

número 3
abril 2003

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

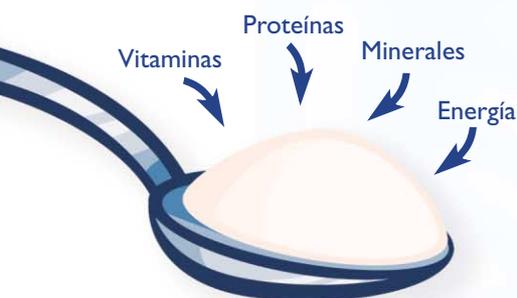
RAS

Revista de Actualidad
Sociosanitaria

en este número:

3 Editorial. **4** Cara a cara: Dra. M.^o Ángeles Treserra. Directora de la Fundación per a la Qualitat de Vida i l'Envelliment. **5** Noticias de la Escuela. **6** Sociedades y Asociaciones: Dña. M.^o Ángeles Díaz Presidenta de la CEAFA. **7** De buena fuente: ¿Influye en el paciente mental mayor la ansiedad ante la muerte? **10** Cuidemos nuestra envejecida piel. **14** El médico y los problemas psicológicos de la inmigración. **17** Tratamiento del síndrome caquexia-anorexia en el paciente terminal. **18** Formación continua sociosanitaria. **18** Calendario Sociosanitario. **19** Cuerpos y almas. **22** Así lo vivimos. **24** Avances. **26** Legislación Sociosanitaria: Autonomía y negación a recibir cuidados fuera de domicilio. **28** Al día. **29** Documentación Sociosanitaria.

Dificultades en masticar y tragar
Malnutrición
Poco apetito
Pacientes que precisan dieta triturada



RESOURCE

MIX INSTANT

Primera dieta completa hiperproteica
textura puré con ingredientes
naturales de sabor salado



Financiado
por la
Seguridad
Social *

Apto para diabéticos
Bajo en sal
Fácil preparación

5 cucharadas soperas equivalen
a un plato principal:

- ✓ 225 calorías
- ✓ 15g de proteínas
- ✓ 22g de hidratos de carbono
- ✓ 9g de grasa



Director-Editor:

Guillermo Pascual Barlés

Redactora Jefe:

M.º Pilar Torrubia Atienza

Secretario de Redacción:

Alfredo Soria Larraga

Consejo de Redacción:

Javier Perfecto Ejarque
Victoria Blasco Marco
Herminia Demiguel Laborda
Ignacio Sagardoy Valera
Rogelio Altisent Trota
Sonia Santos Lasasa
José Tappe Martínez
Néstor Flores Pérez
M.º Emilia López Mallén

Secretaría Técnica:

Coso, 46, 3º. 50004 Zaragoza
Tel./Fax. 976 232 672
E-mail: rasociosanitaria@hotmail.com

Consejo Editor:

Guillermo Pascual Barlés
M.º Pilar Torrubia Atienza
Rogelio Altisent Trota
Javier Perfecto Ejarque
Nieves Marín Espildora
José Galbe Sánchez-Ventura
M.º Teresa Delgado Marroquín

Consejo Asesor:

J. Manuel Martínez-Lage
Antonio Lobo Satué
Pedro Cía Gómez
Dolores Serrat Moré
Ernesto García-Arilla Calvo
Alejandro Tres Sánchez
Montserrat Hernández Arnedo
Javier Obis Sánchez
Manuel Sánchez Pérez

Colaboraciones:

Se admiten artículos originales para ser publicados por esta revista, cuyo contenido se acople a la temática sociosanitaria. Las normas de publicación se pueden solicitar a la Secretaría Técnica.

Edita:

Escuela Aragonesa de Cuidados de Salud.
Coso, 46, 3º. 50004 Zaragoza. Teléfono 976 232 672. Web: eacsalud.org

Maquetación e impresión:

LOS SITIOS talleres gráficos. Ávila, 17, bajos. 50005 Zaragoza.

Depósito legal: Z-1577/2002

ISSN: 1579-9549

Soporte válido: 50.06.02

RAS no se identifica necesariamente ni se hace responsable de las opiniones de los autores de los artículos publicados, ni de posibles variaciones en las programaciones anunciadas.

NR: Autorizada la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación citando la fuente.

Ejemplar gratuito.

Editorial

Escribe mi amigo José M.º, poeta a tiempo parcial: "La oscuridad del cielo nos dio en plenitud la Vía Láctea. Alumbrados por alucinaciones, éramos sombras grotescas de ajusticiados de otro mundo, señores y el bufón. Signados por el rojo sangre de la gayuba éramos arrastrados hacia el borde de la apostasía, entre alhucemas secas y morados biércoles. Pero el camino estaba allí, en el firmamento negro sin luna, perdiéndose hacia un horizonte imaginario". Este majestuoso poema, lleno de un sentimiento rayano en el optimismo de querer conocer, me encara hoy más cercanamente con el fin, con la *parca*, que al principio es tan solo un nombre, algo que de pequeños escuchamos como si fuera una exageración más de los mayores y que más tarde le vemos la cara y nos alejamos lo más posible de ella. Sin embargo, llega un momento en que se hace carne y habita en nosotros, en nuestros familiares, amigos, conocidos... pacientes, en todos aquellos a los que antes habíamos visto como eternos. Es un huésped no invitado que a modo insistente acaba haciéndose el dueño de la casa-vida.

En ocasiones, muchas-demasiadas, al profesional de apartar la muerte de la vida le resulta imposible conseguir aquello que le enseñaron: ... curar. Y se pregunta el por qué del fracaso. Y sufre... también él, intentando por todos los medios, posibles y otros imaginariamente menos posibles, evitar que se enquiste y se convierta en resentimiento lo que tan solo es parte de la vida, su hermana siamesa.

Me contaba un médico de los muchos que pasan tantas horas a la cabecera de la cama del enfermo, real o virtualmente, que esta profesión es única para sentir la soledad, la de verdad, la impuesta. El enfermo la nota, penetrantemente fría sobre un cuerpo y un alma que tan solo pide tranquilidad y paz (física o de la otra). El profesional la ve, la siente, cercanamente sufrible y sufriente... y la valora como nunca nadie la valoró antes porque la soledad es desconsoladamente imperfeccionable cuando no se elige.

Definitivamente, este trabajo en el que tantos militamos es el más rebelde de todos cuantos conozco. Se sabe cuál es el final del partido que se está jugando, incluso quién gana. No importa cuántos son los penaltis en contra, ni las faltas no pitadas; lo único que se sabe es que se ha de continuar sobre el terreno, entrenando, convenciéndose y convenciendo a los demás que lo importante es participar y mejorar ... un poco más cada día, sin temer el fracaso. Me contaron una fábula india acoplablemente bien a esta idea que intento hacer también suya al lector. Existía un ratón que le pidió a un mago que lo salvase del pánico que tenía a los gatos. El mago se mostró receptivo y lo transformó en gato. Pero al cabo de un tiempo recurrió de nuevo a él porque comenzó a tener miedo del perro. Para salvarlo, a instancias suyas, el mago lo transformó en perro; pero al pasar unas semanas como perro, temía a la pantera, y de nuevo le pidió ayuda al mago quien lo convirtió en pantera. Sin embargo, siendo pantera temía al cazador. El mago entonces lo volvió de nuevo a su primitiva condición de ratón. Extrañado entonces le preguntó el motivo de aquel cambio tan rotundo. El mago, mirándole fijamente a sus pequeños ojos le contestó "A quien tiene alma de ratón, nadie le quita el miedo...".

En esta profesión cada vez más me reafirmo en la creencia de que se es una ong andante, anónima y paradójicamente con múltiples nombres reivindicantes en forma de sanidad pública, sanidad privada o cualquiera otra en la que haya al menos un profesional de la salud, etc.... solidarizados todos con el sufrimiento, buscando los *todavía* cuando en otros tiempos pasados, no tantos, eran *noes* rotundos. Tan solo sé, porque los conozco, que los que trabajan en este *negociado* se enfrascan diariamente en mejorar la calidad de esa vida que se nos presta para devolverla con superávit durante mucho tiempo, aunque al final, siempre, sea letal por autoconsumible. Y es que en realidad lo importante es la transmisión a los demás de aquellos valores que acompañan a una vida, vistiéndola, aderezándola, convirtiéndola en... única e irrepetible, como todas. El hombre, al igual que el ratón, quiere cambiar, dejar su condición temerosa de un abandono certero de la vida, e intenta, ¡incluso creyéndose lo que no es! conseguir lo imperecedero...

Acaba interrogándose el poeta: "Antiguos espíritus se turban alrededor del misterio de nuestra vida: ¿Podremos algún día desvelar el secreto?" *

* *Hacia la mar de Ítaca. Autor: José M.º Barceló Espuis.*

Doctora M.^a Ángeles Treserra

Directora de la Fundación per a la Qualitat de Vida i l'Envel·liment



La doctora M.^a Ángeles Treserra es una neuróloga, especializada en salud pública, geriatría y gerontología, que allá por el año 1986 convenció al poder público de que la atención al enfermo con grandes dependencias, ya fueran físicas o psíquicas había que ampliarle su dignidad mediante una atención médica y social de calidad. Tal vez, sin saberlo, o seguramente sabiéndolo muy conscientemente, estaba creando lo que hoy entendemos ya casi todos como **atención sociosanitaria**, y pasó a llamarse: **Programa Vida als anys**. Aquel paso adelante fue pionero desde su comunidad, Cataluña, de una reorganización y puesta en marcha sensata de recursos que hoy en día atienden a enfermos psiquiátricos, psicogeriátricos, curas paliativas, dependencias físicas, etc. Desde entonces, la doctora Treserra ha caminado cientos de miles de kilómetros, físicos y mentales, con la finalidad de estar en donde hubiera ocasión de convencer de que "lo sociosanitario también existe", contagiando con su actividad a todo aquel que tenga poder de querer cambiar ilusión por realidad.

Hoy es la Directora de la *Fundación per a la Qualitat de Vida i l'Envel·liment*, en donde piensa en futuro, trabajando con las Nuevas Tecnologías, investigando con herramientas que todavía no existen, dedicando su esfuerzo, experiencia y tenacidad, como entonces hace 17 años, a mejorar la calidad de vida, la de todos.

■ **El concepto sociosanitario al que Ud. se dirigió con la implantación del Programa Vida als anys en 1986 ¿es el mismo que el que entendemos ahora o ha cambiado su significado?**

En 1986, el Programa iba dirigido a un colectivo menos numeroso, aunque sigue siendo aquel primigenio: mayores, pacientes psiquiátricos, drogodependencias, oncología, deficientes profundos, etc. Sin embargo, hoy el concepto aquél, aún siendo vigente, se ha ampliado todavía más. El hospital de agudos, por ejemplo, cuya misión es la de diagnóstico, pronóstico y tratamiento debe ser contemplado desde la óptica de que ha de proporcionar paso a otros pacientes que también merezcan esta distinción. Es

entonces cuando el espacio sociosanitario va a encargarse de colaborar en efectuar esta ubicación. Aquel que pueda ser integrado a su domicilio lo será, el que no lo pueda será susceptible de una unidad de convalecencia, de curas paliativas u otro tipo de recurso existente en el sistema en el que seguirá existiendo una atención directa, plurifocal aunque a un coste inferior que el de una unidad de agudos. En suma, el objetivo sustancial del concepto sociosanitario debe ser reordenar o incluso racionalizar el sistema para que sea más equitativo.

■ **¿Qué queda por hacer de aquel Programa Vida als anys?**

Yo creo que la valoración integral del paciente es un tema que requiere mucha madurez admi-

nistrativa, como también la requiere la complementariedad de dos presupuestos, dos consejerías o dos ministerios. Requiere que el modelo esté muy asentado para que tenga entidad propia, sea rápido y eficaz. Lo que resta todavía, bajo mi opinión, es la formación en la integralidad de lo sanitario y lo social para que cada uno no vea tan solo lo suyo, sino que comprendan que existe un espacio propio y de los dos. Aprecio que el sentido de pertenencia impide comprender, por ejemplo, el sentido de la cronicidad de una manera similar por todos los profesionales que intervienen en la salud del ser humano. Se habla de coordinación, cada profesional aporta lo suyo, pero no se crea algo conjunto, se interpreta continuamente y esto no es bueno para el paciente.

■ ¿A qué dedica ahora su energía?

A las nuevas tecnologías: las que existen, las que deberán desarrollarse y las que se pueden adaptar para contribuir a proporcionar más calidad, seguridad y confort. En esta visión de la que le hablo entran a formar parte: las viviendas, evidentemente el paciente, y el trabajador. Hemos de pensar que el burn-out o la sobrecarga están muy presentes en nuestro ambiente sociosanitario (esta misma revista lo contempló en el pasado número), y es inviable creer que los salarios o los ratios podrán aumentar indefinidamente. Las nuevas tecnologías contribuirán a liberar sin mermar, sino aumentar, la seguridad de la atención. Actualmente estoy desarrollando una base de datos de las tecnologías existentes identificando los niveles de dependencia específicos de cada uno de los colectivos más significados.

■ Cataluña es una comunidad en la que desde siempre la presencia del sistema público como tal ha sido escasa. Hoy es del 30%. El resto es de carácter concertado o privado totalmente. Desde su propia experiencia ¿resulta positivo?

En Cataluña el sistema mixto de atención sanitaria y sociosanitaria lo encuentro útil. Siempre que existe variedad aparece una cierta competencia que resulta positiva para conseguir ser más eficaz. Estoy a favor del sistema público encargado de fijar objetivos y hacer que se cumplan mediante la evaluación y la búsqueda de la satisfacción del usuario, ya sea en la vertiente pública, privada, concertada o cualquiera otra fórmula que se acepte. Yo estoy bastante satisfecha de cómo se hace en mi comuni-

dad. De lo único que no lo estoy tanto, es que no exista la suficiente pedagogía social. Tanto el enfermo como el profesional ha de estar dotado de criterios de actuación que le orienten a la consecución de la tan deseada equidad.

■ ¿Cuál es el futuro de la dependencia?

La dependencia ha existido, existe y existirá. Es evidente que el nivel resolutivo no es total para una persona que vive cada vez más tiempo. Se ha mejorado mucho pero existe un nivel de respuesta demasiado homogénea para grados extremadamente heterogéneos de atención. No es cuestión tan solo de hacer una ley de dependencia sino procurar que se mantenga. Debemos hablar de intensidad, calidad y coste con la finalidad puesta en responder efectivamente frente a la sostenibilidad del sistema.

Me gustaría añadir también que en la atención de esta dependencia deberá contemplarse el domicilio, adaptado, con la aportación de las nuevas tecnologías que permita al profesional más proximidad con garantías y sobre todo creando una nueva cultura de la atención, basada en la integridad del ser humano.

■ ¿Qué hace la Fundación en la que trabaja?

Fundamentalmente diseña modelos de atención sociosanitaria que exporta más tarde. Contamos con experiencias en Canarias, Baleares y otras localidades del país y desde hace dos años, como ya hemos hablado en párrafos precedentes, invertimos en nuevas tecnologías. Así diseñamos el plan piloto de, por ejemplo, los localizadores de los pacientes con demencia tipo Alzheimer que se llevó a cabo en Barcelona y Valencia.

■ La EACS viene apostando por la importancia que posee el autoacercamiento a la calidad del cuidado, ya sea desde la adquisición del conocimiento del ciudadano como por la transmisión del propio conocimiento desde la experiencia de sus miembros, todos ellos profesionales sanitarios y sociosanitarios que de una forma totalmente desinteresada vuelcan su trabajo en esta entidad. En una situación como la actual y futura en la que los recursos son y serán limitados, es deber de unos, los que gobiernan, y de otros, los que somos gobernados, admitir que la fragilidad lógica de una sociedad ha de prepararse para poder combatirla.

■ Del mismo modo, el porvenir precisa de información; de lo contrario, el responsable económico de nuestros impuestos no sabría dónde invertir equitativamente. Es por ello que esta institución colabora en actividades de formación mediante sus actividades docentes, información con la presencia personal de sus integrantes profesionales en Jornadas, Congresos, Mesas, etc. o desde un punto de vista documental con artículos en revistas científicas o con la suya propia, RAS, acercando la opinión de los profesionales de toda España que trabajan en este medio y con este tipo de profesional, el de larga evolución y cuidados continuos.

