciones en la *anatomía de la muñeca* desde el nacimiento o bien tras haber tenido un traumatismo puede dar un cubito de diferente longitud (más corto o más largo) que el radio y favorecer una serie de lesiones. Por último, parece que el *tabaco dificulta* la consolidación de las fracturas.

Las lesiones de muñeca pueden dar en ocasiones problemas a largo plazo, tales como rigidez de muñeca o incapacidad para determinadas actividades. También puede aparecer artrosis o dañarse los nervios o vasos notando calambres, falta de sensibilidad o problemas circulatorios. Puede ocurrir la no curación o curación inadecuada de fracturas como la de escafoides ya que la sangre llega con dificultad a ese hueso o porque el tratamiento inicial no fue el adecuado.

El tratamiento varía ampliamente dependiendo del tipo, localización y severidad de la lesión así como la edad y salud general. Es importante entender la causa de esos síntomas antes de embarcarse en un programa de tratamiento. Si usted no está seguro del diagnóstico o las lesiones son severas debe ser evaluado por un médico antes de iniciar el tratamiento.

El método de tratamiento en casos de esguinces en los que no hay fractura ni inestabilidad es el llamado método RICE (siglas en inglés que significan reposo (“rest”), hielo (“ice”) compresión (“compresión”) y elevación (“elevation”). Las primeras 24-48 horas tras la lesión se consideran como un período crítico de tratamiento y las actividades deben de ser restringidas. El reposo de la articulación favorece la disminución de la inflamación. Gradualmente, se puede ir usando la muñeca afectada para evitar una rigidez de muñeca, siempre que la actividad no cause dolor. El empleo de una inmovilización de muñeca en las primeras fases tras el accidente puede ayudar a controlar los síntomas.

La aplicación de hielo es de uso común en las lesiones agudas. En las primeras 48 horas tras la lesión puede aplicarse sobre la muñeca afectada no más de 20 minutos cada 3-4 horas; aplicarlo más tiempo no ayuda a curar el esguince más rápido y puede dañar la piel. El paquete de hielo puede ser una bolsa de guisantes congelados, o con cubitos de hielo o una bolsa específica de frío químico que venden en las farmacias. Se debe envolver la bolsa de hielo en una toalla o similar.

La compresión ayuda en el tratamiento precoz del esguince. Se debe usar un vendaje rodeando la muñeca desde la base de los dedos hasta la parte de arriba del antebrazo cogiendo con cada vuelta de venda la mitad de la vuelta anterior. Debe comprimir pero no de forma exagerada. Así,

si en los dedos se empieza a tener dolor, se ponen fríos, violáceos o con hormigueo se debe quitar el vendaje.

En cuanto a la elevación, se debe poner la muñeca dañada más alta que el corazón, el tiempo que sea posible. Por la noche se pueden colocar almohadas debajo del brazo. A esto se asociará, si no tiene problemas gástricos, medicación antiinflamatoria de forma pautada sobre todo las primeras 48 horas, como por ejemplo ibuprofeno 600mg 1c/12h. Las infiltraciones de corticoides es una medicación potente que ayuda a tratar la inflamación en fases crónicas. Ante la falta de respuesta al tratamiento inicial mucha de estas lesiones son susceptibles de un tratamiento fisioterápico siempre bajo el control de un médico rehabilitador.

En cuanto a las lesiones graves de ligamentos, cartílago o presencia de fracturas se puede requerir inmovilización con escayola (3 a 6 semanas) o bien si es compleja o no se ha conseguido una reducción aceptable puede precisar un tratamiento quirúrgico.

En las *lesiones repetitivas* es útil inmovilizar la muñeca mediante una ortesis con dos objetivos: en primer lugar, aliviar los síntomas y, en segundo, corregir posturas o malos hábitos para evitar volver a tener la lesión. El tratamiento con hielo en la zona dolorida es de utilidad tras la actividad para ayudar a controlar la inflamación. Nunca se debe poner hielo antes de iniciar una actividad deportiva. La aplicación de calor se debe usar en lesiones crónicas para ayudar a relajar y estirar tejidos y estimular el aporte vascular o antes de participar en actividades deportivas, no después de finalizar ésta. En cuanto al síndrome del túnel del carpo, si se tiene síntomas medios a moderados es útil inmovilizar la muñeca

por la noche para aliviar hormigueos de la mano o dolor, asociado a antiinflamatorios o infiltraciones. En casos severos o si no ceden los síntomas puede precisar cirugía.

APUNTES NAVIDEÑOS
Dr. Antonio Carrillo Gómez
Servicio de Psiquiatría

MUCHO ANTES de que suene el pistoletazo de salida con el que cada año da comienzo la Navidad (para mí siempre ha coincidido con el sorteo de la lotería del día 22), venimos asistiendo al despliegue progresivo de sus decorados. Numerosas calles y avenidas (las más comerciales, claro) se llenan de miles de bombillas preparadas para inundar de luz nuestras ciudades; en los escaparates de muchos comercios aparecen los invariables símbolos navideños; y en la televisión proliferan los anuncios de cavas, perfumes y juguetes. Este adelanto en el calendario, que hace de la Navidad una estación más que unas fiestas, tiene algo de anacrónico y ficticio, pero contribuye a preparar en nosotros un especial estado de ánimo, un sentimiento singular anualmente renovado, eso que hemos convenido en llamar espíritu navideño. Y con la proximidad de la Navidad, un año más resurgen las diferencias entre sus fervientes partidarios y sus acérrimos detractores. Los primeros, instalados en el deseo dickensiano de paz y bienestar entre hombres y mujeres de buena voluntad, exaltan el carácter entrañable de esta época y destacan los buenos momentos compartidos con la familia y los amigos, la alegría contagiosa de los más pequeños, los sentimientos generosos y los genuinos deseos de felicidad y prosperidad compartidas. Los críticos con la Navidad, por el contrario, acentúan el hiperconsumismo febril y desor-

denado, los excesos alimenticios y la impostura que representa la exigencia de ser feliz. Pero tanto los amantes de la Navidad como los que abominan de ella y tan sólo desean que termine cuanto antes, difícilmente pueden sustraerse a su carácter colectivo. La Navidad (a diferencia de otras festividades) posee una cualidad unificadora que hace imposible eludir su presencia. Aunque la mayoría de nosotros aborrece sus complicaciones (agotadoras jornadas de compras, restaurantes abarrotados, atascos), todos participamos de alguna manera en su liturgia. Se trata de un asunto público que lo impregna todo y a todos nos concierne. Pero es precisamente su naturaleza global, con su exigencia de alegría, lo que hace que la Navidad sea también una época especialmente displacentera para todos aquellos que atraviesan por circunstancias personales o familiares dolorosas. El ambiente festivo general resalta la desdicha personal, los gastos excesivos y la prodigalidad parecen acentuar la pobreza de los que tienen menos, y los deseos de compartir incrementan la soledad particular. El tiempo colectivo no coincide con el tiempo individual, generando un sentimiento de exclusión de la comunidad.

Para los cristianos, la Navidad es una festividad muy importante por cuanto conmemora la venida al mundo de Jesús. Es, por tanto, en sus orígenes religiosos, una época vinculada al nacimiento y a la infancia. Y son precisamente los niños quienes más la celebran, sus más fervientes defensores; los que convierten estos días en fechas de ilusión, fantasía y magia, y los que mejor comprenden el aspecto de ficción que contiene. Es difícil imaginar una Navidad sin niños, parece que estuviera destinada para ellos. La mirada infantil es contagiosa y arrastra a los adultos quienes, por unos días, nos sentimos más cerca del niño que aún habita en nosotros, posiblemente reviviendo otras navidades pasadas. Pero el paso del tiempo trae también otros recuerdos a los que han vivido más.

Es la memoria de los ausentes, la de las personas a las que amamos, y con las que quizás compartimos otras navidades más o menos lejanas, y que ya no están con nosotros. Estas fechas son propicias para la presencia de las ausencias y eso les otorga ese halo de nostalgia y melancolía que suele envolverlas. Lo podemos comprobar en la actitud serena y un poco incrédula que observamos en los mayores, quienes parecen contemplar el espectáculo sin participar del todo en él, posiblemente más atentos a otros escenarios antiguos, a llamadas que vienen de muy lejos.

En fin, aquí estamos un año más, dispuesto cada uno a sumergirse como pueda en el ambiente navideño. Preparemos los abetos y los belenes, reunámonos con los compañeros de trabajo, con los amigos, con los familiares a los que hace tanto tiempo que no vemos, deseémonos felicidad y prosperidad, seamos generosos y desprendidos, dispongámonos a sacar por unos días lo mejor de nosotros y revivamos la ficción de los orígenes y la celebración de los comienzos. Pero intentemos salvaguardar nuestra individualidad frente a los excesos colectivos, participemos en la fiesta sin dejar que la corriente nos arrastre hacia donde no queremos ir. Aprovechemos el aspecto lenitivo de la nostalgia y, sobre todo, contribuyamos a mantener viva la ilusión de los niños equipándoles de buenos recuerdos para el futuro. Feliz Navidad.

