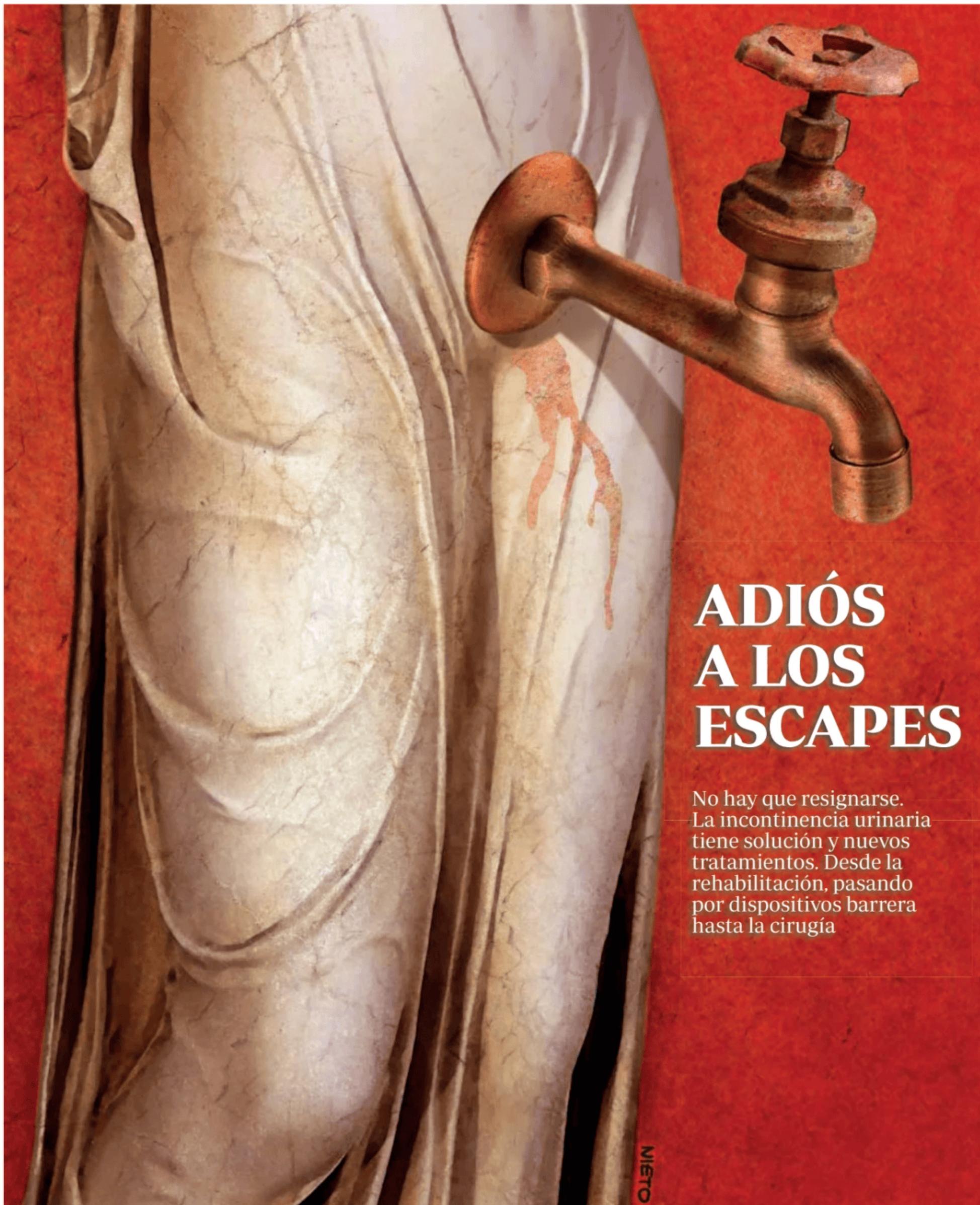


ABC *de la* SALUD

20 de septiembre de 2025 / N° 192 / abc.es/salud



ADIÓS A LOS ESCAPES

No hay que resignarse. La incontinencia urinaria tiene solución y nuevos tratamientos. Desde la rehabilitación, pasando por dispositivos barrera hasta la cirugía

NIETO

NIETO



JÓVENESEN FARMA

¿ESTÁS BUSCANDO TU CAMINO?

¿TE SIENTES PERDIDO EN UN
LABERINTO DE OPCIONES?

¿TE GUSTARÍA TENER UN TRABAJO
EMOCIONANTE PERO NO SABES POR
DÓNDE EMPEZAR A BUSCAR?



¡ESCANEA NUESTRO QR Y
DESCUBRE LOS EMPLEOS
PARA JÓVENES QUE OFRECE
LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA!

¡ÚNETE A LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y
AYUDA A MEJORAR LA VIDA DE LAS PERSONAS!

La industria farmacéutica te ofrece un gran abanico de posibilidades laborales tanto si has cursado estudios universitarios como de formación profesional. Entra en **JÓVENESEN FARMA** y descubre cuáles son los perfiles más demandados en los distintos departamentos de las compañías farmacéuticas.

Un proyecto de **farmaindustria**

JÓVENESEN FARMA
TU TALENTO PUEDE CAMBIAR LA VIDA DE LAS PERSONAS



ABC

CUIDAR LA SALUD DESDE LAS UÑAS

NURIA RAMÍREZ DE CASTRO

Basta con darse una vuelta por cualquier ciudad española para ver la invasión de los salones de uñas. Hay tantos como bares en España, permítanme la hipérbole. Lo cierto es que nunca había sido tan accesible hacerse la manicura y la pedicura, un lujo 'low cost' que ya está al alcance de casi todos los bolsillos. La manicuramania ha estallado y no solo en nuestro país. Por eso, parece razonable el principio de precaución por el que ha optado la Unión Europea al prohibir un ingrediente químico que estaba presente en los esmaltes semipermanentes.

El nombre químico del compuesto es óxido de difenilfosfina, también conocido como TPO y es la sustancia que permite que la manicura de gel se mantenga intacta durante más tiempo que un tratamiento tradicional. Es la razón por la que los esmaltes semipermanentes no se estropeen y brillen más. La Unión Europea ha aplicado el principio de precaución al conocer investigacio-

nes que relacionaban su uso con una reducción en la fertilidad, anomalías fetales y posibles daños hepáticos y renales. Hay quien argumenta que la UE se ha excedido, extrapolando a la población pruebas experimentales que mostraban un riesgo muy bajo. De hecho, la prohibición solo afecta a los países de la Unión Europea. Ni Estados Unidos ni el Reino Unido han optado por dar ese paso. Si me permiten, una opinión desde esta tribuna, yo apuesto por la seguridad. Si hay alternativas más seguras, ¿por qué arriesgar?.

La decisión ha puesto a los esmaltes semipermanentes bajo la lupa y no solo por los tóxicos que se pueden inhalar o absorber. También preocupa la utilización de lámparas ultravioleta para secar con rapidez las uñas durante el tratamiento. No olvidemos, que la exposición repetida puede estar relacionada con el cáncer de piel. Por eso muchos expertos recomiendan usar protector solar de amplio espectro antes de hacerse un tratamiento. Y esto está solo en su mano.



8

Envejecimiento acelerado

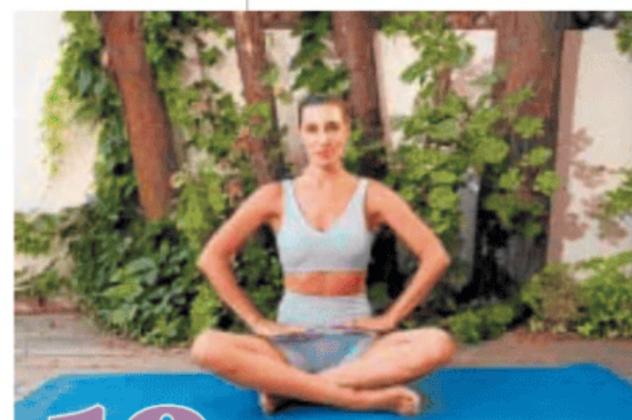
Una unidad pionera en Barcelona trata enfermedades cuando el envejecimiento llega antes de tiempo



10

Svetlana Mojsov

A la «madre» científica de Ozempic le preocupan los efectos secundarios de su mal uso



19

Eugenia Osborne

La hija de Bertín Osborne nos habla de sus rutinas y cuidados para mantenerse en forma

EN PORTADA

Basta de resignarse: la incontinencia urinaria no es normal y existen soluciones médicas

Millones de mujeres lo sufren en silencio, pero las pérdidas de orina tienen tratamiento. El primer paso es romper el tabú y verbalizar el problema en la consulta

SONIA GUTIÉRREZ MENCÍA

«**D**espués de 16 años sufriendo incontinencia el día que me encontré pensando que quizás podía ser rechazada socialmente porque olía a orina, me di cuenta de que había sido suficiente, fue cuando decidí que había que pasar a la acción». Sofia Álvarez, de 50 años, se recuerda interiorizando ese pensamiento.

La incontinencia urinaria sigue siendo, hoy en día, una condición médica rodeada de tabúes, silencios y falsas creencias. Muchas personas la consideran una consecuencia natural del envejecimiento, algo inevitable, cuando en realidad se trata de una patología que puede y debe ser tratada. Así lo afirma doctora Carmen González Enguita, uróloga de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid y presidenta de la Asociación Española de Urología (AEU), quien insiste en que «la incontinencia siempre es una condición patológica, no una simple molestia de la edad. Tiene tratamiento, opciones y debe ser evaluada como cualquier otra enfermedad».

Llega un momento en que las pérdidas ya no solo te limitan tu vida deportiva sino también tu vida sexual, afirma Sofia Álvarez.

El doctor Pedro Blasco, representante de la Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (SINUG) en la Alianza contra la Incontinencia Urinaria (ALINUR), coincide en que la mujer no debe considerar la incontinencia como un proceso normal. «Si las pérdidas son frecuentes, si afectan la calidad de vida, si aparecen tras el parto o durante la menopausia, o si se acompañan de síntomas como dolor, sangre en orina, infecciones recurrentes o masa pélvica, hay que consultar con un especialista», advierte.

La incontinencia urinaria afecta a entre el 25 y el 45% de las mujeres en algún momento de su vida, pero solo el 28% busca ayuda de forma activa. El resto, un 72%, no consulta, lo que refleja el peso del estigma y la falta de información. Entre los distintos tipos de incontinencia, el más frecuen-

te es el que se relaciona con los esfuerzos. Sofia Álvarez, paciente que ha vivido en primera persona el proceso, recuerda cómo tardó en buscar ayuda médica: «Yo llegué muy tarde a la operación. El daño era considerable, fue un parto instrumental con fórceps, bastante agresivo. Me apunté a sesiones de fisioterapia, pero si no había mantenimiento casi continuo no servían y además se sumó el inicio de la menopausia». El abordaje ideal, según la doctora González Enguita, comienza con una buena valoración clínica y una rehabilitación del suelo pélvico. «La fisioterapia especializada es siempre la primera medida. Si se puede evitar la cirugía, mejor. Todo influye en la evolución de la incontinencia», explica. El doctor Blasco añade que el entrenamiento del suelo pélvico logra cura o mejoría en hasta el 75% de los casos, y que el tratamiento debe comenzar siempre por cambios en el estilo de vida, como la pérdida de peso o la reducción del consumo de cafeína.

En cuanto a las pruebas diagnósticas, además de la exploración física, una de las más comunes es la flujometría, que reproduce cómo orina una persona en condiciones reales. Aunque es una prueba no invasiva y a priori sencilla, requiere cierta preparación y puede verse afectada por el entorno clínico. En casos más complejos o recidivados, se recurre a estudios adicionales, pero no suele ser necesario para la mayoría de los casos. «Es importante que el especialista que evalúe el caso tenga experiencia en el manejo de la incontinencia urinaria».

Sofía también destaca el impacto emocional de la incontinencia algo ya bien conocido: «Pasé de ir al baño cada hora a poder aguantar tres o cuatro horas, después de la operación. Es que no es solo físico, también hay un componente psicológico muy fuerte. Te afecta en tu día a día, en tu autoestima, en tu vida social».

