

SUMARIO

- 2 Tengo Baja Visión, ¿qué puedo hacer?
- 3 La oxigenación hiperbárica, una terapia eficaz contra la osteonecrosis causada por bifosfonatos
- 4 ¿Cómo afecta la exposición al humo de tabaco...
- 6 Concepto de salud...
- 7 ¿Cómo debemos actuar ante un accidente en montaña?
- 8 ...me van a poner un doble J...
- 9 Instilaciones vesicales en el cáncer de vejiga
- 10 Cuestionarios de satisfacción
- 11 Guías de acogida
- 12 ¿Qué es el kinesiotaping?
- 13 ¿Qué es la fimosis...
- 14 ... buena higiene alimentaria
- 15 Alergia a la proteína...
- 16 ¿Qué es el Alzheimer?...
- 17 Trasplante de médula ósea...
- 18 ¿Qué es una espirometría?
- 19 Porqué me duele en la ingle, ¿será la cadera?
- 20 Ética y big data sanitario
- 22 Gripe, ¿debo vacunarme?
- 24 ¿Las vacunas son solo para niños?
- 26 Test de O'Sullivan...
- 27 El síndrome RS3PE, ¿debo preocuparme?
- 28 La puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

Para recibir el pdf de la revista:
zonahospitalaria.com/suscripciones



Y después del otoño...

Tengo Baja Visión, ¿qué puedo hacer?

Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis

Optometristas especialistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos

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

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

Muchas personas que no están familiarizadas con la discapacidad visual piensan en la vista en términos absolutos, se tiene o no se tiene, les es difícil entender que una persona en determinadas situaciones se desenvuelva con normalidad pero en otras necesite ayuda o un bastón blanco. Esto ocurre sobre todo entre las personas que tienen ojos aparentemente sanos, que pueden fijar correctamente la mirada, y que no llevan gafas oscuras o ningún otro símbolo que muestre que tienen un problema de visión.



Por eso nace el distintivo Tengo Baja Visión, para aquellas personas que quieren hacer visible su condición.

María 76 años está diagnosticada de Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE), está en tratamiento oftalmológico.

María puede caminar, no se tropieza, pero no ve bien las caras de las personas ni puede leer.

Pedro, 35 años, está diagnosticado de Stargardt desde los 20 años, no puede ver bien el ordenador, tampoco ve las caras de las personas.

Rosa, 50 años, diagnosticada de Glaucoma, se tropieza al caminar, se pierde en la lectura cuando cambia de línea. Rosa si ve las caras de las personas.

Estos 3 pacientes tienen Baja Visión, por diferentes patologías, ellos no son **ciegos legales**, pero no pueden realizar actividades cotidianas como, leer un periódico, ver un recibo, reconocer caras, pasear por sitios desconocidos sin temor a caerse, orientarse por la noche, ver el número de autobús, tienen problemas

de deslumbramiento en exteriores y en interiores con luz artificial y baja tolerancia a los cambios de iluminación.

Cada uno con su patología tiene problemas en habilidades de la vida diaria.

Son pacientes con Baja Visión, se considera que un paciente tiene Baja Visión cuando tras la mejor corrección óptica, su agudeza visual en el **mejor** de los ojos, no es mayor del **30%**, y/o bien su campo visual en el **mejor** de los ojos, no es mayor al **20%**. La Baja Visión la causan enfermedades como la Degeneración Macular, Retinopatía Diabética, Glaucoma, Retinosis Pigmentaria, Catarata no operable, Miopía Magna, Stargardt y otras.

Una vez que han sido diagnosticados y tratados con acertados tratamientos oftalmológicos, ¿sabe realmente el paciente que puede hacer?

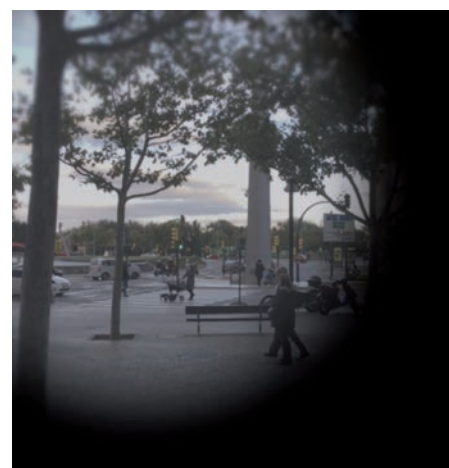
¿Qué puedes hacer si tienes Baja Visión?

Es decir si tienes problemas visuales que todavía no tienen tratamiento y que te dificultan la realización de tareas de la vida cotidiana. Una vez que su oftalmólogo le haya realizado el diagnóstico y tratamiento, consulte la posibilidad de utilizar una AYUDA PARA BAJA VISIÓN.

Yanguas Ópticos, somos un centro especialista en baja visión

En Yanguas Ópticos Baja Visión, nuestros optometristas Especialistas en Baja Visión, le realizarán las siguientes pruebas:

- ◆ Valorar la visión que puede aprovechar.
- ◆ Prescribir las ayudas visuales idóneas, como:
 - **Filtros especiales**, que controlan la cantidad de luz que entra en el ojo, reduciendo el deslumbramiento y proporcionando un mejor contraste.
 - **Lentes magnificadoras** para deambular por la calle.



- **Telescopios en gafas**, para poder ver por ejemplo mejor la TV
- **Gafas de cerca especiales**, llamadas microscopios, utilizan lentes potentes, prescritas por el optometrista para poder volver a leer.
- **Gafas electrónicas de realidad aumentada**, mejoran la visión periférica ayudando al desplazamiento.
- Y otras.
- ◆ **Rehabilitación Visual** para enseñar como usar y sacar el máximo provecho de su resto de visión.
- ◆ **Entrenamiento en el uso de las ayudas** para su máximo rendimiento visual.
- ◆ **Programas para mejorar las habilidades de la vida diaria.**

En Yanguas ópticos le insistiremos en la importancia de continuar con sus revisiones oftalmológicas habituales.

Desde **YANGUAS ÓPTICOS** intentamos visibilizar la Baja Visión, casi un millón de personas en España la padecen, de ese millón 70.000 son ciegos legales, es decir, tienen en el mejor ojo como máximo 10% de visión y/o un campo visual como máximo de 10°.

Como podemos ver estamos ante un problema multidisciplinar, oftalmólogos, optometristas, psicólogos y por supuesto agradecer la gran y enorme labor que realizan las asociaciones de pacientes.

La oxigenación hiperbárica, una terapia eficaz contra la osteonecrosis causada por bifosfonatos

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Los bifosfonatos son un grupo de medicamentos utilizados en la prevención y el tratamiento de enfermedades con resorción ósea, como osteoporosis o cáncer con metástasis ósea, muchas veces asociada al cáncer de mama y próstata. También se prescriben en la enfermedad de Paget y en otras alteraciones que provocan fragilidad ósea, como la enfermedad renal crónica tratada con diálisis.

