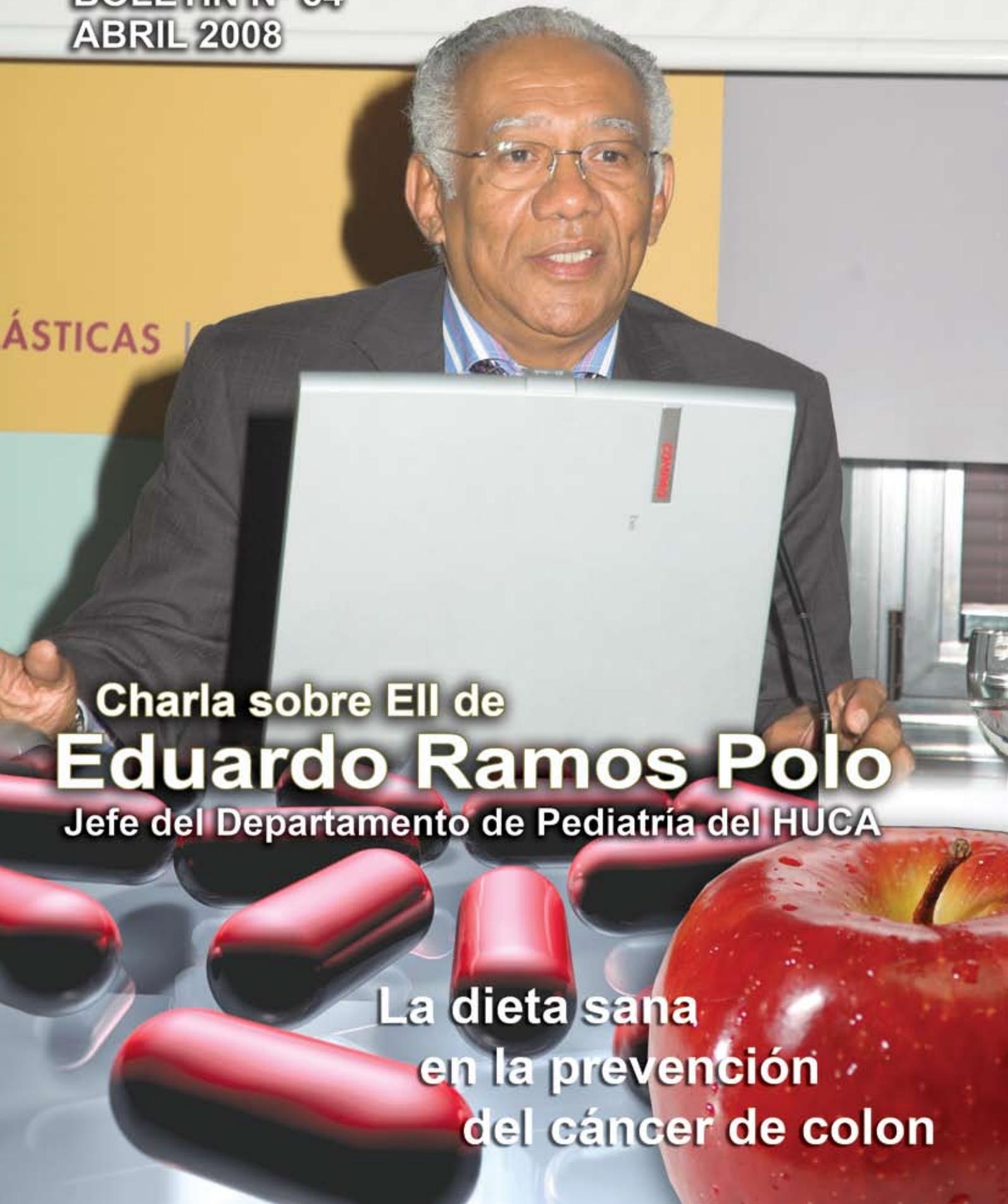


AccuActual

BOLETÍN N° 54
ABRIL 2008



Charla sobre EII de
Eduardo Ramos Polo

Jefe del Departamento de Pediatría del HUCA

La dieta sana
en la prevención
del cáncer de colon

LAS PERSONAS TENEMOS
365 NERVIOS.



TELEACCU

Amorós 07

COORDINA:

José Ramón Marinas.

REDACTORES:

Luisana Alborno.

Eduardo.

Ángel.

Ramón Florentino (chiste).

Jota.

COLABORAN EN ESTE NUMERO:

Víctor Arias.

Manuel Costa.

Dr. Vizoso.

Dr. Ramos.

FOTOGRAFÍA:

ACCU ASTURIAS.

Manuel Costa.

ASESORÍA LABORAL:

Carlos Meana Suárez.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

GRUPO INICIATIVAS.

IMPRIME:

GRÁFICAS NARCEA.

DEPÓSITO LEGAL:

AS-404/96.

Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa del Principado de Asturias.

C/ La Paz, 1-bajo. 33.209 Gijón. Asturias.
Tel.: 985 091 237. Fax: 984 190 155.

C/ Alonso Quintanilla, nº 5, 1º Izq.
Oviedo. Asturias.
(Jueves de 18:00 a 20:00 h.)

Apdo. de Correos, nº 309.
33.280 Gijón. Asturias.
(Lunes a viernes de 18:00 a 20:00 h.)

accuactual@telecable.es
www.acciasturias.org

ACCU ASTURIAS no se hace responsable de las opiniones vertidas por los colaboradores.

Se prohíbe la reproducción total y/o parcial sin la autorización escrita de los autores y de ACCU ASTURIAS.

Estimados amigos, un nuevo número de ACCU ACTUAL se pone en marcha para manteneros informados de la actualidad de la asociación.

En este número, publicaremos un resumen de la charla que nos dió el Dr. Ramos, Jefe de la sección de Pediatría del Hospital Central de Asturias el pasado 27 de octubre.

Hemos hecho una entrevista al Dr. Vizoso, Doctor en Cirugía del hospital de Jove, al cual recientemente el grupo GETECCU que dirige la Investigación a nivel Nacional de las enfermedades inflamatorias intestinales, le ha otorgado al Dr. y a su Equipo la Beca de los laboratorios FAES FARMA.

Os informaremos también de las próximas actividades de la asociación, una excursión a la Ría de Arousa, así como la celebración de la próxima fiesta anual de la Asociación que se celebrará el próximo 18 de mayo en el restaurante Peña Mea donde esperamos vuestra asistencia.

Desde estas páginas, no quiero dejar de agradecer la ayuda que nos presta la Obra Social y Cultural de Cajastur, ya que sin ellos muchas de las actividades de nuestra asociación no podrían realizarse.

Sumario

2 Noticias.

18 Excursión.

4 Charla
Dr. Ramos.

19 Fiesta Anual.

10 Entrevista
Dr. Vizoso.

20 Cuento.

12 Cáncer de Colon

Este boletín se realiza con la colaboración de:



Noticias de

CURSILLOS

Los socios con discapacidad interesados en participar en los cursos que se organizan a través de Cocemfe podéis informaros siempre en la sede

Aunque ahora sean estos los que se ofertan hay muchos mas y debéis de estar apuntados para que cuando den comienzo se os avise.