El doctor Blasco respalda esta visión con datos: hasta el 50% de las mujeres con incontinencia moderada o severa sufren irritación perineal, y el riesgo de infecciones urinarias aumenta hasta un 60%. Además,

LA INCONTINENCIA AFECTA A ENTRE EL 25 Y EL 45% DE LAS MUJERES EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, PERO SOLO EL 28% BUSCA AYUDA





la probabilidad de sufrir depresión o ansiedad se incrementa entre un 70 y un 100%. La incontinencia puede generar una sensación de vergüenza que limita la vida social, sexual, la forma de vestir y, en definitiva, impacta de forma profunda en la calidad de vida.

Incontinencia y deporte

En los últimos años, ha surgido una preocupación creciente por el vínculo entre ciertos deportes de impacto y la aparición de incontinencia urinaria en mujeres jóvenes. Actividades como el voleibol, el atletismo o el crossfit pueden generar presión excesiva sobre el suelo pélvico, incluso en mujeres sin antecedentes de parto. «No hay evidencia concluyente sobre el impacto a largo plazo, pero sí se ha observado que estas disciplinas pueden provocar pérdidas de orina. Por eso es recomendable trabajar el suelo pélvico dentro del entrenamiento como medida de prevención», señala González Enguita.

Blasco añade que, en deportes como el trampolín o la halterofilia, la prevalencia puede superar el 70%, y que el riesgo es hasta tres veces mayor que en la población general activa. El incremento de la práctica de deportes de im-

Tampón para la incontinencia urinaria femenina reutilizable // ABC

pacto ha contribuido al aumento de casos de incontinencia urinaria en mujeres jóvenes, incluso sin factores obstétricos previos.

El primer punto para la verbalización del problema puede ser la medicina de familia, también el departamento de enfermería o de ginecología, además de la urología. Existen profesionales especializados en la patología del suelo pélvico, y aunque no todos los médicos se dedican exclusivamente a ello, es una disciplina válida y necesaria. La tendencia futura debería ser contar con unidades especializadas en suelo pélvico en todos los hospitales. La tendencia es hacia la superespecialización, lo cual es positivo porque permite ofrecer soluciones más completas y eficaces al paciente.

Cuando la rehabilitación no es suficiente, se valora la intervención quirúrgica. El tratamiento más habitual consiste en colocar una malla sintética tipo cabestrillo medio-uretral (TVT/TOT) debajo de la uretra para corregir la pérdida de orina. «No es la única opción, y existen diferentes técnicas según la edad, los antecedentes quirúrgicos o las preferencias del paciente. En personas jóvenes o con condiciones específicas, se pueden valorar alternativas», aclara el especialista. Blasco detalla que la eficacia de esta cirugía alcanza el 90% al año y el 70-80% a cinco años, aunque la tasa de curación desciende con la edad. También existen técnicas como los cabestri-

llos ajustables o agentes abul-tantes que se inyectan en la uretra. Insisto en no mezclar los tratamientos de los distintos tipos de incontinencia.

Nuevos métodos

Surge una pregunta que sorprende por su actualidad: ¿son seguros los tampones para la incontinencia? Sofía los descubrió en un momento de desesperación: «Vi que había dispositi-



▶▶▶ vos tipo tampón para pérdidas de orina. Lo comenté con un médico generalista y me dijo que, si se usaban puntualmente, no había problema. Pero quería saber la opinión de un especialista. Los busqué porque el nivel de irritación de mi vulva era muy alto».

La doctora González Enguita confirma que existen alternativas en el mercado que funcionan aplicando presión sobre la uretra para favorecer su cierre. «No son tratamientos curativos, pero pueden ser muy útiles en situaciones puntuales. Por ejemplo, mujeres jóvenes que a pesar de los ejercicios de suelo pélvico tienen pérdidas leves solamente al hacer deporte o bailar, o mujeres mayores que no desean someterse a cirugía. Eso sí, deben usarse bajo supervi-

sión médica, ya que hay diferentes tallas y modelos, y no todos son adecuados para todas las personas». Blasco coincide: «Son tratamientos sintomáticos y paliativos, no curan la incontinencia, pero pueden mejorar la calidad de vida si se usan correctamente y con seguimiento profesional». Los dispositivos intravaginales como pesarios, conos o tampones de continencia pueden reducir las pérdidas de esfuerzo leves o moderadas, con tasas de satisfacción inicial cercanas al 70%. Sin embargo, requieren ajuste, revisiones y una correcta indicación médica.

Pruebas de estimación

Respecto a las pruebas de medición de las pérdidas, normalmente para la incontinen-

LOS TAMPONES NO SON TRATAMIENTOS CURATIVOS, PERO PUEDEN SER MUY ÚTILES EN SITUACIONES PUNTUALES.

LA EFICACIA DE ESTA CIRUGÍA ALCANZA EL 90% AL AÑO Y EL 70-80% A CINCO AÑOS, AUNQUE LA TASA DE CURACIÓN DESCIENDE CON LA EDAD

«LO IMPORTANTE ES ENTENDER QUE NO HAY QUE RESIGNARSE. HAY OPCIONES, TRATAMIENTOS, Y LO MÁS IMPORTANTE: HAY ESPERANZA»

cia de esfuerzo es la flujometría, pero para pérdidas por urgencia se están estudiando nuevos métodos. Una novedad reciente podría cambiar el modo en que se diagnostica la incontinencia urinaria en mujeres. Un estudio liderado por el doctor Mohamed Abdel-Fattah, de la Universidad de Aberdeen, y publicado en 'The Lancet', ha demostrado que la Evaluación Clínica Integral (ECI) —una técnica no invasiva basada en cuestionarios médicos, exploración física, diario miccional y prueba de la tos— ofrece resultados similares a las pruebas urodinámicas invasivas, evitando así procedimientos incómodos y potencialmente humillantes. Presentado en el Congreso de la Asociación Europea de Urología (EAU) celebrado en Madrid, el ensayo incluyó a más de mil mujeres y concluyó que la ECI no solo es igual de eficaz, sino que permite una mejora más temprana de los síntomas sin necesidad de catéteres ni instrumental invasivo. Este hallazgo podría marcar un antes y un después en la forma de abordar el diagnóstico, haciéndolo más accesible, respetuoso y centrado en la paciente.

La cirugía debe considerarse principalmente en casos de incontinencia de esfuerzo o mixta con predominio de esfuerzo, y siempre tras el fracaso de las medidas conservadoras. No todas las pacientes son iguales, y factores como la severidad del cuadro, el índice de masa corporal, la edad, las comorbilidades, el deseo de embarazo o la presencia de prolapso influyen en el éxito del tratamiento quirúrgico. Blasco subraya que no debe plantearse cirugía si la paciente no ha finalizado su deseo genésico.

Una herramienta muy útil en el diagnóstico es el diario miccional, que permite registrar la cantidad de líquido ingerido, las veces que se orina y las sensaciones asociadas. Sofía lo utilizó durante su tratamiento: «Me pareció muy interesante. Me ayudó a entender mis hábitos y a ver cómo evolucionaba. Pasé de tener urgencia constante a recuperar un ritmo normal». El diario permite identificar patrones, evaluar la capacidad vesical y ajustar el tratamiento de forma personalizada.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es una condición que afecta a miles de mujeres, muchas de ellas en silencio. Pero como concluye la doctora González Enguita, «lo importante es entender que no hay que resignarse. Hay opciones, hay tratamientos, y lo más importante: hay esperanza».

Tampones y dispositivos para la incontinencia

Existen en el mercado dispositivos tipo tampón diseñados para minimizar las pérdidas de orina. Funcionan aplicando presión sobre la uretra para favorecer su cierre. Aunque no son tratamientos curativos, pueden ser muy útiles en situaciones puntuales:

Mujeres jóvenes que tienen pérdidas leves al hacer deporte.

Mujeres mayores que no desean someterse a cirugía.

Personas que necesitan una solución temporal para salir de casa o realizar actividades sociales.

Es importante que estos dispositivos se usen bajo supervisión médica, ya que existen diferentes tallas y modelos, y no todos son adecuados para todas las personas. Además, no son económicos, por lo que una mala elección puede generar frustración o incomodidad.



Dispositivos de barrera para la incontinencia urinaria // ABC





Doctor Jesús Porta, presidente de la SEN y jefe de Servicio en la Fundación Jiménez Díaz// ABC



Dra Marina Díaz Marsá, presidenta de la SEPSM y jefe de Sección del Hospital Clínico San Carlos// ABC

MIGRAÑA

EL ENEMIGO INVISIBLE QUE CONDICIONA CUERPO, MENTE Y VIDA

Incapacitante, silenciosa y muchas veces incomprendida, la migraña es una enfermedad neurológica que va mucho más allá del dolor de cabeza y que reclama un abordaje integral

Más de cinco millones de personas en España conviven con la migraña, una enfermedad neurológica compleja, frecuente y profundamente incapacitante. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasifica entre las principales causas de discapacidad a nivel global. Sin embargo, continúa siendo ampliamente incomprendida, banalizada o subestimada, tanto en la sociedad como, a veces, incluso en el entorno médico.

La migraña es un trastorno neurológico que se manifiesta con crisis episódicas —o, en su forma crónica, casi continuas— de dolor intenso, a menudo acompañado de náuseas, vómitos, hipersensibilidad a la luz y al sonido, y una profunda incapacidad para seguir con la vida diaria. De acuerdo con la Sociedad Española de Neurología (SEN), aunque puede afectar a personas de todas las edades, su prevalencia es especialmente alta en mujeres jóvenes.

El doctor Jesús Porta, presidente de la SEN y jefe de Servicio en la Fundación Jiménez Díaz, recuerda que es crucial entender la complejidad de esta patología: «La migraña es un proceso neurovascular donde existe una activación del trigémino, una liberación de sustancias inflamatorias en las meninges y una alteración de neurotransmisores como

la serotonina. No es solo un dolor de cabeza; es un fenómeno biológico con muchos matices y mucha carga para el paciente».

Un impacto que va más allá del dolor

Vivir con migraña significa vivir con incertidumbre: no saber cuándo llegará el siguiente ataque, cuánto durará o qué consecuencias tendrá. Esta falta de control tiene un profundo efecto emocional. Así lo explica la doctora Marina Díaz Marsá, presidenta de la Sociedad Española de Psiquiatría y jefe de Sección de Unidades Especiales del Hospital Clínico San Carlos: «La migraña tiene un importante impacto en la salud mental de las personas que la padecen, porque es un dolor crónico, muchas veces imprevisible, que los pacientes viven con mucha frustración».

Según la especialista, «hasta un 90% de quienes sufren migraña experimentan malestar emocional significativo, que se traduce en síntomas de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, sentimientos de culpa, impotencia o frustración».

Además, «existe una relación muy estrecha y bidireccional entre la migraña y los trastornos de ansiedad y depresión», afirma Díaz Marsá. «Hasta el 60% de los pacientes con migraña tienen un trastorno de ansiedad, y el ries-

go de depresión se multiplica por dos o incluso por cinco respecto a la población general».

Este vínculo no es solo psicológico. Ambos trastornos comparten mecanismos neurobiológicos, como alteraciones en neurotransmisores como la serotonina y la dopamina.

«En la migraña lo que se inflaman realmente son las meninges, que son las cubiertas del cerebro y los vasos que están dentro del cráneo, por la liberación de una serie de péptidos», explica Porta. «Esas sustancias que se liberan en el cerebro también producen depresión, de tal manera que es posible que unos niveles altos del péptido CGRP producidos por una migraña crónica facilitan que esa persona tenga el ánimo bajo; es decir, tenemos una relación genética pero también fisiopatológica».

Aislamiento social, tensión familiar y miedo laboral

Las consecuencias de esta enfermedad no se limitan al plano médico o psicológico: la vida social, familiar y laboral del paciente también se ve alterada.