Posibles efectos secundarios: osteonecrosis de los maxilares

Son medicamentos muy eficaces, aunque en los últimos años se ha constatado un aumento en el número de casos clínicos en los que el uso de los bifosfonatos se relaciona con la osteonecrosis de los maxilares. Por ello, el odontólogo debe estar muy alerta sobre las posibles complicaciones en los pacientes que los toman.

En estos casos, será fundamental la colaboración con el oncólogo y el cirujano maxilofacial para tomar las **medidas necesarias para la prevención de osteonecrosis**, tales como el control de caries o el empleo de prótesis traumáticas en la zona lingual.

Cómo puede ayudar la oxigenación hiperbárica

La osteonecrosis se manifiesta con dolor agudo, infecciones recurrentes constantes, olor característico debido a la necrosis o inflamación crónica. Actualmente, existe una **terapia complementaria** efectiva para su tratamiento como es la **medicina hiperbárica**. Así lo indica la **Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS)** americana, que la incluye dentro de sus indicaciones aprobadas y ha desarrollado un protocolo específico para su tratamiento.

La presencia de **oxígeno medicinal** a una presión dos o tres veces mayor que la presión atmosférica normal **produce una serie de cambios en los tejidos**, que van desde el aumento de la angiogénesis (creación de nuevos vasos que irrigan los tejidos), lo que a su vez favorece la cicatrización; a la reducción de la

presencia de bacterias anaerobias, de difícil eliminación en muchos casos; o al control de la inflamación gracias al mismo aumento de la presión.

De esta forma, **los pacientes con osteonecrosis**, como hemos podido constatar en Oxien, **mejoran su calidad de vida** porque disminuye el dolor, y la inflamación y las infecciones recurrentes desaparecen.

Para que se produzca este control o eliminación de las secuelas, es imprescindible que un médico hiperbarista valore al paciente y marque un plan de tratamiento adecuado. Este trabajará en coordinación con otros médicos para **abordar la osteonecrosis de forma interdisciplinar**.

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

Oxien es el centro sanitario avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y Sanidad Navarra, que cuenta con un **equipo de médicos y personal sanitario interdisciplinar**, que proporcionará al paciente un tratamiento integral.

MEDICINA HIPERBÁRICA

- Vascular
- Recuperación muscular
- Oncología y radioterapia
- Cistitis rádica
- Osteonecrosis mandibular...

FISIOTERAPIA Y OSTEOPATÍA

- Embarazadas y bebés
- Lesiones deportivas
- Disfunción cráneo-mandibular

OXIEN
REHABILITACIÓN HIPERBÁRICA A TU ALCANCE



¿Cómo afecta la exposición al humo de tabaco durante la infancia?

Laura Anoro Abenoza. FEA Neumología Hospital General de la Defensa. Zaragoza

Darío Alberto Lozano Cartagena. FEA Neumología Hospital General de la Defensa. Zaragoza

Carmen Deza Pérez. FEA Geriátría Hospital General de la Defensa. Zaragoza

El tabaquismo pasivo es un problema de salud pública a nivel mundial y se han demostrado ampliamente sus efectos deletéreos sobre la salud. De especial importancia es la afectación que produce la inhalación pasiva del humo de tabaco en la infancia, por su impacto sobre la salud de los niños y en la calidad de vida para el resto de etapas de la vida.

¿Qué es el tabaquismo pasivo?

Es la exposición a los productos de combustión del tabaco de personas no fumadoras. Produce alrededor de 900.000 muertes anuales a nivel mundial (un 30% en niños), siendo la tercera causa de muerte evitable.

El humo del cigarrillo contiene aproximadamente 5000 sustancias tóxicas, que son inhaladas en un 25% por el fumador activo y que en un 75% se liberan a la atmósfera perjudicando a las personas expuestas. Los efectos perjudiciales para la salud de esta exposición dependerán de la intensidad de esta y de las características del espacio donde se produzca. El humo exhalado por los convivientes de los niños se ha clasificado por la Agencia de Protección Medio Ambiental como una sustancia cancerígena de tipo A similar al arsénico o al benceno.

Tabaquismo pasivo y muerte súbita del lactante

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se define como la muerte repentina e inesperada de un niño menor de un año aparentemente sano que resulta inexplicable tras el examen postmortem. El SMSL es la primera causa de muerte entre bebés sanos después de un mes de vida. El 90 % de casos de SMSL se da entre los 2 y 6 meses de edad. El tabaco inhalado de forma pasiva por los niños lactantes incrementa de forma significativa el síndrome de muerte súbita del lactante calculándose que hasta el 10% de los fallecimientos por esta patología podrían evitarse suprimiendo el tabaquismo en los convivientes del bebé.

Los padres que fuman pueden reducir significativamente el riesgo de que sus bebés padezcan el SMSL, mediante el abandono del tabaco o fumando solamente fuera de la casa, para dejarla completamente libre de humo.

Tabaquismo pasivo en la infancia y efecto sobre el aparato respiratorio

El aparato respiratorio de los niños tiene un sistema inmune todavía inmaduro. Además a nivel estructural y funcional deberá desarrollarse hasta alcanzar la madurez. La agresión que supone la inhalación pasiva del humo de

tabaco puede afectar al desarrollo de este órgano y a la función respiratoria aumentando la morbilidad.

Existen numerosos estudios que relacionan el tabaquismo parenteral y la tasa de ingresos por bronquitis y neumonía en la infancia. Además varios estudios publicados en los que se analizaron amplias cohortes de niños asmáticos, observaron un incremento de la prevalencia de asma en hijos de fumadores, así como necesidad de un mayor número de fármacos antiasmáticos para alcanzar el control de esta enfermedad.

El humo de tabaco ambiental asociado a infecciones virales o bacterianas durante la infancia empeora el curso de las mismas y produce hiperreactividad bronquial con empeoramiento de la tos y de la expectoración, presencia de ruidos respiratorios y disnea.

Además el tabaquismo parenteral puede frenar el normal desarrollo de la vía aérea. Se ha asociado una reducción de los valores de los volúmenes pulmonares en las pruebas de función respiratoria que exploran la capacidad funcional de las vías aéreas más finas, que podría predisponer al desarrollo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en la edad adulta. Este deterioro en el desarrollo del aparato respiratorio se postula, según los estudios realizados, que podría tener incluso

su origen en la exposición pasiva durante la etapa fetal.