A RATÓN CON BUEN OLFATO, NUNCA LO SORPRENDE EL GATO

Dr. Carlos Ruiz Escudero
Jefe de Otorrinolaringología

EL OLFATO ES FUNDAMENTAL para saborear una buena comida o un buen vino, disfrutar de una compañía agradable, etc. Además del ocio, es el sentido que nos permite detectar situaciones de alarma: escapes de gas, detectar alimentos podridos, etc. A esto hay que añadir aquellas situaciones de gran carga afectiva y emocional ligadas a un determinado olor (aroma que nos recuerda nuestra infancia o alguna situación especial en nuestra vida personal). Por si fuera poco, el olfato está cobrando una gran importancia en el ámbito de la investigación por su capacidad de reproducción y su posible relación con enfermedades importantes neurodegenerativas, como síntoma inicial de algunas de ellas.

¿Cómo funciona el sentido del olfato?

Las partículas odoríferas que viajan suspendidas en el aire son inhaladas a través de la nariz quedando adheridas a la capa de secreción mucosa que impregna la superficie interna nasal. Los cilios de las células olfatorias, situadas en el techo de la nariz, son los responsables de poner en contacto estas partículas con las células, provocando una serie de reacciones químicas que se transforman en un estímulo nervioso que es enviado a las zonas del cerebro encargadas de su procesamiento

¿Por qué hay unas personas que tiene más desarrollado el sentido del olfato que otras?

Al igual que las personas tenemos capacidades más o menos desarrolladas con respecto a nuestros iguales, el olfato se comporta del mismo modo. Constitucionalmente hay gente con mayor capacidad olfatoria que otra. Pero no debemos olvidar que también el olfato puede ser entrenado como otros sentidos, no solo cuantitativamente sino cualitativamente.

¿Hay diferencias entre hombres y mujeres en relación con el olfato?

No está demostrado que haya una diferencia clara de la capacidad olfatoria entre distintos sexos, sino mas bien diferencias individuales. El aumento de la capacidad olfatoria (hiperosmia) es una situación muy poco frecuente y de mecanismo no claramente conocido, el embarazo quizás sea la más frecuente, pero puede darse también en la menopausia o en alguna enfermedad del tiroides como la enfermedad de Graves-Basedow.

¿Cambia el olfato con la edad?

Como todas las capacidades del ser humano, van deteriorándose paulatinamente con el paso de los años. La atrofia de la mucosa nasal suele provocar la disminución de la capacidad olfatoria y en ocasiones de su calidad.

¿El olfato puede seguir desarrollándose como si fuese un músculo? ¿Esto ocurre con el resto de sentidos?

Todos los sentidos son susceptibles de ser “entrenados”. Un invidente desarrolla una capacidad táctil mucho más acusada que cualquier viden-

te, al igual que un enólogo posee una capacidad olfatoria más desarrollada gracias a su actividad.

¿Cuántos olores es capaz de distinguir una persona?

Aproximadamente somos capaces de percibir unos 10.000 olores, con solo unos 400 receptores. La información olfatoria se dirige hacia varias zonas cerebrales que permiten desarrollar una memoria de olores asociada de manera íntima a determinadas circunstancias, situaciones, lugares, etc. Tradicionalmente se describen 7 olores primarios para clasificar los olores: alcanforado, almizclado, floral, mentolado, etéreo, acre y pútrido. La sensibilidad a los olores puede variar con cada persona. Actualmente existen varios test utilizados por los especialistas en olfato que intentan medir la capacidad olfatoria de un sujeto para evaluar su handicap y plantear soluciones.

¿Qué hace que un olor sea agradable o no?

La actividad cerebral asociada a la percepción de los olores hace que los olores despierten en el individuo distintas sensaciones. Un olor puede percibirse como agradable dependiendo de las zonas del epitelio olfatorio estimulado y las zonas cerebrales afectadas. Los olores nos relacionan con nuestro entorno, intervienen en nuestra alimentación, nuestra vida afectiva, nuestra sexualidad. La pérdida del olfato supone una merma importante en la vida de quien lo padece.

AGENTES ANTIDIANA EN ONCOLOGÍA

Dr. Pedro Salinas Hernández
Servicio de Oncología médica

LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS con intención curativa o de mejoría de la enfermedad presentan como contrapartida la posible coexistencia con efectos adversos tales como vómitos, bajada de defensas, infecciones, etc. Con la intención de mejorar su rendimiento (mayor eficacia) y disminuir la toxicidad (o evitar aquellos fármacos no útiles) se han diseñado nuevos fármacos denominados agentes antidiana. Estos fármacos se basan en el conocimiento cada día mayor de la biología tumoral y aprovechan estas cualidades del tumor para interferir en los procesos de proliferación (crecimiento), angiogénesis (formación de vasos sanguíneos nuevos), metastatización (diseminación a distancia), etc.

Ejemplo claro de estos nuevos fármacos son la utilización de inhibidores de la enzima tirosina cinasa en el cáncer de pulmón de variedad no microcítico (adenocarcinomas, células grandes, etc) en los pacientes que presentan mutaciones (modificaciones permanentes) del receptor del factor de crecimiento epidérmico. En estos pacientes, la probabilidad de respuesta a estos nuevos fármacos (*erlotinib*, *gefitinib*) llega al 80% con una toxicidad leve (principalmente cutánea). Otro ejemplo sería la posibilidad de asociar el agente antidiana *trastuzumab* a la quimioterapia en

pacientes con cáncer de mama metastático que tienen expresión en las células tumorales del receptor HER-2, con un incremento de la tasa de respuesta del 30% frente a quimioterapia sola.

En otras ocasiones se pueden seleccionar pacientes que no van a responder a algunos tratamientos; los pacientes con cáncer de colon y mutaciones del gen K-ras tienen una probabilidad nula de responder a Cetuximab (evitando así una toxicidad innecesaria de este fármaco).

Esta “novedosa” aproximación con agentes antidiana, no lo es tanto, ya que desde hace décadas se conoce la necesidad de conocer el estado de receptores hormonales para utilizar tratamiento “antihormonas” en el cáncer de mama (o en el cáncer de próstata).

El cambio actual existente es la posibilidad de estudio y conocimiento en profundidad de las vías de señalización y proliferación celular y la creación de fármacos específicos para estas vías de señalización.

En estos momentos están en marcha cientos de ensayos clínicos con nuevos fármacos antidiana y existen datos concluyentes de su eficacia en un buen número de tumores. En los próximos años se podrán utilizar muchos más fármacos de este tipo con beneficio frente al cáncer y mejoría en la calidad de vida de los pacientes al disminuir los efectos secundarios del tratamiento.

¡CUIDADO CON LA OTITIS!

Dr. Javier Hernández Calvín
Unidad de Otorrinolaringología pediátrica.
Servicio de Otorrinolaringología

LAS ENFERMEDADES del ámbito otorrinolaringológico son el motivo más frecuente de consulta en pacientes en edad escolar en la consulta de pediatría y la causa más habitual de absentismo escolar (fundamentalmente los procesos catarrales). De todas estas enfermedades, son las relacionadas con el oído las más preocupantes para el desarrollo del niño. Aproximadamente el 80 % de los niños menores de 3 años ha sufrido una otitis al menos 1 vez en su vida, una frecuencia que disminuye paulatinamente a medida que el niño crece.

Una otitis es la inflamación del tejido que tapiza el oído medio provocando el acúmulo de exudado, y los dos síntomas más importantes son el dolor, que es el más evidente y llamativo, y la pérdida auditiva, un síntoma que si es leve puede pasar inadvertido, pues nos puede dar la sensación de que los niños simplemente están más despistados o rebeldes de lo habitual. En cualquier caso, la visita al otorrinolaringólogo debe hacerse al menor síntoma de alerta, pues se trata de un proceso tratable con muy buenos resultados que dejado a su evolución puede traer futuros problemas de audición y secundariamente del lenguaje. En general, es un problema reversible a corto plazo (fundamentalmente en las otitis agudas) y a medio plazo (otitis subagudas y crónicas) y son estas últimas las

que requieren control estricto así como aquellas situaciones en las que el problema se repite frecuentemente (otitis media aguda de repetición).

En el tratamiento de las otitis también resulta fundamental la adopción de medidas de prevención -en concreto, las destinadas a disminuir los procesos catarrales. Entre estas medidas, destacan: se debe mantener la vía respiratoria lo más despejada posible (lavados nasales, aerosolterapia); en los pacientes con sospecha alérgica (sintomatología, historia familiar) es muy importante evitar aquellos alérgenos que afecten al niño y el uso de antihistamínicos según precise por sus síntomas; el tratamiento adecuado de una otitis es básico a la hora de evitar la aparición temprana de una nueva otitis (ojo a la “automedicación paterna”); la abstención de tabaco en el medio familiar ha demostrado la disminución de los procesos infecciosos de vías respiratorias superiores e inferiores y secundariamente de las otitis infantiles (fumadores pasivos), y, finalmente, en los casos en los que el niño lleve unos drenajes timpánicos o padezca otitis externas de repetición será importante evitar la entrada de agua en los oídos (uso de tapones a medida para baño).