«El paciente vive en alerta constante, en un estado de hipervigilancia, con la angustia de pensar que en cualquier situación social, familiar o laboral se puede desencadenar una crisis con las consecuencias que ello conlleva», señala la doctora Díaz Marsá. «Ese estado de tensión mantenido en el tiempo puede culminar en un cuadro depresivo. El miedo a decepcionar, a cancelar planes o a no rendir en el trabajo refuerza la sensación de soledad y culpa».

«En el entorno muchas veces no se entiende bien lo que les pasa, y estos pacientes progresivamente se van quedando más solos, más aislados», añade la psiquiatra. En el hogar, las crisis pueden generar tensiones, al impedir a la persona afectada cumplir con sus responsabilidades. En el trabajo, la enfermedad se vive con miedo a bajas laborales, pérdida de empleo o estancamiento profesional.

«Es fundamental transmitir a las

personas del ámbito laboral la importancia de la migraña», subraya el doctor Porta. «Incluso que se habiliten espacios en los centros de trabajo con pocos estímulos auditivos o visuales, que en el caso de una crisis de migraña les permita descansar y, después de tomarse la medicación, recuperar el trabajo».

La importancia del entorno y de los cuidadores

Frente a este panorama, la red de apoyo —ya sea profesional, familiar o social— es esencial. El doctor Porta subraya el papel del médico en este proceso: «Es muy importante escuchar al paciente. A veces llegan desesperados, incomprendidos, frustrados. Saber que tienen una enfermedad que no es imaginaria, sino biológica, ayuda a reducir la carga emocional.»

Díaz Marsá también insiste en el valor de la educación tanto para los pacientes como para sus familias: «Es fundamental que entiendan que la depresión o la ansiedad están asociadas a la migraña», indica. «Y luego, que ayuden a facilitar su vida social, porque muchas de estas personas tienen aislamiento por el medio de las crisis, hay que facilitarles estrategias y herramientas para poder abordar esas situaciones sociales y en el ámbito laboral.»

Además, propone crear grupos de apoyo y facilitar la vida social y laboral de quienes viven con migraña: desde enseñar estrategias para manejar situaciones sociales sin miedo, hasta adaptar entornos de trabajo que comprendan la realidad de la enfermedad.

Avances médicos y retos pendientes

En la última década, el tratamiento de la migraña ha dado pasos importantes. Sin embargo, como reconoce Porta, todavía hay retos importantes por delante: «Tenemos más herramientas que nunca, pero debemos garantizar que lleguen a todos los pacientes que las necesitan, y que se usen correctamente, desde Atención Primaria hasta los hospitales de referencia».

Los avances no solo se tratan de nuevos tratamiento farmacológicos, sino también de enfoques más integrales, que aborden la migraña desde lo neurológico, lo emocional y lo social.

«Hay que individualizar el tratamiento, entender qué factores precipitan la migraña en cada persona, y acompañar desde lo farmacológico y lo psicoterapéutico. No es una única solución para todos», concluye Díaz Marsá.

Una enfermedad real, con impactos reales

La migraña sigue siendo, para muchos, una enfermedad invisible. Pero quienes la padecen no son invisibles. Necesitan comprensión, investigación, apoyo institucional y herramientas médicas eficaces.

Dar visibilidad a esta realidad —desde la ciencia y desde la empatía— es un primer paso hacia una sociedad que cuide mejor a quienes conviven con una dolencia que, aunque silenciosa, grita cada día en la vida de millones de personas.

TELOMEROPATÍAS

La lotería genética de envejecer antes de tiempo

El Hospital Vall d'Hebron de Barcelona dispone de una unidad pionera en acortamiento de telómeros, un trastorno que envejece las células y eleva el riesgo de leucemia, fibrosis o cirrosis

ESTHER ARMORA

Su vida fue totalmente normal hasta los 42 años. No tenía ningún síntoma y hacía la vida de cualquier persona de su edad, sin limitaciones. Tenía, eso sí, todo el pelo cano pero lo atribuía al estrés ligado a su profesión. «A los 25 ya tenía muchas canas pero pasados los 30 tenía prácticamente todo el pelo blanco», explica a ABC Germán Martínez, de 45 años y vecino de Premià de Dalt (Barcelona), afectado por una telomeropatía o enfermedad del telómero, alteración genética que deja desprotegido el ADN, abocando a las células a un envejecimiento acelerado, lo que le hace al que lo padece vulnerable a padecer enfermedades asociadas a la senectud.

El Hospital Vall d'Hebron de Barcelona dispone de la única unidad especializada en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno genético hereditario en España. Desde su creación, en diciembre de 2024, ha diagnosticado a una treintena de pacientes de diferentes comunidades, entre ellos Germán.

A él se le encendió la luz de alerta en 2022 cuando en unas analíticas rutinarias tras la pandemia asomó lo que acabaría siendo su rara enfermedad. Los principales indicadores hematológicos aparecían alterados sin motivo aparente. «Primero me dijeron que podía ser un linfoma, aunque después lo descartaron», indica. Le derivaron a un hematólogo pero nadie sabía lo que era.

«Me cayó el mundo encima»

La enfermedad mostró su verdadero rostro en marzo de 2024, cuando tuvo que ser ingresado de urgencia por una fuerte bronquitis. Le indicaron que podría ser fibrosis quística, enfermedad de la que murió su padre, y su mundo se derrumbó. Incluso le hablaron de la posibilidad de ponerse en lista de espera para un trasplante pulmonar.

«Me cayó el mundo encima. Fue terrible pensar que tendría el final de mi padre. No quería pasar por eso ni tampoco que lo sufriera mi familia», afirma Germán en declaraciones a este medio. Apenas un mes después, en abril de 2024 le hicieron un estudio genético y tuvo el diagnóstico. Le indicaron que padecía una telomeropatía, una alteración genética de base hereditaria que le afectaba al pulmón y le había causado una En-

fermedad Pulmonar Intersticial (EPI) que, con el tiempo, podría derivar en fibrosis pulmonar. Se fue a casa con medicación y oxígeno para que pudiera echar mano de él en momentos de necesidad. Así fue pasando sin novedades clínicas relevantes hasta que en 2025 su dolencia pulmonar le llevó a urgencias. «Estuve dos semanas ingresado y cinco días en la UCI, aunque tenía asumida la enfermedad y no tuve el mismo shock que en el primer ingreso cuando me plantearon la posibilidad de tener que estar en espera de un trasplante pulmonar. Pensé en lo peor», dice Martínez.

Alteración genética hereditaria

Cuando le impactó el diagnóstico, su primera pregunta fue ¿qué es una telomeropatía? La respuesta es sencilla y complicada a la vez. Se trata de una alteración hereditaria que hace que los telómeros, una especie de capuchones que protegen los extremos de nuestros cromosomas, se debiliten y acorten progresivamente. Es decir, que el manto protector del material genético, desaparezca. Esto provoca, a su vez, que las células envejecan de forma acelerada y las personas que padecen este trastorno están más expuestas a padecer enfermedades asociadas a la senectud como neoplasias hematopoyéticas (cánceres de la sangre y médula ósea), fibrosis pulmonar y patologías hepáticas (como cirrosis).

«Los telómeros son como el capuchón de plástico que protege los extremos de los cordones de las zapatillas. Si se rompe, se deshuelan los cordones», explica la hematóloga Julia Montoro, responsable de la Unidad de Diagnóstico y Asesoramiento Genético Hematológico.

El Hospital Vall d'Hebron de Barcelona dispone desde diciembre de 2024 de la primera Unidad de Alteración en la Biología de los Telómeros de España, inaugurada en 2024 dentro de la Unidad de Diagnóstico y Asesoramiento Genético Hematológico del centro, también pionera en España y que empezó a funcionar en 2021. Desde su creación, en la unidad se han diagnosticado a una treintena de pacientes con esta alteración genética, entre ellos Germán y varios miembros de su familia. «Ya existían unidades de diagnóstico genético a nivel de tumores sólidos pero en leucemias solo hay des-



de hace cinco años», afirma Montoro. Recuerda, asimismo, que, aunque hace años las telomeropatías se asociaban a una enfermedad pediátrica, la investigación clínica ha permitido que se diagnostiquen cada vez más en adultos.

«Cuando la telomeropatía aparece en la infancia los cuadros son más evidentes y exagerados por que los niños nacen sin telómeros y eso implica que presentan en muchos casos retraso en el crecimiento y retraso mental, los pediatras están acostumbrados a verlos, pero cuando la enfermedad no da la cara hasta la edad adulta, apenas hay síntomas y es difícil detectarla. Hay una clínica muy larvada y la afectación aparece sobre los 30 años», advierte la hematóloga.

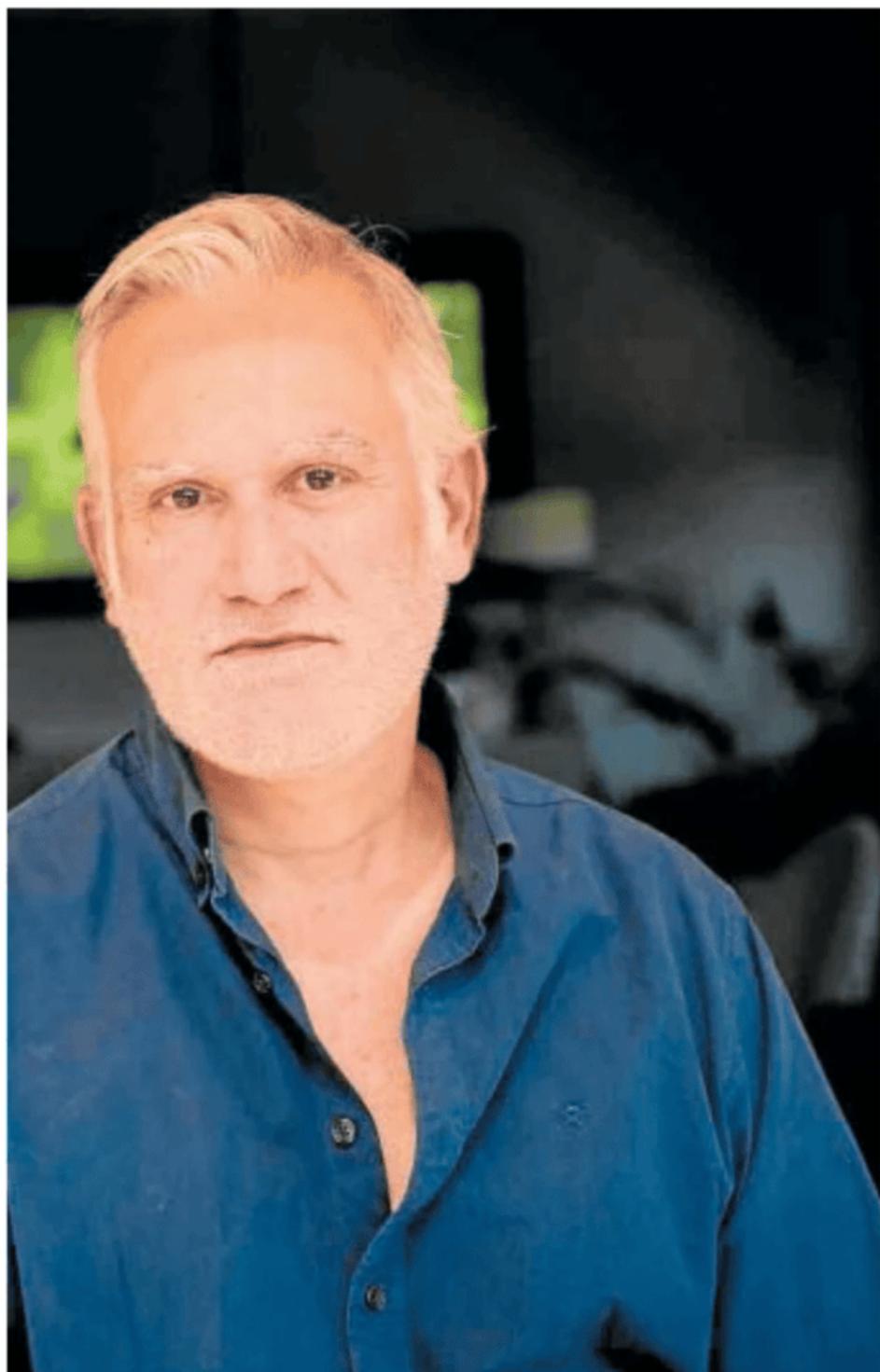
Más sensibles a la quimioterapia

Alteraciones en los marcadores de la sangre, cansancio, pelo totalmente cano y uñas extremadamente frágiles son los síntomas que pueden delatar la existencia de esta enfermedad rara. «Las personas con esta alteración genética también tienen una reacción desmedida a las quimioterapias cuando se les ha diagnosticado algún cáncer hematológico», añade la hematóloga del Vall d'Hebron.