M.^a Ángeles Díaz

Presidenta de la CEAFA



María Ángeles Díaz es la Presidenta de la CEAFA (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Alzheimer y otras demencias) desde el año 2002. A su vez, es la Presidenta de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Vizcaya. Su madre, recientemente fallecida (enero 2003) fue enferma de Alzheimer durante más de diecinueve años. Sensible al lema de que "la unión hace la fuerza", M.^a Ángeles Díaz acude a cualquier punto del país, a cualquier universidad, jornada, congreso o medio de comunicación en el que haya que instar a la ciudadanía a que tan sólo con la información y el desarrollo se podrá diagnosticar tempranamente (lamentablemente no pudo serlo en el caso de su madre) y detener la rapidez evolutiva de una enfermedad que afecta ya a más de 600.000 personas en España y que mantiene a otra u otras tantas personas junto al enfermo las veinticuatro horas del día. El pasado año, siendo Presidenta de la CEAFA, formó parte de la codirección del primer Congreso Internacional sobre Alzheimer que se celebró en España y que permitió no seguir dejando indiferente al ciudadano que se muestra deseoso de mantener su calidad de vida y la de sus seres queridos.

■ **¿Son las asociaciones de familiares esenciales para que la sociedad y las instituciones sanitarias respondan adecuadamente a esta enfermedad?**

Es evidente que las Asociaciones de Familiares de Alzheimer juegan un papel esencial a la hora de sensibilizar, tanto a la sociedad en general como a las distintas autoridades sanitarias, sociales, jurídicas, etc Y es que las Asociaciones son los portavoces de las familias afectadas: promueven el conocimiento de esta enfermedad, recogen y difunden las necesidades, la desprotección y las reivindicaciones de las familias.

■ **¿Es la demencia tipo Alzheimer un problema asistencial?. Explíquenos.**

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad sociosanitaria. Es decir, debido al deterioro progresivo de las facultades físicas y mentales, estos enfermos llegan a una situación de total dependencia para poder subsistir. Por tanto, necesitan atención y cuidados de forma permanente, o sea, las veinticuatro horas del día. Lo que ha de conocerse es que el 95% de esta asistencia la está proporcionando la familia.

■ **Por qué no se crea un verdadero circuito de atención sociosanitaria para atender los cuidados que necesita el paciente?**

Dado que los cuidados que requiere un enfermo de Alzheimer implican atención sociosanitaria, las instituciones sanitarias y de asuntos sociales tienen que ponerse de acuerdo para crear un espacio mixto entre estos dos ámbitos que prevea una atención específica. Dichas instituciones han de acordar quién se encarga de qué, cómo se organiza, cómo se financia... En este sentido queda todo el trabajo por hacer.

■ **Piensa el médico en el binomio paciente-cuidador cuando atiende al paciente con demencia?**

Los familiares demandamos una mayor atención por parte del médico, ya sea el de cabecera en un primer momento, ya sea del neurólogo o de cualquier otro que intervenga en la atención del paciente. No nos conformamos con la breve visita médica en la que no nos solemos sentir escuchados ni atendidos. Por ello, pedimos apoyo, información y trato personalizado. Todo esto y mucha información más

quedó reflejado en el texto del estudio nacional que hemos efectuado desde la CEAFA en todas nuestras asociaciones en España y que presenté a la Ministra de Sanidad en el transcurso de las Jornadas que en septiembre del pasado año organizamos en Madrid.

■ **¿Ha notado mejora el cuidador continuo de pacientes con demencia tipo Alzheimer por la introducción y uso de los nuevos fármacos específicos contra Alzheimer?**

Aunque sea de una forma transitoria, puesto que sólo se aplican en las primeras fases, los fármacos han supuesto una cierta mejora en la calidad de vida de un porcentaje importante de pacientes y cuidadores. Por un lado, estos medicamentos orientados específicamente a esta enfermedad han evitado el uso de otros que producían efectos secundarios desagradables. Por otro, han permitido una cierta autonomía del enfermo durante un tiempo al ralentizar el desarrollo de la enfermedad en sus primeras fases. Ahora estamos pendientes de otro fármaco cuya orientación según se ha comentado es hacia fases más avanzadas.

¿Influye en el paciente mental mayor la ansiedad ante la muerte?

Anadie se le descubre que España es uno de los países con un índice de envejecimiento más elevado de Europa. Lo que para principios de siglo representaba el ocaso de la vida, ahora corresponde a una etapa intermedia en la evolución vital de una persona. Estamos, pues, hablando del sobrevejecimiento de la población, puesto que más de un tercio de la vejez posee más de 75 años.

M.^o Luisa Montal.
Psicóloga.
Centro de Salud Mental
La Ribera. Murcia.

La expectativa de vida futura es vista por el anciano de una manera mucho más sucinta. Hickson¹ explica que se debe no sólo a la muerte de sus conocidos sino también por la propia vivencia de que sus funciones físicas y psíquicas van mermando irremisiblemente. Sabemos que la decadencia psíquica se presenta mediante el enlentecimiento de las funciones superiores, así como por el deterioro cognoscitivo presente. La decadencia social, en muchas ocasiones, la apreciaremos por la merma económica que genera deberse ceñir a unos límites salariales en los que la precariedad acelera las patologías de soledad que acompañan al mayor.

También los trastornos de la ansiedad son frecuentes en el mayor que ve cercana por imperativo vital ve acercarse el fin de sus días. Kierkegaard² estudia magistralmente esta etapa y los define como un "malestar vago y confuso" en contraposición con el miedo en el que existe un peligro inminente, calificándola como "una escuela que enseña a la gente a afrontar la muerte y a aceptar definitivamente la condición humana".

La ansiedad ante la muerte puede pasar desapercibida en períodos de la vida del ser humano en los



que su caducidad no está comprometida. Sin embargo cuando aparece puede ocasionar verdaderos trastornos patológicos, y es en la vejez, obviamente, cuando esta frecuencia puede hacer acto de presencia con mayor intensidad por la cercanía que existe ante la desaparición física. Sin embargo, no existen demasiados estudios que avalen el conocimiento real

de este binomio ansiedad-muerte en la edad avanzada del ser humano². Se circunstanian sus resultados a variables como sexo, religión, formación profesional, etc. White³ relaciona una elevada ansiedad ante la muerte como factor predicativo de distrés psicológico y una menor satisfacción de la vida, que vendría condicionado por la presencia de tres fac-



tores: ansiedad e incluso miedo como tal a la muerte misma, lo impredecible e incontrolable que resulta ser la muerte como tal y la existencia de personas con una fácil adaptación del YO (negación y represión) que desvían la amenaza de la muerte hacia otros aspectos de la vida.

Goebel⁴ afirma que pacientes mayores institucionalizados crearían una solidificación de su bienestar psicológico si se llegase a desarrollar la integridad del YO y se generasen medidas de "agarrar" para sus pérdidas afectivas o sociales.

Otros, como Torzón y Powell hablan del beneficio que las creencias religiosas ocasionan en este tipo de pacientes⁵, fundamentalmente observados en el sexo femenino, que ordinariamente siempre se ha acercado con mayor frecuencia al mundo de la religión.

Objetivos

El estudio intenta comparar cómo aprecian la ansiedad ante la muerte dos grupos poblacionales distintos: pacientes mayores con patología mental ambulatorios e ingresados en una institución.

Se desea hallar, si los hay, los aspectos que los diferencian. Unos son pacientes mucho tiempo ingresados, con desarraigo social y familiar, y otros que con similar patología mental conviven familiar y socialmente de una manera más formal.

Material y método

Se constituyen dos grupos poblacionales de 25 cada uno, aleatoriamente elegidos, con independencia de su sexo entre un Centro de Salud Mental unos y en una Unidad de Larga Estancia de tipo psiquiátrico.

Ambos grupos se constituyeron con personas que poseían o superaban los sesenta y cinco años. Se excluyeron personas con patología somática descompensada en los últimos seis meses, presencia de importantes patologías cognitivas que condujeran a disfunciones cerebrales.

■ Se elaboró una hoja de recogida de datos en la que se incluyeran las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel formativo

- Diagnóstico/s
- Farmacoterapia utilizada
- Lugar de residencia
- Familiares o personas con los que convive (si procede)
- Años que lleva ingresado en la institución (si procede)
- Alteraciones sensoriales.

■ Se pasó el cuestionario de 28 items de Salud General de Goldberg. En ella, además de la valoración global, se obtiene información de: síntomas somáticos de origen psicológico, angustia-ansiedad, depresión, "disfunción social" en su vida diaria.

■ Escala de ansiedad ante la muerte (DAS).

■ Mini Mental State (MMS). Se despreciaban los que indicaban alteración cognitiva evidente o dudosamente evidente.

El análisis estadístico de los datos ha sido efectuado mediante el paquete RSIGMA Babel. La comparación entre los grupos se ha realizado por el análisis de varianza para un factor (ANOVA) para las variables cuantitativas, y en las ocasiones en que se ha precisado se usó la prueba de Newman-Keuls para determinar los pares discrepantes entre sí. Se utilizó también la prueba de chi cuadrado para las variables cuantitativas, cuando se precisó.

Discusión

Predomina el sexo femenino sobre el masculino debido fundamentalmente a la mayor supervivencia de la mujer sobre el hombre.

No existe gran diferencia entre la edad de los pacientes estudiados. En cuanto al estado civil, la distribución de los grupos son los esperados, de tal forma que los que están algo más desestructura-

Resultados

Grupo	A (C. Salud Mental)	B (Institución L. Estancia)
N.º Pacientes	25	25
Sexo	16 M/9 H	13 M/ 12H
Edad	70,21 ± 5,8	71,18 ± 3,2
Estado Civil	S: 8	S: 7
	C: 10	C: 4
	Sep.: 2	Sep.: 6
	Viu.: 5	Viu.: 8
Años Instt.	12,15 ± 8,30	
Nivel format.	No: 4	No: 6
	1.º: 12	1.º: 16
	2.º: 4	2.º: 2
	Sup.: 5	Sup.: 1
Alt. sensoriales	Aud.: 8	Aud.: 11
	Vis.: 7	Vis.: 6
Diagnósticos	3,4	2,8
N.º Fármacos	3,5 ± 0,9	2,8 ± 1,2
Goldberg	4,9 ± 5,6	2,3 ± 1,7 p < 0,005 ANOVA
DAS	6,2 ± 2,7	5,8 ± 3,1
MMS	48,15 ± 1,8	33 ± 1,3 p < 0,001 ANOVA

dos residen con mayor frecuencia en la institución. La misma opinión se puede poseer de lo que se refiere al nivel formativo, que aunque es bajo en líneas generales, se constata que la redistribución de los pacientes coincide con el razonamiento que ubica al individuo con mayor nivel formativo en el medio ambulatorio y al contrario.

Las alteraciones sensoriales son las tradicionales que acompañan a la senectud (hipoacusia e hipovisión leves).

En cuanto a los resultados de la Escala de Goldberg, observamos una menor puntuación en el grupo que reside en la institución, aunque se sitúan en resultados inferiores al punto de corte determinado.

Los resultados referenciados a la ansiedad dan puntuaciones más bajas en el grupo que reside en el medio hospitalario. Su explica-

ción podría ser por la capacidad de seguridad que provoca una institución frente al domicilio. Los resultados cognitivos otorgan cifras menores en el grupo hospitalario también, tal vez porque el estímulo es menor en este medio que en el domiciliario.

Conclusiones finales

- 1 El predominio de mujer sobre el hombre se orienta por la elevada frecuencia de sobrevivencia de la mujer sobre el hombre en nuestra sociedad.
- 2 El mayor número de solteros en el grupo institucional se explica por la relación que tiene con la patología psicótica de éstos y por el mayor número de estancia en el medio residencial.
- 3 La ansiedad ante la muerte parece no ser tan intensa en el medio institucional que en el

ambulatorio, contrastando con la idea que habla de lo contrario, aunque podría explicarse por la indiferencia ocasionada en el paciente psicótico.

- 4 La ansiedad ante la muerte se objetiva más por la descompensación que sufren de su propia enfermedad.
- 5 Al hablar con los pacientes mayores se constata la mayor preocupación que trasladan por el fenómeno de soledad ambiental ("pérdidas" de personas queridas) que les rodea, más que por la propia preocupación ante la muerte que se les investiga.

Bibliografía

- 1 Hickson, J.; Housley, W. F.; Boyle, C.
The relationship of locus of control, age and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons.
International Journal of aging and human development. 26 (3), 1, 191-199. 1988.
- 2 Sánchez Caro, J.; Ramos Campos, F.
Miedo y ansiedad ante la muerte.
Revista Española de Geriatria y Gerontología. 12 (2) 67-80. 1980.
- 3 White, W.; Handal; P. J.
The relationship between death anxiety and mental health/distress.
Omega, 22 (1), 13-24. 1990-1991.
- 4 Goebel, B. L. , Boeck, B. E.
Ego integrity and fear of death: A comparison of institutionalized and independently living older adults.
Death Studies, 11, 193-204. 1987.
- 5 Thorson, J. A; Powell, F. C.
Death, anxiety and religion in older male sample.
Psychological reports, 64, 995-996, 1989.

Cuidemos nuestra envejecida piel

M.^a Dolores Azúa Blanco.
Profesora de Enfermería
Geriátrica de la Escuela U. de
Ciencias de la Salud de Zaragoza.

Dr. Juan Piñol Monserrat.
Jefe de Sección de Dermatología
del Hospital Clínico Lozano Blesa
de Zaragoza.

Todos nuestros órganos envejecen al paso de los años, por un efecto de modificaciones biológicas inherentes a la edad, y la piel es, normalmente, el primer órgano en mostrar estos signos de envejecimiento. Tal hecho no sólo nos produce alteraciones de nuestra apariencia física y alteraciones de la relación social, sino también de las funciones tan importantes que tiene la piel para la homeostasis corporal. Así pues, cuidemos nuestra piel antes de que muestre signos de envejecimiento: Cuidémosla para mantener sus funciones en el mayor grado posible y durante el máximo tiempo de nuestra vida. Cuidémosla para evitar patologías. Cuidémosla para sentirnos a gusto con ella. **CUIDÉMOSLA.**

Funciones de la piel

1 Aislamiento y protección

- a** Protege a los órganos internos de traumatismos mecánicos (fricción, presión, choque.⁴), físicos (radiaciones UV., frío, calor⁴), químicos (radiaciones UV., frío, calor⁴), y biológicos (virus, bacterias...)⁴.
- b** Evita la pérdida de agua y electrolitos desde el interior⁷. La piel protege nuestro cuerpo contra la evaporación y le salvaguarda contra la desecación ⁴.

2 Termorregulación y regulación del medio interno

- a** Mediante los fenómenos de vasodilatación y de vasoconstricción.
- b** En situaciones de calor extremo la secreción sudoral ecrina nos refresca la superficie cutánea.
- c** La capa subcutánea coopera también en mantener una temperatura adecuada.

3 Sensación

El tacto, presión, dolor, prurito...⁷ y de la vibración⁴ son captados por receptores sensoriales.

4 Secreción y excreción (por conducto)⁷

Mediante las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas y las glándulas sebáceas.

5 Comunicación⁴

Las manifestaciones de regulación nerviosa, como el enrojecimiento, la palidez, la erección de los pelos, convierte a la piel en un órgano de comunicación. El olor desprendido por los componentes de algunas glándulas cutáneas está al servicio de la comunicación.

6 Absorción⁴

Posee capacidad de absorber ciertos productos, éstos ejercen su efecto bien en las diversas capas de la piel o bien a través de la red capilar cutánea.

7 Producción de Vitamina D

8 Relación social

Su comportamiento estético tan "apreciado" para determinados comportamientos patológicos.

Higiene cutánea

La finalidad de la higiene es prevenir las infecciones y evitar el olor desagradable. Para ello es indispensable el empleo de jabones que eliminen la mayor parte de las bacterias cutáneas y además ejerzan un efecto antiséptico.

El ser humano tiene necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel¹. Dado el reconocido e importante papel de la piel como barrera fisiológica y moduladora de los cambios con el medio externo, resulta evidente la importancia que tiene una correcta higiene para el mantenimiento del film hidrolipídico de la superficie y de las características fisicoquímicas de la barrera cutánea, con el fin de mantener una efectiva protec-

ción del organismo y contribuir a la prevención de patologías cutáneas³.

El mantenerse limpio, aseado y tener un aspecto saludable es una necesidad básica que se ha de satisfacer para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar¹. Preocuparse por una piel limpia, sana, íntegra y cuidada es imprescindible para protegerse de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo¹.