Tabaquismo pasivo en la infancia y enfermedades otorrinolaringológicas

La exposición crónica al humo de tabaco durante los primeros años de vida se ha asociado en numerosos estudios publicados, con un incremento de hasta el 50% del riesgo de otitis media recurrente. También incrementa la incidencia de otitis media supurativa, enfermedad de importante relevancia ya que puede originar sordera en niños.

Tabaquismo pasivo en la infancia y ateromatosis

En estudios realizados sobre las arterias coronarias en niños, se ha comprobado la existencia de lesiones preateromatosas y su progresión a lesiones ateromatosas en niños expuestos al humo del tabaco, con el consiguiente incremento del riesgo cardiovascular y la aparición de complicaciones en la edad adulta. Este riesgo es todavía mayor si además asocian obesidad.

Tabaquismo pasivo en la infancia y su efecto cancerígeno

Se ha demostrado que la combinación del tabaquismo en los progenitores previo a la concepción y durante el embarazo, así como la exposición al humo del tabaco durante la infancia, predispone al desarrollo de neoplasias en las décadas posteriores de la vida. Podemos cuantificar la exposición en "años fumados" (número de años vividos con fumadores multiplicado por número de fumadores domésticos). Los adolescentes con al menos 25 años fumados presentan un riesgo dos veces superior al de la población general de desarrollar un cáncer de pulmón en la edad adulta. Además hay estudios epidemiológicos que afirman que la exposición al tabaquismo materno durante los primeros 10 años de vida incrementa el riesgo de leucemias y linfomas en la edad adulta.

Tabaquismo pasivo y enfermedad meningocócica invasiva

El tabaquismo activo materno se asoció con incremento del riesgo de esta enfermedad de casi cinco veces. El consumo de tabaco por parte del padre aumentaba el riesgo casi cuatro veces, y cuando eran los 2 progenitores

fumadores el riesgo presentado por sus hijos fumadores pasivos era nueve veces más alto que el de los hijos de no fumadores.

Tabaquismo pasivo y conducta infantil

La exposición al tabaquismo pasivo en el hogar incrementa la posibilidad de que los niños y niñas se conviertan en adolescentes y adultos fumadores. El 90 % de los fumadores se iniciaron en la adolescencia y uno de los factores que más influye es que sus propios padres sean fumadores por el modelo conductual que los padres les transmiten. También se ha demostrado asociación entre la exposición al tabaco de los niños y el trastorno de hiperactividad (TDAH) y el tabaquismo pasivo durante la infancia incrementa el absentismo escolar.

Conclusiones

Es fundamental que los padres tomen conciencia del daño que supone la inhalación de humo de tabaco en el hogar y no fumen dentro de los espacios que se comparten con los niños. De esta manera será posible evitar/minimizar todas las patologías derivadas del tabaquismo pasivo y difundirán un modelo ejemplarizante.



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

Todo el equipo confía en la *experiencia*
de A.M.A. a la hora de ejercer su profesión

Más de 300 letrados especializados en derecho sanitario
están a su disposición para defender sus derechos.



A.M.A. HUESCA
Zaragoza, 5; bajo
Tel. 974 22 33 54
huesca@amaseguros.com

A.M.A. TERUEL
Joaquín Arnau, 2; 1º
Tel. 978 61 72 10
teruel@amaseguros.com

A.M.A. ZARAGOZA
José María Lacarra de Miguel, 8; bajo
Tel. 976 22 37 38
zaragoza@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10

Síguenos en



y en nuestra APP!



Concepto de salud y población mayor

Ana Blanca Sousa Bernués, María Marín Ibáñez, Loreto Abardia Tosat y Loreto Ibor Serrano.

Enfermeras Servicio de Medicina Intensiva. Hospital San Jorge (Huesca)

Nuria Samper Encinas. Enfermera Hospital San Jorge (Huesca)

Paula Omedas Bonafonte. Médico Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge (Huesca)

La salud es comprendida como un estado biocultural de equilibrio, con un componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico, así como una función normal mantenida dentro de contextos temporales, sociales, culturales y ecológicos específicos. En concreto, la salud del anciano es considerada como la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades diarias.

Esta definición considera dos aspectos clave: la necesidad de preservar y recuperar las capacidades que permitan a la persona ser independientes en su entorno y la importancia que tienen en el resultado final del estado de salud, las variables personales, ambientales y de comportamiento. Una situación de desventaja en cuestión de salud se muestra de muchas formas y puede ser absoluta o relativa. Puede incluir tener pocos bienes familiares, recibir una educación pobre durante la adolescencia, tener un empleo inestable, quedarse atrapado en un empleo de riesgo o en un empleo sin salida, vivir en viviendas en malas condiciones, intentar sacar adelante

una familia en circunstancias difíciles o vivir con una pensión de jubilación insuficiente. Castilla y León, Aragón, Asturias y Galicia encabezan la lista de las CC.AA. más envejecidas, con tasas superiores al 20%. El rápido fenómeno del envejecimiento de las sociedades modernas a puesto a prueba no sólo los recursos sanitarios, sino que a nivel social ha precisado el rápido desarrollo de servicios y programas destinados a hacer frente a las demandas de este grupo poblacional tan heterogéneo y con una amplia variedad de necesidades, desde lucrativas hasta de institucionalizaciones en caso de dependencia.

Triplicado la asistencia al sistema sanitario

Los ancianos son el grupo de edad que utiliza con mayor frecuencia los servicios sanitarios, presentando un mayor número de visitas médicas, pruebas diagnósticas y prescripciones. Otra característica del proceso de envejecimiento es la feminización de la población mayor, este fenómeno se debe a una mayor esperanza de vida de las mujeres. En las últimas décadas, se ha triplicado la asistencia y utilización del sistema sanitario por paciente, especialmente por parte del paciente mayor. Las personas mayores suponen el 44,4% de todas las altas hospitalarias

y presentan estancias más largas que el resto de la población. En concreto, respecto a los ingresos hospitalarios, existe un mayor porcentaje de hombres ingresados respecto a las mujeres así como que los hombres de edades más avanzadas padecen ingresos más largos. Se ha evidenciado que los componentes sociales protagonizan gran parte de las inequidades sanitarias entre la población mayor española, generando dependencias las cuales implican diferencias en el estado de salud. Pero la dependencia en las personas mayores no es un fenómeno nuevo, como ya decía el informe del Imserso en 2016, edad y dependencia están estrechamente relacionadas, ya que el volumen de personas con limitaciones de su capacidad funcional aumenta en los grupos de edad superiores, sobre todo a partir de los 80 años.

Se constata la elevada utilización de los servicios sanitarios por la población de 65 años y más y, dado el elevado coste que supone en un contexto de escasez de recursos públicos, queda resaltada la necesidad de desarrollar programas de atención al enfermo crónico centrados en un mayor empoderamiento de esta población y en la promoción del autocuidado.