Gracias a las unidades de diagnóstico genético como la del hospital barcelonés se puede ir un paso por delante de la enfermedad. «Las personas afectadas por la altera-

LA ENFERMEDAD HACE QUE LOS TELÓMEROS, CAPUCHONES QUE PROTEGEN A LOS CROMOSOMAS, SE ACORTEN Y DEBILITEN

«SOY OPTIMISTA PORQUE CONFÍO EN LA CIENCIA, AUNQUE HAY DÍAS QUE DIGO QUE LOTERÍA MÁS MALA LA MÍA»



German Martínez, afectado por una telomeropatía, tras la entrevista // I. BAUCCELLS

PELO CANO, CANSANCIO, ALTERACIONES EN LAS ANALÍTICAS Y UÑAS FRÁGILES, SÍNTOMAS DE ALARMA

CÁNCER DE LA SANGRE, CIRROSIS Y FIBROSIS, ALGUNAS PATOLOGÍAS DERIVADAS DEL TRASTORNO

ción genética pueden ser portadores sanos o personas que ya presentan afectación en la salud. Se trata de anticiparse a cualquier problema de salud si sabemos que la persona tiene predisposición genética a padecerlo», dice la especialista y recuerda que la sangre, el pulmón y el hígado son las principales dianas de la enfermedad. Germán y sus cinco hermanos (tres mujeres que son portadoras sanas y un hermano que tiene ya afectación hematológica) se hicieron el estudio genético. Él, que tiene daños en el pulmón, lleva una vida normal, aunque echa mano del oxígeno en determinadas situaciones.

Niveles más bajos de oxígeno

«Cuando me hicieron la prueba genética tenía el hígado tocado, y los pulmones con una inflamación crónica. Llegué a casa con el oxígeno portátil por si lo necesito pero lo uso relativamente poco. Lo llevo en el coche por si se da una urgencia pero suelo enchufármelo por la noche antes de ir a dormir. Durante el día apenas lo necesito me he acostumbrado a mis niveles de saturación que son más bajos que los de la población», señala Martínez.

Es consciente de su enfermedad pero la afronta con optimismo. «Confío mucho en la ciencia. Hay días en los que pienso: que lotería más mala la mía, pero siempre miro al futuro con optimismo», asevera.

DISTINGUIR REALIDAD Y FICCIÓN EN SALUD OCULAR:

¡OJO AL MITO!

El Instituto Oftalmológico Fernández-Vega (IOFV) desmiente algunos mitos que circulan, tanto en la red como entre la población, para propiciar una mejor salud ocular. Y es que contar con información clara es el primer paso para lograr una buena visión y favorecer un envejecimiento saludable, también para nuestros ojos

• LECTURA

Mito: Leer en dispositivos digitales es malo para la vista

Realidad: En estos casos, se debe ajustar la iluminación para no crear reflejos en la pantalla, utilizando buena luz natural, además de descansar la vista cada 20 minutos y 'obligarse' a parpadear, para tener más hidratado el ojo.

Mito: Leer mucho provoca vista cansada (presbicia)

Realidad: Ni adelanta ni provoca presbicia (causada por la pérdida paulatina de flexibilidad del cristalino del ojo, un efecto producido normalmente por el envejecimiento).

Mito: Leer letras pequeñas puede dañar la vista

Realidad: Puede hacer que nos acerquemos más al texto y esto podría favorecer un aumento de la miopía. También puede causar fatiga visual, si bien no hay evidencia de que dañe los ojos. Es necesario, siempre, recordar la regla 20-20-20: descansar la vista cada 20 minutos, 20 segundos, mientras miramos a 20 pies de distancia (unos 6 metros).

• CIRUGÍA

Las cirugías oculares, como la cirugía refractiva para corregir la miopía, astigmatismo o hipermetropía, han avanzado mucho en las últimas décadas siendo cada vez más seguras. Sin embargo, existen numerosos mitos que generan dudas y temores entre los pacientes...

Mito: Solo los jóvenes pueden someterse a cirugía refractiva.

Realidad: La edad no es el único factor determinante. Lo esencial es la salud ocular general. Cualquier paciente entre los 20 y los 55 años podría someterse a una cirugía refractiva; pero la edad (entre otros factores) nos condicionará la técnica quirúrgica o la indicación.

Mito: La cirugía ocular es dolorosa.

Realidad: Antes de realizar la intervención se utiliza anestesia local para adormecer el ojo, por lo que no es dolorosa (sí se puede sentir una sensación de presión).

Mito: El láser puede quemar los ojos.

Realidad: El Láser Excímer, que se usa normalmente para corregir los defectos refractivos, está diseñado para remodelar la córnea con precisión sin causar quemaduras.

Mito: Es necesario usar gafas de sol para siempre.

Realidad: Tras la cirugía, se recomienda el uso de gafas de sol durante los primeros días para proteger los ojos de la luz y evitar molestias (no es obligatorio su uso ni tiene por qué ser permanente).

Mito: La recuperación es larga y complicada.

Realidad: La recuperación suele ser rápida. Muchos pacientes retoman, en la mayor parte de casos, sus actividades normales a los pocos días, siguiendo las indicaciones médicas y evitando esfuerzos físicos intensos durante el periodo de cicatrización.

Mito: No se puede ver la televisión tras la cirugía

Realidad: Sí, se puede ver la televisión tras la cirugía, aunque se recomienda evitar el uso intensivo de pantallas y no realizar esfuerzos visuales en el postoperatorio inmediato.

Mito: La cirugía no resuelve la miopía, al cabo de un tiempo vuelves a necesitar gafas

Realidad: En el caso de la miopía, el defecto no vuelve una vez operado. Lo que ocurre en algunos casos concretos, que nada tiene que ver con la cirugía, es que la propia miopía podría seguir aumentando una vez se haya realizado la intervención.

Cada paciente es un caso único y ha de ser tratado con la mayor personalización posible. Eso sí es una realidad posible gracias a los avances en la Oftalmología y así ha de percibirse cuando visitamos al especialista de confianza. Acudir a las revisiones anuales, especialmente a partir de los 40 años, sí es una necesidad real y muy aconsejable.



SVETLANA MOJSOV

'MADRE' CIENTÍFICA DE LOS FÁRMACOS ANTI-OBESIDAD

«No es bueno jugar con Ozempic, si alguien quiere perder 15 kilos que lo haga sin medicación»

Sus investigaciones allanaron el camino a los fármacos antiobesidad, a tratamientos tan conocidos como Ozempic, Wegovy o Mounjaro. Pero estuvo a punto de quedarse fuera del reconocimiento científico

NURIA RAMÍREZ DE CASTRO

La historia de Svetlana Mojsov no es única. Nació en Macedonia, pero se nacionalizó y desarrolló toda su carrera científica en Estados Unidos, como otros investigadores prometedores. Primero, en la Universidad de Rockefeller (Nueva York), donde empezó a interesarse por el glucagón, una hormona que produce el páncreas y eleva los niveles de glucosa. Después siguió su investigación en el Hospital General de Massachusetts donde sintetizó una hormona similar -péptido GLP-1- y empezó a vislumbrar su potencial terapéutico para el tratamiento de la diabetes tipo 2 y la regulación del apetito. El siglo XX estaba viendo su fin y aún no se sabía que millones de personas en el mundo terminarían tomando estos tratamientos (agonistas de los GLP-1) como una forma fiable de adelgazar y mantener a raya la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Como otros grandes avances, Mojsov no alumbró en solitario lo que hoy se ha transformado en fármacos superventas. Otros tres científicos más, todos hombres, también participaron en el descubrimiento. Pero si no hubiera sido por el coraje de Mojsov, solo habrían brillado sus compañeros de investigación, reconoce a ABC la científica estadounidense tras recibir el Premio Fronteras del Conocimiento. Su contribución habría sido opacada, como el de otras científicas a lo largo de la historia. Por eso su historia no es única.

—¿En qué momento de su investigación se dio cuenta de que su hallazgo era realmente algo importante?

—Yo puse en marcha esta investigación porque quería desarrollar una nueva medicación para la diabetes. Yo no sabía que iba a tener una repercusión tan grande. En los 90 del siglo pasado no podíamos anticipar que también será útil para combatir la obesidad. Eso se descubrió durante los ensayos clínicos, cuando los pacientes con diabetes

empezaron a perder peso. Así que sabíamos que iba a haber una nueva medicación para la diabetes tipo 2, pero no para luchar contra la obesidad. Fue una correlación entre la ciencia básica y el trabajo que habían realizado los laboratorios farmacéuticos.

—Usted tardó en patentar sus hallazgos. Su colega Joel Haberner no lo dudó y a usted le tocó pelear las patentes con sus abogados. ¿Qué le frenó?

—Bueno, la situación era bastante compleja. A mí me omitieron de esas patentes, pero yo sabía que eso no estaba bien. Así que tuve que ponerme en manos de abogados. Tardamos diez años, pero fui persistente y tuve muy buenos abogados que me asesoraron bien. No lo hice tanto por dinero como porque quería el reconocimiento de lo que había logrado. Era una situación discriminatoria.

—Ozempic hoy es un medicamento casi milagroso, no solo frente a la diabetes y la obesidad. También se cree que puede ser beneficioso frente al alzhéimer, las adicciones, las enfermedades cardiovasculares... ¿Lo mejor de estos medicamentos a los que su ciencia abrió la puerta aún está por llegar?

—Creo que ya hemos visto lo bueno. Creo que hay que entender bien la fisiología y la biología. Sabemos que el GLP-1 para que actúe tiene que estar vinculado a un receptor. Hacen falta estos receptores de GLP-1 que se expresan en las neuronas del cerebro. Y creo que por eso puede tener mucho potencial de acción. Yo personalmente no sé si va a tener un papel en la enfermedad de alzhéimer. Hay mucha investigación por hacer, pero eso solo lo sabremos en el futuro. Me temo que hay que esperar.

—¿Por qué estos fármacos funcionan casi como una navaja suiza? ¿Es porque combaten la obesidad y eso produce una infinidad de problemas en el organismo? ¿o producen otros efectos diferentes?

—Los efectos más positivos de estos fármacos se han visto en personas con obesidad.



«SIN LAS DENUNCIAS DE LOS PERIODISTAS, SIN LA PRENSA, LA CIENCIA ME HABRÍA OLVIDADO»

«LLEGARÁN OTROS FÁRMACOS ANTI-OBESIDAD SIN EFECTO REBOTE Y PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR»

Sabemos que la diabetes tipo 2 desaparece al perder peso. La obesidad también genera enfermedades, hepáticas, de riñón, de corazón. Así que creo que el gran beneficio es por la pérdida de peso que genera. Lo que el GLP-1 ha demostrado por primera vez es que una única medicación puede curar varias enfermedades. Y esa es la gran ventaja. También tiene un efecto sobre los impulsos, en el deseo, y eso puede beneficiar a problemas relacionados con la salud mental, como las adicciones al alcohol, al juego o la comida. La experiencia clínica está abriendo el camino a lo que descubrió la ciencia básica.

—Un amigo, que tomaba Ozempic y adelgazó mucho, me dijo que lo iba a dejar porque ya no era feliz. Quería tomarse un gin tonic y sólo le apetecía agua. ¿Este tratamiento no está hecho para los disfrutones, para los que comen y beben por placer?

—Sí, eso es lo que dicen los que lo toman y tiene que ver con cómo actúa en el circuito de recompensa cerebral.