Se realizarán a través de la plataforma que COCEMFE ha diseñado a tal efecto y a la cual se podrá acceder desde la página web: <http://www.cocemfe.es/formacion>

CURSOS	Horas	Inicio	Fin
ACCESS BÁSICO	20 horas.	2 de Junio.	30 de Junio.
NÓMINAS	30 horas.	2 de Junio.	13 de Julio.
TÉCNICAS DE SELECCIÓN DE PERSONAL	10 horas	2 de Junio.	15 de Junio.
DISEÑO DE PÁGINAS WEB	60 horas	1 de Octubre.	30 de Nov.
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (BÁSICO)	30 horas	1 de Octubre.	30 de Octubre.

Y RECUERDA ACCU TE OFRECE:

- Si tienes minusvalía puedes apuntarte a gimnasia de rehabilitación o masaje. Se imparte en Gijón, Oviedo, Avilés, La Felguera y Mieres. Organiza COCEMFE a través del Programa Mejora, subvencionado por la Consejería de Sanidad.

- Si necesitas consulta con los psicólogos pide cita en la sede. Tfno: 985 091 237

- Aquellos que precisen ayuda de estomaterapeuta llamar al Tfno: 900 504 704

(Para cualquier duda llamar a la sede mañanas de 10 a 1,30, tardes de 6 a 8)

Luisana, responsable de autoayuda.

AVISOS.

IMPORTANTE PARA OVIEDO. Se necesitan voluntarios para la nueva delegación.

El Ayuntamiento de Oviedo nos ha concedido en el Centro Social Vetusta, C/ Vetusta 11 un despacho para que nuestra Asociación pueda dar apoyo e información a los socios y enfermos de EII que acudan. SE NECESITAN VOLUNTARIOS, personas que dispongan de un par de horas a la semana por las tardes para así cubrir y organizar los horarios.

BUENAS NOTICIAS PARA GIJÓN.

En el Hospital de Cabueñes comienza a funcionar una Consulta Monográfica para la EII, dirigida por el Dr. Francisco Román, Jefe del departamento de digestivo en dicho Hospital y la Dra. Cristina Saro Especialista de digestivo, ambos conocen perfectamente nuestras enfermedades y estamos seguros que con esta Consulta los pacientes recibirán una mejor atención.

Próximamente os informaremos con más detalle.

Tfno Sede Gijon 985-091237

autoayuda



GIMNASIA Y MASAJE.

Las personas que tengan discapacidad y deseen realizar cualquiera de estas dos actividades que organiza Cocemfe a través del Programa Mejora, financiado por la Consejería de Sanidad, apuntaros cuanto antes pues la demanda es grande y se os irá llamando según queden plazas.



PSICÓLOGOS.

RECORDAR:

Los martes de 5 a 8 y previa petición de cita contáis con ayuda psicológica individual. Además si queréis participar en las reuniones de grupo mensuales con psicólogos y enfermos o familiares apuntaros y se os avisara

por lo tanto a todos los socios os recordamos que los martes no debéis acudir en el horario de las terapias pues la sede se dedica a esa actividad.



EMPLEO.

Recordar que el SIL es un Servicio de integración Laboral al cual podéis acceder si tenéis minusvalía y por tanto apuntaros a su bolsa de empleo, también contáis con orientador laboral para asesoraros.

Cualquier consulta sobre la enfermedad o de tema laboral llamar a la sede y se os dara informacion o la manera de poder conseguirla.



CONSULTA MÉDICA.

En el teléfono: **662 333 984**, los miércoles de 8 a 9 el Dr. Laureano López Rivas, jefe de Digestivo del Hospital San Agustín de Avilés, atiende vuestras dudas sobre la EII.

Charla del Dr. Ramos.



El Dr. Don Eduardo Ramos Polo es Jefe del Departamento de Pediatría del HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias) en Oviedo. El pasado 27 de octubre nos ha dado una charla especialmente interesante para nuestras enfermedades. Después de toda una vida dedicada a esta profesión, ha sido testigo del dolor de los padres cuando sus hijos eran diagnosticados con Crohn y CU y por el contrario la alegría que aparecía cuando la mejoría llegaba y los pequeños podían continuar con sus actividades. A lo largo de tanto tiempo esos niños son jóvenes adultos y sus preocupaciones lógicamente son otras: Formar parejas, tener hijos....

El Doctor ha tenido la gentileza de resumirnos su charla donde nos presenta un panorama esperanzador tanto para los que desde bien pequeños padecen estas enfermedades como para los jóvenes que desean ser padres.

POR TODO: MUCHAS GRACIAS DOCTOR RAMOS.

Respuesta a algunas preocupaciones y temores en las familias de hijos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

La enfermedad inflamatoria intestinal es un término genérico utilizado para describir dos entidades de causa desconocida pero relacionadas, que cursan con inflamación crónica del tubo digestivo: La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU).

En la EC la inflamación puede afectar a cualquier porción del tubo digestivo, desde el ano hasta la boca. En la CU, la inflamación relativamente generalizada se confina en la mucosa, comenzando en el recto y afectando en una variable extensión al colon.

El término de colitis indeterminada se reserva para casos de colitis en los cuales los hallazgos no son suficientes para permitir diferenciar entre colitis de Crohn y colitis ulcerosa.

Son enfermedades de etiología desconocida, pero en los últimos años hemos asistido a importantes avances en el conocimiento de sus mecanismos etiopatogénicos, hablándose en la actualidad de una interacción entre factores extrínsecos (medio-ambientales) e intrínsecos (inducidos genéticamente).

La enfermedad inflamatoria intestinal que también se presenta en la edad pediátrica plantea una serie de temores y de preocupaciones en los padres de los niños afectados, que es necesario tener muy en cuenta en aras a un manejo adecuado. La respuesta a alguno de estos temores y preocupaciones se hace a continuación basada en los datos recogidos de la literatura médica especializada en esta materia.

¿Puede afectar al crecimiento la EII?

La respuesta es sí. El fracaso del crecimiento ocurren un 20 a 30% de los niños que tienen EC y en un 10% de los niños que padecen colitis ulcerosa y en ésta última el hipocrecimiento es ocasionado generalmente por el uso prolongado de dosis altas de corticoides. En la EC las causas de la disminución del crecimiento son multifactoriales porque se involucran una malnutrición crónica, la administración de corticoides y los efectos de citoquinas proinflamatorias (substancias que favorecen la inflamación) liberadas en la pared intestinal y que afectan al metabolismo óseo.