¿Cómo debemos actuar ante un accidente en montaña?

Alicia Sanz Cardiel. Médico Urgencias y Emergencias 061 Aragón. UME Sabiñánigo-Unidad de Rescate en Montaña
Isabel Garrido Ramírez de Arellano. FEA Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro
Sonia Caballero Núñez. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge (Huesca)
Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge (Huesca)
Enric Franquesa González. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge (Huesca)
Diego Martínez Castillón. Medicina Familia y Comunitaria. Graus. Sector Barbastro
Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge (Huesca)
Cristina Abad Rubio. FEA Ginecología. Hospital San Jorge (Huesca)
Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge (Huesca)
Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge (Huesca)
Vanesa Zambrana Campos. FEA Cirugía General. Hospital Reina Sofía (Tudela)

En los últimos años se ha visto un incremento de las intervenciones de rescate en montaña en Aragón, siendo esta la comunidad autónoma con más números de rescates en montaña, en especial en la provincia de Huesca.

Existen diferentes causas que pueden justificar este aumento, uno de ellos es que cada vez hay más personas que disfrutan de la montaña en todas sus modalidades, desde senderistas y actividades con niños hasta montañeros experimentados. Otra causa es la existencia de un incremento de la práctica de deportes de aventura como alternativa de ocio. Y por último se observa en muchos casos un déficit de planificación de la actividad, una equipación insuficiente o inadecuada, una falta de formación de los participantes, o incluso la infravaloración de las exigencias de la actividad, que llevan a desencadenar accidentes.

Es por ello que nos podemos encontrar con la posibilidad de vernos involucrados en un accidente de montaña, tanto si somos nosotros o miembros de nuestro grupo las víctimas, como presenciando el accidente en otras personas.

En montaña nos encontramos en un medio hostil en el que en ocasiones es muy difícil gestionar nuestras acciones (falta de cobertura móvil, condiciones meteorológicas adversas, etc. lejanía e inaccesibilidad a recursos sanitarios, gestión de las horas de luz...) dificultan enormemente cualquier actividad y provocan un estado de nerviosismo y ansiedad a los accidentados y a los intervinientes que dificultan aún más la situación. Por tanto es de gran importancia intentar mantener la calma y recordar un sencillo protocolo de actuación que mediante las siglas P.A.S. nos indicarán qué debemos hacer en cada momento.

Las siglas P.A.S. corresponden a la secuencia Proteger, Avisar y Socorrer

En primer lugar debemos **Proteger al accidentado**, al socorrista y a los posibles intervinientes que puedan verse involucrando, creando por tanto una zona segura (o lo más segura posible). Si nos encontráramos en un accidente de tráfico, el ejemplo podría ser la propia carretera y el tráfico de vehículos, por lo que deberíamos señalizar la zona y tomar las medidas necesarias. En montaña pueden darse muchas situaciones que pongan en peligro la escena, como pueden ser una zona de alto riesgo de caída de piedras, el cauce activo de un río, una zona de riesgo de avalancha, etc. En caso de peligro, prima la seguridad sobre todo lo demás.

En segundo lugar **Avisar del accidente**. Si somos más de un interviniente una persona puede avisar mientras el resto procede a socorrer a la víctima. No siempre es así, por lo que si nos encontramos solos, lo conveniente sería activar el altavoz del teléfono para así tener las manos libres para poder iniciar la asistencia a la vez que informamos y recibimos instrucciones de los equipos de socorro. Si no hay cobertura móvil, lo ideal es dividir al grupo para que una parte intente conseguir ayuda mientras la otra socorre y acompaña al herido. Lo ideal es que en montaña no se quede nunca nadie solo, aunque por desgracia esto no siempre es así.

En tercer lugar, y una vez hayamos cumplido los pasos anteriores, **Socorrer al herido**. Para ello es muy importante que la población general se forme en unas nociones básicas de primeros auxilios y Reanimación Cardiopulmonar, que serán determinantes en la evolución y el pronóstico del accidentado, y que ayudarán a mantener al herido en las mejores condiciones hasta que lleguen los equipos profesionales de rescate.

¿Cómo debemos señalizar al helicóptero y actuar cuando esté cerca?

Una vez que divisemos el helicóptero de rescate, debemos indicar el lugar del accidente. La posición para señalizar es de pie con los brazos estirados y abiertos (formando la letra «Y» de «YES»). Podemos ayudarnos de una manta térmica o cualquier otra prenda de color para llamar la atención, pero muy importante, en el momento en el que el helicóptero nos haya visualizado y comience a acercarse, es de vital importancia guardar cualquier objeto que pueda salir volando y llegar al rotor principal, porque podría causar un grave accidente. Otro peligro que entraña el rescate en helicóptero son sus palas (asas). Hay que mantenerse siempre lejos de ellas: lo que debemos hacer es, una vez que el helicóptero nos ha visto, (además de guardar todo lo que pueda salir volando) nos agacharemos y nos quedaremos quietos, siendo los pilotos los que se acercarán a nosotros con la aeronave de la forma que ellos consideren. No nos moveremos hasta que los especialistas en rescate lleguen a nosotros y nos indiquen instrucciones. El helicóptero moviliza una gran cantidad de aire, incluso tierra o ramas, que pueden dificultar la maniobra e incomodar a los que se encuentran en tierra, por lo que se aconseja protegerse, (sobre todo ojos y cara), y proteger al herido. Por último, si por el contrario vemos que se aproxima un helicóptero y no somos nosotros quienes solicitamos auxilio, la posición para indicarlo es de pie con un solo brazo extendido hacia arriba (formando la «N» de «NO»). Los accidentes en montaña implican situaciones de riesgo complejas, rodeadas habitualmente de cierto estrés y caos que obligan a que las intervenciones realizadas se hagan de forma ordenada y segura, reforzando así la importancia de que todos los implicados conozcan unas pautas básicas de actuación que facilitarán el rescate y minimizarán los riesgos de todos los intervinientes.

Me han dicho que me van a poner un doble J ¿qué es eso?

*Elena Sánchez Izquierdo, María Soto Palacín y Mónica Sanz del Pozo. Médicos Internos Residentes
Ingrid Guiote Partido. Médico Adjunto
M^a Jesús Gil Sanz. Jefa de Servicio de Urología
Hospital Universitario Miguel Servet*

Entre urólogos es de uso común el término “doble J” pero realmente, ¿saben los pacientes lo que es un doble J? El doble J es un tipo de catéter muy utilizado en urología, todas las semanas en nuestro hospital se ponen catéteres de este tipo y muchos de los pacientes que ingresan en nuestra planta de hospitalización llevan uno.