—¿Llegará un momento en que se aconseje a personas sanas? Aunque sea solo para bajar un poco de peso y hacerlo sin esfuerzo.

—Son medicamentos que afectan al metabolismo y cambian muchas cosas. Si alguien es capaz de mantenerse en forma con hábitos saludables, no debería tomarlo. El médico es quien debe decidir si tienes que tomarlo o no. Por eso es importante la prescripción médica, que se venda con receta.

—¿Usted lo ha probado alguna vez?

—No, yo no lo he probado porque no lo he necesitado. Por eso estoy en contra de cómo lo están tomando algunas personas. Si uno tiene que perder 15 kilos, que lo haga de for-



Mojsov, fotografiada en Bilbao, antes de la entrega de los premios Fronteras // ABC

ma saludable, sin medicación. No es algo banal, es un medicamento que altera el equilibrio general entre las hormonas de tu cuerpo. No es bueno jugar con esta medicación. Es seguro, siempre que se use bajo control médico y con la vigilancia de analíticas para determinar cómo impacta en otros parámetros.

—¿Teme que dentro de unos años se descubran efectos no deseados por su abuso?

—Es lo que debemos averiguar ahora. Sabemos que en general es seguro, pero no sabemos cómo será la historia a largo plazo. Yo creo que va a ser seguro si se usa bajo control médico, pero todavía necesitamos tiempo.

—Después de Ozempic o Mounjaro ha empezado una carrera en todos los laboratorios para conseguir una pastilla que evite los pinchazos y consiga mayores pérdidas de peso. ¿Este es el objetivo a más corto plazo? ¿O qué es lo mejor que está por llegar?

—Soy muy optimista, creo que llegarán medicaciones mejores. Hay muchos ensayos clínicos y, de hecho, el problema es cómo mantener el peso perdido. Porque, claro, si dejas de tomarlo, vuelves a ganar peso. Debemos averiguar cómo podemos evitar ese efecto rebote y no volver a engordar. Está claro que van a hacer falta otras medicaciones para conseguirlo. Y creo que el mundo académico y las farmacéuticas están trabajando para ver qué otro componente se pue-

de utilizar. Y luego, el segundo problema es evitar la pérdida muscular. Esto es muy serio con la gente mayor, porque tú necesitas los músculos para sujetar tus huesos. Cuando uno toma estas medicaciones, es importante hacer un seguimiento médico, consumir mucha proteína para la biología del músculo y también hacer ejercicio. Tras Ozempic, el primero de la clase, necesitamos otros similares de otra generación. Las medicaciones van mejorando.

—¿Tiene alguna anécdota desde que se convirtió en la 'madre' científica de Ozempic? ¿Le precede su fama?

—No, realmente no. Aunque es verdad que nunca me habían hecho tantas fotos en mi vida. En la calle nadie me reconoce pero sí por los premios y las entrevistas. Aunque estoy muy agradecida a los periodistas. Lo digo sinceramente, porque los periodistas son los que sacaron a la luz mi historia. Si no llega a ser por ustedes, la ciencia me habría olvidado. Además gracias a la prensa se fomenta la ciencia, la buena ciencia y la necesidad de financiarla. Siempre que hablo con ustedes reivindico la necesidad de hablar de ello, especialmente ahora en Estados Unidos, donde la ciencia se está deteriorando.

—Se espera que la Academia Nobel conceda su galardón a los científicos que como usted contribuyeron al hallazgo. Pero ustedes son cuatro y solo se premia a tres personas por una misma contribución. ¿Cómo se resolverá este dilema?

—Bueno eso es un problema de la Academia Nobel, no mío.

ABC

vocento



IA y DIAGNÓSTICO PRECOZ

al servicio de la salud del futuro

Un encuentro único que reunirá a los líderes que están marcando el rumbo de la sanidad del siglo XXI.

Queremos inspirarte con experiencias reales, casos de éxito y nuevos caminos de colaboración que muestran cómo la IA está transformando la práctica médica.

Un debate decisivo y un encuentro de innovación imprescindible para los profesionales que buscan liderar la medicina del futuro.

24|09 | Sede ABC
9:30h | Josefa Valcárcel 40 BIS

REGISTRO
Y AGENDA



eventos.abc.es/DxIA25



FORO ABC SALUD

Estenosis lumbar: Volver a caminar sin dolor es posible

El estrechamiento del canal vertebral en la zona lumbar es una epidemia silenciosa en mayores de 60 años. La buena noticia es que hoy se puede colocar un implante con una cirugía mínimamente invasiva, rápida y con muy baja tasa de complicaciones

RAFAEL IBARRA

La estenosis de canal lumbar es una de las principales causas de cirugía de columna en mayores de 60 años. Se trata de un estrechamiento del canal vertebral en la zona lumbar, la que más peso soporta y más movilidad tiene. Este proceso puede ser congénito, hay personas que nacen con el canal más estrecho, pero en la mayoría de los casos es adquirido, fruto del desgaste propio de la edad.

Así se puso de manifiesto en el Foro ABC Salud-Hospital Universitario La Luz, donde el doctor Francisco Villarejo, jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario La Luz de Madrid, explicó que la incidencia en España es altísima: «Prácticamente el 90% de los mayores de 60 años presentan cierto grado de estenosis lumbar. No todos tienen síntomas, pero alrededor del 60% manifiestan problemas y de estos, un 30% termina necesitando cirugía».

El síntoma más característico es la llamada claudicación neurógena: el paciente siente dolor, pérdida de fuerza o entumecimiento en las piernas al caminar. Se detiene, descansa unos segundos y puede continuar, en un ciclo que recuerda a pararse delante de escaparates para disimular, de ahí el nombre coloquial.

Esta patología, señala el doctor Villarejo, fue descrita en 1954 por el médico Henk Verbiest, quien ya observó que los enfermos mejoraban al inclinarse hacia delante o al apoyarse en un carrito de la compra. «La explicación: al flexionar la columna, los nervios recuperan espacio y el dolor disminuye».

«El diagnóstico de estenosis de canal es común a medida que envejecemos, pero no todas las personas desarrollan síntomas. Sin embargo, quienes los padecen experimentan una merma significativa en su movilidad y calidad de vida», explica el doctor Villarejo. Los pacientes acuden después de haber pasado por todas las técnicas de rehabilitación posibles: radiofrecuencia pulsada, unidades de dolor, fisioterapia.

Avelino Traba se operó hace ya 5 años con el doctor Villarejo. «Tras unas vacaciones, cargué peso y desde entonces empecé con dolores insostenibles. No podía caminar

más de 20 metros sin detenerme. Perdí fuerza y movilidad en la pierna izquierda. Después de probar tratamientos sin éxito, el doctor me recomendó la cirugía».

Su recuperación fue sorprendentemente rápida: «Al día siguiente ya estaba de pie sin dolor. En pocas semanas llevaba una vida normal y, a los pocos meses, hasta volví a jugar al golf».

Hace unas décadas, la única solución quirúrgica era la laminectomía, una intervención amplia y agresiva en la que se retiraban láminas vertebrales, muchas veces acompañada de fijaciones con tornillos. Estas operaciones tenían riesgos elevados y una recuperación larga y dolorosa.

La gran revolución llegó con los dispositivos interespinosos, implantes que se colocan entre las apófisis espinosas de las vértebras para mantener abierto el canal. «Hoy, en apenas 20 o 30 minutos podemos colocar un implante con una cirugía mínimamente invasiva, rápida y con muy baja tasa de complicaciones», destaca el doctor Villarejo.

El desarrollo de estos dispositivos no ha sido sencillo, reconoce Jorge Sampedro, director para Iberia y LATAM de Paradigm Spine (fabricante del dispositivo interespinoso). «Primero se elige el material (titanio, cromo, cerámica, etc.) según la función y duración esperada del implante. La elección depende del objetivo del implante, su función y la duración esperada. Por ejemplo, una persona adulta realiza entre 1.000.000 y 1.200.000 movimientos (flexiones) al año. Si queremos que un implante dure al menos 10 años, debe soportar más de 12 millones de ciclos, lo que requiere pruebas exhaustivas».

Una vez diseñado el implante, se evalúan su eficiencia y su viabilidad quirúrgica. «Colaboramos con los cirujanos para desarrollar una técnica quirúrgica adecuada; después, realizamos ensayos clínicos con un número determinado de pacientes (20, 30 o 40, según criterios bioestadísticos), y hacemos un seguimiento a corto o medio plazo, que en cirugía de columna implica entre 2 y 5 años, con controles periódicos cada 3 o 6 meses».

Con los resultados, agrega, se solicita la aprobación oficial antes de lanzarlo al mercado. Como referencia, apunta, «desde que



De izquierda a derecha: Jorge Sampedro, Avelino Traba y el doctor Francisco Villarejo

// ABC

se describió la estenosis de canal hasta el primer implante pasaron casi 40 años».

Higiene de la columna

Aunque no se puede frenar el envejecimiento, el doctor Villarejo insiste en la importancia de la higiene de la columna: evitar el sedentarismo y practicar actividades que fortalezcan la musculatura lumbar, como natación, bicicleta, caminar o pilates. «Lo ideal es empezar a cuidarse a partir de los 40 años, no esperar a los 60», aconseja. De cara al futuro, su deseo es claro: «Implantes más pequeños, más adaptables a cada paciente y con materiales menos rígidos que el titanio, que se adapten mejor a la biomecánica de la columna», apunta el doctor Villarejo.

En este sentido, Jorge Sampedro destaca que las compañías comercializadoras, en este caso Prim en España, así como Paradigm Spine, la compañía que fabrica el implante, «tra-

**PRACTICAR
NATAción,
BICICLETA,
CAMINAR O
HACER PILATES
FORTALECEN
LA
MUSCULATURA
LUMBAR**

JORGE SAMPEDRO

DTOR. PARA IBERIA Y LATAM DE PARADIGM SPINE



«Si queremos que un implante dure al menos 10 años y soporte más de 12 millones de ciclos, requiere pruebas exhaustivas»

AVELINO TRABA

PACIENTE QUE HA RECUPERADO LA MOVILIDAD



«Tenía dolores insoportables. Mi experiencia con la cirugía es extraordinaria. En estos 5 años no he tenido problemas»

FRANCISCO VILLAREJO

JEFE DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL LA LUZ



«Nuestro objetivo es personalizar el tratamiento para garantizar el mejor resultado posible en cada caso»



bajamos con los doctores para que la vida de los pacientes sea lo mejor posible. Aunque no los curemos, por lo menos hacemos que su vida sea más fácil».

Los resultados actuales ya son muy positivos. Así, en un estudio publicado en 2011 en la revista científica 'Acta Neuroquirúrgica', el equipo liderado por el doctor Villarejo presentó los resultados de 156 pacientes operados con esta técnica. Desde entonces, el Hospital Universitario La Luz ha realizado más de 4.000 intervenciones con separadores interespinosos, logrando una tasa de satisfacción superior al 80% entre los pacientes y una reducción notable de los síntomas en más del 50%.

Un resultado que confirma Avelino, que no solo ha recuperado la movilidad, sino la calidad de vida. «Mi experiencia es extraordinaria. En estos 5 años no he tenido ningún problema».

A pesar de los avances, el doctor Villarejo destaca que no todos los casos son iguales. La elección del tratamiento depende de factores como la severidad de la estenosis, la presencia de inestabilidad vertebral y las condiciones generales del paciente.

«Cada técnica tiene su indicación específica. Nuestro objetivo es personalizar el tratamiento para garantizar el mejor resultado posible en cada caso», concluye el doctor Villarejo.

Añade Sampedro que, en cuanto al futuro de la personalización, se plantea la posibilidad de fabricar implantes específicos para cada paciente mediante impresión 3D. «Aunque tecnológicamente es una idea atractiva, hoy en día no es viable por varias razones clave. Primero, los dispositivos impresos en 3D no salen estériles, por lo que requieren un proceso adicional de esterilización. Segundo, fabricar un implante per-

sonalizado no es inmediato; puede tardar varias horas. Si un hospital tuviera cinco cirugías en un mismo día, necesitaría tener al menos cinco impresoras funcionando en paralelo con antelación suficiente».