OSTEOPOROSIS: LA EPIDEMIA SILENCIOSA

Dr. Marco Moreno Zazo

Jefe de Reumatología

LA OSTEOPOROSIS, que es la enfermedad metabólica ósea más frecuente, se define como una “resistencia ósea disminuida que pre-dispone a una persona a un incremento de riesgo de fractura”. En España, la padecen dos millones y medio de mujeres y quinientos mil hombres, unas cifras que en el caso de las primeras supone un porcentaje del 35 % de las mayores de 50 años y del 52% en las de 70 años. Su importancia es tal que supondrá que el 15% de mujeres mayores de 50 años sufrirá una fractura de cadera a lo largo de la vida.

Es vital en esta enfermedad la comunicación médico/enfermo, pues tenemos que ser capaces de explicarla y el tratamiento a seguir, lo cual muchas veces es complicado. Y es que no hay que olvidar que estamos pidiendo al enfermo que tome una medicación durante años para una enfermedad que no produce síntomas, que no produce dolor, pero que requiere de un tratamiento continuado para poder evitar las fracturas en un futuro. Recientemente tenemos la posibilidad de saber el riesgo de fractura en los próximos 10 años mediante el índice FRAX. Hasta ahora hay estudios que demuestran que el 25% de las pacientes abandonan el tratamiento a los 7 meses de iniciarlo y un 75 % lo abandonan al año de comienzo, algo que los profesionales de la salud tenemos que tratar de evitar.

Entre los factores de riesgo que predisponen a la osteoporosis se encuentran: ser mujer posmenopáusica blanca, delgada, sin hijos y con historia familiar de osteoporosis; así como otros factores relacionados con el “estilo de vida”, como ser fumadora, que se abuse de alcohol, excesivo consumo de café y vida sedentaria.

Existen tratamientos novedosos para la osteoporosis que nos ayudan y ayudan a los enfermos a aumentar la adherencia al mismo (disminución de abandonos), tratamientos mensuales e incluso tratamientos anuales, si bien resulta fundamental la prevención y detección precoz de la enfermedad para comenzar cuanto antes con el tratamiento adecuado a cada circunstancia. En cualquier caso, es recomendable citarse con su reumatólogo, quien le explicará las técnicas de diagnóstico y tratamiento más novedosas para esta enfermedad crónica y asintomática que actúa como una especie de epidemia silenciosa.

¿CÓMO ENTENDER UN PROSPECTO?

Nerea Moyano
Jefe de Farmacia

EL PROSPECTO es la guía informativa que acompaña al medicamento. Según la normativa europea, todo medicamento debe ir acompañado obligatoriamente de un prospecto, excepto cuando toda la información exigida figure directamente en el embalaje. Es importante leer el prospecto del medicamento, aunque nos haya sido recetado por el médico, de un lado, porque en él tendremos por escrito, y a modo de recordatorio, la información que nos dio el médico; y de otro lado, porque en el caso de haber olvidado comentar al médico alguna alergia u otra información, en el prospecto encontraremos la información para saber si lo podemos utilizar o no.

Aun así recuerde que, siempre que acudimos al médico, es importante hacerle saber todos los medicamentos que utilizamos, así como alergias u otras enfermedades que se puedan tener, para que él pueda recetarnos el tratamiento más seguro para nuestro caso particular.

En el prospecto, previa a toda información, aparece detallada la composición del medicamento, tanto principio o principios activos (sustancia con actividad farmacológica) como excipientes (sustancias sin actividad farmacológica que se utilizan en la preparación de la

forma farmacéutica o medicamento). También se identifican los titulares de la autorización de comercialización y fabricación. Después, siempre encontrará esta estructura:

Qué es y para qué se utiliza

Información de la Forma Farmacéutica. En este apartado se detalla el tipo de forma farmacéutica así como su aspecto, entendiendo como forma farmacéutica el medicamento en sí. Por ejemplo, en el caso de comprimidos se explicaría la forma que tienen, color, texto que lleve grabado, etc... También se explicaría su presentación en blister (lámina de plástico transparente con cavidades en las que se alojan los comprimidos) así como el número de comprimidos contenidos en el mismo.

Información de su actividad farmacológica. Se explica el grupo terapéutico al que pertenece el principio activo, así como su mecanismo de acción, es decir, cómo actúa sobre nuestro organismo para conseguir su actividad.

Información sobre sus indicaciones. Se detallan aquellas enfermedades para las que se ha estudiado y está aprobado el uso del medicamento.

Antes de tomar

No todas las personas pueden utilizar los mismos medicamentos. Pueden existir problemas de salud o bien, que se estén utilizando otros fármacos que impidan que una persona pueda utilizar un medicamento determinado. También es posible que sea necesario tener ciertas precauciones o realizar ajustes especiales en cada persona, de ahí la importancia de no automedicarse.

Dentro de este apartado encontramos varios puntos: No tome si (aquí se enumeran las contraindicaciones del medicamento); Tenga especial cuidado si (se dan advertencias y precauciones especiales de empleo); Uso con alimentos y bebidas; se especifica si el medicamento puede tomarse con o sin alimentos, y también especificaría si puede tomar bebidas alcohólicas); Embarazo (por lo general suele estar desaconsejado el uso de medicamentos en mujeres embarazadas); Lactancia (muchos medicamentos pueden eliminarse a través de la leche materna, por lo que en esos casos se aconseja NO dar lactancia materna mientras se esté utilizando el medicamento) y Conducción y uso de máquinas (se detalla si el uso del medicamento puede afectar a la capacidad para conducir vehículos).

Cómo tomar (Posología)

En este apartado del prospecto aparecen las instrucciones de uso del medicamento. Se detallan las dosis (cantidad) que deben administrarse según la finalidad para la que se esté utilizando el medicamento. Eso sí, siempre debemos seguir la recomendación que nos haya dado nuestro médico. Si estimamos que el medicamento nos hace poco efecto, o por el contrario más del que creemos necesario, lo que NO deberemos hacer nunca es cambiar la dosis sin consultar previamente con el médico.

En ocasiones, hay medicamentos para los que se debe ajustar la dosis según vaya a ser utilizado por ancianos o por niños, o, por ejemplo, también en personas con problemas de riñón o hígado. Los medicamentos para los que sea necesario realizar estos ajustes tendrán información detallada en esta parte del prospecto, pero igualmente corresponde al médico realizar estos ajustes.

Aparte de las dosis a utilizar, también tendremos aquí la información de cómo tomarlo. Por ejemplo, nos informará si se puede o no fraccionar el comprimido, si lo tenemos que tomar de alguna forma especial. Tenga en cuenta que hay comprimidos que tienen una cubierta especial que no debe ser dañada, en esos casos nos dirán que debemos tragar el comprimido entero.

Dentro de este apartado también encontramos la información necesaria para el caso de “Si Vd. toma más del que debiera”, para el caso “Si olvidó tomar”, así como información para aquellos medicamentos con los que se deben seguir instrucciones especiales cuando hay que dejar de tomarlos.

Reacciones adversas

Cada medicamento tiene su actividad farmacológica, de la que se derivan los efectos deseados y buscados para tratar distintas enfermedades. Además de esta actividad que queremos que desarrolle, todos los medicamentos pueden producir otros efectos que se consideran “indeseados” que son lo que conocemos como efectos secundarios o reacciones adversas, y que por lo general suelen ser de intensidad leve a moderada.

En la lista de reacciones adversas de cada medicamento aparecen todos los efectos que cualquier paciente ha podido experimentar al utilizar un medicamento, ya sea durante las fases de investigación del medicamento o después de su comercialización. Lo que tiene que quedar bien claro es que las reacciones adversas a un medicamento no tienen por qué producirse en todos los pacientes, ya que pueden ser debidos a

diferentes factores propios de cada persona y otros factores como dosis de medicamento, cantidad de medicamentos utilizados al mismo tiempo, etc...

No obstante, de notar algún efecto no deseado, es importante hacérselo saber al médico lo antes posible, para que vea de qué forma puede corregirlo. Puede que crea necesario modificar la dosis o revisar si estamos utilizando el medicamento correctamente, o, incluso, que decida cambiar de tratamiento. También es importante informar al médico de las reacciones adversas ya que él, como profesional sanitario, está obligado por ley a informar a su vez a las autoridades encargadas de la farmacovigilancia.

Conservación

Aquí aparecerán detalladas las condiciones de conservación en que debe mantenerse cada medicamento. Hay medicamentos que precisarán temperaturas especiales. Es importante mantener las condiciones de temperatura y humedad recomendadas porque de lo contrario la fecha de caducidad del medicamento se verá alterada. Por supuesto se recuerda la importancia de mantener los medicamentos fuera del alcance de los niños.

Recuerde

La automedicación es una práctica irresponsable. El médico debe determinar en cada caso el tratamiento más adecuado. La comunicación con el médico es importante y necesaria para lograr un buen resultado con los tratamientos.