La reducción de la movilidad, que de manera progresiva suele darse en casi todos los seres humanos, influye de forma negativa en la satisfacción de esta necesidad, pues además la actividad física favorece la circulación y facilita la eliminación de residuos corporales por la piel, con lo que ayuda a mantenerla limpia¹. Se precisa disponer de la debida capacidad para poder ejecutar determinados movimientos específicos que conllevan los actos higiénicos¹. Del mismo modo problemas que aparecen en otras necesidades: eliminación, déficit visual... pueden interferir en la satisfacción de la higiene¹.

El estado emocional, el estado mental, convencionalismos personales, la educación familiar y social, los diseños arquitectónicos de los lugares destinados al aseo, la facilidad de disponer de elementos necesarios (agua corriente: fría y caliente, jabón...) son también factores influyentes; así como el bienestar económico.

Nuestra piel, poco a poco más senil, presenta unas características fisiológicas peculiares y por ello la higiene en la piel puede producir²:

- Acción deslipidizante.
- Modificaciones en el Ph.
- Alteraciones de la flora cutánea.
- Alteración del estrato córneo.

- Deshidratación y aumento de la TWEL (pérdida de agua transepidermica).

- Acción irritante.
- Acción sensibilizante.

Factores que afectan a la higiene

- **La imagen corporal:** Es el concepto continuamente cambiante que un individuo tiene de su propio organismo. Una persona puede verse limpia y aseada mientras que otra se considera sucia y desaseada. Esto afecta en algún grado las prácticas higiénicas⁵.

- **Socio culturales:** Estos factores influyen en las prácticas higiénicas, los recursos socio-económicos, las facilidades o dificultades materiales, las costumbres...⁵

- **Nivel de conocimientos:** El conocimiento del efecto de la apariencia personal sobre los demás, el conocimiento sobre los diferentes métodos para mantener la higiene y las implicaciones de ésta sobre la salud, alteran las prácticas personales.⁵

- **Las expectativas del grupo social de la persona:** La familia, trabajo, amigos,... afectan la higiene de la persona. Las prácticas familiares aprendidas durante la infancia, la higiene de los "héroes", las falsas creencias respecto a los desodorantes, polvos cremas... tanto por defecto como por exceso.⁵

- **El estado de desarrollo:** Las prácticas higiénicas varían mucho con el estadio individual del desarrollo (según la edad de la persona).⁵

- **Preferencias personales:** Elección de jabón, champú...⁵

- **Estado de salud:** En muchas ocasiones provoca dependencia en mayor a menor grado de otras personas.⁵



Cuidados y atenciones a la piel

Higiene personal

En principio hay que evitar todos aquellos productos o acciones que resequen la piel, tales como friegas con alcohol⁶.

Limpieza corporal adecuada :

- Baños/duchas: no deben ser diarias⁶, sólo cuando se necesiten, recordando que existen lavados parciales necesarios en determinadas personas y zonas.

Razón: El agua arrastra el manto ácido-lipídico cutáneo y de este arrastre favorece la deshidratación o sequedad cutánea y la disminución de la función de protección contra traumatismos biológicos. El excesivo lavado coopera y es por si solo un factor de deterioración del estrato córneo reduciendo los lípidos cutáneos de superficie que aseguran un grado de hidratación mínimo necesario.

- Uso de jabones o de gel no excesivamente alcalinos, ni ácidos, los mejores son los más neutros.

Razón: La flora bacteriana saprofita residente protege el tegumento cutáneo contra la contaminación de otros gérmenes como el estafilococo dorado

y otros, por lo que el uso de un jabón antiséptico de forma reiterada o abusiva puede ser perjudicial.

- Secado del cuerpo correctamente efectuando, prestando atención especial a los pequeños y grandes pliegues y procurando friccionar lo menos posible, preferentemente el secado se debe realizar por palmeo.

Razón: Evitar en lo posible el arrastre del manto ácido-lipídico. Evitar microtraumatismos cutáneos. Evitar la maceración cutánea producida por la humedad, principalmente en zonas de pliegues.

- Perfecto enjuague de toda la piel.

Razón: El buen enjuague es indispensable para evitar la alcalinización de la piel ya que esta situación aumentaría la fragilidad y permeabilidad del estrato córneo, facilitando la infección cutánea.

- Utilización de cremas hidratantes o aceites de baño.

Razón: Ayudar a la piel a una mejor conservación de la hidratación

- Uso de aceites después del baño, aplicándolos con el cuerpo aún húmedo y con ligero masaje.

Razón: Se forma una película residual sobre el cuerpo, evitando la evaporización y suavizándolo con el fin de evitar la aparición de grietas.

- Lavados capilares cada determinados días, no todos los días, con el fin de mantenerlo limpio y engrasado.

Razón: Con los lavados diarios del pelo suprimimos la grasa que se deposita en el pelo y que es necesaria para una buena conservación del mismo.

- Utilización de champús adecuados.

Razón: Mantener el pelo en las mejores condiciones.

- Utilización de cosméticos. Hidratantes...

Razón: Mantener la piel hidratada, evitando su desecación.

- Recorte de uñas tanto de las manos como de los pies: Cuando sea necesario, el línea recta, tanto de los pies como de las manos, utilizando posteriormente una lima para evitar pequeñas esquirlas.

Razón: evitar las posibles lesiones de rascado voluntario o involuntario, que conducirían a infecciones cutáneas,... Las uñas se cortan más fácilmente si permanecen introducidas, previas al corte, durante 10' aproximadamente en agua templada. Se ablandan. En caso de uñas complicadas (onigrosis... o simplemente difíciles), será aconsejable acudir al podólogo; igualmente en caso de callos, durezas... ya que todas estas situaciones, además de anti-higiénicas, predisponen a padecer alteraciones de la marcha, pudiendo acarrear problemas óseos, musculares por posiciones incorrectas, en casos realmente avanzados llegan a ser causa de inmovilidad, principalmente en personas de edad avanzada.

Higiene ambiental (casa, hogares, residencias...)

- Temperatura ambiental adecuada: ni excesivo frío ni excesivo calor.

Razón: Tanto uno como otro favorecen la deshidratación cutánea, que a posteriori se traducirá en la presencia de prurito con todos sus problemas y complicaciones.

- Humedad ambiental adecuada.

Razón: Los ambientes excesivamente secos (< 40%) favorecen la deshidratación cutánea, lo que favorece la aparición posterior de prurito con la problemática de las lesiones por rascado y por ansiedad.

- No calor localizado, no es bueno las mantas eléctricas, las bolsas de agua... en principio y utilizadas sin razón terapéutica indicada. Vigilar : Cambios de ropa nocturnos. De ropa de cama (fríos/calientes) Excesiva ropa de vestir o de cama. Mantas y elementos eléctricos, de gas... que proporcionan calor localizado.

Razón: las expuestas anteriormente.

- Evitar en lo posible las exposiciones solares (radiaciones ultravioletas) y protegerse de ellas mediante la utilización de sombreros, sombrillas, ropas adecuadas, filtros solares...

Razón: Prevenir el cáncer cutáneo.

Higiene del vestir

- Evitar el contacto directo con fibras irritantes, como la lana, nailón...

Razón: Son fibras irritantes mecánicas y provocan cambios electrostáticos de la capa fisiológica que recubre la piel, aumentando el picor.

- No utilizar ropa excesivamente ceñida.

Razón: Permitir una buena circulación sanguínea y evitar en lo posible el denominado "prurito por descompresión" que ocasionaría rascado y posibles lesiones.

- Utilizar detergentes suaves y aclarados perfectos, con aireación de la ropa.

Razón: Los productos biodegradables pueden conducir al picor por acciones enzimáticas.

- Ropa perfectamente limpia.

Razón: Por razones evidentes.

- En el anciano encamado:

- Ropa de cama suave y agradable al tacto.

- Ropa lisa y no caliente.
- Jamás arrastrar al anciano.
- Vigilancia cutánea si no es autosuficiente.
- Movilizaciones.

Higiene del trabajo y ocio

- Conocer las medidas de protección tanto para el trabajo como para el ocio.

Razón: Poder utilizarlas por conocimiento de las mismas.

- Usar correctamente las medidas de protección.

Razón: Evitar traumatismos, irritaciones... enfermedades ocupacionales.

- Mantener perfecta aireación, temperatura humedad relativa ambiental... del lugar de trabajo.

Razón: Mejorar las condiciones ambientales de estancia, cooperando de esta manera a mantener la higiene del cuerpo y la salud.

- Evitar síndromes de fatiga intelectual y el síndrome de los edificios.

Razón: Estos síndromes son causantes de diversas patologías.

- Higiene (aseo y limpieza) tras el trabajo u ocio.

Higiene de la alimentación

- Dieta adecuada (6)

Razón: Para mantener el perfecto estado del tegumento es necesario aporte por vía general de proteínas, vitaminas, minerales...

Otras medidas a tener presentes

- Corrección de patologías existentes.

Razón: En el caso de ser Patologías cutáneas las razones para esta medida son obvias.

En caso de ser patologías no cutáneas hay una gran cantidad de ellas que se reflejan a nivel cutáneo, causando problemas en la piel, por lo que la curación de estas patologías resulta imprescindible para una buena conservación a nivel cutáneo.

- Vigilancia Cutánea.

Razón: Realizando esta vigilancia podremos apreciar cualquier alteración en piel en sus comienzos, por lo que la corrección de cualquier alteración será más fácil y rápida. Es indiscutible la necesidad de una mayor vigilancia cutánea cuanto más edad tengamos, ya que se presentan modificaciones cutáneas, inherentes a la edad, favorecedoras de lesionarse la piel con mínimos traumatismos. Igualmente hay que resaltar el cuidado especial que debemos de tener en caso de encamación, por ser situaciones favorecedoras de producir "úlceras de presión"... no olvidemos que las personas de edad corren un riesgo mayor de padecer este tipo de lesiones, ya que además padecen esas dichas modificaciones cutáneas, suelen tener en número elevado problemas de incontinencia urinaria e incluso fecal, lo que favorece **a)** Disminución de la higiene en zona peri-anal y alrededores, **b)** Aumento de la humedad mantenida por la situación, **c)** Aumento del uso de agua y demás elementos de limpieza **d)** Utilización de pañales, con los problemas de que son elementos en constante contacto con el cuerpo, que contienen determinados desodorantes, antimicrobianos... y todo ello favorecer las irritaciones, escaras, úlceras... **e)** Abuso de colonias (por el olor) administradas por fricción, con lo que se favorece la deshidratación cutánea... En definitiva, la vigilancia cutánea es tremendamente importante siempre, pero aún más en determinadas ocasiones.

- No automedicarse ni por vía general ni por vía tópica.

Razón: Los fármacos no son inocuos, tienen contraindicaciones, reacciones adversas, reacciones secundarias.... que la persona en general no sabe, ni conoce, ni es su obligación. Igualmente hay fármacos que son capaces de interrelacionar con otros y producir verdaderos problemas. Estos problemas tanto a nivel general como por vía tópica pueden tener, como ocurre en muchas ocasiones, representación cutánea.

Bibliografía

- 1 García López, M.º V.; Rodríguez Ponce, C.; Toronjo Gómez, A. *Enfermería del anciano* Ed: Enfermería S 21 Ed: DAE (Grupo paradigma), Madrid, 2000.
- 2 Celleno, L.; Melchione, M.; Mastroianni, A.; Cerimele, D. *La detersione della cute nell'anziano*. En: Caputo R., Monti M., *Manuale di Dermocosmetologia Medica*. Raffaello Cortina Editore, Milan, 1995, pp 831-840.
- 3 Torres Enríquez, H. *Envejecimiento y fotoenvejecimiento cutáneos. Cuidado de la piel y terapéutica tópica*. En *Dermatología Geriátrica de Iglesias Diez L*. Ed: Grupo Aula Médica, Madrid, 1997.
- 4 Asmussen, P. D. *La Piel*. Extracto de compendio medical Ed.: BDF, Medipharm, Hamburg, 1988.
- 5 Koziar *Enfermería Profesional, Enfermería Fundamental*. Vol 2º Editorial Interamericana, Madrid, 1989.
- 6 Potter, P.A. *Valoración Física* Editorial Interamericana, Madrid, 1991.
- 7 Armijo, M.; Camavho, F. *Dermatología*. Editorial: Aula médica de Ediciones CEA, Vol 1, 1º ed., Madrid, 1987.

El médico y los problemas psicológicos de la inmigración

Marta Alda
MIR Psiquiatra.
Javier García-Campayo
Psiquiatra y Profesor
Asociado de Psiquiatría.
Universidad de Zaragoza.

Hospital Universitario
Miguel Servet Zaragoza.

"Tengo un sueño: Que mis hijos puedan vivir en un país donde no se les juzgue por el color de su piel sino por su carácter".

Martín Luther King

A principios de los años 90, se calculaba que existían más de 40 millones de refugiados en el mundo, cifra que puede haberse duplicado al final de la década. Los movimientos migratorios masivos van a constituir uno de los fenómenos socioculturales y políticos de mayor trascendencia en el siglo XXI. Actualmente, países europeos como Francia, Gran Bretaña o Portugal, presentan porcentajes de población inmigrante superiores al 10%. España, por el contrario, se ha mantenido hasta el año 2000 con tasas de inmigración inferiores al 3%. Sin embargo, el hecho de ser frontera natural con el tercer mundo, ha hecho que este problema se haya convertido en uno de los principales temas de discusión política en España.

Los inmigrantes no constituyen un grupo de población homogéneo, sino que se estructuran como una compleja amalgama de individuos con vivencias particulares, influenciados por su país de origen, la razón por la que emigraron, las condiciones de acogida en el país anfitrión, los recursos socioeconómicos de que disponen y su bagaje psicológico específico. Se tiende a distinguir dos grupos bien diferenciados:

- 1 Inmigrantes propiamente dichos, lo que implica cierto grado de libertad respecto a la decisión de abandonar su país natal, así como la posibilidad de volver a él y
- 2 Refugiados, que son individuos forzados a abandonar su país, generalmente por motivos políticos o religiosos, y cuya repatriación es imposible o peligrosa. Excepto cuando lo señalemos específicamente, en el artículo nos referiremos indistintamente a ambos grupos con el calificativo general de inmigrantes.

Los procesos de adaptación al país anfitrión y el problema de la aculturación

Todo emigrante se ve sometido a una serie de procesos de duelo, ya que va a experimentar la pérdida de elementos muy significativos en su vida como son^{1,2}:

- La familia extensa y amigos que generalmente permanecen en el lugar de origen y que constituyen su red social fundamental. En muchos casos, incluso la familia nuclear reside en el país de procedencia, con lo que la adaptación va a ser precaria.
- La "identidad nacional" que viene representada por un conjunto de circunstancias como el idioma, la cultura, la "tierra" (donde a menudo se encuentran enterrados los antepasados, con todos los aspectos religiosos y emocionales que esto conlleva)³ y el "grupo étnico" original, que permite al individuo sentirse miembro de su grupo y estructurar su individualidad en base a esta pertenencia.

- Estatus social: Los emigrantes suelen ser personas con cierto nivel de formación o habilidades, que no les son reconocidos en el país de acogida, lo que a menudo produce un descenso de estatus social.

Los antropólogos definen la cultura como "el estilo de vida total, socialmente adquirido, que incluye los modos pautados de pensar, sentir y actuar"³. Uno de los principales componentes de la cultura, los valores, son inconscientes: incluyen normas morales, conceptos sobre la vida o metas deseables a los que los individuos otorgan valencias emocionales positivas. Cada cultura posee las suyas y constituyen una parte importante de la identidad de los individuos. Cuando dos culturas entran en contacto se habla del fenómeno de la "aculturación". El inmigrante, miembro de una cultura minoritaria, debe adaptarse a la cultura mayoritaria del país de residencia. El proceso de adaptación del emigrante a la cultura del país anfitrión presenta cuatro alternativas básicas que se representan en la tabla I4-6.