Para entender lo que es un catéter doble J debemos conocer la anatomía del aparato urinario: los riñones, fabricantes de orina, están divididos en tres cálices que desembocan en un espacio común: la pelvis renal. Esta pelvis renal recoge toda la orina fabricada por ese riñón y la conduce a través de un fino conducto (el uréter) hasta la vejiga, donde se almacenará hasta que tengamos la suficiente cantidad como para originar una contracción (que se traduce en ganas de orinar) y eliminarla por la uretra al exterior.

Un doble J es un catéter que pone en comunicación la pelvis renal con la vejiga, asegurando el paso de la orina en caso de que exista alguna obstrucción al flujo a cualquier nivel del uréter. Se denomina “doble J” porque sus dos extremos se rizan formando una especie de letra J que le permite fijarse a la pelvis renal y que no caiga a la vejiga.

Indicaciones de poner un catéter doble J

- Cólico renal acompañado de fiebre u otros signos de infección.
- Cólico que no responde al tratamiento analgésico.
- Obstrucción por una litiasis de gran tamaño no expulsable.
- Obstrucción en pacientes con un solo riñón.
- Obstrucción del uréter por inflamación o tumor del mismo, o por estructuras anatómicas adyacentes
- Tras intervenciones quirúrgicas del uréter, o previo a litotricia (ondas de choque para fragmentar las litiasis) en litiasis de gran tamaño.

¿Cómo se pone?

Para colocar este tipo de catéter es necesario entrar a quirófano y hacerlo bajo sedación. Una vez dormido, los urólogos entrarán hasta su vejiga a través de la uretra con un instrumento (cistoscopia) dotado de una cámara y un canal de trabajo. Una vez dentro de su vejiga, localizarán los orificios de desembocadura de los uréteres e introducirán a través de ellos el/los catéteres según si su indicación requiere cateterización uni o bilateral. Esta operación es controlada a través de rayos X, que permiten al cirujano ver en todo momento en qué lugar de su anatomía se encuentra.

¿Qué tengo que hacer si me han puesto un doble J?

Puede hacer una vida completamente normal

con el catéter puesto, no debería notarlo. Sin embargo, en algunos pacientes puede producir molestias del tipo:

- Escozor o disconfort al orinar: el extremo inferior del catéter se encuentra localizado en la vejiga, pudiendo rozar sus paredes y causar síntomas irritativos.
- Sangre en la orina: debería ser escasa, sin embargo una gota de sangre puede teñir una gran cantidad de orina.
- Sensación de urgencia por orinar: debida a la irritación de la vejiga, puede que ésta se contraiga y le resulte difícil aguantar las ganas de orinar.
- Molestias lumbares por la presencia del catéter: más común al hacer ejercicio.
- Cólico renal: en ocasiones, con la vejiga muy llena, la orina -en lugar de seguir su camino natural desde el riñón hacia la vejiga- ocurre al contrario: se produce un reflujo de orina hacia el riñón que puede causarle dolor cólico, que cede al realizar la micción.
- Infección: este reflujo de orina hacia arriba puede favorecer que se produzca una infección en el riñón (pielonefritis).

Pasado un tiempo y tratada su patología, el catéter se puede retirar con anestesia local sin necesidad de volver a entrar a quirófano en un procedimiento sencillo. Si usted tiene que llevar el catéter durante más tiempo, se lo cambiarán por un catéter nuevo cada 5-6 meses en quirófano igual que la primera vez.

Instilaciones vesicales en el cáncer de vejiga

*Francisco Javier García Alarcón, Lara Aparicio Juez y Marina Álvarez Cortés. Residentes de Urología
Ramiro García Ruiz y Elena Carceller Tejedor. Adjuntos de Urología
Araceli Bono Ariño. Jefa del Servicio. Servicio de Urología. Hospital San Jorge*

Las terapias con instilaciones vesicales se usan habitualmente tras una resección transuretral (RTU) de tumor vesical no invasivo. Son tratamientos quimioterápicos, que suelen generar incertidumbre y ansiedad, al tener el paciente normalmente una idea preconcebida de este tipo de terapias. A continuación, hacemos una breve descripción sobre su uso, momentos de aplicación, técnica y principales efectos secundarios.

¿Qué son las “instilaciones intravesicales”?

Las instilaciones son una parte fundamental dentro del esquema de tratamiento de estas neoplasias en fases tempranas, en los que el cáncer no ha afectado a las capas musculares más profundas de la vejiga. Dependiendo de la variante histológica (urotelial, sarcomatoide, escamoso, etc.), del estadiaje (grado de invasión), recidivas, tamaño, número de focos, localización, etc. se estratificará el riesgo (bajo, medio o alto) y su médico determinará la necesidad de aplicar o no estos procedimientos: en general, en los tumores de bajo riesgo no será necesario realizar instilaciones, en los de riesgo intermedio se suele emplear quimioterapia con Mitomicina C y en los de alto riesgo inmunoterapia con bacilo de Calmette-Guérin (BCG). Su uso se basa en dos teorías: por un lado, los quimioterápicos (Mitomicina, adriamicina, etc.) destruyen los restos de células tumorales que hayan podido quedar tras la resección en las capas más superficiales de

la vejiga; por otro, la inmunoterapia estimula el sistema inmune vesical como respuesta al bacilo que instilamos, y en esa cascada inflamatoria también se atacarían a las células neoplásicas. Tanto unos como otros, su uso reduce la tasa de recidivas en estos tumores.

¿Cuándo se realizan?

Existen muchos protocolos sobre cuando realizar las instilaciones, aunque en general se programan en tres momentos:

- En el postoperatorio inmediato (en menos de 6 horas desde la intervención quirúrgica). Se suele administrar durante el ingreso, en la planta de Urología.
- Al mes de la RTU, comenzando una vez a la semana durante 6 o 12 semanas: terapia de inducción.
- Tras un descanso de 4 a 6 semanas después de la inducción, como terapia de mantenimiento, con una duración de 1 a 3 años (suelen incluir instilaciones cada trimestre o semestral durante los años que se establezcan).

¿Cómo se administran?

Las terapias de inducción y mantenimiento se realizan en consultas externas, de forma ambulatoria, no siendo necesario aplicar ningún tipo de anestesia más allá de los geles lubricantes utilizados para el sondaje. Posteriormente se introduce el agente a través de la sonda y se retira ésta, dejando el fármaco dentro de la vejiga un mínimo de dos o tres horas y asegurando que el producto contacta con toda la superficie de la vejiga (es recomendable colocarse en decúbito supino,

prono, y lateral derecha e izquierda tras la instilación en su domicilio). Finalmente, el paciente lo orinará en su lugar de residencia, teniendo en cuenta unas condiciones mínimas de seguridad: al tratarse de un agente quimioterápico/inmunoterápico, no podrá ser depositado en baños públicos, siendo necesario aclarar bien el sanitario después de la micción y asegurándose que no queden restos sobre la taza (es recomendable orinar sentado para minimizar el riesgo de vertido fuera del inodoro (de especial relevancia en el caso de compartir baño con niños pequeños o mujeres embarazadas)).