LA RADIOTERAPIA, UN BISTURÍ RADIATIVO CURATIVO

Dra. Elia del Cerro Peñalver
Jefe de Oncología Radioterápica

LA RADIOTERAPIA es una parte básica del tratamiento multidisciplinar del cáncer, pues es un arma que se emplea en el 60% de todos los cánceres y que resulta eficaz como tratamiento único en el 12% de todos los tumores.

Su objetivo es matar, mediante radiaciones ionizantes, a las células tumorales sin hacer daño a los tejidos sanos circundantes, lo cual ya es una realidad debido a las nuevas tecnologías aplicadas a la radioterapia.

Antes de un tratamiento con radioterapia resulta imprescindible realizar un TAC, incluso otras técnicas de imagen como un PET-TAC o una RM de simulación del tratamiento radioterápico. Así hacemos una planificación tridimensional conformacional, otras veces un plan con IMRT o Radioterapia de intensidad modulada, radiocirugía o radioterapia estereotáxica fraccionada, IGRT Radioterapia guiada por imagen o en cuatro dimensiones.

Todas estas técnicas tienen un objetivo común, que es fulminar tumores de una forma lo más selectiva posible, es como “esculpir” a los tumores

como un escultor hace con su escultura, como se hace un traje de alta costura a medida de cada paciente.

Además la alta tecnología nos permite mediante programas informáticos específicos calcular la dosis de radiación que se necesita en cada zona del tumor protegiendo a los tejidos sanos y para concluir este complejo procedimiento se precisa de un acelerador lineal de partículas de última generación.

Todos estos utensilios o herramientas deben ser dirigidos por distintos profesionales, oncólogos radioterápicos, radiofísicos hospitalarios, técnicos especialistas en radioterapia que deben trabajar formando un equipo compenetrado.

El gran reto de la radioterapia queda todavía por venir. Ya hoy en día en determinadas patologías se ofrece como alternativa a la cirugía y, sin el uso del clásico bisturí y con el avance y desarrollo de la alta tecnología, no sabemos que es lo que nos depara el futuro en el campo de la oncología radioterápica.

RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS, UN PROBLEMA DE TODOS

Dr. José Manuel Luque Pinilla

Servicio de Medicina Interna

LOS ANTIBIÓTICOS son un grupo farmacológico destinado al tratamiento de infecciones causadas por bacterias. Por lo tanto, no son eficaces para el tratamiento de infecciones producidas por otros microorganismos, como virus, hongos o parásitos. La mayor parte de las prescripciones de antibióticos en España se producen en el ámbito extra-hospitalario, que supone un 90% del total. El 85% de este consumo se destina a tratar infecciones respiratorias, que se producen fundamentalmente entre los meses de noviembre a febrero, coincidiendo con el período de máxima prevalencia de infecciones respiratorias, la mayoría de ellas virales.

En España, se han realizado diversos estudios que muestran que la gripe afecta a la prescripción de todas las familias de antibióticos en España, sobre todo betalactámicos (como la amoxicilina/clavulánico) y macrólidos (como la eritromicina, claritromicina o azitromicina). En un estudio publicado en el año 2001, España figuraba como el segundo país más consumidor de antibióticos de Europa, después de Francia. Y en un estudio europeo comparativo reciente, España se halla entre los países de Europa con mayor grado de automedicación con antibióticos

y de acopio de los mismos en el hogar. Además, diversos estudios demuestran que los niños menores de cinco años de edad son el grupo de la población que recibe más antibióticos. De hecho, otro estudio señala el 52,9% de los niños entre uno y catorce años de edad había recibido al menos un antibiótico en un solo año.

Entonces, ¿empleamos correctamente los antibióticos en España? No siempre. Incluso es habitual su uso para tratar procesos virales, lo cual carece de utilidad, somete al paciente a posibles reacciones alérgicas y efectos adversos y, además, conseguiremos que este antibiótico elimine las bacterias sensibles para favorecer el crecimiento de la población bacteriana resistente y su posible diseminación posterior. Por ello, el consumo irresponsable de antibióticos afecta no sólo al individuo, sino también a la comunidad. Está bien documentada la relación causal entre el uso inadecuado de antibióticos y la aparición de resistencias a éstos. Con frecuencia, la resistencia a antibióticos afecta a varias familias de los mismos (resistencia múltiple), lo cual disminuye las opciones terapéuticas alternativas.

¿Qué podemos hacer para evitar la resistencia a antibióticos?

Evite la automedicación. La presencia de fiebre no necesariamente indica infección por bacterias. Consulte con su médico.

Cuándo le prescriban antibióticos, no disminuya las dosis ni la duración del tratamiento. Estas circunstancias favorecen la aparición de resistencias.

Nunca recomiende antibióticos a otras personas. Sólo el médico está

capacitado para decidir si los antibióticos están indicados en esa persona, así como el tipo de antibiótico, la dosis y la duración del tratamiento.

¡Vacúnese! Siga las indicaciones de las autoridades sanitarias en lo referente al calendario de vacunación infantil y las campañas de vacunación de adultos. Con ello descende el número de enfermedades febriles que pudieran propiciar el consumo de antibióticos.

EL SÍNDROME POSTVACIONAL

Dr. José Luis Martínez Fernández

Jefe de Psiquiatría

EN GENERAL, al hablar de Síndrome postvacacional (spv) nos estamos refiriendo a un conjunto de manifestaciones básicamente de carácter emocional y conductual que guardan cierta homogeneidad o relación entre sí y que se producen en un contexto o situación determinada. El spv sería, por tanto, una reacción o respuesta a la vuelta de las vacaciones, al día a día, al tajo. En la mayoría de los casos esa respuesta, de existir, no es sino una toma de conciencia con la realidad próxima: el trabajo, la casa, los vecinos, los amigos de siempre, la rutina. En estos casos no pasa de un mero malestar subjetivo, cierta tristeza transitoria o añoranza por lo dejado atrás. Ni que decir tiene que ello va a depender del contraste entre lo vivido durante esas vacaciones y lo que dejamos atrás cuando nos marchamos. Si nos hemos aburrido o nuestras vacaciones han sido un fiasco, puede que *la vuelta* resulte una liberación o algo anhelado y por tanto no hay spv. Si al contrario, hemos tenido unas vacaciones fantásticas y el entorno al que volvemos estaba hecho una pena cuando salimos por piernas... pues es probable que presentemos algún tipo de trastorno. Pero también puede suceder al contrario, que nos dé gas suficiente para que veamos con otra luz lo que dejamos y afrontemos esos problemas o conflictos olvidados con un nuevo optimismo.

He aquí porqué no podemos hablar de un spv, porque al hacerlo entendemos, intuitivamente, que es algo general, que nos tiene que pasar necesariamente o que le pasa a la mayoría de la gente cuando no es así. ¿Entonces, qué sucede? Pues algo muy simple, que en gran parte, el que presentemos alguna alteración nada más volver de vacaciones depende en gran medida de factores individuales, de actitudes ante las cosas o situaciones, de formas de ser, y de factores imprevistos o circunstanciales.

Algunas veces, no obstante, sí que nos podemos encontrar con alteraciones más serias. Entre éstas, podemos encontrar estados depresivos de cierta intensidad, episodios de ansiedad, trastornos somáticos diversos, irritabilidad, hostilidad, conductas impulsivas o consumo de alcohol u otras drogas. No es infrecuente que tras el periodo vacacional algunos acudan a su médico habitual buscando la baja laboral. Estos casos suelen ser los más patológicos y nos dicen que hay algo más que una mera vuelta al trabajo o al hogar. Nos hablan de un conflicto, probablemente de personalidades rígidas con fuerte problemas de adaptación, o de un trastorno psiquiátrico preexistente y desencadenado o agravado ante la exigencia y tensión emocional del regreso.

El líneas generales el llamado spv, cuando se presenta, no es otra cosa que una respuesta al estrés, una forma de *trastorno adaptativo*, que es el concepto clínico para casos como éste y siempre y cuando adquiera cierta intensidad y malestar subjetivo. Es por ello que no necesitamos ningún concepto nuevo. El spv, sería por tanto, una forma especial de trastorno adaptativo. Si hablamos de spv nos referimos al contexto en que se produce o la casusa que lo precipita (la vuelta a casa). Si hablamos de Trastorno Adaptativo, nos estamos refiriendo a la esencia del mismo: cómo se produce, en qué consiste.

No cabe duda que la vuelta de vacaciones como el inicio de las mismas es un cambio, a veces significativo o brusco y aunque previsible, nos expone y exige un esfuerzo *adaptativo* tanto psíquico como fisiológico. Es en este proceso donde a veces se pueden producir fracasos apareciendo los síntomas que suelen ser, en la mayoría, leves y transitorios.

Para terminar podemos dar algunas recomendaciones prácticas que espero les sirvan para estas vacaciones o si no para las siguientes. No dejan de ser mero sentido común y fácilmente deducibles de lo comentado:

No salga de vacaciones a toda pastilla. Procure retrasarlas unos días o anticiparse a la salida no dejando demasiadas cosas sueltas o pendientes para la vuelta.