Tabla I

Alternativas de adaptación del emigrante a la cultura mayoritaria del país anfitrión
INTEGRACIÓN: El individuo se maneja de forma adaptada en ambas culturas dependiendo de las personas con las que interacciona. Es la adaptación más adecuada y que menos se asocia a patología psiquiátrica.
ASIMILACIÓN: Se rechaza la cultura de origen y se adopta completamente la cultura anfitriona. Va a producir serios problemas con la familia y el entorno del país de origen, así como una sensación de "estar incompleto". A menudo, es la expectativa de los habitantes del país receptor.
SEPARACIÓN: Se niega la cultura receptora y se mantiene íntegramente la cultura de origen, pero para ello necesita aislarse en <i>ghettos</i> con escasa interacción con la cultura anfitriona.
MARGINALIZACIÓN: Los individuos rechazan ambas culturas y se convierten en marginales. La patología psiquiátrica es máxima. El prototipo de este proceso ha sido la inadaptación de los nativos americanos o de los esquimales a la cultura norteamericana y canadiense.

Son varios los factores que condicionan el proceso de adaptación:

- La semejanza de las culturas facilita la adaptación porque minimiza el choque cultural⁷. En el caso concreto de España, el choque es menor en inmigrantes de culturas occidentales y de Latinoamérica, siendo máximo en individuos de entornos asiáticos y africanos.
- La receptividad de la cultura anfitriona, que puede variar desde abierta y receptora hasta claramente xenófoba.
- La edad del individuo: Los adolescentes tienden a realizar una asimilación, negando la cultura de origen (que también es la de los padres, con los que se suele entrar en conflicto a esta edad) para parecerse más a su grupo de edad, que mayoritariamente pertenecen al país huésped. Las personas mayores son propensas a adaptarse mediante la separación, negando la nueva cultura y parapeándose en la propia. Los individuos de edades medias son

los que más fácilmente realizan procesos de integración de ambas culturas.

- La personalidad del individuo, que influencia su adaptabilidad al cambio y los mecanismos de afrontamiento a utilizar.

Los miembros de la familia se adaptan a diferentes velocidades. Así, los niños se adaptan rápidamente y, por su facilidad en adquirir el idioma y la cultura del nuevo país, pueden acabar convirtiéndose en hijos parentales y organizar la vida de la familia. Por el contrario, las personas mayores y la familia que todavía permanece en el país de origen, se convierten en la "conciencia étnica" de la familia e intentan preservar las tradiciones como una forma de identidad personal.

La salud mental de los inmigrantes

Las revisiones recientes de la literatura llegan a la conclusión de que la emigración *per se* no produciría un incremento en el riesgo de padecer enfermedades mentales, sino que dependería, al menos en parte, de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio⁸, por lo que los refugiados presentarían mayor patología que los inmigrantes como tal. También parece demostrado que la salud mental de los inmigrantes se correlaciona inversamente con la densidad étnica de su grupo en la vecindad. Es decir, cuanto más numeroso sea su grupo en esa zona, mejor salud mental van a presentar y viceversa. La razón es que a menor número de inmigrantes van a sufrir mayor discriminación y aislamiento, y carecerán de suficiente soporte social.

Respecto al momento de aparición de la psicopatología, tradicionalmente, se había defendido la existencia de un período inicial de euforia tras la llegada al país de acogida, y un posterior período de crisis psicológica. Sin embargo, este modelo

ha sido rebatido⁶⁻⁸. Actualmente, se acepta que el estrés se incrementa en el emigrante durante los primeros dos años y que, posteriormente, a lo largo del tiempo va disminuyendo hasta alcanzar los niveles normales previos. Son varias las patologías psiquiátricas que se han demostrado más frecuentes entre la población inmigrante⁶⁻⁸:

- **Trastorno por estrés postraumático.** El trastorno de estrés postraumático se define por los criterios que se resumen en la tabla II. Se considera la patología psiquiátrica más específica de este grupo de pacientes, sobre todo de los refugiados, y tiene que ver con las circunstancias de represión política y social, e incluso tortura, a la que se encuentran sometidos en su país de origen y por el efecto de las guerras. No obstante, los emigrantes no refugiados también presentan mayores tasas de este trastorno ya que experiencias como la discriminación racial, el desempleo o la relación con los oficiales de inmigración puede producirlo.

Tabla II

Trastorno de estrés postraumático
1 La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático.
2 El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos intrusos, sueños recurrentes, sentimientos de revivir la experiencia o malestar psicofisiológico intenso al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma.
3 Evitación persistente de estímulos asociados al trauma.
4 Síntomas de hiperactivación como alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia o sobresaltos.
5 Estos síntomas duran más de 1 mes y producen malestar psicológico o deterioro sociolaboral significativo.

- **Esquizofrenia y paranoia:** Negros y asiáticos son diagnosticados con más frecuencia de psicosis que los blancos en Estados Unidos. Los emigrantes jamaicanos son diagnosticados de psicosis 12 veces más que la población británica nativa, son ingresados en institu-

ciones psiquiátricas o judiciales con mayor frecuencia, evolucionan peor y reciben dosis más elevadas de neurolépticos. No se han encontrado explicaciones suficientemente satisfactorias a este fenómeno desde el punto de vista biológico. Desde una perspectiva cultural se apuntan algunas razones como:

- 1 La mayor frecuencia de creencias en aspectos religiosos y espirituales, que se relacionaría con una supuesta mayor frecuencia de alucinaciones y delirios en la población no blanca.
 - 2 La exposición continua a la discriminación y el racismo, que puede incrementar los "niveles normales de paranoia" en individuos sanos y
 - 3 Errores de diagnóstico motivados por los prejuicios de los profesionales con pacientes pertenecientes a culturas extrañas, de forma que se tiende a etiquetar como psicóticos síntomas no habituales en la cultura occidental.
- **Somatización.** Se define la "somatización" a la expresión del malestar psicológico en forma de síntomas somáticos⁹. Aunque se acepta que la somatización presenta una prevalencia similar en diferentes culturas, los emigrantes van a presentarla con más frecuencia porque, aparte de expresar malestar psicológico, los síntomas somáticos se van a emplear, por parte de los emigrantes, con otros significados simbólicos. Algunos de los más frecuentes son, por ejemplo, contestación social ante una sociedad que les rechaza o, en las mujeres, posicionamiento reivindicativo dentro de una estructura de poder familiar de tipo machista. Por otra parte, la interpretación que los emigrantes hacen de los síntomas somáticos y las explicaciones causales que les atribuyen son muy diferentes a las que realizan los pacientes occidentales.
- **Ansiedad y depresión.** Se acepta que estos pacientes presentan mayores tasas de depre-

sión y de trastornos de ansiedad que grupos con idénticas características sociodemográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona. La razón principal sería los procesos de adaptación y las dificultades ambientales ligadas a la emigración.

- **Enfermedades ligadas a la cultura.** Sin embargo, uno de los problemas más difíciles para los médicos occidentales son los denominados "síndromes asociados a la cultura". Son enfermedades no conocidas en occidente, propias de grupos étnicos o localizaciones geográficas específicas, que no se encuentran bien representadas en las clasificaciones psiquiátricas y que son difíciles de diagnosticar y tratar. Serían una de las causas que incrementan los diagnósticos erróneos de psicosis en inmigrantes. Algunos de los síndromes psiquiátricos asociados a la cultura ya descritos en España son el "koro"¹⁰ o el "ataque de nervios"¹¹. Estos cuadros es necesario remitirlos a profesionales de salud mental interesados en temas culturales.

Conclusiones

La emigración se constituye como uno de los principales fenómenos sociales del próximo siglo. Puede ser vivido como un inmenso problema del que defenderse o como una enorme oportunidad para incrementar la riqueza cultural y la tolerancia ideológica de los países occidentales. Se va asociar a malestar psicológico específico, por el propio hecho migratorio y adaptativo, así como a dificultades en la detección y tratamiento de dicho malestar por el desconocimiento de los profesionales de la salud. Por todo ello, la progresiva sensibilización de los médicos en temas culturales y de inmigración resulta imprescindible, así como el desarrollo, desde las instituciones, de programas y recursos específicos para el abordaje de este problema.

Bibliografía

- 1 García-Campayo, J. *Psiquiatría transcultural: El desafío de la psicopatología en el nuevo milenio*. C Med Psicosom 2000; 54: 5-6.
- 2 Tai-Ann Cheng, A.; Chang, J.C. *Mental health aspects of culture and migration*. Curr Opin Psychiatry 1999, 12: 217-22.
- 3 Harris, M. *Introducción a la antropología general*. Madrid. Alianza, 1987; pp. 123-126.
- 4 Ekblad, S.; Kohn, R.; Jansson, B.; *Psychological and clinical aspects of immigration and mental health*. En Clinical methods in transcultural psychiatry. SO Okpaku. Washington: American Psychiatric Press, 1998.
- 5 Trovato, F. *Suicide and ethnic factors in Canada*. Int J Soc Psychiatry 1986; 32: 55-64.
- 6 Escobar J.I. *Immigration and mental health*. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 781-82.
- 7 Furnham, A.; Bochner, S. *Social difficulty in a foreign culture: an empirical analysis of culture shock*. En: Cultures in contact: studies in cross-cultural interaction. S. Bochner (ed). Oxford: Pergamon Press, 1982.
- 8 Marsella A.J.; Bornemann, T.; Ekblad, S. *Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees*. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
- 9 García-Campayo, J.; Sanz Carrillo, C.; Montón, C. *Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores. I. Expectativas del paciente*. Med Clin (Barc) 1999; 112: 102-05.
- 10 Caballero, L.; Iruela, L.; Muñoz, P.E.; Baca E. *A propósito de un caso de Koro descrito en España*. Med Clin (Barc) 1990; 95: 519.
- 11 Salman E.; Carrasco J.L.; Liebowitz, M.; Díaz, M.; Prieto, R.; Jusino, C. et al. *Los "ataques de nervios"*. Un estudio de caracterización diagnóstica. Actas Luso-esp Neurol Psiquiatr 1997; 25: 285-89.

Tratamiento del síndrome caquexia-anorexia en el paciente terminal

De buena fuente

Suele ser bastante habitual el binomio anorexia-caquexia en la sintomatología del paciente en fase avanzada de su enfermedad terminal, siendo que se le ha llegado a calificar como *síndrome anorexia-caquexia*. En la cultura occidental es muy importante dada la importancia que representa la imagen corporal y la asociación existente entre carencia de apetito y enfermedad grave. Suele aparecer en cánceres y su frecuencia depende de la localización del mismo, siendo más observable en los que se refieren al tracto gastrointestinal superior, páncreas y pulmón.

Luis A. Sanjuán.
Adjunto del Servicio
de Oncología
del Hospital Xeral
de Lugo.

Fisiopatología

Se sabe que el mecanismo de producción principal de la caquexia son las alteraciones metabólicas provocadas por la liberación del tumor de distintas sustancias (hormonas lipolíticas) y por la producción del sistema inmune de citocinas (caquectinas, factor de necrosis tumoral en interleucinas 1 y 6) (Fig. 1)

La anorexia, pues, es un síntoma más de la caquexia y, aunque es aceptable que el aminoramiento de la ingesta calórica contribuye a ella, no es la causa exclusiva, puesto que está demostrado que las terapias de nutrición intensiva no benefician la supervivencia.

Otros factores contribuyen también a la disminución de la ingesta: alteraciones en el gusto, dolor, disfagia, estreñimiento, depresión, saciedad temprana, náuseas crónicas, etc.

en nuestro ambiente mediterráneo. Debe dejarse muy claro desde el primer instante, y más si la situación se está tratando en el propio domicilio, el mecanismo de producción del problema que estamos tratando. No se trata de que el paciente está más débil y delgado porque no come, sino que es la propia evolución de la enfermedad la que provoca la falta de apetito, la debilidad y la pérdida de peso.

Mientras se pueda y al paciente no le produzca rechazo hacerlo, ha de comer con toda la familia.

Es indiferente que la frecuencia de comidas no sea la que los demás siguen. Ha de comer cuando y lo que le apetezca, incluso los que tienen dudoso valor nutritivo. Se recomienda

usar platos pequeños con la finalidad de que no sienta agobio ver que todavía le queda mucha cantidad por ingerir.

Generalmente se toleran mejor las carnes blancas y los pescados, la leche y sus derivados y las frutas.

2 Farmacológico:

Glucocorticoides: Su uso produce efectos antianorexígenos, combate la debilidad y provoca euforia al actuar sobre el SNC. Su mecanismo de acción es desconocido aunque se cree que interfiere la liberación de mediadores del sistema inmune o del propio tumor. No obstante, su respuesta no es homogénea y si a la semana no se aprecian cambios positivos se deberá suspender. Se observa,

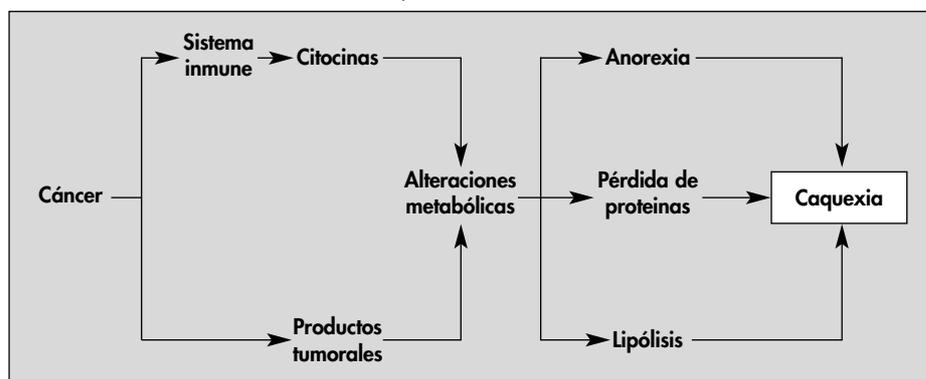
Tratamiento

1 No farmacológico:

Uno de los pilares de cualquier tratamiento reside en la comunicación, ya sea con el paciente como con su familia¹. En esta situación posiblemente tenga una importancia añadida al ser la alimentación un apartado al que se le da mucha importancia

Figura 1

Fisiopatología del síndrome caquexia-anorexia. (Tomada de Bruera, E. *ABC of palliative care. Anorexia, cachexia, and nutrition*. Br Med j 1997; 315: 1219.1222.)



además utilizarlo de forma temporal por su limitación efectiva (no más de cuatro semanas) por lo que se deberían aconsejar solamente en aquellas personas con un pronóstico de vida inferior a un mes². Los más utilizados son:

- Dexametasona: 4-6 mg. por vía oral en dosis única por la mañana.
- Prednisolona, prednisona: 15-30 mg. por vía oral en dosis única por la mañana.

Progestágenos: Han demostrado su eficacia en la anorexia, la sensación de bienestar y el estado nutricional. Su mecanismo de acción no se conoce exactamente y entre sus inconvenientes se refieren la retención hídrica y la posibilidad de provocar fenómenos tromboticos. Su uso está indicado en pacientes con tiempo de supervivencia mayor a un mes. El más utilizado es el Acetato de megestrol a dosis de 400-800 mg. /día.

Procinéticos: Al ser un grupo farmacológico cuya misión es estimular la motilidad gastrointestinal, su uso se orienta a aquellas situaciones en las que existe saciedad prematura y náuseas crónicas. Los más utilizados son:

- Metoclopramida: 10-50 mg. por vía oral 15-30 minutos antes de cada comida o 30-80 mg./24 horas cuando se utiliza la perfusión continua.
- Domperidona: 20-30 mg. por vía oral antes de las comidas.

Bibliografía

- 1 Barreto, M.P.; Espino, M.A. *La familia del paciente en fase terminal*. Medicina Paliativa 1996; 3: 18-25.
- 2 *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la SECPAL*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996.

Formación continua sociosanitaria

PRÓXIMOS CURSOS DE LA ESCUELA ARAGONESA DE CUIDADOS DE SALUD:

- **La comunicación con el paciente: o cómo atender mejor la enfermedad.** Zaragoza, del 6 al 15 de mayo de 2003.
- **Cómo manejar las emociones de forma inteligente: o cómo se traduce la inteligencia emocional.** Zaragoza, del 20 al 23 de mayo de 2003.
- **Autoestima y desarrollo personal.** Zaragoza, del 27 al 30 de mayo de 2003.