Por estos motivos, actualmente se trabaja con un modelo intermedio entre la estandarización y la personalización: se fabrican implantes en diferentes tallas, lo que permite ajustar el dispositivo al paciente durante la cirugía, como si fuera una prenda de ropa con distintas medidas. «Este enfoque permite eficiencia en la producción y flexibilidad en el quirófano», añade.

Así, aunque la personalización completa mediante impresión 3D podría llegar a ser realidad en el futuro, quizás en unas décadas, hoy en día la solución más efectiva es una estandarización flexible, que asegure al cirujano la posibilidad de adaptar el implante en el mismo momento de la operación.

**SE FABRICAN
IMPLANTES EN
DIFERENTES
TALLAS, LO QUE
PERMITE
AJUSTAR EL
DISPOSITIVO AL
PACIENTE EN LA
CIRUGÍA**



En Bad Tatzmannsdorf, Austria, combinan ejercicio, relajación y psicoterapia en entornos agradables // ABC

REHABILITACIÓN PSICOCARDIOLÓGICA

Los sistemas de salud centroeuropeos se llevan a los pacientes de corazón al spa

Hacen ejercicio, estudian nutrición, se relajan en piscinas y hacen terapia psicológica de grupo, entre otras técnicas, como parte de su receta médica

ROSALÍA SÁNCHEZ.

«Cuando te diagnostican un problema en el corazón, sientes que te hundes. Estás en peligro de muerte. No se trata solamente de intervenciones quirúrgicas o de tratamientos crónicos. A las pastillas diarias hay que sumar todo un cambio de hábitos, que no es nada fácil, adoptar otro de estilo de vida. Y si ves que no eres capaz de hacer todo eso por tu salud, por tu propia vida, llegas a deprimirte. Después, va todo cuesta abajo». Así describe un paciente de la Charité de Berlín su experiencia como enfermo cardiovascular. Teniendo en cuenta que «la prevalencia y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares, relativamente altas, inducen a la depresión» y que «la depresión es un factor de riesgo independiente para el mal pronóstico de la enfermedad cardiovascular», su tratamiento ha sido derivado a un modelo terapéutico de psicocardiología, como los que se aplican ya en clínicas de toda Centroeuropa. Estos tratamientos consideran los «factores psicológicos» como parte del «sistema de prevención y control de enfermedades cardíacas» y proporcionan un tratamiento más holístico. Nuestro paciente anónimo en Berlín, dirigido por un equipo de cardiólogos, psicólogos clínicos, psiquiatras y expertos en medicina psicosomática, participa en sesiones de psicoeducación y terapias cognitivo-conductuales, en las que ha aprendido que «el

corazón y el cerebro no están lejos, no son independientes, y pueden ayudarse mutuamente en el proceso de curación».

La «rehabilitación psicocardiológica» está ya presente en los sistemas de salud públicos centroeuropeos, diseñada por pioneros como el doctor Peter Fasching, que combina en Bad Tatzmannsdorf, Austria, ejercicio, relajación y psicoterapia en entornos agradables. «Los ataques cardíacos y las operaciones cardíacas a menudo se perciben como experiencias traumáticas. Los miedos, la ansiedad y el comportamiento de evitación asociado pueden llevar a que los pacientes se sientan agobiados por sus síntomas psicológicos además de su enfermedad cardíaca», explica Monika Mustak-Blagusz, médico jefe de Pension Versicherung Österreich (PV). Este enfoque, desde la Sanidad pública, busca alejarse del entorno que el paciente identifica con hospitales, asociados a la enfermedad y estresantes, de manera que sus instalaciones tienen más bien la apariencia de un balneario alpino, como aquellos tan populares entre la aristocracia europea en el siglo XIX, en idílicos paisajes vinícolas, o en atractivo spas, de aspecto más actual. A diferencia de la rehabilitación cardiológica clásica, este enfoque incluye, además del diagnóstico y tratamiento de cardiología, terapia de formación médica, consultas individuales psicológicas o psicoterapéuticas que pueden ser también terapias grupales, así como entre-

namiento para manejo del estrés o técnicas de relajación.

Los pacientes hacen ejercicio, estudian nutrición y se relajan en piscinas, como parte de su receta médica. «La interacción entre el corazón y el alma juega un papel importante en la cardiología. Por lo tanto, es esencial incluir el componente psicológico en las enfermedades cardíacas. Un enfoque interdisciplinario del tratamiento y la cooperación de equipos multiprofesionales son importantes para permitir que los pacientes regresen con garantías a su vida cotidiana profesional y privada», defiende Canan Aytekin, directora general adjunta de PV, en Austria. Estos tratamientos son completamente cubiertos por el seguro público de salud de Austria, tienen una duración de entre 4 y 6 semanas, y un coste para el Estado de entre 4.000 y 6.000 euros por paciente para la rehabilitación cardíaca residencial, mientras que los tratamientos con componente psicológico pueden elevar el coste hasta los 9.000 euros, especialmente si incluyen psicoterapia intensiva, musicoterapia y atención interdisciplinaria.

En Alemania, las Clínicas Heiligenfeld llevan 35 años ofreciendo este tipo de tratamientos holísticos, muchos de los cuales están cubiertos también por el seguro público, dependiendo del diagnóstico y la derivación médica. Especializadas en medicina psicosomática, conceden a la espiritualidad y la atención plena un papel importante en los tratamientos, en paralelo a los clásicos tratamientos cardiológicos, sobre los que intentan mitigar efectos secundarios psicológicos y químicos. El sistema de salud público alemán cubre estancias prolongadas en clínicas que combinan medicina con bienestar emocional, también en casos de burnout, trastornos psicosomáticos o en fases posteriores a la maternidad.

En España, hay estudios que demuestran la efectividad y necesidad de estos tratamientos, como el realizado en el Hospital General Universitario de Elche en el que 33 pacientes con infarto agudo de miocardio o angina inestable participaron en un programa cognitivo-conductual y constataron una reducción significativa de ansiedad, depresión e ira, lo que demuestra que este tipo de intervención mejora factores de riesgo y calidad de vida.

**LAS
INSTALACIONES
DE ESTE TIPO
DE CENTROS
TIENEN MÁS
APARIENCIA DE
BALNEARIO
ALPINO QUE DE
HOSPITAL**

CELINE RODRÍGUEZ

AUTORA DE 'VIVIR SIN AIRE'

«La enfermedad es un contrato de muerte, hay que firmar con la vida»

Este libro arroja una mirada profunda sobre las afecciones raras y la familia

KARINA SAINZBORGO

Es gestora cultural. Durante años trabajó con dos de las figuras más poderosas del mundo del libro en español: la agente literaria Carmen Ballcells y la escritora Rosa Regàs. Pero cuando Céline Rodríguez Limón recibió el diagnóstico médico de su hijo Marc, su mundo cambió para siempre.

El pequeño padecía el síndrome de Haddad, una enfermedad rara que combina el síndrome de Ondine y la enfermedad de Hirschsprung, lo que lo obligó a dormir conectado a un respirador. Volcada en el cuidado del pequeño, Celine se convirtió en mucho más que «la mamá de Marc». Se erigió en el centro de un mundo que debía funcionar sin fallos.

Con esfuerzo, paciencia y cabeza fría se enfrentó a la incertidumbre, la realidad hos-

pitalaria y los desafíos administrativos y emocionales de cuidar a un niño con una condición crónica. Marc cumplió diez años de los que ella habla en las páginas de 'Vivir sin aire' (Aguilar), una mirada humana, realista y no por ello menos luminosa y esperanzadora sobre el impacto de las enfermedades raras en las familias.

—¿Cómo puede una madre huérfana escribir un canto a la vida?

—Es una promesa que le hice a Marc cuando supe que no superaría su siguiente batalla. La muerte de un hijo es el acontecimiento más doloroso en la vida de un ser humano. Este libro es una carta, por tanto, ha de tener honestidad. No es sólo una memoria, sino algo que pueda ayudar a otras familias a lidiar con la enfermedad en el hospital, pero también cuando el hospital entra en casa.

—¿Llega el hospital o la UCI a sustituir el hogar?

—Cada vez que te dan un alta, lo celebras, pero sabes que no tienes un equipo de médicos contigo. El diagnóstico de una enfermedad de este tipo es un contrato de muerte. Tu hijo puede morir esta noche, mañana, pasado. Hay un escenario fatal permanente. Pero se trata de firmar un contrato con la

vida. Y la vida significa hacer todo lo posible para que Marc estuviera bien y conquistara una experiencia vital fuera del hospital.

—¿Quién cuida al cuidador?

—Es importante tener una base de familia y amigos. Las cuidadoras han formado parte de ese sistema. Buscaba personas fuertes, que le dieran amor y cuidado al niño, pero que a la vez supiera manejar una serie de aparatos y no entraran en la fase pena. Buscaba espartanas, personas que tenían que formar parte de mi ejército. Todo debía de ser preciso y ejecutarse correctamente.

—¿Es un error escolarizar de la misma forma a niños que necesitan cuidados?

—Un niño con una discapacidad no es un niño aprendiendo. Es un niño que debe avanzar y salir de esa cápsula del hospital y la propia casa. Un niño no puede recibir el alta médica y aparecer en un colegio con una escolarización normalizada, porque es un error. Es un ser que hay que ir colocando con mucha paciencia e interés de todos los intervinientes en ese proceso.

—¿Qué distingue la discapacidad de la enfermedad?

—En el primer diagnóstico hay siempre un cortafuego. Marc tenía el síndrome de Ondine, que está vinculado a otra enfermedad secundaria, una ausencia de células neuronales en el intestino. La evolución y la vida de Marc estuvo terriblemente condicionada por tratamientos invasivos y violentos (cirugías, anestias). Entonces ya no va a empezar a desarrollar una alimentación en los tiempos, no va a desarrollar un lenguaje en los tiempos. Todo queda absolutamente anulado para salvar la vida de un niño. Con lo cual, la discapacidad ya llega a él. No ha desarrollado las capacidades con las que nacemos y van evolucionando de forma espontánea.

—Lo narra en el caso de Marc.

—Hubo un tiempo donde pensábamos que él podía ser autista, porque no empatizaba, ni siquiera me miraba. La discapacidad no es definitiva, ese también es un mensaje que quiero transmitir: hay que seguir luchando, hay que buscar siempre lo mejor, hay que descartar a un médico si tu hijo no tiene avances, hay que buscar todo lo posible y para eso hay que poner mucho y dedicarle tiempo, que no sabes de dónde lo sacas. Has de rodearte de quienes tengan la inteligencia emocional y fortaleza para ayudarte a verlo.

—¿Cuánto tiempo tuvo que pasar para poder asimilarlo?

—Yo sabía que tenía que pasar por una serie de etapas. Tenía que ordenar un duelo, de lo contrario, te pierdes en el fragor del dolor más insoportable. Debía manejar la salud mental. La mente está totalmente sofocada, por eso es necesario un terapeuta que te haga volver. A mí parecía que era insoportable. Me han preguntado en otras entrevistas. No solamente pensé en irme cuando Marc se había ido, sino que durante los primeros momentos de su enfermedad también pensaba que nos teníamos que ir los dos, que no íbamos a aguantar.

—¿Este libro puede ayudar?

—Es como una quitanieves. No significa que lo estés haciendo bien, simplemente tú llegaste antes a esos dos metros de nieve. Los padres de niños crónicos sentimos que el mundo se para y que, al mismo tiempo, todo sigue su curso. Para nosotros con mirarnos es suficiente para entender que estamos todos en el mismo barco.