Por la misma razón, no regrese el último día. Deje algún día para aclimatarse en casa y vaya preparando las tareas pendientes o tomando algún contacto con amigos, compañeros, etc. Tanto más si se le atragantan los cambios fácilmente.

Tome algún interés en saber cómo van las cosas antes de incorporarse a su trabajo o quehaceres.

Piense en hacer algo nuevo, tanto en su trabajo como en su vida.

Piense en qué puede hacer distinto.

Quizás pueda continuar realizando alguna actividad de las que iniciara durante las vacaciones. Hágalo si puede.

Mantenga siempre una mentalidad positiva y realista ante la vuelta, cambie todo lo que le disguste y sea factible.

Si sigue algún tratamiento tanto médico como psiquiátrico consulte con su médico sobre el régimen a seguir en vacaciones. Tenga como norma que las enfermedades no entienden de vacaciones, y no se pueden suspender los tratamientos durante la misma.

Si ha presentado algún problema previo otros años, intente averiguar la causa, y tome las medidas necesarias para corregirlas.

Y si nada le es útil... ¿qué tal si piensa en las próximas vacaciones?

EL CANSANCIO Y LA SOMNOLENCIA
DURANTE EL DÍA PUEDEN SER EXPRESIÓN
DE ENFERMEDADES DEL SUEÑO

Dr. Juan A. Pareja Grande

Unidad de Sueño. Servicio de Neurología

DORMIR POCO, despertarse muchas veces, dormir mucho, tener sueño durante el día, roncar, caerse de la cama, gritar, moverse agitado por la noche, no son situaciones normales sino que suelen indicar diversas enfermedades del sueño. En particular, los trastornos que cursan con somnolencia diurna perturban seriamente la calidad de vida y algunos de ellos pueden incluso incrementar el riesgo de padecer determinadas enfermedades importantes e incluso aumentar la mortalidad.

La somnolencia diurna (hipersomnia) impide el mantenimiento de la atención y concentración, dificulta las relaciones familiares y sociales y menoscaba el rendimiento laboral. La hipersomnia ocasiona además cefaleas, impotencia, depresión, amnesia o deterioro intelectual, que impactan obviamente en la calidad de vida de los pacientes. Finalmente, la somnolencia puede tener consecuencias graves, incluso letales, cuando directamente ocasiona accidentes domésticos, de tráfico o laborales.

La somnolencia al volante ocasiona efectos trágicos similares a la conducción bajo los efectos del alcohol, sin embargo legalmente la consideración es distinta a pesar de que ambas circunstancias disminuyen

peligrosamente la atención y los reflejos de los conductores, o responsables del control de grandes maquinarias (conductores de metro y autobuses, pilotos, capitanes de barco, controladores aéreos u operarios de mantenimiento de centrales nucleares o empresas químicas). La somnolencia en el trabajo contribuyó, al menos en parte, al 30-90% de los desastres industriales incluyendo casos memorables como Chernobyl, Exxon Valdez, Bopal y Challenger.

Es evidente que los empleados afectos de asma, diabetes o diversas minusvalías físicas no son despedidos por padecer estas alteraciones. Sin embargo, empleados que muestran hipersomnia o incluso caen dormidos en circunstancias inapropiadas, son considerados aburridos, perezosos, descuidados e indolentes y consecuentemente son despreciados, minusvalorados o despedidos. En el mejor de los casos, sus carreras profesionales se ven interrumpidas por la deplorable imagen que merecen a sus superiores. Sin embargo, estas personas padecen una enfermedad como cualquier otra, sólo que la sintomatología es probablemente ignorada por los propios sujetos y sobre todo es incomprendida socialmente.

Los trastornos que cursan con somnolencia diurna en adultos suelen tener manifestaciones distintas en los niños, en los que es poco frecuente la somnolencia diurna y muy común el bajo rendimiento escolar la hiperactividad, irritabilidad e incluso agresividad. Además puede observarse un retraso de crecimiento que se recupera si se corrige la alteración del sueño nocturna.

Causas frecuentes de cansancio y somnolencia diurna

El síndrome de apnea del sueño, la narcolepsia, la hipersomnia

idiopática (de causa desconocida) y el insomnio son las causas más frecuentes de somnolencia excesiva diurna. Además, determinados hábitos nocivos como horarios de sueño desordenados o caóticos, y el consumo de determinadas sustancias como alcohol o estimulantes pueden disminuir o fragmentar el sueño nocturno.

Los pacientes afectos de apnea del sueño son roncadores y los familiares observan pausas respiratorias mientras duermen. Este trastorno incrementa el riesgo de padecer hipertensión arterial, infarto de miocardio y enfermedades vasculares cerebrales. El tratamiento en adultos se realiza con dispositivos mecánicos denominados CPAP. En los niños, el trastorno puede corregirse fácilmente mediante la extirpación de las amígdalas y/o adenoides.

La narcolepsia se caracteriza por somnolencia excesiva diurna, alucinaciones del adormecimiento, parálisis del sueño (incapacidad transitoria de moverse al despertar) y cataplejía (episodios muy breves de parálisis parcial o total, súbita, que acontecen en vigilia). La cataplejía es típicamente provocada por emociones e interfiere con la actividad, ocasiona fallos inexplicables, y puede colocar al paciente en un trance potencialmente peligroso.

Además de la somnolencia diurna, la inercia del sueño es típica de la hipersomnia idiopática, y hace que los pacientes no oigan el despertador o que sufran para abandonar la cama por las mañanas. Este fenómeno suele provocar una insoportable ausencia de puntualidad, con importantes repercusiones laborales y escolares. Tanto la narcolepsia y la hipersomnia idiopática se tratan eficazmente con fármacos.

El insomnio es la sensación de sueño inadecuado en cantidad o

calidad. El insomnio afecta al sujeto por la noche y también durante el día, cuando sufre las consecuencias del descanso insuficiente. Esto diferencia el insomnio verdadero del dormidor “corto” que precisa pocas horas de sueño, pero se siente descansado por la mañana, y plenamente operativo durante el día. El insomnio verdadero provoca cansancio y somnolencia diurna, dolorimiento corporal, irritabilidad, ansiedad y depresión. El insomnio crónico se trata con técnicas psicológicas y diversas estrategias conductuales. Solo en el insomnio transitorio, de corta duración, está indicado el tratamiento con hipnóticos.

Estudios del sueño

Las alteraciones del sueño pueden diagnosticarse fácilmente y, en general, tienen un tratamiento sencillo y eficaz. El estudio de los trastornos del sueño suele requerir la práctica de un Polisomnograma, que permite la evaluación del paciente durante el sueño registrando la actividad cerebral, respiratoria, cardíaca, motora etc. Esta técnica es cómoda y sencilla y se realiza en una habitación del hospital.

El Test de Latencias Múltiples del sueño es un complemento de la Polisomnografía que permite cuantificar la somnolencia diurna, y es decisivo para el diagnóstico de algunas de las causas de hipersomnia como la narcolepsia. La técnica consiste en la monitorización de 5 siestas de 20 minutos de duración a lo largo de la mañana y parte de la tarde.

DEJAR DE FUMAR ES POSIBLE

Dr. José María Echave-Sustaeta
Jefe de Neumología

EN ESPAÑA, fuma un 31% de la población mayor de 15 años, un 37,5% de los hombres y un 24,7% de las mujeres. Con respecto a épocas anteriores se ha producido un descenso del tabaquismo global y del tabaquismo en varones y una estabilización en las mujeres (que presentaban tendencias crecientes en encuestas previas). Por edades, el estrato con mayor tasa de fumadores tanto en varones como en mujeres se detecta entre los 35 y los 44 años, donde fuma casi el 50% de los hombres y el 40% de las mujeres.

La edad de inicio del tabaquismo en España muestra una tendencia a la disminución, y actualmente es de 13,2 años, una edad similar en ambos sexos. El 90% de los fumadores inicia el consumo antes de los 20 años, aunque en realidad la exposición pasiva al humo del tabaco empieza antes de nacer: se afirma que 1 de cada 4 embarazadas fuma de forma habitual.

El consumo de tabaco es la principal causa evitable de enfermedad, incapacidad prematura y muerte en los países desarrollados, de tal forma que es responsable de una de cada dos muertes en el grupo de edad de 35 a 69 años. En España, fallecen cada hora más de 6 personas por enferme-

dades vinculadas al tabaco, mientras que menos de 1 por accidentes de tráfico. ¿Se imagina que abrieran los telediarios del domingo noche informando que ese fin de semana han fallecido casi 500 personas por culpa del tabaco?

Dos tercios de las muertes relacionadas con el tabaco fueron debidas a 4 causas: cáncer de pulmón (29%), EPOC (20%), cardiopatía isquémica (12%) y enfermedad cerebrovascular (9%).

Se afirma que el 25% de los recién nacidos con bajo peso y el 20% de las muertes infantiles en el primer año de vida podría evitarse si las mujeres gestantes no fumaran. El tabaquismo incrementa el riesgo de infertilidad y embarazo ectópico. El tabaco materno puede duplicar el riesgo de muerte súbita del lactante.