Calendario sociosanitario

- **X SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE ACTUALIZACIONES Y CONTROVERSIAS EN PSIQUIATRIA.** Barcelona 3-4 de abril. **Información:** www.gey-seco.com/controversias.htm
- **X JORNADAS DE LA SOCIEDAD ARAGONESA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA.** Zaragoza, 3,4 abril. **Información:** 976 867 311 (Srta. Herminia).
- **JORNADA DE GESTIÓN EMPRESARIAL DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS.** Madrid, 29 y 30 de abril. **Información:** Tel. 913 370 938 (Sira Santos). E-mail: ssantos@recoletos.es
- **VII CONGRESO NACIONAL SOBRE EL SIDA.** Bilbao 7-9 de mayo. **Información:** Grupo 7 Viajes. General Moscardó 32. 28020 Madrid. Tel. 915 340 540.
- **VI JORNADAS NACIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS.** Zaragoza 7-9 de mayo. **Información:** EAB. Xixilion,2, 1.º. Of.17. Pol. Sigma. 20870 Elgoibar (Guipúzcoa). Tel. 943 747 310. E-mail: eabiyc@teleline.es
- **VIII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRÍA.** Martorell 15-16 mayo. HH.HH. del Sagrado Corazón. **Información:** 937 752 200 (Sra. Josefa Sánchez). E-mail: scormart@comb.es
- **IX JORNADAS GERIÁTRICAS Y SOCIO SANITARIAS DEL PIRINEO.** Negligencias y maltrato de los mayores: Hablemos los profesionales y los agentes implicados y busquemos soluciones. La Seo de Urgel. 15, 16 y 17 de mayo. **Información:** 973 352 411. E-mail: hospital@hospseu.es
- **X CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLOGÍA.** Del 22 al 24 de mayo. Universidad de Alcalá (Escuela Politécnica). Alcalá de Henares (Madrid). **Información:** Secretaría de SEGG, Hospital de La Rioja, Avda. de Viana 1, 26001 Logroño (La Rioja) www.seegg.org. E-mail: segg@arrakis.es
- **VIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: Qué hay de nuevo.** 22 y 23 de mayo. Zaragoza. **Información:** Laboratorios Andrómaco. Tel. 913 019 300.
- **3.º EUROPEAN CONFERENCE OF PSYCHOTHERAPY.** Del 29 de mayo a 1 de junio de 2003. Hidelberg (Alemania). **Información:** AEP (Section Psychotherapy) Tel. 41 616 867 777. E-mail: info@akm.ch www.akm.ch/ae2003/
- **IX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MEDICA:** Sta. Cruz de Tenerife. 21 al 24 de junio 2003. **Información:** www.seom.org.
- **V CONGRESO EUROPEO DE GERONTOLOGIA, VI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGÍA Y XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD CATALANOBLEAR DE GERIATRIA Y GERONTOLOGÍA.** Del 2 al 5 de julio de 2003. Barcelona. **Información:** Tel.917 818 790. www.eriag.com E-mail: barcelona2003@biotour.es
- **V CONGRESO NACIONAL DE LA SECPAL.** Las Palmas de Gran Canaria 26-28 de noviembre de 2003. **Información:** Tel. 917 820 033. Fax 915 615 787

VII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRÍA.

Martorell, 15 y 16 mayo.

Contenido:

- La Demencia en países en vías de desarrollo.
- Actualización en terapéutica: nuevos antipsicóticos y antidepressivos, TEC, terapias psicológicas.
- Síntomas psiquiátricos en enfermedades neurológicas: Enfermedad de Parkinson, ACV, Corea de Huntington y Demencia.
- Maltrato en el paciente con Demencia.
- Demanda asistencial en ancianos con enfermedad mental.
- Comités ético-asistenciales y Demencia.

Información e inscripciones: Sagrat Cor. Serveis de Salut Mental (Sra. Josefa Sánchez). Avda. Conde de Llobregat, 117. 08760 Martorell (Barcelona). Tel. 937 752 200. Fax 937 751 994. E-mail: scormart@comb.es

Cuidados de enfermería en la inmovilidad de causa neurológica. (2.ª Parte)

■ **Sistema: Cardiovascular.**

Complicaciones:

- Éstasis venosa
- Formación de trombos.
- Disminución del tono miocárdico.
- Hipotensión ortostática.



Acciones de enfermería:

- Con el fin de evitar los signos y síntomas de la hipotensión ortostática, se debe evitar la rápida puesta en pie del paciente. Ha de efectuarse de forma gradual, sentándose en la cama primero y tras unos momentos hacerlo en la silla que tenga preparada a tal efecto.
- Estando el paciente en la cama, se le ha de enseñar a darse vuelta utilizando la barra de protección de la misma, realizando inspiraciones lentas y profundas mientras lo haga.
- Cualquier actividad que se le anime a efectuar en su cama ha de ser gradual con el fin de evitar que se fatigue.
- Aplicar medidas antiembolismo: colocar vendas elásticas en las extremidades inferiores, liberando la presión de

las mismas cada 8-12 horas, lavando y secándolas y tras un espacio sin colocarlas de alrededor de una hora, volverlas a colocar.

- Elevar las piernas y caderas periódicamente, procurando que las piernas siempre estén algo más elevadas que el nivel de su corazón.
- Proteger las piernas con una almohada entre ambas cuando esté en decúbito lateral.
- Es importante que su dieta sea rica en proteínas, vegetales y líquidos, evitando el exceso de calcio.
- Es oportuno indicar al paciente que espire lentamente cuando se mueva en la cama, impidiendo de esta manera que realice una maniobra de Valsalva.

■ **Sistema gastrointestinal.**

Complicaciones:

- Estreñimiento.
- Anorexia.
- Diarrea.
- Úlceras por estrés.
- Diarrea.
- Íleo paralítico.

Acciones de enfermería:

- Asegurarse de que la dieta que está recibiendo es la adecuada, rica en fibra y residuos y con abundantes líquidos (entre 1000 y 2000 cc.).
- Controlar el ritmo de sus deposiciones y de la diuresis. Si el paciente está en el domicilio, es oportuno llevar un diario que consigne cualquier contingencia relacionada con su salud, haciendo hincapié en lo anteriormente citado. Enseñe a su cuidador familiar a rellenar el diario.

- Si el paciente porta sonda nasogástrica cerciórese de que la alimentación es rica en proteínas.
- Aconsejar la necesidad de cierta intimidad cuando se está defecando.
- Ante la sospecha de que el paciente no tolera la nutrición enteral ponerlo en conocimiento del médico. Posiblemente mande cambiarla a nutrición parenteral total.
- Tal vez presenta dolor gástrico, vómitos o simplemente heces oscuras que indiquen úlcera por estrés. Conviene que entonces lo notifique a su médico.

■ **Sistema genitourinario.**

Complicaciones:

- Retención urinaria.
- Infección urinaria.
- Litiasis renal.



Acciones de enfermería:

- Observar el abdomen del paciente con la finalidad de observar si existe distensión vesical que oriente hacia retención urinaria.
- Examinar la orina por si el sedimento indica que pueden existir cálculos renales.

- Es recomendable que el paciente ingiera zumo de cítricos en el desayuno con la finalidad de evitar infecciones urinarias y cálculos renales.
- A menos que esté contraindicado por el médico, procurar que tome abundantes líquidos (entre 1000 y 2000 cc).
- Asegurarse de que se efectúa rutinariamente la sonda de Foley que porta el paciente.
- No es útil tomar alimentos que dejen residuo alcalino en la orina, como por ejemplo zumo de tomate.
- Efectuar los oportunos cambios de posición en la cama que precisa el paciente.

Herminia Demiguel.
Diplomada en Enfermería.
Directora de la Residencia
Tercera Edad del I.A.S.S.
Borja (Zaragoza)



¿Qué es y qué hacer ante la hipotermia en el mayor?

En ocasiones, aspectos como este del que se va a tratar a continuación pasan desapercibidos ante los ojos de un profesional que busca signos y síntomas excep-

cionalmente extraños, dignos de una editorial del Lancet. Sin embargo, hay otros que de puro simples entrañan gravedades cuya presencia puede poner en entredicho la calidad de vida de nuestro paciente. Este es el caso de la hipotermia.



La hipotermia aparece cuando la temperatura del individuo desciende por debajo de 35° C. Menos infrecuente de lo aparente, en las personas mayores puede acompañarse de los siguientes síntomas: lentitud de los movimientos, falta de coordinación, desorientación y confusión, respiración lenta y superficial, habla ininteligible, frecuencia cardíaca lenta y ocasionalmente irregular, pulso débil e hipotensión arterial, posibles escalofríos, posible coma, etc. Aunque estos síntomas son evidentes cuando se acompañan de un ambiente frío, no es menos cierto que pueden ser debidos a otros diagnósticos a los que debiera efectuarse su diagnóstico diferencial.

■ Factores de riesgo:

Frío ambiental, inmovilización (por ejemplo por artrosis), enfermedades crónicas, ingesta de determinados fármacos (fenotiacinas, ansiolíticos, antipsicóticos y otros), trastornos circulatorios,

anomalías en su centro termorregulatorio que le impide poseer una T.^a estable, insuficiencia cardíaca, hipotiroidismo, uremia, insuficiencia suprarrenal, inanición, infecciones cerebrales, etc.

■ Acciones de enfermería:

- En primer lugar se debe estar totalmente seguro de que la T.^a es la que marca el termómetro. Para ello, se ha de poner el termómetro en su límite más bajo.
- Notifique inmediatamente esta contingencia a su médico.
- Facilítele más ropa para que no pierda calor corporal. De este modo se evita que aparezcan complicaciones como: afección renal, hepática o fibrilación ventricular.
- Si el paciente está consciente, se le debe proporcionar bebidas calientes (no alcohólicas).
- Evitar frotar los brazos y las piernas porque puede ocasionar necrosis hística.
- De cualquier modo ha de saberse que no es recomendable subir la T.^a rápidamente (no más de 0,6° C/hora) puesto que un recalentamiento más rápido puede generar hipotensión irreversible.

Gerardo Cabrera
Diplomado en Enfermería.
Hospital Insular. Lanzarote.

Artrosis y ejercicio físico: siempre recomendado.

Dentro de una programación global de tratamiento de la artrosis, en el que el facultativo recomienda farmacoterapia y reglas de



ergonomía o descarga y protección articular, el ejercicio físico (EF) ha de incorporarse sistemáticamente. Beneficios como: aumentar la masa muscular y ósea, control cardiocirculatorio o nivelación de sus cifras de colesterol o glucosa en sangre son partícipes de medidas que, no por obvias, se limitan en ocasiones en orientación terapéutica. A esto anterior hay que añadir un beneficio psíquico nada desdeñable que contribuye a su control de la ansiedad, optimismo en su propio futuro físico y la autoestima tan necesaria en cualquier ser humano e imprescindible en las personas que padecen esta enfermedad crónica y deteriorante.

La práctica del EF ha de ser constante, tres días por semana, con una duración de entre 20 y 30 minutos. El objetivo fundamental será mantener la movilidad articular y la fuerza muscular necesarias para garantizar la estabilidad en los miembros inferiores y la movilidad funcional en éstos y en los superiores. Deberá evitar la sobrecarga articular, impidiendo los microtraumatismos que se produzcan en la articulación dañada.

■ Los ejercicios:

El principal EF es la marcha, efectuada de forma regular, sin cambios en su trayecto y suspen-

diendo la actividad cuando sienta dolor o calentamiento articular. Otro tipo de actividad corresponde a la natación en la que por el empuje hidrostático las articulaciones de carga se desgravan, evitándose de este modo el impacto articular. También son ejercicios en descarga los que se efectúan de pie, quieto, sentado o tumbado. En cada una de estas posiciones se pueden hacer contracciones o movimientos activos libres o con una resistencia progresivamente creciente. Asimismo son los EF de refuerzo del cuádriceps muy interesantes para combatir la gonartrosis y que pueden efectuarse en un espacio muy reducido. Otro EF de los miembros inferiores en descarga es la bicicleta estática, de resistencias y sillín regulables.



En el caso de la artrosis de cadera es oportuno comentar que pudiendo efectuarse todos los EF anteriores, debe primar el fortalecimiento de los glúteos mayor y mediano, extensor y separador respectivamente de la cadera.

Respecto a la columna lumbar, existe controversia acerca de si son más apropiados los ejercicios de flexión o los de extensión. Es por ello que se tiende a aconsejar la realización tanto de flexión como de extensión, salvo aquellos que produzcan dolor, en cuyo



caso habrá que suspender el ejercicio. El objetivo es el fortalecimiento de los músculos abdominales y los extensores paravertebrales.

Del mismo modo, en otros territorios articulares como son la región cervical, dorsal o miembros superiores, son muy aconsejables los EF activos en series cortas, sin forzar el umbral del dolor. Es oportuno recordar que no es necesario intentar ampliar hasta el máximo un ejercicio flexionador, por ejemplo del arco de la rodilla, de las articulaciones cervicales o del hombro puesto que aquellos últimos grados de movimiento no son precisos para casi ninguna función de las AVD. Por lo tanto, es innecesario desde el punto de vista práctico intentar recuperar, cueste lo que cueste, todos los grados de movimiento de cada articulación, sobre todo si ocasiona sufrimiento del paciente.

En conclusión, sabemos que el EF es positivo para la mayoría de pacientes diagnosticados de un proceso artrósico, así como también podemos concluir que la inmovilización es totalmente perjudicial tanto para la articulación como para el sujeto en un contexto general.

Susana Olivares
Fisioterapeuta.
Hospital Son Dureta. Mallorca.

"Esa Maldita Tendinitis"

Me llamo José Mari. Soy profesor Superior de guitarra y trabajo en el Conservatorio Municipal de Música de Zaragoza. Hice el Grado Superior en Madrid con José Luis Rodrigo y terminé la carrera hace año y medio con bastante éxito. Hasta aquí todo normal, uno de tantos y tantos guitarristas de la nueva hornada. Ah, se me olvidaba... tengo un alto porcentaje de incapacidad en el brazo izquierdo. Mi muñeca es una "articulación soldada quirúrgicamente" es decir, no tiene movimientos, no se puede "doblar" aunque le quedan los giros de pronación y supinación (rotaciones laterales del antebrazo). Además tengo una importante atrofia muscular a nivel del antebrazo hasta el codo, lo que provoca una notable falta de potencia y resistencia al esfuerzo. Debido a las operaciones y a la propia naturaleza de mi lesión tengo también reumatismo prematuro por lo que en los cambios bruscos de tiempo tengo problemas para extender completamente los dedos.

Mi mano izquierda parece un mapa de carreteras por las cicatrices que presenta. También el

hombro de ese mismo lado está afectado por dicha atrofia muscular, y tengo los habituales dolores de espalda crónicos de muchos músicos. Todo ello hubiera bastado sin duda para abandonar la práctica instrumental (cosa que me fue recomendada) desde los primeros síntomas de la degeneración morfológica de articulaciones que me ha llevado hasta aquí.

Estos problemas parten de una hiperlaxitud articular que seguro más de uno padecéis (aunque quizá no lo sepáis). Se trata de la capacidad o el "don" de poder doblar los dedos y las muñecas hasta límites exagerados (generalmente pasa en todas las articulaciones del cuerpo). Si a esto unimos una debilidad estructural de ligamentos y tendones tenemos una combinación explosiva que comienza con episodios de tendinitis en el carpo, generalmente no acertados a ser curados, que derivan en lesiones más importantes: a nivel muscular el "síndrome compartimental" y a nivel nervioso el "síndrome del túnel-carpiano", entre otros varios.



Tras cuatro años de lesión continuada y tratamientos conservadores pasé por quirófano porque ya no me importaba la guitarra (al fin y al cabo ya apenas podía tocar), sino intentar recuperar algo de la utilidad de mi mano. Me "desmontaron" y recolocaron prácticamente todos los huesos, tendones, ligamentos, cartílagos y músculos. Incluso me traspasaron algunos huesos taladrándolos para dejarme de recuerdo un tornillo de titanio regalo de la Seguridad Social. Tras 50 días de escayola y cuatro meses de oportuna (y durísima) rehabilitación descubres que tu mano ha olvidado cómo tiene que "moverse". Todas las órdenes que tu cerebro canaliza a través de los nervios hasta los músculos se ejecutaban

RAS

Revista de Actualidad
Sociosanitaria

Normas de publicación:

Revista dirigida a profesionales y personas del ámbito sociosanitario. Tendrán cabida todos aquellos artículos relacionados con el mismo desde el punto de vista formativo, de gestión, experiencial, legislativo, documental u otros que contribuyan a su mejor conocimiento y divulgación.