Es importante por lo tanto, el que se haga un manejo y un cumplimiento terapéutico correcto con la finalidad de conseguir el control de la enfermedad y evitar en la mayor medida de lo posible los efectos secundarios de la medicación, así mismo es capital una nutrición adecuada, tanto en lo referente a los aportes calóricos, como de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. El cumplimiento de las recomendaciones del especialista y la no exclusión de alimentos de la dieta alegremente, es decir sin la constancia médica de posibles efectos adversos son de gran interés. Hay que aportar la energía necesaria porque en las enfermedades inflamatorias hay un consumo grande de calorías y cuando los aportes no son suficientes se corre el peligro de una malnutrición la cual contribuye al empeoramiento de la enfermedad. En términos generales se puede comer de todo, salvo en las ocasiones en las que puede haber una intolerancia a la lactosa (el azúcar de la leche) que produce síntomas como diarrea, dolor abdominal, distensión abdominal o exceso de gases, etc. o como cuando existe un brote de la enfermedad, durante el cual hay que tener cuidado con un aporte excesivo de fibras y se debe evitar ingerir verduras como las alcachofas o los espárragos y los alimentos integrales porque pueden tener un efecto nocivo sobre las paredes del colon inflamado.

¿Puede mi hijo llevar una vida normal?

Este hecho, va a depender de la severidad, de la actividad de la enfermedad, y del estado emocional del niño al comienzo de la misma o en los brotes. El quehacer diario puede verse mermado por momentos de ansiedad y estados depresivos, por lo tanto es importante el apoyo del entorno familiar y la ayuda de profesionales de salud mental, cuando surja ésta problemática. El niño que debe ser sabedor de su enfermedad sin exageraciones y en la medida que lo



demande, puede hacer una vida normal con actividad deportiva incluida, siempre que no hallan razones puntuales que lo contraindiquen.

También ayuda a la practica de una vida normal, hacer conocer al colegio de la enfermedad del niño, para que así tenga la confianza necesaria de demandar ayuda si lo necesita, para que sepan que sus ausencias son justificadas y puedan brindarle toda la ayuda académica que precise en todos sus aspectos y para que así su rendimiento se vea mermado lo menos posible. Racionalizar los tratamientos para que tengan la menor repercusión en el día a día también influye positivamente en este cometido.

Pero así mismo, cuando estos niños van llegando a la adultez o cuando la enfermedad hace su debut en plena edad reproductiva (grupos de edad joven) lo que suele ser lo habitual, y como además es una época importante en la que puede plantearse la necesidad o el deseo de formación de una familia, son otras las preocupaciones y temores que plantean, a

los cuales hay que darle una respuesta adecuada y convincente.

¿Podremos tener hijos?

La contestación de esta pregunta parte del conocimiento de cómo es la función sexual en las personas con enfermedad inflamatoria intestinal, porque los problemas concernientes a la relación marital y sexual están entre las preocupaciones importantes de los pacientes con EII, no es de extrañar por tanto que generen inquietud o ansiedad.

¿Cómo está la función sexual en la EII?, en un estudio reciente se comparo la función sexual de pacientes con EII y pacientes sanos control, Se demostró que la depresión era el factor más importante asociado con la disminución de la función sexual independientemente del sexo y de la presencia de EII, por lo tanto es un aspecto que debe ser valorado por el profesional correspondiente. En los varones con EII en remisión o con actividad moderada, la función sexual no estaba disminuida comparado con un grupo control.

Los varones con EII tienen una capacidad reproductiva normal. La sulfapiridina, la molécula activa de la sulfasalazina, da lugar a oligospermia (escasez de espermatozoides) y disminución de la motilidad del espermatozoide que es transitoria. El riesgo de impotencia masculina después de una proctocolec-tomía restauradora en colitis ulcerosa es raro y no se disuadirá a los pacientes que lo precisen de la realización de éste tipo de cirugía.

Los pacientes con EII inactiva tiene el mismo porcentaje de fertilidad que la población general, pero hay estudios que demuestran, a pesar de lo dicho que el no querer tener hijos voluntariamente es más alto en las mujeres con EII. La preocupación acerca de los posibles efectos tóxicos de la medicación y la percepción de que la EII podría afectar al embarazo negativamente son también citadas como otras razones para no tener niños voluntariamente...

Estudios actuales demuestran que la fertilidad en la colitis ulcerosa es esencialmente la misma que la de la población general, excepto después de una cirugía.

Las mujeres con enfermedad de Crohn inactiva también tienen una fertilidad normal, aunque ésta dis-

minuye cuando la enfermedad está activa. El control de la actividad de la enfermedad, parece restaurar la fertilidad.

Las mujeres con enfermedad perianal pueden tener dispaurenia secundaria (dolor durante el acto sexual) y disminución de la libido contribuyendo estos síntomas al descenso de la fertilidad.

Las pacientes que han sufrido una resección intestinal tienen el riesgo de presentar adherencias y bridas, lo cual puede alterar la función de las trompas de Falopio y afectar consecuentemente a la fertilidad.

Después de una cirugía pélvica con reservorio, la fertilidad femenina está significativamente disminuida y este problema será discutido con las pacientes cuando se considere o este indicado este procedimiento.

¿Herederán nuestros hijos la enfermedad?

Algunas mujeres permanecen sin tener hijos por miedo a transmitir su enfermedad a la descendencia. La enfermedad inflamatoria intestinal no es una enfermedad genética en el sentido de la herencia Mendeliana. Hay una predisposición genética pero se necesita de otros factores desencadenantes para poner en marcha la enfermedad. Los datos actuales sugieren que un niño de un padre afectado tiene un 5% de riesgo cuando uno de ellos tiene una enfermedad de Crohn y un 1.6% cuando tiene una colitis ulcerosa. El riesgo de EII aumenta a un 37%, sin embargo, si ambos padres tienen la enfermedad.

¿Cómo afecta la enfermedad inflamatoria al embarazo?

Las pacientes con una EII inactiva o leve pueden esperar un embarazo normal. Aunque no hay un mínimo periodo de enfermedad quiescente antes de planear el embarazo, se recomienda un intervalo quiescente de por lo menos 3 meses. La mayor parte de los estudios sugieren que las mujeres con enfermedad inactiva durante el embarazo, no tienen mayor riesgo de aborto espontáneo, complicaciones relacionadas con el embarazo, problemas perinatales o de tener un niño con malformaciones congénitas.

La mayor parte de las exacerbaciones de la enfermedad en el paciente asintomático ocurre en el primer trimestre del embarazo o después del parto y probablemente parta de la falta de cumplimiento del tratamiento médico por miedo a posibles efectos teratogénicos de la medicación sobre el feto.





La evolución de la colitis ulcerosa durante el embarazo depende del grado de actividad de la enfermedad en el momento de la concepción. La mayor parte de los pacientes con enfermedad activa continuarán con ella durante el embarazo, mientras que dos tercios de los pacientes con enfermedad quiescente permanecen en remisión. Si hay recaída de la colitis, es probable que sea moderada y con buena respuesta al tratamiento.

La evolución de la enfermedad de Crohn durante el embarazo, es similar a lo que sucede en la colitis ulcerosa y puede exacerbarse durante el mismo, siendo más frecuentes las exacerbaciones durante el primer trimestre o durante el puerperio.

¿Qué efecto puede tener el embarazo sobre la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn?

La evolución de la EII no se ve condicionada de forma negativa por el embarazo y no hay ninguna indicación ni lugar para un aborto terapéutico. Las exacerbaciones de la EII suceden con más frecuencia en los primeros trimestres y puede deberse a la suspensión del tratamiento de mantenimiento más que a la propia enfermedad en si. No parece haber un aumento del porcentaje de recaída de la enfermedad en el periodo del posparto. Las pacientes con EII que piensan en un quedarse embarazada lo harán solamente cuando la enfermedad esté en remisión.