El dejar de fumar permite obtener beneficios en la salud física y emocional desde el primer día. En los primeros días se perciben beneficios sobre la respiración, en las primeras semanas sobre la circulación, al año el riesgo de sufrir un infarto de miocardio se reduce a la mitad de un fumador y a los diez años el riesgo de sufrir cáncer de pulmón se reduce a la mitad.

Dejar el tabaco es posible, hay muchas personas que lo han conseguido. El siguiente seguro es usted. Si no es capaz de hacerlo solo, pida ayuda a su médico, en el momento actual hay tratamientos muy eficaces que facilitarán el proceso.

EL PROTAGONISMO DE LA TECNOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PROCESOS TUMORALES

Dr. Antonio Cabrera Villegas

Jefe de Medicina Nuclear

LA MEDICINA NUCLEAR, como especialidad médica interdisciplinaria que usa las propiedades físicas de los elementos químicos, desarrolla su actividad en el campo del diagnóstico por la imagen y en el tratamiento radioterápico de una gran diversidad de enfermedades.

Las diversas exploraciones convencionales de medicina nuclear, realizadas con una Gammacámara, han alcanzado en los últimos 20 años una mejor calidad y precisión con la incorporación de sistemas digitales y las mejoras de los sistemas de detección. En este sentido, la llegada de la Tomografía por emisión de Positrones (PET) ha revolucionado el área del diagnóstico por imagen desde la última década del siglo pasado, con unos sistemas de detección altamente específicos y, sobre todo, por la posibilidad de utilizar radiofármacos que permiten visualizar metabolismo y procesos celulares.

La tipificación de la lesión orgánica subyacente a una determinada sintomatología clínica es el primer paso en la elección de la estrategia terapéutica más adecuada. En el caso de los procesos tumorales, donde es imprescindible el diagnóstico precoz como única forma de establecer una terapia

con intención curativa, se hace necesaria la evaluación de los parámetros que más precozmente sufren alteraciones. En este sentido, las funciones celulares, y por consiguiente el soporte vital de la célula, dependen principalmente del metabolismo. De ahí, que los cambios iniciales en el proceso de malignización celular se produzcan a nivel bioquímico y molecular.

La PET evalúa parámetros fisiológicos y bioquímicos no accesibles mediante otras técnicas de diagnóstico por imagen. Esta “resolución biológica” de la PET permite visualizar, en vivo y de forma no cruenta, un gran número de los procesos metabólicos que acontecen a nivel celular. Mediante la PET se pueden evaluar las alteraciones metabólicas que aparecen en el inicio de la enfermedad y que en la mayoría de los casos preceden a los cambios morfológicos y estructurales que conlleva el proceso neoplásico.

Por otro lado, la digitalización de las exploraciones con el adecuado soporte informático ha permitido además fusionar imágenes de diferentes exploraciones con una alta precisión, sin esperar que aparezcan los equipos híbridos de uso clínico. Es el caso de las imágenes PET-RMN.

En los últimos 5 años han aparecido y se ha generalizado las exploraciones con equipos PET-TAC, que incorpora un tomógrafo convencional de radiaciones y permite una mejor caracterización anatómica de las lesiones visualizadas con PET. La tendencia quirúrgica hoy en día es a realizar cada vez más cirugías menos invasivas y traumáticas. Especial interés está despertando la técnica de detección del Ganglio Centinela en tumores de mama y de melanoma, mediante la localización con sondas quirúrgicas de la primera estación ganglionar de drenaje del tumor y su posterior estudio histológico.

LESIONES DEPORTIVAS DEL TENDÓN DE AQUILES

Dr. Manuel Monteagudo de la Rosa

Unidad de Cirugía de Pie y Tobillo,

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

AQUILES, el guerrero y héroe de la Ilíada de Homero, deja su nombre al tendón de Aquiles, el tendón más grueso y potente del cuerpo humano. Su nombre simboliza el valor en el combate y el ímpetu fogoso de los sentimientos, y en el caso de nuestro cuerpo es un punto clave que los practicantes del deporte tienen que vigilar.

La incidencia actual de lesiones en el tendón de Aquiles ha crecido considerablemente en los últimos años, como consecuencia del aumento de actividad deportiva en la población general, y el aumento de los deportistas “de fin de semana”. En este sentido, es curioso advertir que los años pares en los que hay Juegos Olímpicos o Mundiales de Fútbol el número de roturas de tendón de Aquiles que tratamos es casi el doble que en los años impares. El ímpetu de una sobreactividad ocasional después de ver estos acontecimientos, en un tendón no habituado al deporte, parece cobrarse un precio muy alto en estos pacientes.

El tendón de Aquiles presenta dos tipos de lesiones en un deportista: la inflamación y dolor que limita la actividad física (tendinopatía o

tendinitis) y el dolor súbito que impide bruscamente la actividad física (rotura aguda).

La *tendinitis aguda* del tendón de Aquiles habitualmente se manifiesta como un dolor sordo en la región posterior del tobillo, que no permite la actividad física previa y que limita o impide actividades de la vida diaria como las escaleras, cuestas, conducción, etc. El cuadro suele tener un inicio insidioso y lento, con dolor creciente en el curso de días o semanas. La palpación del tendón suele ser dolorosa y, en casos de larga evolución, pueden palparse nódulos debajo de la piel cuya presión es también dolorosa. El tratamiento en la fase aguda debe combinar reposo funcional, frío local, analgésicos y antiinflamatorios, y la utilización de un calzado con algo de tacón para relajar el tendón al caminar. La rehabilitación puede ser útil y permite disminuir dolor e inflamación con la combinación de terapias físicas y manuales. Con cierta frecuencia, la tendinitis puede no mejorar y cronificarse. Atendemos en nuestras consultas a pacientes que acuden con dolor de varios meses de evolución, no tratado o sin mejoría con el tratamiento de la fase aguda. En estos casos hablamos de tendinitis crónica del tendón de Aquiles.

La *tendinitis crónica* del tendón de Aquiles se manifiesta como un dolor continuo en la región posterior del tobillo de más de tres meses de evolución, que no permite la actividad deportiva y que interfiere las actividades cotidianas. El paciente suele presentar inflamación y nódulos fibrosos en el interior del tendón. El tendón degenera y se forma fibrosis —tejido doloroso al mover el tendón, con poco riego sanguíneo— que no responde a la medicación. El objetivo del tratamiento es eliminar ese tejido fibroso poco vascularizado, y permitir el crecimiento de un tejido sano no doloroso y con buen riego sanguíneo que sustituya al tejido

enfermo. Para conseguir este cambio, debe realizarse una rehabilitación específica —ejercicios excéntricos— que permita ejercitar el tendón, de manera que favorezca el reemplazo de este tejido fibroso doloroso por tejido sano. Cuando la rehabilitación no es suficiente para la mejoría, o en deportistas de élite o que precisen de una recuperación más precoz, podemos realizar una cirugía que permita el mismo objetivo, tras la cual se permite el apoyo inmediato del pie y se inicia el mantenimiento con ejercicios y rehabilitación. Los resultados son muy satisfactorios.

La lesión más invalidante del tendón de Aquiles es la *rotura aguda*. Es una lesión deportiva grave porque interrumpe la posibilidad de caminar y requiere un tiempo de reposo deportivo importante. El deportista nos cuenta que, al iniciar la carrera o cuando corría, notó un golpe brusco en la zona posterior del tobillo con la sensación de haber recibido una pedrada o una patada. Ya en el suelo, se gira y se da cuenta que no tenía a nadie detrás, percibe dolor intenso, y es incapaz de caminar. La exploración del paciente suele ser suficiente para confirmar la lesión.

En personas con muy baja demanda física, puede considerarse el tratamiento de la rotura aguda mediante la inmovilización con yeso. Esta opción la indicamos en raras ocasiones, pues tiene la desventaja del largo período de inmovilización, los problemas circulatorios, y una incidencia mayor de una nueva rotura futura. Por lo general, el tratamiento que permite mejores resultados en la rotura aguda es la cirugía, que desde hace varios años realizamos con anestesia local, sin ingreso, con mini-incisiones, y un instrumento especial que nos permite aproximar los cabos rotos del tendón y suturarlos. El paciente no puede apoyar durante las primeras

dos semanas, pero se inicia la carga de peso y la marcha durante la tercera semana. La evolución tras esta operación es satisfactoria y permite el regreso a la actividad física previa, en la gran mayoría de los casos, con una recuperación y retorno a la actividad laboral y deportiva mucho más precoz que con los métodos tradicionales de tratamiento.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dra. Carmen Ponce de León

Jefe de Trastornos de la Conducta Alimentaria

LAMAMOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) a patrones disfuncionales de comportamiento hacia la comida que han alcanzado la categoría de hábitos y tienden a mantenerse a pesar de los deseos del sujeto de corregir. Se trata de enfermedades que alteran la manera de comportarse con el alimento y de percibir el hambre y la saciedad. Aunque podemos trazar diferencias o fronteras entre Anorexia y Bulimia, frecuentemente se borran ante el paciente. De hecho, el conjunto de síntomas puede coexistir en el mismo individuo, por lo que aplicar uno u otro término a ciertos enfermos puede resultar difícil.