Remisión de trabajos a:

RAS. Escuela Aragonesa de Cuidados de Salud
Coso, 46, 3º B. 50004 Zaragoza
Teléfono: 976 232 672. Email: rasociosanitaria@hotmail.com

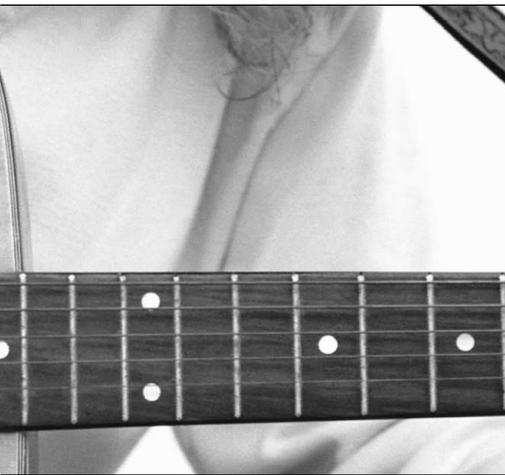
Información general:

- Los trabajos deberán acompañarse de una carta de presentación indicando la sección en que desean ser publicados.
- Se enviarán 2 copias en papel y una en un disquete informático anotando el procesador de textos utilizado.

- Se emplearán hojas DIN-A4, escritas a doble espacio dejando márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. El tamaño de la letra será de 12 puntos. Todas las páginas deben estar numeradas de modo correlativo.
- En la primera página figurará el título completo, nombre de los autores, profesión, lugar de trabajo, nombre, dirección, teléfono, fax y correo electrónico de la persona de contacto.
- Las tablas, gráficos, fotografías o dibujos se pondrán en hojas separadas e independientes.
- La bibliografía se ajustará a las normas recomendadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver).
- La extensión máxima será de 10 hojas con un máximo de 3 figuras.
- El Consejo de Redacción se reserva el derecho de aceptar o rechazar los manuscritos recibidos, así como de recomendar modificaciones notificándolo a los autores.

Secciones:

- **De buena fuente:** Conocer formas de trabajo o actividades realizadas, así como programas o contenidos teóricos.
- **Cuerpos y almas:** Aspectos puntuales de la práctica diaria que mejoren la atención de los pacientes y sus familias.
- **Así lo vivimos:** Experiencias personales en relación al mundo sociosanitario. Deberá enfocarse no a la patología sino a la influencia que ha supuesto en la propia vida. Podrá publicarse bajo pseudónimo si así lo desea el autor.



de un modo distinto al que estaba acostumbrado. Tuve que volver a aprender cada paso desde el principio y reorganizar la manera de enviar las órdenes a través del canal cerebro-sistema nervioso-músculos-tendones. La frustración es inenarrable. También he de decir que pasados varios meses, cuando al fin me vi con fuerzas y valor para coger la guitarra y volver a colocarle la mano izquierda encima (pensad que llevaba casi 150 días sin poner un dedo en un traste) lloré, lloré con cada nota que era capaz de pisar. Lágrimas de orgullo, de esperanza, de alegría, de triunfo.

Poco a poco las cosas fueron volviendo por donde solían. Los dedos iban recordando cómo tenían que hacer su trabajo y me sentía más ilusionado. Muchas de las cosas que ya conocía dejaron de ser posibles... vibratos con la muñeca libre, usar el pulgar de la izquierda en momentos puntuales para pisar una nota,

hacer medias cejillas con el dedo 1, etc. Siempre con una angustiosa sensación de debilidad y fragilidad, como si cualquier golpe un poco fuerte pudiese partirme todos los injertos musculares que llevo en la zona operada (de hecho es así) pero los miedos se inventaron para ser vencidos. Os aseguro que jamás un preludio de Tárrega, un ejercicio de Sagreras o Carlevaro o uno de los estudios simples de Leo pudieron dar mayor satisfacción y placer a un guitarrista (sólo podía tocar obras sencillas y poco exigentes técnicamente a esas alturas de mi rehabilitación) y es que sólo apreciamos de verdad lo que tenemos cuando hemos estado a punto de perderlo.

Pasó el tiempo y después de la Navidad de 1996 (me habían operado en julio de ese mismo año) ya me sentía con la seguridad necesaria para comenzar con el repertorio de 6º curso. La cosa marchó muy bien y mejoraba a pasos agigantados, hasta el punto de que en menos de 6 meses monté todo el programa y me examiné para terminar el grado medio. Nunca se lo agradeceré bastante al Dr. Antonio Hernández-Rossi de Zaragoza, que para mí es mi Santa Cecilia particular.

Transcurriendo el tiempo superé las pruebas de acceso en Atocha y cursé el Grado Superior con Rodrigo. Allí aprendí a no autoescudarme en mis limitaciones para no alcanzar unos objetivos determinados. Los demás no eran

los culpables y no pretendía lanzar sobre ellos mis frustraciones. Al fin y al cabo todo salió bien. Hago todos los cursos que puedo, participo en algunos concursos, etc. Sí, tengo problemas. Posiblemente con mejor salud hubiese llegado a ser mejor guitarrista (en realidad lo sé con certeza), pero es la suerte que me ha tocado en la vida y la experiencia vital que he alcanzado me hace ser más realista y comprensivo.

Conocer nuestros propios límites y aceptarlos es tan importante como legítimo es aspirar a la perfección que apreciamos en los grandes guitarristas a los que todos admiramos. Se puede ser un gran intérprete sin ser el más rápido ni el más potente acústicamente en la ejecución de una obra. En mi caso particular creo que uno de los pocos aciertos que he tenido en mi carrera fue comprender mis limitaciones físicas y aceptarlas, no pretendiendo alcanzar quimeras sino aprovechando al máximo mis condiciones. Dar el máximo de mis posibilidades independientemente de donde se encuentren éstas.

—Nadie puede ser declarado culpable de tener unas facultades naturales inferiores a las de otros, pero sí de no saber o no aspirar a desarrollarlas hasta sus últimas consecuencias—.

José Mari Bailo.
Zaragoza,
diciembre de 2002.



EDUCAR ES DAR OPORTUNIDADES

902 444 844

www.entreculturas.org

Recientemente ha sido autorizada en España un nuevo producto farmacéutico orientado al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Se trata de **Axura** (Laboratorios Andrómaco) cuyo principio activo es memantina.

Este producto viene a apoyar el tratamiento de una enfermedad que en España afecta ya a más de 600.000 personas y que genera un gran esfuerzo en recursos públicos y privados, escasos y más que evidentes reclamados por los familiares de los afectados, que se ven obligados en la mayoría de los casos a desprenderse no solo de su pecunio particular para facilitar la calidad de vida del enfermo, sino que se ven privados de su íntima libertad de trabajo, ocio, etc., en definitiva de su propia libertad de actuación futura.

El clorhidrato de memantina, principio activo de **Axura**, es un fármaco antidemencia antagonista no competitivo del receptor de NMDA. Se estima que la descarga excesiva de glutamato está asociada a la neurodegeneración en trastornos agudos y crónicos como la hipoxia, la isquemia, el infarto y la enfermedad de Alzheimer.

En contraste con otros productos antidemencia existentes en el petitorio farmacológico actual, **Axura** está orientado hacia aquellas fases moderadamente avanzadas y avanzadas de la enfermedad de Alzheimer en las que los fármacos existentes no están indicados. Resulta enormemente duro para el profesional sanitario tener que decir: "Ya no hay nada que hacer". Y es que siempre hay algo que hacer, mediante terapias blandas, control de síntomas, apoyo familiar, o recibiendo moléculas como la presente, y más ahora con la llegada de este nuevo fármaco que abre una puerta donde los tratamientos actuales no llegaban. Se ha demostrado que memantina mejora las actividades de la vida diaria y la cognición del paciente, aminorando por lo tanto la pre-

sión en el cuidador por parte del enfermo que durante mayor tiempo puede comportarse de manera más independiente. Esta eficacia, según los trabajos científicos publicados, ha sido positiva durante al menos 12 meses de tratamiento, siendo bien tolerado. Memoria, orientación, resolución de problemas sencillos, actividades sociales y pública, actividades domésticas y cuidados personales son los principales aspectos a los que el personal sanitario invoca cuando efectúa la valoración neurocognitiva y social del paciente. La consecuencia añadida es la disminución de las alteraciones físicas y psíquicas que venía sufriendo hasta aquel momento la persona responsable directa del cuidado del enfermo, en suma, la mejora de su calidad de vida.

Asimismo, al disminuir la sintomatología de deterioro, se evita también la necesidad de institucionalización que presentan estos pacientes por el difícil control domiciliario.

En cuanto a las interacciones farmacológicas más habituales, está demostrado que no interfiere con la mayoría de los tratamientos utilizados en la población mayor ni con las principales enzimas implicadas en el metabolismo de fármacos. La dosis diaria máxima es de 20 mg en forma de comprimidos. Al objeto de disminuir el riesgo de sufrir efectos adversos, la dosis de mantenimiento se consigue aumentando 5 mg por semana durante las primeras tres semanas hasta llegar a su máxima dosis. Los comprimidos se pueden administrar con o sin alimentos en un envase de 112 con lo que se tiene tratamiento para casi dos meses.

La esperanza puesta por el facultativo responsable de la salud del enfermo en el producto presentado viene a sumarse al deseo del familiar en lograr el aminoramiento de la sintomatología de deterioro neurológico que hace sufrir al enfermo y a los que le rodean.

©



Con la autorización del autor.
Extraído de su obra "Esperando el Relievo"

Ahora puede ver
la diferencia con

ZELDOX[®]
(ziprasidona HCl)



**El primer
antipsicótico atípico con
presentación I.M. y oral**

pfizer

Pfizer

LA VIDA POR DELANTE

Avda. Europa, 20 B.
Parque Empresarial La Moraleja
28108 Alcobendas (Madrid)

El tema escogido para el artículo de hoy es ¿qué hacer ante un enfermo adulto imputable, con plena capacidad de obrar, con ausencia de cuidador y que no quiere salir de su domicilio para recibir los cuidados que necesita?

Cuestión ésta de especial interés dado que, con fecha 15 de noviembre de 2002, ha aparecido publicada, en el Boletín Oficial del Estado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que parece intentar arrojar algo de luz, entre otras, a la cuestión que afrontamos.

Es necesario indicar, en primer lugar, que, de conformidad con la disposición final única del texto legal citado, esta Ley entrará en vigor en el plazo de seis meses a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado, esto es, el próximo 16 de mayo de 2003, siendo de total aplicación a disposición de dicha fecha.

El objeto de esta disposición legal es, de una parte, aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias y, de otra, afrontar la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Organosistema	Muy comunes (>10%)	Comunes (>1/100, <1/10)	Poco comunes (>1/1000, <1/100)	Raros (>1/10000, <1/1000)
Organismo en general		Adreña, dolor de cabeza	Dolor	Reacción alérgica, fiebre
Cardiovascular			Hipotensión postural, taquicardia	Migraña
Digestivo		Estreñimiento, sequedad de boca, dispepsia, aumento de la salivación, náuseas, vómitos	Fatiga	Edema en la lengua
Hemático y límbico				Eosinofilia
Metabólico y nutricional			Sed	Incremento de las lactato deshidrogenasas
Musculoesquelético				Migraña, miastenia
Nervioso	Somnolencia	Agitación, acalasia, mareo, disnea, síndrome extrapiramidal, hiperreflexia, temblor	Rigidez en rueda dentada, parálisis, trastorno del habla, disinesia tardía	Sueños anormales, marcha anormal, acinesia, ataxia, alteraciones, neuropatía, parálisis, vértigo
Respiratorio			Rinitis	
Piel y anejo			Erupción maculopapular, erupción, urticaria	Prurito, alteraciones en la piel
Organos de los sentidos		Visión anormal		Amblíopía, conjuntivitis, sequedad ocular
Urogenital				Disuria, ginecomastia, dilatación elect, incontinencia urinaria

Autonomía y negación a recibir cuidados fuera del domicilio

D. Néstor Flores Pérez.
Abogado.

Entre los principios básicos que deben orientar las diferentes actuaciones profesionales en cuanto a la materia regulada por esta Ley resulta especialmente interesante destacar, por lo que a la cuestión que tratamos se refiere, el principio del consentimiento previo de los pacientes o usuarios que deberá obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada haciéndose por escrito en los supuestos que se prevean legalmente en esta norma; el derecho del paciente o usuario a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, después de recibir una información adecuada; el derecho de los pacientes o usuarios a negarse al tratamiento excepto en los casos determinados en la Ley; o, la obligación de todo profesional que interviene en la actividad asistencial no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente, siendo este último de especial trascendencia al objeto de nuestra consulta.

Este último principio se concreta en esta norma en el sentido de que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información correspondiente, cuyo contenido viene previsto también en esta Ley, haya valorado las opciones propias del caso.

Tratándose de un sujeto adulto con plena capacidad de obrar, como es el caso que nos ocupa, el

consentimiento se obtendrá, por regla general, verbalmente, pres-tándose por escrito en supuestos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, cuando se trate de la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, consentimiento éste que podrá ser revocado por el paciente libremente, por escrito, en cualquier momento.

Este consentimiento tiene unos límites claramente establecidos en esta norma legal dado que, de conformidad con lo allí establecido, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley y cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

En conclusión, ante el planteamiento de una situación equivalente a la cuestión planteada, el profesional socio sanitario deberá seguir los pasos siguientes:

1 Informar previamente al paciente de las actuaciones a realizar en el ámbito de su salud.

2 Obtener el consentimiento del paciente respecto de las indicadas actuaciones.

Hasta aquí, las cuestiones indicadas no plantean problemas graves a las actuaciones de los profesionales.

3 Finalmente, realizar las actuaciones clínicas necesarias cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y sea imposible conseguir su autorización. Llegados a este punto, en el supuesto de que el paciente se negase a recibir dichas actuaciones, el procedimiento más aconsejable a seguir es, con la mayor urgencia posible, recoger todas y cada una de las circunstancias del caso, con todo detalle (situación del paciente, negativa a prestar el consentimiento, ausencia de familiares o personas que convivan de hecho, negativa a la prestación del consentimiento, ...), en un acta, que deberá ser dirigida al Juzgado de Guardia de la localidad correspondiente o, en su caso, de la localidad cabeza de partido judicial donde existiese dicho Juzgado para que autorice la realización de las actuaciones necesarias para la salvaguarda de la salud del paciente comunicando, a su vez, el contenido del acta junto con las diligencias practicadas ante la autoridad judicial a las autoridades sanitarias competentes (Servicios Provinciales de Salud o, en su caso, Servicios Provinciales de Servicios Sociales u organismos equivalentes) y actuando una vez se hayan recibido las correspondientes autorizaciones.

Relaciones entre caídas en el anciano y otros parámetros de interés clínico en atención primaria.

Martí, I.; García, J.; Soler, T.; y otros. Centro de Salud de Riopar. Albacete.

Comunicación presentada en el XXII Congreso de la SEMFYC en Madrid. Novbre. 2002.

Condicionantes médicos, hábitos de vida o valoración funcional son indicadores que los autores han analizado como proporcionantes de riesgo en el mayor. Tenerlos en cuenta puede ser un mecanismo preventivo en sus caídas y posteriores complicaciones.

Factores de riesgo de fragilidad geriátrica. Experiencia en el uso del test propuesto por A. Moore.

Fariñas, O.; Buil, S.; Sallent, M.; y otros. ABS Florida Sur. Medicina Familiar, ICS. L'Hospitalet de Llobregat.

Comunicación presentada en el XXII Congreso de la SEMFYC en Madrid. Novbre. 2002.

Alta prevalencia de factores de riesgo de fragilidad, sobre todo en mujeres mediante el test de Moore que se acepta como un buen test en Atención Primaria.

Prevalencia del anciano frágil (a.f.) en personas mayores de 64 años.

Subirats, R.; Valldosera, C.; Piñol, J.L. y otros.

Cap Falset, ICS. Tarragona.

Comunicación presentada en el XXII Congreso de la SEMFYC en Madrid. Novbre. 2002.

En el medio rural, la prevalencia de a.f. en las personas mayores de 64 años, es del 24%. El estado civil y el nivel de conciencia son factores asociados, no así la edad, género o nivel de estudios.

Utilidad del Cuestionario de Barber (CB) para detectar anciano con riesgo de institucionalización, hospitalización, o muerte en un año.

Martín, I.; Martínez, M.; Rodríguez, M. y otros

Centro de Salud Cotoilino. Castro Urdiales. Cantabria.

Comunicación presentada en el XXII Congreso de la SEMFYC en Madrid. Novbre. 2002.