¿Son peligrosos en el feto los medicamentos utilizados para tratar a las embarazadas con enfermedad inflamatoria intestinal?

La mayor amenaza a una concepción y embarazo normal es la enfermedad activa, no las medicinas utilizadas para tratarla. Hay un amplio espectro de tratamientos para las pacientes embarazadas con EII, la mayoría de las cuales son efectivas y seguras. La gran mayoría de las drogas utilizadas no tienen un riesgo significativo de complicaciones relacionadas con el embarazo como abortos espontáneos, prematuridad, niños de bajo peso para la edad de gestación, anomalías congénitas y niños nacidos muertos. En términos de seguridad, tienen bajo riesgo el empleo de la sulfasalazina, la mesalazina, los corticoides, la azatioprina/mercaptopurina, ciclosporina, y loperamida. Hay pocos datos sobre el ciprofloxacino, metronidazol, budesonida en cuanto a su empleo en la embarazada con EII, por lo que hay que utilizarlos con precaución.

El METROTEXATE está formalmente contraindicado en la embarazada con EII.

En cuanto al uso de los agentes biológicos, los datos emergentes del empleo del infliximab lo muestran como una droga segura durante el embarazo, y no se ha encontrado un aumento del riesgo de teratogenicidad, abortos espontáneos, complicaciones perinatales o de nacidos muertos, si bien hay que señalar que todavía son pocos los estudios y el numero de pacientes, por lo que su indicación debe ser meditada a conciencia, seleccionando rigurosamente los casos de embarazadas con EII que lo requieran.

El Adalimumab probablemente tenga un riesgo bajo, pero los datos son muy limitados en cuanto a su uso durante el embarazo.

¿Cómo puede ser el parto?

Existe controversia sobre el método más apropiado de alumbramiento para los pacientes con EI, con algunos estudios, reportando que el riesgo de incontinencia y de desgarros del esfínter anal es menor en el parto por cesárea que en el parto vaginal. La decisión debe ser meditada concienzudamente, analizando minuciosamente los pros y los contras para evitar en lo posible la practica innecesaria de cesáreas, lo cual indica que siempre que las circunstancias clínicas lo permitan es preferible el parto por vía vaginal.

En las pacientes con enfermedad de Crohn perianal inactiva en el momento del parto, el riesgo de recaída es muy bajo y no justifica la cesárea, sin embargo la enfermedad perianal activa en el momento del parto es una indicación de cesárea.

¿Se puede dar lactancia materna?

Las ventajas de la lactancia materna son de sobra conocida, incluso se habla de su efecto protector en cuanto al desarrollo de EI en la vida adulta.

La razón argüida por la mayoría de las mujeres para no lactar era el miedo de las interacciones o efectos tóxicos de los medicamentos.

La salazopirina y otros aminosalicilatos son excretados en la leche materna, la concentración en la leche son aproximadamente un 40-50% del nivel pico materno, que no son considerados peligrosos para el niño. Reacciones alérgicas han sido descritas, en niños lactados al pecho en forma de diarrea acuosa que desaparece cuando la medicación es suspendida.

Los corticoides se excretan muy poco en la leche materna y la cantidad recibida por el lactante es mínima.

La lactancia materna no está recomendada cuando la madre lactante está tomando azatioprina o 6 mercaptopurina, lo mismo hay que decir de la ciclosporina y del metotrexate porque pueden originar varios problemas potenciales como depresión inmunológica, neutropenia, efectos adversos sobre el crecimiento y carcinogenesis.

En cuanto a los agentes biológicos, no se conoce con exactitud si el infliximab o el adalimumab son excretados por la leche materna, ni tampoco se conocen sus efectos sobre la inmunidad del lactante, por lo que en principio puede ser recomendable suspender la lactancia materna.

En conclusión, he intentado dar respuesta de forma somera, a algunas de las preocupaciones y temores de los padres de niños con enfermedad inflamatoria intestinal y también a ellos mismos cuando llegada la adultez se plantean estas interrogantes, basado en los datos recogidos de la literatura medica especializada, aun a sabiendas que quedan muchas cosas en el tintero, pero a su vez con la esperanza de que lo expuesto resulte de utilidad y ayuden a llevar sosiego y tranquilidad cuando surjan estas preocupaciones y temores y destacar que la supervisión médica y el cumplimiento del tratamiento son elementos esenciales en el manejo y seguimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal.

DR. EDUARDO RAMOS POLO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, HUCA. OVIEDO

www.valgisa.com

Taller y exposiciones: PUENTE ROCES, s/n. Tel: 985 307 500



VALGISA
Su concesionario **CITROËN** en GIJON

Entrevista al Dr. Francisco Vizoso.



Don Francisco Vizoso es Doctor en cirugía y ejerce su profesión en la Fundación Hospital de Jove de Gijón. Ama profundamente su profesión, y nos consta a todos sus pacientes, por el trato tan cercano y profesional con que nos atiende.

Conocemos su gran interés por las Enfermedades inflamatorias intestinales (EII), nuestras enfermedades, lo que le ha llevado, estos últimos años, muchas horas de investigación para tratar de conseguir mejorar la calidad de vida de los enfermos de EII.

Recientemente el Grupo GETECCU, que dirige la Investigación a nivel Nacional de las enfermedades inflamatorias intestinales, ha otorgado al Dr. Vizoso y a su Equipo la Beca de los laboratorios FAES FARMA en el 2007 para su Proyecto denominado: **"Análisis del patrón de expresión de metaloproteasas y sus inhibidores en la enfermedad inflamatoria intestinal"**.

Le damos las gracias Dr. Vizoso, a Usted y a su Equipo, por su gran implicación con los afectados de EII a través de esta investigación.

¿Dr. Vizoso, desde cuándo se dedica a la investigación?

A partir de mi segundo año de MIR, en 1986, me comenzó a interesar la investigación en medicina. Me parecía apasionante intentar aportar, aunque se tratase de pequeñas contribuciones, al conocimiento de las enfermedades que los médicos diagnosticamos, tratamos, pero que aun no del todo conocemos.

¿Cuáles han sido hasta la fecha los logros más importantes que ha conseguido?

De forma particular, creo que he logrado trasladar a la investigación clínica aspectos de la biología molecular de los carcinomas, y más especialmente sobre los enzimas proteolíticos. Recientemente, hemos publicado en el "British Journal of Cancer" que la expre-

sión de determinadas metaloproteasas por las células inflamatorias que rodean a los tumores se asocian con una elevada tasa de metastasis a distancia en las pacientes con cáncer de mama. Creemos que se trata de un hecho relevante, dado que clásicamente el interés en el cáncer estaba centrado en las propias células cancerosas, y hemos comprobado que el comportamiento de células aparentemente normales del propio organismo influye en el pronóstico de la enfermedad. De un modo más general, y no menos importante, creo también que he contribuido a la formación de un grupo interdisciplinar de profesionales con interés en la investigación, lo que está generando mucha ilusión en nuestro entorno y nos está permitiendo ampliar nuestros horizontes en la investigación bio-médica.