¿Qué efectos secundarios tienen?

En general las instilaciones son bien toleradas. Estos agentes solo actúan en las capas más superficiales de la vejiga (de ahí que carezcan de utilidad en los casos de tumor vesical invasivo o infiltrante), por lo que los efectos secundarios, en caso de producirse, se limitan a sintomatología local, similar a la que puede provocar una infección de orina: picor o escozor al orinar, dolor suprapúbico, sangre con la orina, aumento de la frecuencia, etc. La sintomatología extravesical, a modo de fiebre, cansancio generalizado, astenia, etc. aunque poco frecuente, también está descrita. Otros efectos como vómitos, caída del pelo, diarreas, etc. no son efectos secundarios propios de estos tratamientos. En casos excepcionales, pueden producirse episodios más graves, que requieran de atención médica urgente, tales como shock anafiláctico o tuberculosis secundaria a la instilación con BCG.



Cuestionarios de satisfacción en salud, ¿debo responderlos?

Paula Omedas Bonafonte. Médico Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Carmen Jimeno Griñó. Médico Servicio Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca
Melody García Domínguez. Médico Servicio Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca
Lara Aparicio Juez. Servicio Urología. Médico Hospital San Jorge. Huesca
Vanessa Zambrana Campos. Médico FEA Cirugía General. Hospital Reina Sofía. Tudela
Alicia Sanz Cardiel. Médico 061 Aragón. UME Sabiñánigo-Unidad de rescate en Montaña
Sonia Caballero Nuñez. Médico Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Isabel Garrido Ramírez de Arellano. Médico FEA Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro
Cristina Abad Rubio. Médico FEA Ginecología. Hospital San Jorge. Huesca
Manuel Omedas Bonafonte. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico. Centro de diagnóstico por imagen
Dr. Gómez Pereda. Zaragoza
María Marín Ibáñez. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Ana Sousa Bernués. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Loreto Abardia Tosat. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Loreto Ibor Serrano. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Las encuestas de satisfacción son un mecanismo de feed-back y retroalimentación de los pacientes. Se trata de un documento que contiene una serie de preguntas para la medición del nivel de satisfacción con la atención recibida y para la valoración de la experiencia del usuario.

El momento de entrega de la encuesta no condiciona los resultados. De esta manera, puede ser entregada al inicio de la estancia, o tras el alta médica. La tecnología nos facilita este proceso, pudiendo ser realizada a través del teléfono móvil o página web, sin existir necesidad de utilización de soporte papel.

Motivos para responder a un cuestionario de satisfacción

A menudo encontramos una carencia de información sobre los conflictos, dudas o problemas que los pacientes presentan durante el funcionamiento de las instituciones médicas. Los cuestionarios de satisfacción son una herramienta directa, rápida y eficaz para dar a conocer estas inquietudes y dar la posibilidad a los servicios hospitalarios de mejora y continuo crecimiento.

La encuesta que realizo, ¿debe ser anónima?

El anonimato en la realización de encuestas nos aportará unos resultados más abiertos y

honestos. A menudo los pacientes se sentirán más cómodos en el tratamiento de cuestiones personales y de esta manera obtendremos información de mayor calidad.

La característica fundamental de las encuestas anónimas es la confidencialidad. Al proporcionar este tipo de encuesta aumentará la colaboración y por lo tanto la fiabilidad de las respuestas recibidas.

Conocer el nivel de satisfacción del paciente

Las preguntas que se realizan en los cuestionarios de satisfacción deben de adaptarse a los pacientes del centro de atención médica a quien se dirija.

Debe ser fácil de responder y tener una cobertura amplia con una mezcla de preguntas tipo test y otras abiertas. Entre ellas se incluirán preguntas acerca de cómo servir mejor a los pacientes para seguir evolucionando para una óptima atención sanitaria.

Algunas de las preguntas son importantes para una obtención efectiva de información. En cuanto al nivel de satisfacción del paciente, encontraremos preguntas acerca de la experiencia del paciente, así como si tuvo algún problema para concertar una cita o el nivel de profesionalidad del personal por el que ha sido atendido.

Encuestas de satisfacción en hospitales

Cuando un paciente acude al Servicio de

Urgencias del hospital o ingresa en una planta hospitalaria, en ocasiones pueden sentirse incapaces de expresar su dolencia. La profundización en la investigación por parte de los profesionales de la salud juega en este caso un papel fundamental en el éxito del tratamiento médico. Acerca de este proceso, la consulta al paciente acerca de la opinión sobre proceso de diagnóstico a la que se sometió es importante.

Finalidad de las encuestas de salud

El objetivo final es que la recogida periódica de las opiniones de las personas usuarias. Así se facilita la toma de decisiones respecto a las mejoras a realizar en los distintos niveles de la atención diaria. Esto nos permitirá ampliar el conocimiento de los puntos fuertes y débiles respecto al servicio y atención que se presta, así como facilitar la calidad y la mejora continua.

Las encuestas de satisfacción de usuarios tienen como objetivo el conocimiento de las opiniones sobre los recursos ofrecidos por el sistema sanitario. La detección de diferentes áreas de mejora y la modificación de las actuaciones en los distintos niveles de atención sanitaria nos permitirá disponer de un instrumento para la monitorización periódica de los aspectos más importantes de satisfacción del paciente.

Guías de acogida para pacientes y acompañantes

Guía de
Acogida
Hospitalaria

Paula Omedas Bonafonte. Médico Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Carmen Jimeno Griñó. Médico Servicio Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca
Melody García Domínguez. Médico Servicio Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca
Lara Aparicio Juez. Servicio Urología. Médico Hospital San Jorge. Huesca
Vanessa Zambrana Campos. Médico FEA Cirugía General. Hospital Reina Sofía. Tudela
Alicia Sanz Cardiel. Médico 061 Aragón. UME Sabiñánigo-Unidad de rescate en Montaña
Sonia Caballero Nuñez. Médico Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Isabel Garrido Ramírez de Arellano. Médico FEA Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro
Cristina Abad Rubio. Médico FEA Ginecología. Hospital San Jorge. Huesca
Manuel Omedas Bonafonte. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico. Centro de diagnóstico por imagen
Dr. Gómez Pereda. Zaragoza
María Marín Ibáñez. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Ana Sousa Bernués. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Loreto Abardia Tosat. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Loreto Ibor Serrano. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

El contacto del paciente con el ámbito hospitalario resulta en numerosas ocasiones una experiencia angustiosa y estresante, a menudo influenciada por el desconocimiento del sistema.