Limitaciones del CB como herramienta de cribado de anciano de riesgo: elevado porcentaje de positivos, deficiencias validez de contenido, aunque los resultados aparentan relevancia clínica, sin significación, la relación entre eventos y deterioro funcional-cognitivo limita su capacidad prospectiva y de modificación.

Mayores para mayores.

Recaséns, M.ª Antonia.

Asociación de Familiares de Alzheimer de Lérida.

Sesión Paralela presentada en el XVIII Congreso Internacional de Alzheimer. Barcelona (23-26 octubre.2002).

Proyecto titulado **Mayores para mayores** que cumple los objetivos propuestos por la Asociación: jubilados usuarios de Centros de Jubilados que apoyan a familias con escaso poder adquisitivo para poder acceder a Ayuda Domiciliaria y que tienen un paciente con DTA (demencia tipo Alzheimer) para que se hagan cargo durante unas horas de él y descansar al cuidador principal.

La unidad de media estancia psicogeriatrica y el enfermo con demencia descompensada.

Bofill, I.; Gómez, P.; Haro, I.; Pomar, M.; Roy, P.; Ruiz, J.M.; Sánchez, M.; Santó, M.; Soriano, S.

Policlínica Ntra. Sra. De la Merced. Servicio de Psicogeriatría. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

Comunicación presentada en el XVIII Congreso Internacional de Alzheimer. Barcelona (23-26 octubre.2002).

Resumen de la experiencia que esta Unidad especializada en demencias tiene con pacientes descompensados psiquicamente. Añade la nada desdeñable actuación que ha de efectuarse sobre la comorbilidad de este tipo de paciente cuya complejidad terapéutica asume todo el equipo que los trata.

Pérdida de memoria como factor de riesgo de desarrollar demencia.

Boltes, A.; García-Sánchez, C.; Otermin, P.; Estevez-González, A.*

Unidad de Transtornos Cognitivos. Servicio de Neurología. Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo.

*Departamento de psiquiatría y psicobiología. Universidad de Barcelona.

Comunicación presentada en el XVIII Congreso Internacional de Alzheimer. Barcelona (23-26 octubre.2002).

Estudio prospectivo de tres años de duración de una serie de personas que consultan por alteración de memoria si presentar criterios de demencia. Su seguimiento, exploración neuropsicológica estrecha y sus resultados concluyen que los pacientes con quejas de pérdida de memoria, sobre todo objetiva presentan una elevada probabilidad de desarrollar demencia.

Aplicación de un programa de entrenamiento de memoria a enfermos de alzheimer en estadio leve: resultados de eficacia del estudio piloto.

Doménech, S.; Jarne, A.; Llorente, A.; Cejudo, J.C.; Tárrega, L.; Boada, M. Fundación ACE. Unidad de Memoria.

Comunicación presentada en el XVIII Congreso Internacional de Alzheimer. Barcelona (23-26 octubre.2002).

Resultados preliminares de la nada despreciable mejora de pacientes con DTA incluidos en un Programa de Entrenamiento Estructurado de Memoria.

Seguimiento de los pacientes con enfermedad de Alzheimer tratados con inhibidores de la acetilcolinesterasa*.

Fort, I.; Perdrix, D.; Beza, M.; Alventosa, A.; González, J.A. Hospital Municipal de Badalona. Centro Sociosanitario El Carme (Badalona Serveis Assistencials, S.A.)

Comunicación presentada en el XVIII Congreso Internacional de Alzheimer. Barcelona (23-26 octubre.2002).

Existencia de discreto empeoramiento estadísticamente significativo, pero no relevante clínicamente. Los inhACE son útiles para el tratamiento de los síntomas conductuales, pero no evitan el tratamiento con antipsicóticos. Los pacientes con mejor Barthel y GDS de inicio mantienen estabilidad en las AVD básicas.

* Inhibidores específicos y reversibles de la acetilcolinesterasa, enzima que contribuye a anular la neurotransmisión en las neuronas cerebrales y facilitar el deterioro cognitivo de la demencia tipo Alzheimer.

Demora en las consultas de neurología.

lñiguez, C.; Larrode, P.; Mauri, J.A.; Santos, S. et al.

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Comunicación presentada al XIX Seminario Nacional Neurológico de Invierno. Candanchú (Huesca). 2-8 febrero 2003.

La no comparecencia a la consulta programada es una de las causas que motivan demora en una programación de consultas de neurología. Tras analizar 1035 pacientes, se concluye que ser joven, proceder de urgencias y citación notificada desde tiempo son las principales causas que generan la incomparecencia.

Atención Primaria

Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Remor, E. 30 (3): 143-149. 2002.

Se detectan diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con VIH según el nivel de apoyo social que presentan. En concreto, aquellos con un bajo apoyo social presentan una peor salud percibida, más sintomatología algida, mayor dificultad en la ejecución de sus AVD, mayor distrés relacionado con la salud y peor funcionamiento cognitivo. Aboga el autor del estudio la necesidad de aumentar el apoyo social como medida complementaria útil para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH.

Atención Primaria

Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión.

Gálvez, C.; Mayorga, E.; Gornemann, I. et al. 30 (6): 357-362, 2002.

Artículo que aporta aspectos de esta temática tan importante en el paciente encamado o frágil poco plasmados "negro sobre blanco". Asumen sus autores la demostración de la existencia de la asociación entre nivel de instrucción del cuidador y la aparición de úlceras.

Medicina Paliativa

Guía para cuidadores de enfermos terminales: manejo de los síntomas más frecuentes en Cuidados Paliativos.

Mencia, V. García, E. Prieto, L. López, C. 9. 2; 60-64. 2002.

Cualquier ESAD (Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria) cree que el familiar que cuida y el enfermo en situación terminal que vive en su domicilio son dos espacios a tratar. La Guía elaborada por este ESAD cántabro apoya esta dualidad para no desgastarse unos y vivir morir otros.

Modern Geriatrics. (Edición española)

Estrategias terapéuticas y calidad de vida en la enfermedad de Parkinson.

Danisi, F. 14, 8 243-247. 2002.

Actualización de una enfermedad, cada vez más conocida, y de la que se han implantado en los últimos años tratamientos farmacológicos que mejoran las complicaciones motoras y otros efectos secundarios relacionados con el uso crónico del, ya tradicional, levodopa.

Archivos de Psiquiatría.

Indicadores de inteligencia social en pacientes con esquizofrenia.

Hillers, R. 65 (2): 163-174. 2002.

Estudio de la inteligencia social apreciable en pacientes esquizofrénicos y que les limita el funcionamiento social. Se demuestra que el déficit de inteligencia social se produce independientemente del nivel de inteligencia general y de la presencia de sintomatología negativa.

Jama.

Efectos adversos de fármacos en pacientes mayores.

Gurwitz, J.H. 289: 1107-1116. 2003-03-07.

Más del 25% de los efectos secundarios nocivos que provocan los fármacos en el sujeto anciano se podrían evitar (prescripción o preparación adecuadas, falta de adherencia del paciente, mal control del tratamiento farmacológico, etc). Son las consecuencias de un estudio efectuado en EE.UU. con una muestra de 27.617 pacientes.

LIBROS DE FORMACIÓN SOCIOSANITARIA

Neurología conductual: fundamentos teóricos y prácticos.

Manubens, J.M.; Berthier, M.; Barquero, S. Pulso Ediciones, S.L.; Barcelona. 2002.

Texto patrocinado por Laboratorios Pfizer que recopila las experiencias de actividades organizadas por el Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología a través de: aspectos clínicos, neuropsicológicos, correlaciones patológico-funcionales y estrategias terapéuticas de los síndromes más característicos de la Neurología conductual.

La persona del esquizofrénico.

Wyrsch, J. Editorial Triacastela. Madrid 2001.

Apoyada en la psiquiatría clínica, la antropología y la filosofía, esta obra desarrolla una concepción original de la esquizofrenia como transformación global de la persona que sufre la enfermedad.

El valor terapéutico del humor.

Rodríguez, Ángel. Editorial Desclée. Colección Serendipit Mayor. Bilbao. 2002.

Libro que subraya el humor como herramienta de salud. Escrito por profesionales de la salud, expertos en la educación y el humor mismo.

Perder la piel.

Allué, Marta. Editorial Planeta/Seix Barral. Barcelona. 1996.

Testimonio en primera persona de la experiencia trágica de la autora por la que un accidente le provoca quemaduras en su cuerpo que alcanzan al 80% de su superficie. El libro relata con realidad escalofriante y entereza didáctica cómo fueron sus dolores físicos y psíquicos tras tomar conciencia del presente y futuro de su situación. Muy recomendable para conocer "lo oculto" de nuestros pacientes.

Cómo cuidar de tus padres cuando envejecen.

Cohen, Donna; Eisdorfer, Carl. Editorial Paidós. Barcelona. 1997.

Libro muy recomendable que aconseja a esos millones de hombres y mujeres que hoy disfrutan de una mediana edad hacia cómo deberán cuidar a sus padres.

Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos.

Arranz, P.; Barbero, J.; Barreto, P.; Bayés, R. Editorial Ciencias Médicas. Madrid. 2003.

La vida puede ser muy difícil en sus momentos finales. Problemas inherentes al deterioro biológico se asocian, a menudo, con situaciones emocionales de difícil manejo. Libro orientado a médicos, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales, etc. que pueden desarrollar su trabajo con pacientes terminales. Sus autores, todos ellos experimentados y excelentes profesionales del mundo de los cuidados paliativos contribuyen desde estas 184 páginas a que cuando llegue el momento, el enfrentamiento con la muerte sea sereno, de forma autónoma, y digna.

LIBROS CON ENCANTO

Cuando estoy triste. Ante la pérdida de un ser querido.

Mundy, Michaelene. Editorial San Pablo. Madrid. 2001.

Cuento ilustrado que ofrece a los niños de todas las edades (y a quienes cuidan de ellos) sugerencias positivas y vitalistas para ayudarles en los momentos de sufrir una pérdida personal.

¿Por qué, Charlie Brown, por qué?

Shulz, Charles M. Editorial El arca de junior, S.A. Barcelona. 1990.

En la vida, la posibilidad de tener un cáncer es un hecho real. Si además sucede en un niño, la dificultad de aceptar y entender esta situación se amplía, tanto para el niño como para los que le rodean.

La Ley de Murphy para médicos.

Bloch, Arthur. Editorial Temas de hoy. Humor. Madrid. 2000.

Clásico ya, Murphy nos ayuda a reírnos de nosotros mismos, un ejercicio muy razonable y extremadamente terapéutico.

Vivir cada día.

Corbella, Joan. Edit. Folio. Barcelona. 1997.

Libro escrito por un profesional cuyo trabajo le sitúa delante de personas que tienen serias dificultades para "metabolizar" el paso de los años. Lectura que nos acerca a la realidad personal de envejecer.

Hacia la mar de Ítaca.

Barceló, José M.º. Ed. Huerga y Fierro. Madrid. 2002.

Noventa páginas llenas de sensibilidad que tranquilizan el alma y suscitan la reflexión. O sea, imprescindible en estos tiempos.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SEROQUEL*-25, SEROQUEL*-100, SEROQUEL*-200, SEROQUEL*-300. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido de SEROQUEL 25 mg contiene 25 mg de Quetiapina (como fumarato de Quetiapina), cada comprimido de SEROQUEL 100 mg contiene 100 mg de Quetiapina (como fumarato de Quetiapina), cada comprimido de SEROQUEL 200 mg contiene 200 mg de Quetiapina (como fumarato de Quetiapina) y cada comprimido de SEROQUEL 300 mg contiene 300 mg de Quetiapina (como fumarato de Quetiapina).

FORMA FARMACÉUTICA: Comprimidos recubiertos. Los comprimidos de SEROQUEL*-25 son de color melocotón, los de SEROQUEL*-100 son amarillos, los de SEROQUEL*-200 y SEROQUEL*-300 son blancos. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la esquizofrenia.

Posología y forma de administración: SEROQUEL se administrará dos veces al día, con o sin alimentos. **Adultos:** La dosis diaria total durante los cuatro primeros días de terapia es 50 mg (día 1), 100 mg (día 2), 200 mg (día 3) y 300 mg (día 4). A partir del cuarto día, la dosis se titulará a la dosis efectiva usual de 300 a 450 mg/día. Dependiendo de la respuesta clínica y tolerabilidad de cada paciente, la dosis se puede ajustar dentro del rango de 150 a 750 mg/día. **Geriatría:** Como con otros antipsicóticos, SEROQUEL deberá emplearse con precaución en geriatría, especialmente durante el período inicial de tratamiento. La tasa de titulación de dosis puede necesitar ser más lenta y la dosis terapéutica diaria menor que la empleada en pacientes más jóvenes, dependiendo de la respuesta clínica y tolerabilidad de cada paciente. El aclaramiento plasmático medio de Quetiapina se redujo en un 30%-50% en sujetos geriátricos en comparación con pacientes más jóvenes. **Pediatría y adolescencia:** La seguridad y eficacia de SEROQUEL no se han evaluado en niños y adolescentes. **Alteración renal:** No se requiere ajuste posológico en pacientes con alteración renal. **Alteración hepática:** Quetiapina se metaboliza extensamente por el hígado; por tanto, SEROQUEL se empleará con precaución en pacientes con alteración hepática conocida, especialmente durante el período inicial de tratamiento. Los pacientes con alteración hepática conocida deberán iniciar el tratamiento con 25 mg/día. La dosis se aumentará diariamente en incrementos de 25-50 mg/día hasta una dosis efectiva, dependiendo de la respuesta clínica y tolerabilidad del paciente individual.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes de este producto. Está contraindicada la administración concomitante de inhibidores del citocromo P450 3A4, tales como inhibidores de las proteasas del VIH, agentes antifúngicos de tipo azol, eritromicina, claritromicina y nefazodona (ver "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción").