“
FAMILIAS
«ESTE LIBRO NO
ES SOLO UNA
MEMORIA, SINO
ALGO QUE
PUEDA AYUDAR
A LIDIAR CON
LA
ENFERMEDAD»



Celine Rodríguez Limón, retratada en Madrid // ÁNGEL DE ANTONIO

EN FORMA

Volver al ejercicio con cabeza: sin prisa y sin riesgos

Retomar el entrenamiento tras un parón requiere hacerlo de forma progresiva, respetando los tiempos de adaptación del cuerpo para evitar frustración o lesiones

RAQUEL ALCOLEA

La vuelta al ejercicio tras una pausa larga, ya sea por vacaciones, por lesión o por falta de tiempo; debería entenderse como una pretemporada, tal como hacen los deportistas. Es lo que propone el doctor Helios Pareja, investigador y profesor en la UAM de fisiología del ejercicio, nutrición y metabolismo y autor de 'Inteligencia metabólica' (Alienta) pues, tal como explica, el principio de progresión es clave: «Tras un parón, las adaptaciones fisiológicas (fuerza, resistencia y tolerancia al esfuerzo) pueden haberse reducido y forzar el cuerpo demasiado pronto puede llevar a sufrir fatiga, agujetas intensas, frustración o incluso lesiones».

Reajustar volumen, intensidad y frecuencia según el punto de partida es esencial según el doctor Pareja, quien también invita a preguntarse si tras esa pausa ha cambiado el objetivo. «Puede que antes del verano se buscara rendimiento en una disciplina concreta y ahora se persiga perder los kilos ganados o recuperar el hábito de entrenar. Si el objetivo cambia, la estrategia también debe hacerlo», aclara. Por eso la premisa básica reside en «empezar con cabeza y no con culpa», y en entender que avanzar de forma inteligente es siempre más sostenible que intentar recuperar el tiempo perdido de golpe.

La idea general que subyace en este contexto es que la persona que vuelve de un parón no es la misma que se fue de vacaciones, lo que hace que no deba comenzar con la intensidad y el volumen de sus últimas sesiones de ejercicio, tal como plantea Mario Muñoz, Doctor en Medicina del Deporte, Máster en Fisiología del Ejercicio y Entrenamiento Personal y experto de Fit Generation. Lo que debe aplicarse, según aclara, es un principio básico del entrenamiento, que es la sobrecarga progresiva, que implica bajar el esfuerzo para ir, poco a poco, recuperando nuestro mejor nivel. «La buena noticia es que, cuando se gana fuerza y tamaño muscular a través del reentrenamiento (entrenar tras un periodo de desentrenamiento) generalmente se logran esas ganancias a un ritmo más rápido del que nos costó con anterioridad gracias al efecto de la llamada 'memoria muscular'», aclara.

Comparte este enfoque el experto en actividad física, vocal de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y fundador de 'Obesity Management School', Javier Butragueño, quien

apunta los errores más comunes que se suelen dar al retomar la práctica: meter mucho volumen (en tiempo o en frecuencia); pensar en bajar rápido de peso, hacer solo cardio (correr, bici, elíptica, remo...) sin control y olvidándose de la fuerza; empezar con entrenamientos de alta intensidad sin haber hecho una base o una progresión; olvidarse de trabajar la movilidad o de hacer un buen calentamiento y compararse con otros deportistas o con un estado de forma anterior.

Por su parte, José Antonio Sevilla, licenciado en Ciencias de la Actividad Física y Deporte y miembro de la Junta Directiva de la Federación Nacional de Empresarios de Instalaciones Deportivas (FNEID) recuerda que el hecho de retomar la actividad de forma brusca puede derivar en sobrecargas, contracturas y tensión muscular, además de las agujetas que, aunque no impliquen lesión, limitan el rendimiento. También pueden aparecer con frecuencia, según recuerda Sevilla, lumbalgias por una mala técnica en los levantamientos, tendinopatías o incluso roturas parciales en los hombros por exceso de carga, así como problemas en el tren inferior como periostitis tibial, dolor femoropatelar o tendinitis asociadas al impacto de correr o saltar sin una preparación previa adecuada.

Primeros pasos

Para protegerse frente a lesiones, el experto de FNEID recomienda preparar el cuerpo con un calentamiento activo de cinco a diez minutos y finalizar con una vuelta a la calma. En cuanto a la progresión explica que debe hacerse por etapas: primero se aumenta la duración, luego la intensidad y finalmente la carga o complejidad, siempre con una buena técnica y cargas ajustadas. Igualmente se deben incluir descansos, variar los patrones de entrenamiento y planificar la rutina de forma sencilla para repartir esfuerzos y mantener la constancia. En este sentido el experto aconseja apoyarse en los profesionales para resolver dudas y evitar copiar entrenamientos de las redes sociales.

Tal como recuerda el doctor Pareja, recuperar el hábito es más importante que batir marcas, por lo que siempre se debe tener presente que aunque se tengan ganas de volver al cien por cien, el cuerpo necesita tiempo para readaptarse y hay que em-

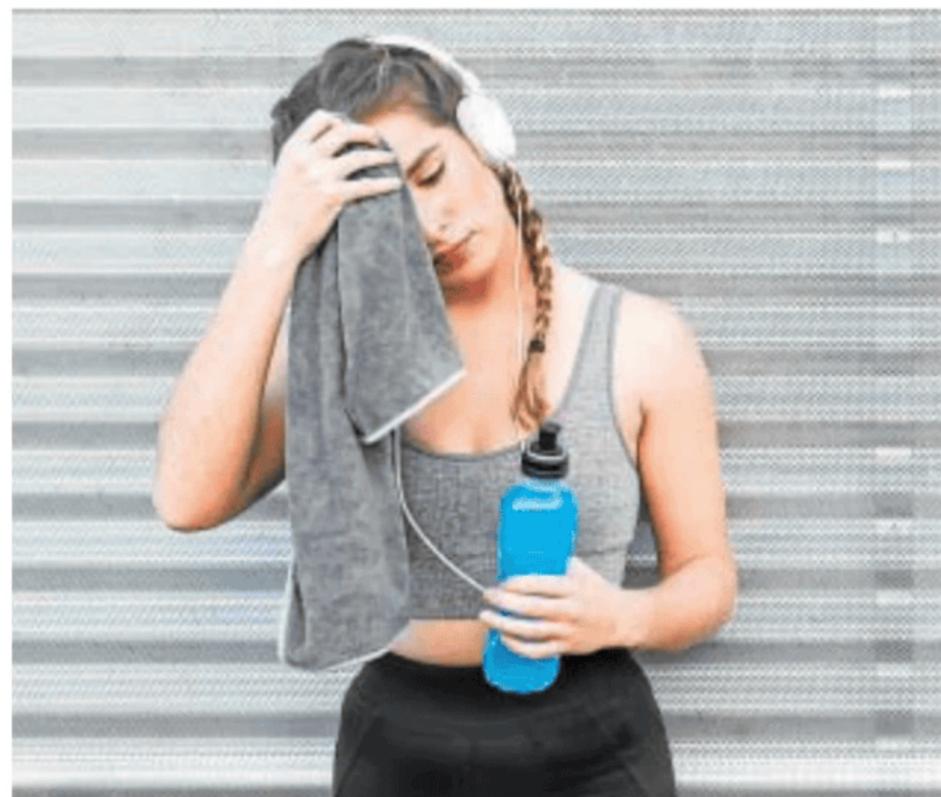


ENTRENA CON INTELIGENCIA, COHERENCIA, ESTRATEGIA Y RESPETO POR LOS PROCESOS DE ADAPTACIÓN DEL CUERPO

VOLVER AL EJERCICIO DE FORMA BRUSCA PUEDE CAUSAR SOBRECARGAS, CONTRACTURAS Y TENSIÓN MUSCULAR

pezar de menos a más. En este sentido el autor de 'Inteligencia metabólica' insiste en priorizar la técnica sobre la intensidad, realizar calentamientos específicos y dinámicos, escuchar al cuerpo, incorporar trabajo compensatorio y de movilidad y no descuidar la recuperación y el descanso. «La mejor prevención no es solo entrenar más o mejor, sino hacerlo con inteligencia, coherencia, estrategia y respeto por los procesos de adaptación del cuerpo», apunta.

Algo que conviene tener claro, según aporta el experto de Fit Generation es que si no se ha hecho nada durante un tiempo no tiene sentido incluir entrenamientos muy largos, pues no se parte de una condición física suficiente para aprovecharlos. Los ejercicios que propone el doctor Muñoz para trabajar el cuerpo de manera global y recuperar la condición física de base son los movimientos globales: dominantes de rodilla (sentadillas, búlgaras o zancadas), dominantes de cadera ('hip thrust' y peso muerto), empujes (press de banca y press militar), tracciones (dominadas, jalones y remos), trabajo de 'core' (planchas, rueda abdominal, 'chop and lifts' —ejercicios funcionales para estabilizar el tronco y mejo-





PRIMERO SE AUMENTA LA DURACIÓN, LUEGO LA INTENSIDAD Y FINALMENTE LA CARGA O COMPLEJIDAD

SEGUIR EL PRINCIPIO DE PROGRESIÓN ES LA BASE PARA PREVENIR LESIONES Y FRUSTRACIÓN

rar la calidad del movimiento— o press Palf, un ejercicio anti-rotación del tronco para fortalecer los músculos del abdomen).

En cuanto a la planificación el experto de la SEEDO propone un plan de 3-4 semanas de reentrenamiento que permita progresar poco a poco y con paciencia. La primera semana al 60%-70% de lo que se hacía antes, con sesiones de 20-40 minutos o dos bloques de 15 minutos para mejorar la resistencia aeróbica o cardiovascular. A partir de la tercera semana se añaden píldoras de intensidad. Sobre el entrenamiento de fuerza plantea dos sesiones semanales con rutinas de cuerpo completo y teniendo en cuenta que no pasa nada por bajar la carga en las primeras sesiones. «Lo más importante es mantenerse en el tiempo, seguir una rutina sin agobios y darse el tiempo suficiente para adaptarse de nuevo a la intensidad y el volumen con el que se trabajaba antes del verano», aclara.

Señales de sobreentrenamiento

Intentar recuperar en dos semanas lo que se perdió en dos meses puede hacer que aparezcan signos claros de sobreentrenamiento o fatiga acumulada, incluso en las personas que antes del parón tenían buena condición física. Tal como explica el doctor Pareja algunas de las señales de mal reacondicionamiento que pueden darse son: fatiga persistente (agotamiento físico y mental, incluso tras el descanso), dolores musculares que no desaparecen, pérdida de rendimiento, alteraciones del sueño, cambios de humor, falta de motivación, aumento de pulsaciones en reposo o menor variabilidad cardíaca y mayor susceptibilidad a padecer infecciones o resfriados. A estos signos Javier Butragueño añade una energía escasa con sensación de sed constante, hambre desordenada (antojos fuertes o falta de apetito) y calambres o incluso banderas rojas de escasa energía que se expresan en forma de pérdida de peso no buscada, libido baja y en el caso de las mujeres, en ciclos menstruales irregulares o amenorrea.

El principio de progresión es clave, según los expertos consultados, y a la hora de hablar de ejercicio no se debe aplicar el «cuanto más, mejor». Para mantenerse en forma y proteger la salud importa más la constancia y la escucha del cuerpo, que las prisas, la intensidad o el volumen.



CONSEJOS DEL FARMACÉUTICO PARA DEJAR DE FUMAR

La farmacia comunitaria se presenta como un recurso sanitario relevante para ofrecer consejo y ayudar con los tratamientos farmacológicos

Septiembre es el mes de los buenos propósitos y uno de los preferidos para dejar de fumar. Un hábito nocivo que solo en España es responsable de cerca del 40% de las muertes prematuras acaecidas entre los hombres de entre 35 y 70 años, y del 15 % en las mujeres. Gobiernos de todo el mundo están poniendo en marcha medidas para reducir su consumo, conscientes de los costes sobre la salud, pero también económicos y sociales que lleva aparejados.

La dificultad para abandonar el tabaco se ilustra con el hecho de que es el tratamiento de deshabituación que tiene peor índice de eficacia entre otros trastornos por uso de sustancias, como el alcohol, los opiáceos o la cocaína. El tratamiento de deshabituación tabáquica debe constar de dos partes complementarias, una psicológica y otra farmacológica.

Carlos Fernández Moriano, responsable del área de Divulgación Científica del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, ofrece algunos consejos que nos pueden ayudar a dejar de fumar. «En primer lugar, desde el mismo día en que se decida dejar de fumar hay que dejarlo, tratar de no fumar nada, incluidos los vapeadores; también resulta recomendable hacer una lista de motivos para abandonar el tabaco y recordarlos en todo momento del proceso».