Más que un perfil, pues estos trastornos afectan a individuos de ambos sexos, de todas las edades y culturas, las personas afectadas comparten preocupaciones y deseos que, por otra parte están muy extendidos en nuestra sociedad. El deseo de agradar y de agradarse, la preocupación por ajustar su vida y su imagen en niveles de alta exigencia. En algunos casos, la tendencia a experimentar ansiedad y culpa.

Una vez que el trastorno se ha establecido, esas tendencias o deseos se transforman en angustia, en temor a los fallos de la propia “voluntad”. El

proceso de adelgazamiento, que muchas veces se ha iniciado bajo supervisión médica y con el beneplácito de los allegados, puede ser lento y gradual o rápidamente progresivo. A medida que disminuyen las cantidades ingeridas y crece la obsesión por no ganar peso, aumentan otras actividades relacionadas con la alimentación y el paciente se concentra en la lectura de textos sobre nutrición y adelgazamiento, colecciona recetas, prepara guisos complicados, observa cómo y qué comen los otros. Con frecuencia su régimen de vida se reduce a una monotonía compuesta por actividades académicas y ejercicio físico, con ausencia de relaciones sociales. Otras veces tienden a emprender tareas y contactos interpersonales en el afán de huir de su indefensión ante la comida y suelen abandonarlos con el sentimiento de fracaso de quien nunca alcanza sus fines.

Además, es muy común que los pacientes se culpen de su estado, que insistan en vencerlo por sí mismos, que se reprochen sus síntomas y sientan vergüenza ante sus dificultades. Actitudes de esa naturaleza dificultan la búsqueda de ayuda y el reconocimiento de padecer una enfermedad. Por ello, la confianza y el esfuerzo del paciente resultan indispensables para el éxito del tratamiento, pero debemos evitar hacer de esa premisa un absoluto. Asimismo, es importante que se acuda a un centro especializado que disponga de equipos multidisciplinares (psiquiatras, psicólogos, endocrinólogos e internistas) que estructuren los objetivos del tratamiento en Biomédicos, Psicológicos, Conductuales, y Sociales y Familiares.

LA ENFERMEDAD DE LAS VACAS LOCAS, BAJO CONTROL

Dr. Rafael Arroyo González

Jefe de Servicio Neurología

LA LLAMADA *enfermedad de las vacas locas* es una rara enfermedad de reciente aparición en el ganado vacuno, cuyos primeros casos de animales enfermos se describieron en 1986 en el Reino Unido. Los ganaderos observaban que sus vacas empezaban a tener un comportamiento muy raro y morían en pocos meses. Se estudiaron estas reses y se vio que la muerte del animal estaba causada por una enfermedad degenerativa del cerebro, que dejaba este órgano como una “esponja” y a este mal de las vacas locas se le denominó encefalopatía esponjiforme bovina. El primer caso en España en el ganado se identificó en el año 2000 en Lugo.

El hallazgo más relevante de cara a la población humana es que la enfermedad estaba originada por una proteína infecciosa denominada prión, que si se acumula de una forma anormal en el cerebro puede causar la muerte. Posteriormente se identificó esta proteína infecciosa (prión) en otros lugares fuera del cerebro de los animales enfermos: ojos, amígdalas, intestinos, bazo, huesos de la espina dorsal y en el tuétano de los huesos (médula ósea).

Saltaron por ello todas las alarmas al pensar que al tomar carne de estos animales podría el ser humano infectarse y padecer esta enfermedad

mortal. Y así sucedió. Por ello desde el año 2001, con algo de retraso, se pusieron en marcha unas normas de actuación en la Unión Europea de obligado cumplimiento. Desde entonces no es posible el contagio de esta enfermedad a los humanos al ingerir carne de vaca.

En el año 1996 se identifica así mismo en el Reino Unido la muerte de pocos pacientes de manera similar a una enfermedad ya descrita hace años que se denomina enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Estos pacientes que mueren se caracterizaban por haber ingerido carne infectada entre 5-10 años antes de contraer la enfermedad y para diferenciarla de la enfermedad antes descrita y que no se transmitía se denominó “la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob”.

Es decir “la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob” correspondería a la enfermedad de las “vacas locas en los humanos” que se padece al tomar carne de animales enfermos (antes del año 2001).

La nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Esta es una enfermedad muy rara, que está originada al ingerir carne o vísceras de ganado vacuno infectado y que padece la encefalopatía spongiforme bovina (“mal de las vacas locas”).

Está originada por la misma proteína infecciosa, el denominado prión, que se acumula en el cerebro de una forma anormal, y produce la destrucción y la degeneración de las neuronas. La enfermedad se desarrolla en pocos pacientes que ingieren esta carne y se cree que está en función de la cantidad de carne infectada y de la susceptibilidad individual de cada persona. Por ello en el Reino Unido han tenido sólo decenas de casos y en

España ha habido 3 casos comunicados hasta la actualidad (probablemente muchas personas expuestas a esta carne y muy pocos afectados).

La enfermedad en humanos tiene un período de incubación de 5-10 años, es decir hay que comer la carne mucho antes y después se desarrollan los síntomas. Los pacientes con esta nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob inician su enfermedad con síntomas como apatía, decaimiento, que al principio se puede confundir con una depresión. Posteriormente y de forma muy rápida hay un cuadro de demencia rápida (semanas o pocos meses), con dificultad para caminar, que en poco tiempo origina la muerte. El diagnóstico definitivo de esta muy rara enfermedad sólo se puede obtener en el estudio del cerebro del paciente al fallecer.

En España, el primer caso de la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob fue el de una joven en el año 2005. Posteriormente, y de ahí la alarma en estos últimos meses, se han comunicado dos nuevos casos de esta enfermedad en Castilla León, comprobados en la autopsia de los afectados. Los tres pacientes tenían que haber ingerido carne infectada, pero siempre antes del año 2001 en que se ponen todas las medidas preventivas en España con respecto al consumo de carne.

Por ello, podemos deducir que en la actualidad no existe ningún riesgo de comer carne de vaca. Las medidas preventivas que tenemos en los mataderos en España son completamente seguras y siguen escrupulosamente las directrices de la Unión Europea.

Los casos de la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (“enfermedad de las vacas locas en el humano”) han sido muy poco frecuentes (sólo 3 casos comunicados en España) y tuvieron su origen al

ingerir antes del año 2001 carne de reses infectadas. Como el período de incubación de la enfermedad es de hasta 10 años, será de esperar en los próximos 2-3 años la aparición de esporádicos nuevos pacientes de esta que creemos “enfermedad bajo control”.

LAS VACUNAS PROFILÁCTICAS FRENTE AL VPH, UN GRAN AVANCE

Dra. Alexandra Henríquez Linares

Servicio de Ginecología

UNO DE LOS HALLAZGOS más importantes sobre el origen del cáncer ha sido la asociación del virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cuello uterino, vulva, vagina y ano. Este problema es primordialmente una enfermedad de transmisión sexual y surge con la persistencia del virus a lo largo del tiempo.

Se han reconocido más de 150 tipos virales, dos de los cuales, el VPH 16 y el VPH 18, de alto riesgo oncogénico, son responsables de un 70% de los casos de cáncer de cuello de útero que se diagnostican en el mundo, mientras que los tipos 6 y 11, de bajo riesgo oncogénico, son responsables del 90% de las verrugas genitales.

El desarrollo de vacunas profilácticas frente al VPH, después de más de una década de arduas investigaciones, representa uno de los avances más importantes en la prevención primaria del cáncer de cuello de útero. Actualmente esta vacuna está indicada en adolescentes de 9-15 años y en mujeres de 16-26 años, pero, conociendo los resultados preliminares que demuestran su eficacia en mujeres de 24-45, es probable que esta vacuna sea eficaz a cualquier edad.

Se disponen actualmente de dos vacunas profilácticas frente al VPH, preparadas a partir de una proteína de la cápsula del virus, que al no contener información genética no puede infectar células ni reproducirse, ni causar enfermedad:

Bivalente: frente a los VPH 16 y 18, protección frente al cáncer de cuello de útero y lesiones de alto grado.

Tetravalente: frente a los VPH: 6, 11,16 y 18, confiere protección frente al cáncer de cuello de útero, lesiones de alto grado, lesiones vulvares, vaginales y las verrugas genitales.

El beneficio de la vacunación no se ve afectado por haber mantenido relaciones sexuales, ya que el hecho de haberlas mantenido no supone haber estado en contacto con el virus. Si una mujer ya se hubiera infectado por un tipo de HPV, también podría beneficiarse de la vacunación, ya que su protección sería frente al resto de tipos de VPH incluidos en la vacuna con los que no ha tenido aún contacto.

La vacunación parece ser segura en mujeres embarazadas, sin embargo la recomendación global es su administración tras el parto, mientras que la vacunación durante la lactancia está permitida.