Advertencias y precauciones especiales de empleo: Cardiovascular: SEROQUEL será empleado con precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida, enfermedad cerebrovascular u otras condiciones que predispongan a hipotensión. Quetiapina puede inducir hipotensión ortostática, especialmente durante el período inicial de titulación de dosis y, por lo tanto, si esto ocurre, se debe considerar una reducción de la dosis o una titulación más gradual. **Convulsiones:** En ensayos clínicos controlados, no existió diferencia en la incidencia de convulsiones en pacientes tratados con SEROQUEL o con placebo; no obstante, como con otros antipsicóticos, se recomienda precaución cuando se traten pacientes con un historial convulsivo. **Síntomas extrapiramidales:** En ensayos clínicos controlados, la incidencia de síntomas extrapiramidales no fue diferente de la de placebo dentro del rango de dosis terapéutico recomendado. **Discinesia tardía:** Si aparecen signos y síntomas de discinesia tardía, se deberá considerar la reducción de la dosis o interrupción del tratamiento con SEROQUEL. **Síndrome neuroléptico maligno:** El síndrome neuroléptico maligno se ha asociado al tratamiento antipsicótico. Las manifestaciones clínicas incluyen hipertermia, estado mental alterado, rigidez muscular, inestabilidad autonómica y aumento de creatininfosfoquinasa. En tal caso, se interrumpirá la terapia con SEROQUEL y se administrará el tratamiento médico apropiado. **Interacciones:** Ver también apartado "Interacciones". El empleo concomitante de SEROQUEL con un inductor potente de enzimas hepáticas, tal como carbamazepina o fenitoína, disminuye sustancialmente las concentraciones plasmáticas de Quetiapina, lo que puede afectar a la eficacia del tratamiento con SEROQUEL. En pacientes que están siendo tratados con un inductor de enzimas hepáticas, el tratamiento con SEROQUEL se deberá iniciar solamente si el médico considera que los beneficios de SEROQUEL superan los riesgos de retirar dicho inductor de enzimas hepáticas. Es importante que todo cambio en el inductor sea gradual y, si se requiere, sea reemplazado por un no inductor (por ejemplo, valproato sódico). **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Teniendo en cuenta los efectos principales de Quetiapina sobre el sistema nervioso central, SEROQUEL será empleado con precaución en combinación con otros fármacos de acción central y alcohol. El citocromo P450 (CYP) 3A4 es el enzima que es responsable principalmente del metabolismo de Quetiapina mediado por el citocromo P450. En un estudio de interacción con voluntarios sanos, la administración concomitante de Quetiapina (dosis de 25 mg) con ketoconazol, un inhibidor de CYP3A4, produjo un aumento de 5 a 8 veces en la AUC de Quetiapina. En base a esto, está contraindicado el uso concomitante de Quetiapina con inhibidores de CYP3A4. Tampoco está recomendado tomar Quetiapina con zumo de pomelo. En un estudio de dosis múltiple en pacientes para evaluar la farmacocinética de Quetiapina administrada antes y durante el tratamiento con carbamazepina (un conocido inductor de enzimas hepáticas), la co-administración de carbamazepina incrementó significativamente el aclaramiento de Quetiapina. Este incremento en el aclaramiento redujo, por término medio, la exposición sistémica a Quetiapina (determinada mediante el AUC) hasta un 13% en comparación a la exposición durante la administración de Quetiapina sola, aunque en algunos pacientes se observó un efecto mayor. Como consecuencia de esta interacción, se pueden producir concentraciones plasmáticas menores, lo que puede afectar a la eficacia del tratamiento con SEROQUEL. La co-administración de SEROQUEL y fenitoína (otro inductor del enzima microsomal) causó un aclaramiento altamente incrementado de Quetiapina en aproximadamente el 45%. En pacientes que están siendo tratados con un inductor de enzimas hepáticas, el tratamiento con SEROQUEL se deberá iniciar solamente si el médico considera que los beneficios de SEROQUEL superan los riesgos de retirar dicho inductor de enzimas hepáticas. Es importante que todo cambio en el inductor sea gradual y, si se requiere, sea reemplazado por un no inductor (por ejemplo, valproato sódico) (ver también "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). La farmacocinética de Quetiapina no se alteró significativamente por la co-administración de los antidepresivos imipramina (un conocido inhibidor de CYP 2D6) o fluoxetina (un conocido inhibidor de CYP 3A4 y de CYP 2D6). La farmacocinética de Quetiapina no se alteró significativamente por la co-administración de los antipsicóticos risperidona o haloperidol; sin embargo, el uso concomitante de SEROQUEL y tiordazina provocó aumentos en el aclaramiento de Quetiapina de aproximadamente el 70%. La farmacocinética de Quetiapina no se alteró tras la co-administración con cimetidina. La farmacocinética de litio no se alteró con la co-administración de SEROQUEL. No se han realizado estudios formales de interacción con fármacos cardiovasculares comúnmente utilizados. **Embarazo y lactancia:** No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de Quetiapina durante el embarazo humano. Hasta la fecha, no existen indicaciones de peligrosidad en pruebas en animales, aunque no han sido examinados los posibles efectos sobre los ojos del feto. Por tanto, SEROQUEL solamente se utilizará durante el embarazo si los beneficios justifican los riesgos potenciales. Se desconoce el grado en el que Quetiapina se excreta en la leche humana. En consecuencia, se deberá aconsejar a las mujeres que se encuentran en período de lactancia que eviten dicha lactancia durante el tratamiento con SEROQUEL. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** Teniendo en cuenta sus efectos principales sobre el sistema nervioso central, Quetiapina puede interferir con actividades que requieran alerta mental; por tanto, se deberá aconsejar a los pacientes que no conduzcan o utilicen maquinaria hasta que se conozca la susceptibilidad individual. **Reacciones adversas:** El tratamiento con SEROQUEL puede asociarse a astenia leve, sequedad de boca, rinitis, dispepsia o estreñimiento. Se puede producir somnolencia, habi-

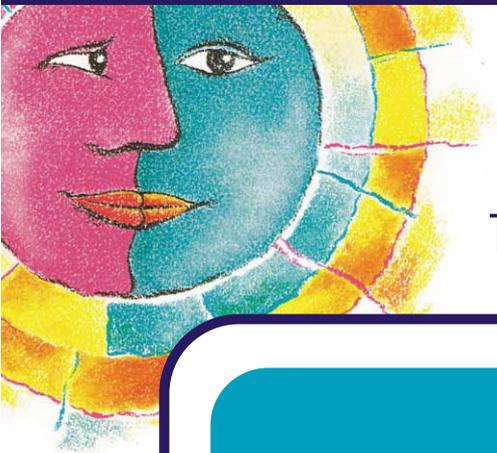


tualmente durante las dos primeras semanas de tratamiento, la cual generalmente se resuelve con la administración continuada de SEROQUEL. Como con otros antipsicóticos, SEROQUEL se puede asociar también con un aumento de peso limitado, predominantemente durante las primeras semanas de tratamiento. Como con otros antipsicóticos con actividad bloqueante alfa-adrenérgica, Quetiapina puede inducir comúnmente hipotensión ortostática, asociada a mareo, taquicardia y, en algunos pacientes, síncope, especialmente durante el período inicial de titulación de dosis (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Han existido informes ocasionales de convulsiones en pacientes tratados con SEROQUEL, aunque la frecuencia no fue superior a la observada en los que se administró placebo en ensayos clínicos controlados (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). En muy raras ocasiones ha habido notificaciones de priapismo en pacientes a los que se les había administrado SEROQUEL. Como con otros agentes antipsicóticos, se han comunicado raramente casos de posible síndrome neuroléptico maligno en pacientes tratados con SEROQUEL (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Como con otros antipsicóticos, se han observado en pacientes tratados con SEROQUEL leucopenia y/o neutropenia. No se comunicaron casos de neutropenia grave persistente o agranulocitosis en los ensayos clínicos controlados con SEROQUEL. Durante la experiencia de post-comercialización, tras la suspensión de la terapia con SEROQUEL se ha observado la resolución de la leucopenia y/o neutropenia. Los posibles factores de riesgo para la leucopenia y/o neutropenia incluyen un recuento bajo pre-existente de glóbulos blancos y un historial de leucopenia y/o neutropenia inducidas por fármacos. Ocasionalmente, se ha observado eosinofilia. Como con otros agentes antipsicóticos, se han notificado raros casos de edema periférico en pacientes tratados con SEROQUEL. En algunos pacientes tratados con SEROQUEL, se han observado aumentos asintomáticos en los niveles de transaminasas séricas (ALT, AST) o de γ -GT, los cuales fueron habitualmente reversibles durante el tratamiento continuado con este fármaco. Se han observado durante el tratamiento con SEROQUEL ligeras elevaciones en los niveles de triglicéridos séricos en períodos de no ayuno y de colesterol total. El tratamiento con SEROQUEL se ha asociado a descensos ligeros, relacionados con la dosis, de los niveles de hormonas tiroideas, en especial T_4 total y T_4 libre. La reducción en T_4 total y libre fue máxima en el plazo de las primeras 2 a 4 semanas del tratamiento con Quetiapina, sin una reducción adicional durante el tratamiento a largo plazo. En casi la totalidad de los casos, el cese del tratamiento con Quetiapina se asoció a una reversión de los efectos sobre T_4 total y libre, independientemente de la duración de tal tratamiento. Los niveles de globulina ligadora de tiroxina (TBG) no se modificaron y, generalmente, no se observó un aumento recíproco de tiroxina ("hormona estimulante del tiroides", TSH). No existen indicios de que SEROQUEL pueda causar hipotiroidismo de importancia clínica. Las incidencias de las posibles reacciones adversas citadas anteriormente, observadas como reacciones adversas en los ensayos clínicos controlados de Fase II/III con SEROQUEL se tabulan a continuación según el formato recomendado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS):

dosis (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Han existido informes ocasionales de convulsiones en pacientes tratados con SEROQUEL, aunque la frecuencia no fue superior a la observada en los que se administró placebo en ensayos clínicos controlados (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). En muy raras ocasiones ha habido notificaciones de priapismo en pacientes a los que se les había administrado SEROQUEL. Como con otros agentes antipsicóticos, se han comunicado raramente casos de posible síndrome neuroléptico maligno en pacientes tratados con SEROQUEL (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Como con otros antipsicóticos, se han observado en pacientes tratados con SEROQUEL leucopenia y/o neutropenia. No se comunicaron casos de neutropenia grave persistente o agranulocitosis en los ensayos clínicos controlados con SEROQUEL. Durante la experiencia de post-comercialización, tras la suspensión de la terapia con SEROQUEL se ha observado la resolución de la leucopenia y/o neutropenia. Los posibles factores de riesgo para la leucopenia y/o neutropenia incluyen un recuento bajo pre-existente de glóbulos blancos y un historial de leucopenia y/o neutropenia inducidas por fármacos. Ocasionalmente, se ha observado eosinofilia. Como con otros agentes antipsicóticos, se han notificado raros casos de edema periférico en pacientes tratados con SEROQUEL. En algunos pacientes tratados con SEROQUEL, se han observado aumentos asintomáticos en los niveles de transaminasas séricas (ALT, AST) o de γ -GT, los cuales fueron habitualmente reversibles durante el tratamiento continuado con este fármaco. Se han observado durante el tratamiento con SEROQUEL ligeras elevaciones en los niveles de triglicéridos séricos en períodos de no ayuno y de colesterol total. El tratamiento con SEROQUEL se ha asociado a descensos ligeros, relacionados con la dosis, de los niveles de hormonas tiroideas, en especial T_4 total y T_4 libre. La reducción en T_4 total y libre fue máxima en el plazo de las primeras 2 a 4 semanas del tratamiento con Quetiapina, sin una reducción adicional durante el tratamiento a largo plazo. En casi la totalidad de los casos, el cese del tratamiento con Quetiapina se asoció a una reversión de los efectos sobre T_4 total y libre, independientemente de la duración de tal tratamiento. Los niveles de globulina ligadora de tiroxina (TBG) no se modificaron y, generalmente, no se observó un aumento recíproco de tiroxina ("hormona estimulante del tiroides", TSH). No existen indicios de que SEROQUEL pueda causar hipotiroidismo de importancia clínica. Las incidencias de las posibles reacciones adversas citadas anteriormente, observadas como reacciones adversas en los ensayos clínicos controlados de Fase II/III con SEROQUEL se tabulan a continuación según el formato recomendado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS):

Muy habitual (>10%)	Nervioso: Somnolencia
Habitual (1% al 10%)	General: Astenia Cardiovascular: Hipotensión postural, hipotensión, taquicardia Digestivo: Estreñimiento, sequedad de boca, dispepsia Hémico y linfático: Leucopenia Metabólico y nutricional: Aumento de ALT (SGPT), aumento de AST (SGOT), aumento de peso Nervioso: Mareo Respiratorio: Rinitis
No habitual (0,1% al 1%)	Cardiovascular: Síncope Digestivo: Aumento de γ -GT Metabólico y nutricional: Hipercolesteremia, hiperlipidemia Hémico y linfático: Eosinofilia Nervioso: Convulsiones
Rara (0,01% al 0,1%)	General: Síndrome neuroléptico maligno Digestivo: Ictericia Nervioso: Crisis de gran mal
Muy rara (<0,01%)	

Sobredosificación: La experiencia obtenida en ensayos clínicos con SEROQUEL en sobredosificación es limitada. Se han tomado dosis estimadas de Quetiapina de hasta 20 g, sin consecuencias fatales. Los pacientes se recuperaron sin secuelas. En general, los signos y síntomas comunicados fueron los resultantes de una exageración de los efectos farmacológicos conocidos del fármaco, es decir, adormecimiento y sedación, taquicardia e hipotensión. No existe un antídoto específico para Quetiapina. En casos de signos graves, se deberá considerar la posible implicación de varios fármacos, recomendándose procedimientos de cuidados intensivos incluyendo el establecimiento y mantenimiento de una vía aérea abierta que asegure la oxigenación y ventilación adecuadas y la monitorización y apoyo del sistema cardiovascular. Ya que no se ha investigado la prevención de la absorción en la sobredosificación, se deberá considerar el lavado gástrico (tras la intubación, si el paciente está inconsciente) y la administración de carbón activado junto a un laxante. Se deberá mantener una estrecha supervisión y monitorización médica hasta la recuperación del paciente. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes: Núcleo:** Povidona, Hidrógeno fosfato de calcio dihidrato, Celulosa microcristalina, Almidón glicolato de sodio Tipo A, Lactosa monohidrato y Estearato de magnesio. **Recubrimiento:** Hipromelosa, Macrogol 400, Dióxido de titanio (E171), Óxido férrico amarillo (E172) (comprimidos de 25 mg y 100 mg), Óxido férrico rojo (E172) (comprimidos de 25 mg). **Incompatibilidades:** No procede. **Período de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar por encima de 30°C. **Naturaleza y contenido del envase/precios:** Los comprimidos de SEROQUEL se acondicionan en blísters de PVC/aluminio, dispuestos en cartones. Los formatos que se comercializan en España son: SEROQUEL 25: Envase conteniendo 6 comprimidos (PVP/iva - 4,99 euros). SEROQUEL 100: Envase conteniendo 60 comprimidos (PVP/iva - 95,86 euros). SEROQUEL 200: Envase conteniendo 60 comprimidos (PVP/iva - 138,54 euros). SEROQUEL 300: Envase conteniendo 60 comprimidos (PVP/iva - 193,29 euros). **Instrucciones de uso/manipulación:** Ningún requisito especial. **NÚMEROS DE LAS AUTORIZACIONES DE COMERCIALIZACIÓN:** SEROQUEL 25, comprimidos de 25 mg: 63.054. SEROQUEL 100, comprimidos de 100 mg: 63.055. SEROQUEL 200, comprimidos de 200 mg: 63.056. SEROQUEL 300, comprimidos de 300 mg: 64.436. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/REVALIDACIÓN DE AUTORIZACIÓN:** SEROQUEL 25: Abril 2000. SEROQUEL 100: Marzo 2000. SEROQUEL 200: Marzo 2000. SEROQUEL 300: Diciembre 2001. **FECHA DE LA REVISIÓN (PARCIAL) DEL TEXTO:** Mayo 2001 (SEROQUEL 25, 100 y 200). **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. **CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** Especialidad de aportación reducida (Cicero). **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A. - C/ Serrano Galvache, 56 - Edificio Roble - 28033 Madrid. **Para mayor información, consultar la Ficha Técnica completa y/o dirigirse a AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A., Dpto. Médico - C/ Serrano Galvache, 56 - Edificio Roble - 28033 Madrid. Tño. Atención al Cliente: 900 16 20 01. Marzo 2001/Septiembre 2001. Seroquel MR SPC (versión 5.2 - 27/2/01) / ref.Ser3107.b1e 300 mg MR SmPC 31/07/01. *Marca Registrada.**



Tratamiento actual de la esquizofrenia



400

500

600

700

EL CAMINO
MÁS
CÓMODO
HACIA LA
DOSIS
IDÓNEA



Nuevo

Seroquel 300mg

quetiapina

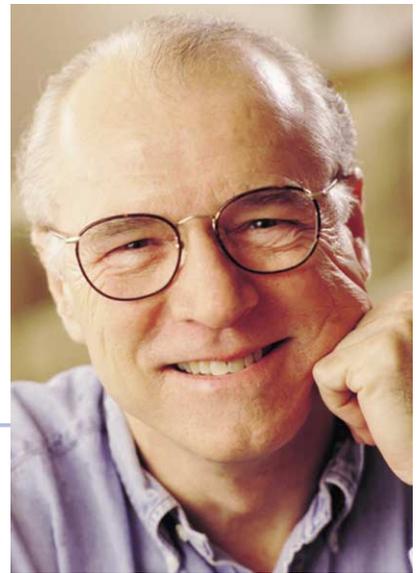


Seroquel 300 mg 60 comprimidos

AstraZeneca

TRABAJANDO JUNTOS POR EL VALOR DE LA INNOVACIÓN

Nestlé Clinutren®



Despierta el *apetito*
por *la vida*

La gama *más* completa

Los sabores *más* deliciosos
y la *mayor* variedad

para garantizar el cumplimiento
de la prescripción.

El *mejor* formato

La Copa Clinutren: el *MÁS CERCANO*
a un alimento normal.



El *MÁS PRÁCTICO*:

- Fácil de abrir,
consumir y volver a cerrar.
- Apto para microondas.



ISO*

REEMBOLSABLE
por el
Sistema Nacional
de Salud



1.5*

REEMBOLSABLE
por el
Sistema Nacional
de Salud



HP ENERGY*

REEMBOLSABLE
por el
Sistema Nacional
de Salud



DIABETES*

REEMBOLSABLE
por el
Sistema Nacional
de Salud



1.5 SOUP



DESSERT



FRUIT

*Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud en las situaciones clínicas relacionadas en el anexo de la orden ministerial 13742 de 2 de junio de 1998.