En cuanto a las prácticas o situaciones que nos impulsan a fumar, cuando salimos por la noche, después de comer o junto al café; Fernández Moriano aconseja identificar estos desencadenantes y establecer rutinas alternativas, por ejemplo, tener a mano algún alimento saludable o acudir a técnicas de relajación que permitan minimizar la tentación asociada al proceso de cesación tabáquica.

Una de estas rutinas puede ser también el ejercicio físico, que «además de ayudar a reducir los síntomas de abstinencia, como el estrés o

la ansiedad, fortalece el sistema cardiovascular, incrementa la capacidad respiratoria y mejora la circulación sanguínea y la resistencia física, todos ellos castigados por el tabaco». En cuanto al tratamiento farmacológico, en las farmacias comunitarias existen medicamentos financiados en determinadas circunstancias y tipo de pacientes y que exigen receta médica para su dispensación; y otros de terapia sustitutiva con nicotina (parches, chicles, sprays bucales y comprimidos para chupar), que no precisan receta médica ni están financiados y que pueden ser indicados por el farmacéutico comunitario. En líneas generales, estos tratamientos buscan inhibir el placer que los fumadores encuentran en el hecho de fumar, así como paliar los síntomas asociados a la dependencia cuando se está dejando el hábito.

Beneficios de dejar de fumar

Los beneficios de dejar de fumar son numerosos y patentes. Un año después se reduce al 50% el riesgo de enfermedades coronarias, como infarto o angina, y de cáncer de vejiga, y además se produce una importante reducción del exceso de riesgo de enfermedad arterial periférica.

En la lucha para combatir los perjuicios del hábito tabáquico, el farmacéutico, por su cercanía y accesibilidad, desarrolla una importante labor. Es creciente el número de autonomías que están contando con los farmacéuticos en diferentes programas de deshabituación. Además, el reciente 'Plan integral de prevención y control del tabaquismo', del Ministerio de Sanidad, incorpora a la farmacia como recurso relevante en la cesación tabáquica para detectar fumadores y ofrecer consejo, así como iniciar tratamientos en caso

de no estar sujetos a prescripción médica y favorecer la adherencia a los fármacos.





¿Cómo prevenir las varices?

La **insuficiencia venosa crónica**, causante de las varices se produce cuando las venas de las piernas no pueden devolver eficazmente la sangre al corazón, provocando síntomas como **pesadez, hinchazón o calambres**.

50% de la población adulta afectada

Más frecuente en mujeres

Las molestias se agravan con el calor

Medidas de prevención

Evitar la exposición prolongada al calor

Prescindir de duchas muy calientes, saunas o baños termales

Aplicar agua fría al final del día

Masajes con gel frío

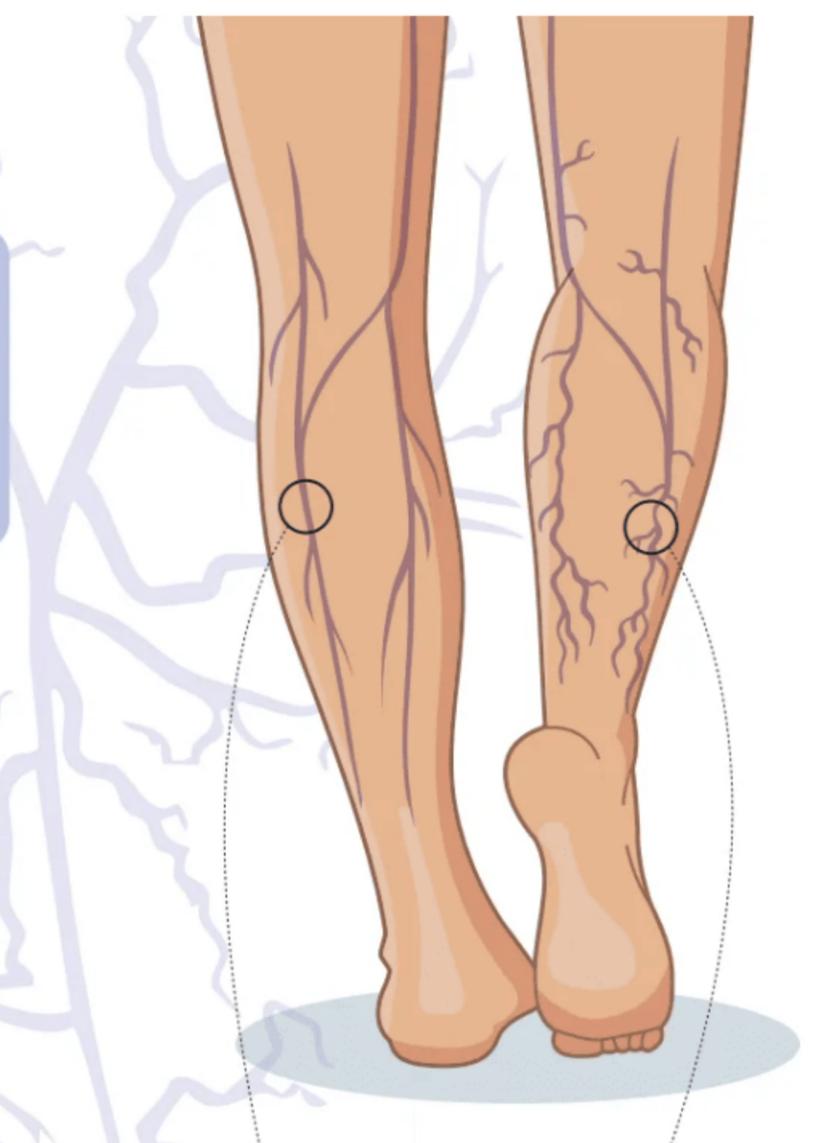
Elevar las piernas con regularidad, incluso cuando dormimos

Utilizar medias de compresión

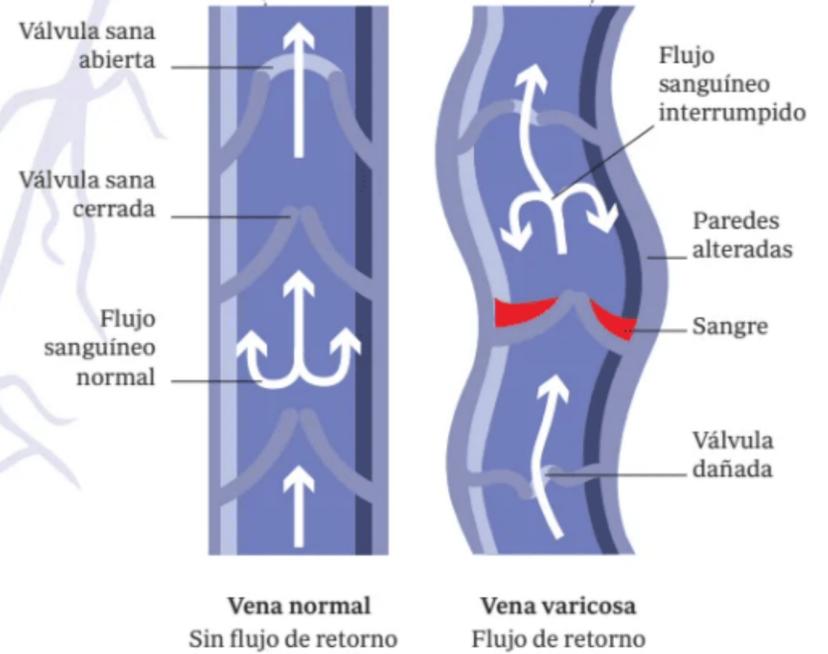
Mantenerse activo (caminar a diario, nadar, hacer bicicleta o ejercicios de bajo impacto)

Si tienes que estar quieto durante largos periodos, se recomienda realizar estiramientos y movimientos circulares con los pies

Cuidar la hidratación y la alimentación (no abusar de la sal y tomar una dieta rica en frutas, verduras, fibra y alimentos con propiedades antiinflamatorias)



Así se producen



IMPORTANTE: Si aparecen síntomas como dolor persistente, cambios de color en la piel o úlceras, es esencial consultar a un profesional



La insuficiencia venosa, aunque crónica, puede controlarse eficazmente con rutinas adaptadas, información adecuada y cuidados diarios.



Eugenia Osborne, en su cocina, rodeada de fruta

JOSÉ RAMÓN LADRA

YO ME CUIDO

EUGENIA OSBORNE

«Me preocupa el cáncer. He tenido y tengo gente alrededor que lo sufre»

Psicóloga y creadora de contenido, la hija de Bertín Osborne nos habla de la moda de los ayunos intermitentes de la que es fiel seguidora

CARMEN ANIORTE

Vive un dulce momento profesional con una serie de nuevos proyectos de los que por ahora no quiere hablar. Psicóloga, su faceta como creadora de contenido está más activa que nunca: tiene más de 241.000 seguidores en Instagram que la siguen en su día a día. Eugenia Osborne ha crecido rodeada de focos, pero nunca se ha dejado deslumbrar por ellos. Es hija de Bertín Osborne y Sandra Domecq y su presencia resulta habitual en eventos. No solo por su apellido, su innegable estilo y su espíritu luchador, también tiene el mérito para cerrar muchas bocas y ver que se ha labrado una posición por méritos propios. Eugenia Osborne es fiel seguidora de los tan ahora popularmente conocidos ayunos intermitentes. «Yo lo hago. Y me hace sentir muy bien. Pregunté a un nutricionista y me dijo que no había ningún estudio científico hasta la fecha que dijera que fuera malo. De todas formas la nutrición es algo bio-individual. Es decir, lo que a mí me sienta bien a otro puede que no.» comenta. Por ello, ase-

gura: «Empiezo la mañana con un té negro o café, depende de cómo haya dormido la noche anterior».

Para los que lo desconocen, el ayuno intermitente es un término que describe un periodo en el que se alternan periodos de ayuno y alimentación. No es una dieta en sí misma, sino un régimen alimenticio que puede ser utilizado junto con una restricción calórica para perder peso. Sobre el tema de las dietas, Eugenia Osborne asegura que «la mejor dieta es la que a uno le haga sentir bien tanto física como emocionalmente. La mayoría de la serotonina (hormona de la felicidad) la segrega el intestino. Lo que esto significa es que si no comes bien no tendrás una buena microbiota y si no tienes esto tampoco serotonina». Dados sus orígenes andaluces nos comenta que su plato favorito es «el gazpacho, pero el que hago yo ¡claro!». Se preocupa por su salud, pero sin obsesionarse. «A veces me gusta disfrutar sin estar pensando si es bueno o malo para mí». Y por último, el cáncer le preocupa: «he tenido y tengo gente a mi alrededor que lo ha sufrido. Y cada vez veo a gente más joven afectada».

- 1 «Mi plato favorito es el gazpacho, pero el que hago yo ¡claro!»
- 2 «Hago ayuno intermitente. Empiezo la mañana con un té negro o café, depende de cómo haya dormido la noche anterior»
- 3 «Mi mejor terapia anti estrés es una buena serie o estar sola en casa sin que nadie me hable»
- 4 «Si tengo que decir mi vicio confesable, sin dudarlo, es ¡el chocolate!»
- 5 «Los que cuentan calorías deben estar agotados. Lo importante es tomar calorías que te nutran»
- 6 «La mejor dieta es la que a uno le haga sentir bien tanto físicamente como emocionalmente»
- 7 «Camino casi a diario una hora a marcha rápida. Y hago ejercicios con pesas 3 o 4 veces por semana»
- 8 «Para dormir y sentirme descansada duermo entre 7 u 8 horas. No duermo la siesta»
- 9 «Fumé de adolescente, la típica tontería. Pero nunca el tabaco llegó a ser una adicción»
- 10 «¿Punto débil? La gestión del estrés. No lo hago muy bien... jajaja»

PREMIOS
ABC
Salud

#PremiosABCsalud

7 oct. | 19:30h



Patrocina:

Colabora:

Partner Académico:*