Los profesionales de la salud están llamados a colaborar de manera activa con las personas que acuden a nuestro centro sanitario para favorecer una estancia más confortable. Se hace necesaria la creación de un documento útil y que resulte de interés tanto para pacientes como para acompañantes para dar a conocer los servicios de los que dispondrán en el centro. Se debe favorecer en todo momento la transmisión de sugerencias de cara a mejorar en nuestra atención. El objetivo de la creación de estas Guías debe de ser facilitar la atención personalizada, la resolución de dudas y disminuir el sentimiento de inseguridad que el contacto con el mundo sanitario puede generar.

¿Qué información general debe contener una Guía de Acogida Hospitalaria?

Toda Guía de Acogida hospitalaria debe informar acerca de la asistencia médica que presta, el carácter público o privado de dicha institución sanitaria y el área hospitalaria que cubre, así como su división por zonas. Debe de recoger el número de camas de que dispone así como otros recursos de apoyo a las actividades asistenciales (salón de actos, boxes de exploración, consultas, etc). También debe de incorporar la cantidad de personal tanto sanitario como de gestión y servicios que conforman la plantilla del centro. Las indicaciones de acceso a dicho centro

deben figurar en este apartado para diferentes medios de transporte (autobús, metro, taxi). Por último se debe indicar un número de teléfono que corresponderá con la centralita para solucionar cualquier tipo de duda o sugerencia, atención al usuario y unidad de trabajo social.

Información acerca de la seguridad

En este apartado se informará del Plan de Emergencias establecido en dicho centro sanitario, con la localización de los planos de situación y las salidas de emergencia que deberían utilizarse en caso de activación de dicho protocolo. Se debe advertir de los posibles peligros que se pueden producir en potenciales situaciones de riesgo, así como recomendaciones para una estancia segura. Se dará a conocer la existencia de personal de seguridad y su disponibilidad horaria. Por último, en este apartado se incidirá en las prohibiciones que según la normativa vigente sean de cumplimiento obligatorio.

El paciente durante su ingreso, ¿qué debe de conocer?

La Guía incluirá información y consejos relacionados con la estancia del paciente en el centro. Tras su llegada le será explicado el funcionamiento de la unidad, la normativa de visitas y horarios, la higiene y útiles personales, la alimentación que recibirá y otras recomendaciones durante su estancia. Se informará de la posibilidad de solicitud de ayuda del personal sanitario en cualquier momento a través del timbre. Asimismo se indicarán el derecho a la información clínica

y protección de datos, así como la utilidad de la pulsera identificativa.

¿Qué documentación debe de recopilar antes de recibir el alta?

Es conveniente explicar al paciente a través de este documento los informes que le serán entregados cuando se produzca el alta hospitalaria: a través del informe de enfermería (si el centro dispone del mismo), el paciente recibirá información relativa a cuidados y recomendaciones que debe seguir. El informe clínico de alta recogerá la evolución de su proceso y el tratamiento prescrito. Resulta importante recordar al paciente la necesidad de asegurar la comprensión de los mismos antes de abandonar el centro.

Documentos adicionales

Desde las guías de práctica ética se recomienda la incorporación de la Carta de Derechos y Deberes y la Hoja de Sugerencias y Agradecimientos. La elaboración de las Guías de Acogida hospitalaria transmiten al paciente el deseo de cumplimiento de los objetivos terapéuticos para su reincorporación a la vida cotidiana en las mejores condiciones posibles. Tras la lectura de este documento, el paciente y sus familiares adquieren un papel activo dentro del plan de acciones llevadas a cabo para su recuperación. Las Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes nos ofrecen una oportunidad para potenciar la relación médico-paciente. Este tipo de acciones favorecen la comunicación y la integración dentro del entorno hospitalario.

¿Qué es el kinesiotaping?

Elsa Mallor López, M^a Mar Sancho García y Ana Carmen Valer Pelarda. Fisioterapeutas. Hospital Universitario Miguel Servet
Susana Sánchez Navarro y Gema Galindo Morales. Fisioterapeutas. Atención Primaria Sector III Zaragoza

La expresión surge de la unión de dos palabras, kinesiología, que significa movimiento y tape que significa cinta.

Por otro lado, el kinesiotaping es el término que se utiliza para denominar a las cintas de colores echas de algodón y de una capa de pegamento hipoalergénico (sin látex), diseñadas específicamente para facilitar el proceso de curación natural del cuerpo, proporcionando soporte y estabilidad a las articulaciones y a los músculos, sin restringir el movimiento del cuerpo.

¿Qué diferencia al kinesiotape del resto de cintas adhesivas?

Este tipo de cinta adhesiva trata de simular las propiedades de la piel en cuanto a elasticidad, grosor, peso...

Sólo con el papel de protección la cinta tiene una tensión del 10%, la cual es la más utilizada en la práctica clínica, pero es capaz de proporcionar una tensión longitudinal de hasta el 130-140% (en sentido longitudinal) Sólo se pega una vez. Y es resistente al agua.

¿Qué efectos tiene su colocación sobre nuestro organismo?

- En primer lugar, tiene un efecto analgésico, es decir, disminuye el dolor, al disminuir la presión intersticial (la presión entre los tejidos que hay debajo del vendaje).
- En segundo lugar, es capaz de mejorar la función muscular, al normalizar el tono muscular, ya que según sea el sentido de su colocación, puede estimular el músculo que esté debilitado o con bajo tono o puede inhibir al músculo que tenga un tono aumentado. (Si se comienza en el origen se contrae el músculo y aumenta el tono, si se comienza en la inserción, el músculo tiende a estirarse, a relajarse).
- En tercer lugar, puede actuar sobre la función articular, corrigiendo la posición articular, la dirección del movimiento, y aumentando

la estabilidad.

- Puede actuar también sobre el flujo circulatorio, tanto a nivel del sistema sanguíneo como del linfático.
- Y efecto neurorreflejo. La relación entre la piel, músculo, esqueleto y vísceras se debe a la inervación común por el mismo nervio espinal. Lo que permite desde la periferia (mediante un estímulo aferente), por medio del vendaje, influir directamente sobre el interior del organismo; sobre la piel a partir del dermatoma, sobre el músculo a partir del miotoma, sobre la articulación por el esclerotoma y finalmente en los órganos por el viscerotoma.

¿Qué tipos de vendajes podemos realizar y con que tensión se deben aplicar?