¿Puede decirnos que le llevó hasta esta importante línea de investigación cuyos beneficiarios somos los enfermos de E.I.I.?

En primer lugar, a mi siempre me impresionó el fenómeno fisiopatológico por el cual los propios mecanismos defensivos de la mucosa digestiva se activan, desencadenando una potente reacción inflamatoria que se vuelve contra el propio individuo, ocasionándonos la destrucción de esa importante estructura digestiva. En segundo lugar, es sabido que muchos de los mecanismos del daño tisular y del proceso inflamatorio tienen también lugar en la progresión tumoral. Nosotros hemos profundizado en algunos aspectos de esos mecanismos tumorales, y ahora queremos trasladar nuestros métodos de investigación al interés de las enfermedades inflamatorias intestinales.

¿Podrá con su investigación conseguirse a medio plazo prevenir un deterioro y posterior degeneración de las células de las zonas inflamadas?

Nosotros partimos de la hipótesis de que de forma similar a lo que ocurre en muchos, en la enfermedad inflamatoria intestinal existe una producción elevada de metaloproteasas con poder destructivo sobre la pared intestinal. En un estudio preliminar hemos encontrado una variabilidad de la expresión de colagenasa-3 en la mucosa digestiva de los pacientes con colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn, y que la expresión más elevada de esa metaloproteasa se correlaciona significativamente como la mayor agresividad de la enfermedad. Los objetivos que ahora nos planteamos son analizar un número más elevado de esas proteasas e investigar su relación con el pronóstico de esas enfermedades.

De esos posibles resultados, podemos plantear futuras estrategias terapéuticas basadas en la inhibición enzimática selectiva de las metaloproteasas más implicadas en esos procesos. Además, con este diseño metodológico también podremos investigar si algunas de esas expresiones de proteínas pueden asociarse a un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, lo que sería de gran interés de cara a establecer medidas preventivas en algunos pacientes.

¿Podría decirnos a la hora de intervenir a un paciente de E.I.I. que debe tenerse en cuenta para correr el menor riesgo posible?

Debemos asegurarnos que la opción quirúrgica es la mejor posible en ese momento y se hallan agotado las opciones de otros tratamientos alternativos. Afortunadamente, en los últimos años se ha producido un incremento de las posibilidades terapéuticas en los pacientes afectados de estos procesos, e incluso de los resultados de la cirugía. No obstante, está claro que tenemos que seguir mejorando en la atención a nuestros pacientes, y eso no puede conseguirse si no investigamos. Los que padecen de forma virulenta las consecuencias de estas enfermedades seguro que piensan que todo esfuerzo es poco en esta materia.

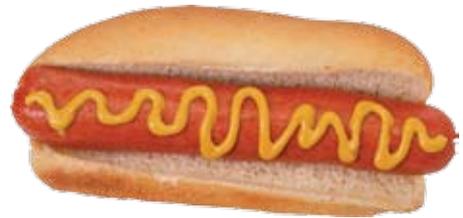
¿Cuenta Usted y su equipo con suficientes ayudas para continuar este importante trabajo hasta su término?

El capital más importante con el que contamos es el humano: nuestra experiencia acumulada en investigación médica a lo largo de los últimos años y, sobre todo, la ilusión por intentar conseguir nuevos conocimientos que se traduzcan en una mejor calidad de vida de los pacientes. Contamos también con infraestructura tecnológica que hemos conseguido en anteriores convocatorias públicas de investigación. Además, recientemente, y como bien Usted ha señalado, se nos concedió un premio que supone una pequeña cantidad de dinero para iniciar el Proyecto. Esperamos seguir consiguiendo ayudas y subvenciones para poder desarrollar plenamente esta línea de investigación.

¿Por último, Doctor podría ofrecernos próximamente una charla sobre esta línea de investigación y así plantearle otras muchas preguntas?

Por supuesto, será una auténtica satisfacción personal poder compartir con Ustedes los planteamientos, objetivos y expectativas de este Proyecto.

Cáncer de Colon.



El enemigo oculto.

Cada año se diagnostican en nuestro país alrededor de 20.000 nuevos casos de cáncer de colon. Y apenas la mitad de las personas afectadas sobrevivirán más de cinco años. El motivo no es otro que el sigilo con que se desarrolla este tumor maligno, ya que inicialmente apenas presenta síntomas.

Por eso, es más que evidente la necesidad de realizar pruebas diagnósticas preventivas y regulares en la población de riesgo, de manera que pueda detectarse en una primera fase, cuando el tratamiento médico es más efectivo. Pero, antes de entrar a discutir los métodos de diagnóstico y los distintos tratamientos es preciso responder a una cuestión básica: ¿Cómo se produce el cáncer de colon?



Un pólipo en principio benigno.

Algunos tumores colorrectales pueden aparecer espontáneamente, pero son los menos. Lo habitual es que se desarrollen a partir de un simple pólipo del intestino, un pólipo que en el principio de su desarrollo es benigno

Hablamos de una protuberancia de la mucosa del intestino, con forma de champiñón, de un tamaño que oscila entre los dos milímetros y varios centímetros, que con el paso de los años (entre 5 y 15 años después de su aparición), puede terminar convirtiéndose en un tumor maligno. A partir de ese momento, poco a poco, el tumor va perforando las capas que tapizan el interior de la pared del intestino. Y al mismo tiempo las células cancerosas pasan al riego sanguíneo, desde donde pueden invadir otros órganos.

Insistimos: en el preludeo de su desarrollo, el cáncer de colon apenas causa algún síntoma en el paciente. Pero es que incluso cuando ya está crecido, sus manifestaciones pueden confundirse con otros problemas de salud benignos.

Las causas por las que un pólipo inofensivo se transforma en un tumor maligno siguen siendo desconocidas. Pero al mismo tiempo empiezan a publicarse estudios que demuestran una relación directa con la edad (es más habitual a partir de los 50 años) y la historia familiar o personal.