Todavía falta mucho camino por recorrer, estudios por concluir, pero la protección de la vacunación frente al cáncer de cuello de útero es un hecho constatado, eficaz, seguro y que con ella esperamos prevenir una gran cantidad de cánceres ano-genitales y orofaríngeos.

DISFRUTE DE UN VERANO SALUDABLE

Dra. María Dolores Sánchez Manzano
Servicio de Medicina Interna

VERANO, VERANO... feliz estación que siempre identificamos con el calor y con el periodo maravilloso de las vacaciones que casi todos los afortunados de nuestro país suelen disfrutar, con la ilusión de que nunca se acaben. Pero para que todo sea tan idílico creo que merece la pena que hagamos unas breves reflexiones sobre los dos conceptos que hemos apuntado al principio: calor y vacaciones, dos condicionantes que determinan cambios en nuestro organismo que si manejamos con sentido común nos mantendrán alejados de la consulta de nuestro médico y podremos disfrutar de nuestro proyectos que con tanto mimo hemos elaborado en los meses anteriores.

Son ya clásicos los consejos que figuran en distintas revistas divulgativas, con acierto, sobre las actitudes que debemos respetar:

Proteger nuestro cuerpo:

Debemos recordar la necesidad de hidratarnos más que en invierno (qué buenos están los zumos, las bebidas refrescantes, la fruta de verano, nuestro gazpacho...) sobre todo si realizamos actividad física. La comida puede ser menos calórica que en invierno (no necesitamos invertir en termogénesis). Aquí la manipulación de los alimentos es

crucial, para lo que hay que evitar salsas, refrigerar los alimentos, lavar adecuadamente los alimentos crudos (es conveniente añadir 1 gota de lejía) y sobre todo, antes de comer, el lavado de nuestras manos es imprescindible para evitar infecciones intestinales en verano. Beber agua con garantía y si no, la embotellada (se hace extensivo al hielo). Los amantes de la montaña, incluidos los aguerridos resistentes a toda inclemencia, deben tratar el agua con pastillas potabilizadoras. La ropa adecuada, fresca, sobre todo el algodón y el hilo, no ceñida; las fibras de rápido secado son también correctas en los deportes más exigentes. Los horarios: no descubrimos nada nuevo, simplemente ponemos de manifiesto las costumbres de nuestros mayores y en el ambiente rural de evitar las horas centrales del día para las actividades más fuertes y respetar nuestra siesta. Importante: no debemos olvidar que sobre todo los niños y los ancianos deben respetar sus horarios habituales (de comidas, para dormir) en lo posible: evitaremos desorientaciones agitación y llanto incontenible... La piel: insistir hasta la saciedad en las cremas de protección solar aplicadas varias veces al día, sobre todo en la playa y en la montaña.

Acondicionar nuestras casas:

De esto en el Sur saben mucho: persianas, estores, ventiladores..., adaptar el aire acondicionado a una temperatura razonable.

Que lleguen las vacaciones

El tiempo libre condiciona proyectos de ocio nuevos (a veces demasiado ambiciosos, por lo que debemos evaluar nuestras posibilidades físicas) y viajes, así como la posibilidad de reanudar la convivencia con nuestra familia y amigos.

Actividades deportivas:

Plantearlas regladamente, aprender nuevos deportes con monitor. En la piscina, ese lugar de accidentes veraniegos donde los haya, debemos tener especial precaución con los niños: es importante preservar la hora para la digestión con el objeto de evitar lipotimias y vómitos; no entrar en el agua bruscamente tras la exposición solar, no dejarlos más de 15 minutos en el agua en los primeros años (los más pequeños de menos de 1 año incluso menos, pues pierden calor muy rápidamente); vigilarlos en sus salidas y entradas aunque lleven manguitos o flotador. En las piscinas públicas acostumarlos a cumplir las normas de higiene (duchas, chanclas, etc).

Viajes en coche:

Salir pronto y evitar las horas centrales; hidratarnos durante el viaje y siempre llevar con nosotros el avituallamiento por si hay algún atasco y no podemos acceder a zonas comerciales o de descanso. Llevar algún entretenimiento para los niños.

Si realizamos viajes a lugares exóticos informarnos sobre las vacunaciones y profilaxis obligatorias (www.msc.es/sanitarios/consejos/vacExt.do). Es conveniente llevar con nosotros un pequeño botiquín de farmacopea básica como Ciprofloxacino 500 mg (diarrea del viajero), Paracetamol (fiebre, analgesia habitual), Dacortin 30 mg (picaduras, urticaria), Ebastel (antihistamínico), Omeprazol (protector gástrico).

Cuidar nuestra mente:

De todos es conocido que al disponer de más tiempo libre, tenemos

oportunidad de encontrarnos con nosotros mismos e incluso lidiar con la convivencia familiar más intensamente que en el curso escolar, combinando preferencias, requerimientos y demás planes veraniegos de muy diferentes generaciones. La paciencia, el cariño y una visión siempre positiva y relativista de los pequeños problemas, nos ayudarán. Aprovechemos para esa lectura que no hemos podido realizar en invierno y para entrenar nuestras mentes en la tertulia, la dialéctica y en definitiva la comunicación.

En todo caso, no olvidemos ese hermoso párrafo de nuestro magnífico Miguel Delibes: ... *"Cada verano, los nublados se cernían sobre la llanura, y mientras el cielo y los campos se apagaban lo mismo que si llegara la noche, los cerros resplandecían a lo lejos como si fueran de plata..."*

Decálogo veraniego

- Hidratarnos por dentro y por fuera.
- Lavado de manos SIEMPRE antes de comer y tras nuestras actividades en el cuarto de baño.
- Lavar los alimentos crudos; refrigerar.
- Utilizar ropa de tejidos naturales, gorros y gafas de sol.
- Evitar las horas centrales del día para actividades físicas intensas.
- Si viajamos a países exóticos informarnos sobre las vacunaciones y las profilaxis obligatorias con antibióticos o antiparasitarios.
- Cumplir las normas de actuación en piscinas públicas y privadas.
- Adaptar nuestras casas al calor: vigilar la temperatura del aire acondicionado.

—Aprender a relajarnos en el periodo vacacional. Retomar la comunicación con familiares amigos.

—Disfrutar, disfrutar, disfrutar.

WORKAHOLIC: UN ADICTO HIPERMODERNO

Dr. Antonio Carrillo Gómez
Servicio de Psiquiatría y Salud Mental

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS venimos asistiendo a una proliferación creciente de una serie de conductas aparentemente adictivas cuyo objeto de adicción no es una sustancia química. Conocidas como adicciones comportamentales o adicciones no tóxicas, tienen en común el compartir un elemento compulsivo. El juego, algunos hábitos alimentarios, el sexo, el deporte, el consumo, el uso de nuevas tecnologías (ordenador, videojuegos, teléfono móvil, internet) y el trabajo son conductas susceptibles de convertirse en adicciones cuando el individuo pierde el control sobre las mismas, le generan dependencia y le interfieren gravemente en su vida cotidiana.

La adicción al trabajo se caracteriza por una implicación excesiva, progresiva y desadaptativa a la actividad laboral, con pérdida del control respecto a los límites de la misma e implicaciones negativas en otros ámbitos de la vida. Aunque conviene recordar que no toda dedicación intensa al trabajo es adicción, cuando el trabajo se convierte en una idea obsesiva, en el centro de la vida del individuo hasta el punto de no lograr desconectar, de encontrarse mal cuando no está trabajando y de perder todo interés por cualquier otra actividad, se transforma en una adicción genuina con importantes consecuencias negativas personales y familiares. Si bien en ocasiones la adicción al trabajo viene determinada por el deseo

de conseguir mejoras económicas y sociales o por un intento de huida de situaciones familiares conflictivas, la mayoría de los adictos poseen otras motivaciones internas más poderosas que el simple progreso social o que la evasión defensiva. Estos sujetos suelen tener una personalidad en la que destacan rasgos acusados de autoexigencia y competitividad, perfeccionismo, necesidad de admiración, reconocimiento y obediencia, temor a la pérdida de control y evitación de situaciones que impliquen un compromiso personal emocional y afectivo.

Pero no sólo existen determinantes psicológicos en la génesis de este tipo de adicción (y de las adicciones comportamentales en general). Junto a ellos, algunos cambios sociales sobrevenidos en las últimas décadas constituyen el terreno abonado en el que se inscribe el individuo contemporáneo propenso a las adicciones. Tras la superación de los tiempos posmodernos con sus exigencias de hedonismo y libertad individual, asistimos a una nueva época hipermoderna en la que impera la madurez, la responsabilidad, la organización y la eficacia, sometido al imperio de la urgencia. Es en este contexto donde podemos reconocer al individuo permanentemente angustiado, absorbido por su trabajo y alejado de la vida social. Un individuo asediado por el estrés, el cansancio y la irritabilidad, propenso al insomnio y a las disfunciones sexuales, amenazado por múltiples enfermedades psicosomáticas y proclive a otras adicciones químicas. Y, paradójicamente, un individuo que, como consecuencia de todo lo anterior, verá reducido su rendimiento laboral.