Así es, el riesgo de sufrir cáncer de colon es entre moderado y alto cuando la persona sufre o ha sufrido

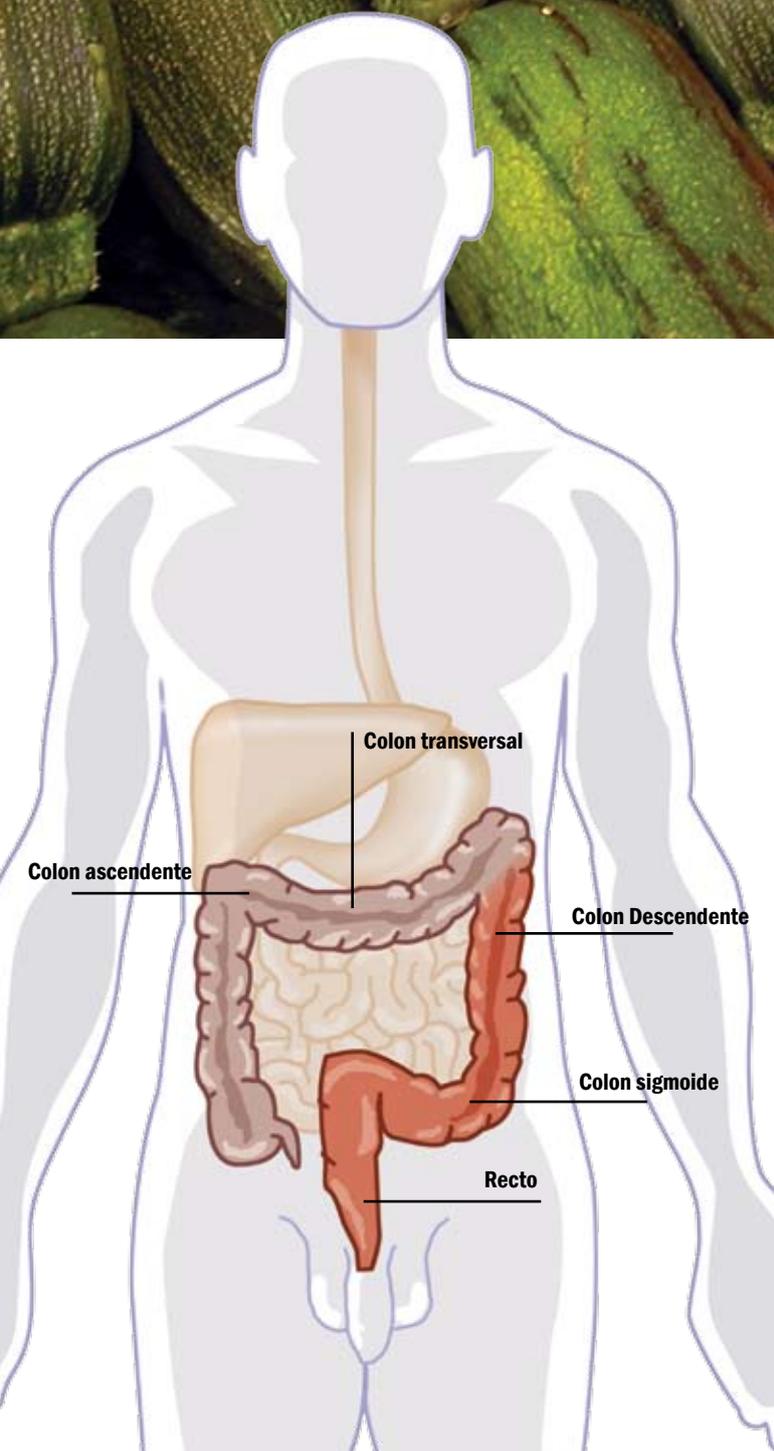
alguna de las siguientes dolencias: la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa (ambas, enfermedades inflamatorias crónicas del intestino), ciertos tipo de cáncer como el de ovarios o el de endometrio, pólipos adenomatosos en el colon o en el recto, y, sobre todo, el hecho de que haya padecido antes este tipo de tumor algún familiar en primer grado (uno de cada cuatro enfermos tienen familiares directos que sufrieron el mismo tipo de cáncer).

El riesgo es ya muy alto cuando existen antecedentes familiares relacionados con determinadas mutaciones genéticas transmisibles, poco frecuentes, como la poliposis adenomatosa (una manifestación exagerada de pólipos intestinales susceptibles de degenerar en cáncer) o el Síndrome de Lynch (que provoca cáncer de colon espontáneamente, es decir, sin que sea necesaria la presencia previa de un pólipo). En estos casos debe existir un seguimiento médico estricto y regular.

Una vida sana.

La alimentación ha sido considerada tradicionalmente como el factor ambiental que más influye en la aparición del cáncer de colon. Así se explicaría que este tipo de tumor sea mucho más frecuente en los países desarrollados que en los del Tercer Mundo. Los últimos estudios al respecto han atenuado esta relación, aunque algunos consejos siguen siendo válidos:

- Consuma legumbres, frutas y alimentos ricos en fibra. Es probable que este hábito no sea suficiente para proteger a nuestro organismo contra el cáncer de colon, pero estos alimentos aportan al organismo



Zona donde se desarrolla el cáncer colorectal.

nutrientes esenciales a la vez que facilitan el tránsito intestinal.

- Evite la carne roja y las grasas de origen animal. Este cáncer es más común entre personas que ingieren este tipo de alimentos. En este sentido, un estudio australiano recomienda limitar el consumo total de grasa a menos del 25% del aporte calórico diario; en lugar del 30% que es la recomendación actual.
- Vigile el exceso de peso. El sobrepeso es un factor comprobado de riesgo. Por eso, una pérdida de peso gradual y voluntaria reduciría el riesgo. Lo ideal es mantener el Índice de Masa Corporal (IMC) entre 18,5 y 25.
- Haga ejercicio. El sedentarismo sigue siendo, según algunos estudios, un factor de riesgo, sobre todo entre las mujeres. Nuestro consejo es que dedique, al menos, 30 minutos al día a practicar alguna actividad física, aunque sea moderada.
- Deje de fumar. El consumo de tabaco también aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon, especialmente en la zona del recto. Por cierto, las posibilidades aumentan cuantos más años se lleve fumando.
- Modere el consumo de alcohol. No es necesario dejar de beber del todo, sólo evitar su abuso. Y es que también hay estudios que apuntan los efectos positivos de un consumo moderado a la hora de evitar problemas cardíacos.



Cuanto antes mejor.

- Las personas con un riesgo elevado de sufrir este tipo de cáncer deben seguir un control médico regular. Especialmente cuando se tienen más de 50 años.

- Existe toda una serie de exámenes diagnósticos que pueden practicarse. La elección de uno u otro depende de la presencia u ausencia de síntomas y del riesgo de cada persona. El objetivo es detectar el cáncer en una fase inicial, o mejor aún, detectar los pólipos que pudieran degenerar en tumores (y que pueden eliminarse fácilmente). Algunos de estos exámenes son menos invasivos y dolorosos que otros. Es el médico quien debe valorar y elegir el que crea que mejor se adapta a las circunstancias del paciente. Le contamos, de forma resumida, las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

- El examen clínico. Constituye sin duda la primera etapa. El médico, en su consulta, explorará el abdo-

men buscando algún bulto. Eventualmente realizará también un tacto rectal, que consiste en palpar el recto con un dedo enguantado buscando cualquier anomalía; es una operación sencilla, aunque de alcance limitado, ya que a menudo el cáncer se desarrolla más allá del recto.

- Detección de sangre oculta en las heces. Es frecuente que las lesiones precancerosas provoquen algún tipo de sangrado. En ocasiones se observa fácilmente en las heces, pero no siempre es así. El más conocido es el Test Hemocult: consiste en la recogida, por el mismo paciente, de tres muestras de heces que presentará al médico. Un resultado positivo (que confirme la presencia de sangre) no significa necesariamente que el paciente sufra cáncer de colon. Podría tratarse de hemorroides o de una lesión benigna en el intestino. En cualquier caso, si el análisis resulta positivo se encargarán pruebas más completas. Inversamente, un resultado negativo no

Marisa Balsa

Oficina: Tel. 985 985 108 - Fax 985 793 130
www.marisabalsa.com
marisabalsa@marisabalsa.com

<p>C.C. SALESAS 9 de Mayo, 2 Tel. 985 22 89 24 33002 OVIEDO</p>	<p>Avda. Pumarín, 23 Tel. 985 11 29 10 33011 OVIEDO</p>	<p>Uriá, 21 Tel. 985 33 99 21 33202 GIJÓN</p>
<p>Payo Gómez, 7 Tel. 981 21 39 95 15004 CORUÑA</p>		



descarta que se padezca cáncer. Lo cierto es que la detección a través de esta prueba puede disminuir en un 15% la incidencia de muertes por cáncer de colon.

- La colonoscopia. Consiste en la introducción por el ano de un largo y estrecho tubo de goma con una pequeña cámara que permite examinar el colon por dentro. Además del sistema óptico, este instrumento está provisto de un conducto hueco para insuflar aire

y dilatar el intestino (así se observa mejor el interior del colon) y de unas pinzas capaces de seccionar pólipos sospechosos, quitar pequeños tumores o recoger tejidos (para su análisis). La colonoscopia es muy fiable. Pero implica varios inconvenientes para el paciente: hay que limpiar previamente el intestino grueso (siguiendo una dieta e ingiriendo previamente varios litros de un líquido de gusto salado); y además, el examen es desagradable (a veces se anestesia al paciente).

- La sigmoidoscopia. Parecida a la colonoscopia, es más limitada, ya que tiene menos alcance (sólo llega hasta el colon sigmoide). Su ventaja es que apenas se tarda 10 minutos en realizarla y es menos molesta.

- El enema opaco. Al igual que la colonoscopia, necesita de una preparación previa para conseguir un colon limpio (una dieta especial, un purgante... y la introducción por el ano de una solución de bario). A continuación se realizaban varias radiografías hasta obtener una imagen nítida de la zona afectada. El examen radiológico es menos fiable: puede haber falsos positivos, y además los cánceres y pólipos pequeños son difíciles de detectar.

- La colonoscopia virtual. También llamada colono-CT o colonografía por CT. Permite, con la ayuda de un programa informático, transformar la imagen del escáner del colon y el recto en una imagen en tres dimensiones. El procedimiento es muy rápido, no precisa anestesia y apenas produce efectos secundarios, pero se trata de un técnica aún en fase de experimentación.

La cirugía: Indispensable.

Al igual que otros tipo de cáncer, el tratamiento depende del grado de evolución del tumor, que se de-

cajAstur



fine por su profundidad y extensión (T), los ganglios afectados (N) y la ausencia o presencia de metástasis (M). Es lo que se conoce como clasificación TNM de tumores.

Ahora bien, una vez diagnosticado un cáncer de colon, y si aún se está a tiempo de actuar, el tratamiento pasa por la cirugía. Para complementarla también se puede recurrir a la quimioterapia y a la radioterapia. Unas veces se realizarán antes de la cirugía, otras después; todo dependerá de la localización y extensión del tumor en el momento del diagnóstico. Como acabamos de adelantar, la cirugía es prácticamente el único tratamiento que puede eliminar definitivamente el cáncer. Para ello es preciso retirar la parte del intestino afectada junto con una franja de tejido sano a su alrededor (por si hubiera empezado a extenderse también sobre él). A continuación el cirujano intentará volver a unir los extremos cortados. En el caso de que no sea posible, instalará una derivación hacia fuera del cuerpo hasta una bolsa donde se recogen las heces. Esta derivación puede ser definitiva (por ejemplo, cuando el recto ha tenido que ser extirpado por completo) o temporal, hasta poder reconstruir mejor la zona afectada. La quimioterapia se basa en la administración de medicamentos por vía oral o intravenosa con el fin de impedir la proliferación de las células cancerosas. Por su parte, la radioterapia consiste en utilizar radiación a alta intensidad para destruir estas células tumorales malignas, y es especialmente útil para tratar los cánceres situados en el recto.

Conclusión.

El cáncer de colon es uno de los más comunes en España, y su incidencia no hace sino aumentar día a día. En la actualidad se contabilizan unos 20.000 nuevos enfermos al año. Y lo que es más grave: la mitad de ellos morirán antes de cinco años. ¿Es un porcentaje aceptable? Desde luego que no.

Sobre todo porque no se trata de un cáncer especialmente virulento, siempre que no esté en una fase ya avanzada. El caso es que dada la dificultad de diagnosticarlo de manera temprana a partir de unos vagos y tardíos síntomas externos (heces con sangre, diarreas...), no cabe más remedio que recurrir a un diagnóstico presintomático.

En efecto, el diagnóstico precoz, basado en el control regular de las personas de riesgo, es la única

SIGNOS DE ALARMA.

En cualquier caso, ante cualquiera de los síntomas que le indicamos a continuación, debería visitar al médico:

- Sangre o mucus al defecar (en las heces).
- Cambios del ritmo intestinal (diarrea, estreñimiento).
- Calambres o dolores abdominales.
- Una sensación continua de necesitar defecar.
- Una alteración evidente y regular de su estado general: fatiga, falta de apetito, pérdida de peso, anemia, etc.

fórmula válida de reducir la mortandad de este tipo de cáncer. El problema es que, hoy en día, existen numerosas dudas sobre qué tipo de diagnóstico es el más recomendable.

La Administración sanitaria parece consciente del problema y, de hecho, ha sido uno de los temas abordados en la Estrategia Contra el Cáncer del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, algunas comunidades autónomas, como la Catalana, han iniciado ya estudios piloto de cribado de cáncer colorrectal. Pero es un tema que urge. Por eso reclamamos más recursos para definir, de una vez por todas, cuál es o cuáles son los diagnósticos más acertados para las personas de riesgo.

Lo cierto es que en la actualidad las pruebas más empleadas son dos: la detección de sangre oculta en heces y la colonoscopia. La periodicidad de una y otra prueba diagnóstica depende, de momento, de la evaluación del riesgo real que hace el médico.

Excursión a la Ría de Arousa.

DÍAS 26 Y 27 DE ABRIL.

**AUTOCAR DE LUJO.
HOTEL DE TRES ESTRELLAS.
PENSIÓN COMPLETA.
(DOS ALMUERZOS, CENA Y DESAYUNO)
SEGURO DE VIAJE.**

**PRECIOS:
PARA SOCIOS: 50 €.
NO SOCIOS: 77 €.**

Día 26

Saldremos a las siete y media de la mañana de Oviedo y a las ocho de Gijón. Haremos las paradas que se programen y llegaremos al hotel donde tendremos el almuerzo.

Seguidamente, y **de modo opcional**, podremos tomar un catamrán de visión submarina que nos dará un interesante paseo por la ría, mostrándonos las bateas y la fauna marina de la zona. La tripulación nos invitará a mejillones y buen vino Ribeiro. A continuación podremos hacer una visita a la bonita villa de Cambados o a la concurrida población de Sanxenxo. En el hotel tendremos la cena. Por la noche, en la discoteca del propio hotel, habrá una invitación a la típica queimada.

Día 27

Al día siguiente, tras el desayuno, partiremos para Padrón, lugar en qu se concentra el mayor mercado de la zona. Son tan innumerables los puestos que se montan, que casi no dará tiempo a recorrerlos en toda la mañana. En este mismo lugar tendremos el almuerzo.

Repuestas las fuerzas emprenderemos el viaje de regreso, haciendo las paradas convenientes hasta llegar a nuestros lugares de destino.

La capacidad del autocar es de 54 plazas, por lo que las plazas serán asignadas por riguroso orden de inscripción. Animamos a todos los socios y familiares a que no duden en participar, puesto que, hasta ahora, todas las excursiones resultaron muy agradables en el ambiente y muy interesantes en cuanto a los lugares visitados.

Edu

Fiesta anual.

El próximo día 18 de mayo a las 14:00 h celebraremos la Asamblea anual en el restaurante Peña Mea en San Cucao (Llanera). Como siempre además de la comida tendremos diferentes actuaciones que nos harán pasar una agradable tarde.



Bodas, Banquetes, Catering y Servicio a la Carta en Nuestro Mesón



www.penamea.com

Disfrute de los Mayores y más Modernos Salones de Asturias.
Apertura de nuestro nuevo Mesón y Salones de Llanera para servicio a la carta, donde disfrutará de la tradición y profesionalidad en la cocina



Con toda nuestra experiencia, también les seguiremos atendiendo en Restaurante Peña Mea Villoria.

Ctra. San Cucao Km 1.2, Gujame (Posada de Llanera). Tlf.: 985 772 690 Fax: 985 772 689

Ctra. General 78 Villoria. Pola de Laviana. Tlfs: 985 615 108- 985 615 264

penamea@penamea.com

MENU:

- APERITIVO DE BIENVENIDA.
- CREMA DE LANGOSTINOS.
- BACALAO A LA RIOJANA.
- CACHOPO DE TERNERA.
- TARTA DE TURRON
- VINO TINTO RIBERA DEL DUERO.
- VINO BLANCO AFRUTADO
- SIDRA EL GAITERO EXTRA.
- CAFÉ Y LICORES.

El precio del menú para los no socios es de 38 €.

El precio para los socios es de 22 €.

esperamos vuestra asistencia.

El pañuelo.



Faltaban escasos días para que mi mujer diera a luz a nuestro primer hijo, y mi madre vino solícita a casa para colaborar con las labores del hogar, así como para aportar su experiencia en la, no poco complicada, tarea de tratar con un recién nacido.

Yo vine a este mundo un tanto tardío, para lo que era habitual en aquellos tiempos. Mi madre me tuvo con 44 años, lo que la convertía, a mis 25 años, en una mujer ya mayor y con una salud un tanto deteriorada.

Una mañana salimos los dos hacia el mercado. Hacía un día lluvioso y por las calles había cuantiosos charcos. Íbamos del brazo, pero al llegar a una falla de la acera, ella se soltó y trató de buscar lo que entendió lo que era mejor camino. No eligió bien. Para retornar a la acera tenía que salvar un negruzco y resbaloso trecho. Quise evitar que intentara pasar por allí, pero, antes que pudiera hacer nada, dio un decidido paso que resultó fatal: ¡Se cayó de bruces e incluso tocó con su cara el asqueroso suelo!

La consecuencia más grave tan solo fue una rotura de muñeca. Pero, es el día de hoy que aun recuerdo con angustia su carita sucia y algo ensangrentada. Intentaba limpiarla con mis manos, a la vez que, tremendamente asustado, comprobaba las posibles consecuencias de la espectacular caída. Alguien que yo recuerdo como un chico joven que portaba libros bajo el brazo, me ofreció un pañuelo con el que pude quitar el barro y la sangre de la cara de mi madre.

El pañuelo quedó totalmente sucio y yo solo acerté a decirle al muchacho que me dijera donde vivía para devolvérselo, pero el me tomó del brazo y me dijo “no te preocupes por eso, por favor, bastante tienes con tú madre. Llévala cuanto antes al ambulatorio”.

Pasaron muchos años, mas de veinte, y yo me dedicaba a atender técnicamente a los grupos musicales, orquestas, discotecas, feriantes etc. Una tarde de ve-

rano, recibí una llamada urgente de una orquesta que tenía que tocar en una importante romería y que, por un desgraciado error, bastante frecuente por cierto, conectaron su equipo a 380 voltios, en vez de a 220 que es lo normal. Eso provoca una gran avería, que hace que dejen de funcionar cuantiosos aparatos e imposibilita la actuación musical.

Esto fue lo que les expliqué a los músicos, que me escuchaban totalmente desolados ante las consecuencias que se les avecinaban.

Cuando recogía mis bártulos, (aparatos de medida etc.), se me acercó uno de los componentes del grupo y me dijo: “Yo a ti te conozco. Seguro que no te acuerdas de mi, pero hace mucho tiempo yo estaba en el lugar donde se cayó tú madre...” Como dije, habían transcurrido más de veinte años, pero de súbito reconocí al estudiante que me ofreció aquel providencial pañuelo, aunque él, ese detalle, para nada lo mencionó.

Volví a abrir la maleta de mis herramientas, desmonté todos los cacharros que no funcionaban, fui a mi taller a mil por hora y llamé a un amigo, para el que yo trabajaba, que sabía que tenía muchos aparatos de música profesionales, y, con todo ello, conseguí que la orquesta, con ciertas carencia, pero de modo aceptable, tuviera sonido e iluminación.

Por supuesto no les cobré nada por el trabajo y cuando me despedía de ellos deseándoles una exitosa actuación, se me acercó el antiguo estudiante del pañuelo y me dijo: “No se como agradecerte lo que has hecho, se trata de una actuación muy importante para nosotros. Nos vendrá a ver un representante, que si le gustamos, nos contratará para un montón de fechas. Tenemos mucha necesidad de que así sea, puesto que estamos muy pillados con las letras del furgón y el equipo que hemos comprado recientemente. Gracias de verdad”.

A lo que yo le contesté: “Aunque tuviera que hacer esto mismo diez veces, creo que seguiría en deuda contigo. No solo porque tú pañuelo limpió la cara de mi madre, sino porque recuerdo perfectamente, el gesto tan humano y solidario con que me lo ofreciste. Créeme que no lo he olvidado ni lo olvidaré...”

EDU.



si hablamos de limpieza profesional...
todas las direcciones señalan al mismo PUNTO



GRUPOitma

Limpieza de edificios, locales
y persianas a domicilio.

Limpieza integral de vehículos
y tratamiento de carrocerías.



Pol. Asipo C/B - Parc. 60 - Nave 5 - 33428 Llanera - Asturias
Tel. 985 264 193 - Fax 985 265 967
itma@grupoitma.com - www.grupoitma.com





no te imaginas qué grandes son tus posibilidades

 **formación
e inserción**

C/ Magnus Blikstad, 5 1º Izda. Gijón
Telf. 985 342 221. email: fei@retemail.es