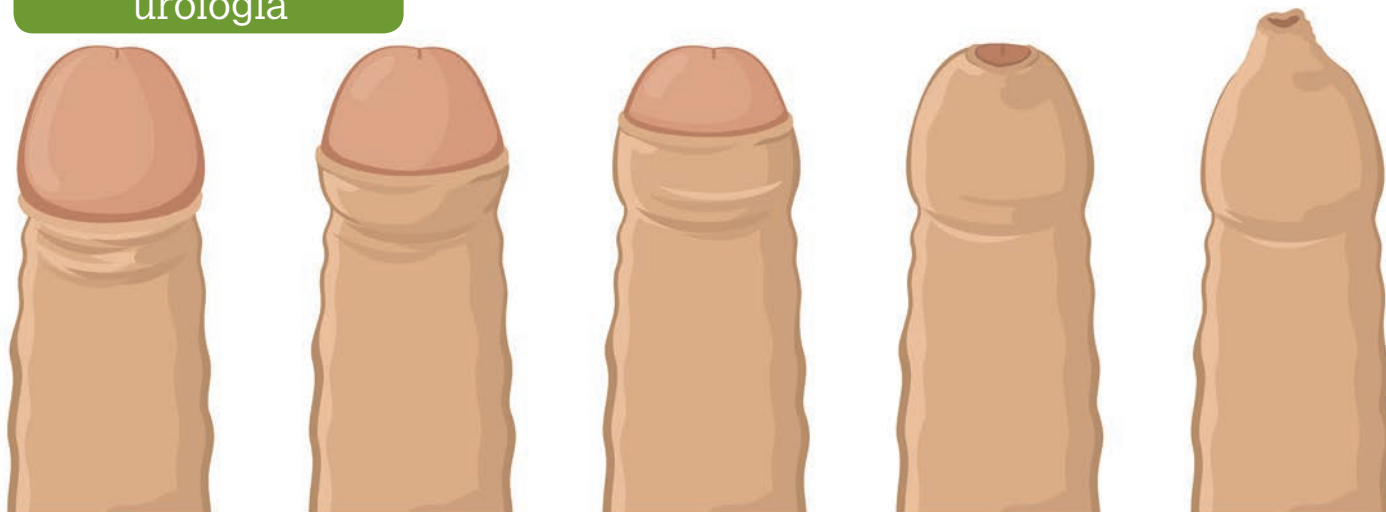
Dependiendo de la estructura sobre la que se quiera actuar y los efectos que se quieran conseguir se aplicaran de una forma u otra; por ejemplo:

- En forma de I: se coloca sobre el vientre muscular, sobre el punto de dolor.
 - En forma de Y: alrededor del vientre muscular.
 - En forma de X: desde un punto central alrededor del vientre muscular.
 - En forma de pulpo: para drenaje linfático principalmente, pero también para mayor analgesia
 - En forma de red: para los hematomas y las inflamaciones.
 - En forma de donut: para aumentar el espacio propio de las articulaciones.
- Del mismo modo, la tensión con la que se disponga el vendaje también dependerá de la estructura del organismo sobre la que se coloque;
- Muscular. Tensión del 0-10%
 - Ligamento-tendón. Ligamento tensión de 50-75-100% y tendón del 50-75%.
 - Corrección articular funcional. 50-100%
 - Corrección mecánica. 50-75%

- Fascial. 50%
- Aumento de espacio. 50% si se coloca una única tira y del 25% si se colocan tiras solapadas.
- Linfática. 0%.

¿Qué aspectos hay que tener en cuenta para su aplicación?

- En primer lugar, hay que preparar la piel; para ello, esta tiene que estar lo más limpia, seca y libre de grasa posible. Para limpiar la zona se puede hacer bien con una toalla/papel húmedo o con un algodón mojado en alcohol, se pasa por la zona y posteriormente con una toalla/papel seco se seca para que el adhesivo pegue mejor, también para no limitar la adhesión en ocasiones es conveniente depilar la zona.
- Medir la longitud de la venda antes de cortarla, poniendo el músculo a tensión (en el caso que aplique sobre un músculo se toma la medida entre el origen y la inserción).
- Evitar que la venda quede corta. ya que siempre es mejor tener que cortar el vendaje que éste quede incomodo sobre el paciente.
- Redondear las puntas. para que tenga mayor durabilidad.
- Rasgar el papel de protección por la mitad. Lo que permite no tocar el pegamento de las puntas y que se adhiera mejor sobre la piel.
- Procurar tocar lo menos posible la parte adhesiva del vendaje.
- Los anclajes tanto en el origen como en la inserción se colocan siempre sin tensión.
- Aplicar calor (con la mano) para aumentar la adhesión en el momento de la colocación.
- Los primeros 15 minutos. Se suele notar una sensación extraña, que luego se transforma en agradable. Si persisten las sensaciones negativas, retirar el vendaje.
- Colocar el vendaje 15-20 minutos antes de realizar actividad física.



¿Qué es la fimosis y cómo ponerle solución?

Clara Gareta Alquézar, Santiago Ezquerro Sáenz y M^a Jesús Gil Sanz
Servicio Urología . Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

La fimosis consiste en una alteración en la piel que recubre el pene. Se produce cuando el prepucio es demasiado estrecho en la zona del glande, por lo que no puede ser retraído completa o parcialmente.

Normalmente la fimosis es un problema común sobre todo en niños pequeños, en la mayoría de los casos se corrige por sí misma conforme el niño crece, siendo lo más habitual que se solucione a partir de los 3 años. Aun así, no es una afección que solo afecte a los infantes, también puede desarrollarse en adultos jóvenes y mayores.

Tipos de fimosis

- **Fisiológica o congénita:** La fimosis fisiológica está presente desde el nacimiento y se da a consecuencia de la adherencia entre las capas epiteliales del prepucio interno y el glande. Este tipo de fimosis suele desaparecer con el tiempo, ya que la piel va adquiriendo elasticidad y se va ensanchando hasta que se puede descubrir el glande por completo.

- **Patológica o adquirida:** Puede darse a cualquier edad, suele desarrollarse debido a otras patologías asociadas como la balanitis, una mala higiene de la zona, retracción forzada, algún tipo de herida o infecciones frecuentes del pene.

¿Qué síntomas me alertan de que tengo fimosis?

- Dificultad para retraer el prepucio, que suele estar asociada a sensación de tensión o tirantez cuando este se retrae.
- Inflamación del prepucio al orinar.
- Cambios en el chorro de la orina.
- Infecciones o inflamación del glande.

¿Cuándo es necesaria la cirugía de fimosis?

- **En niños:** En niños de corta edad, como se ha mencionado anteriormente, muchas veces es fisiológica con desaparición espontánea de la misma con el tiempo. En un primer momento pueden emplearse las cremas con corticoides como tratamiento tópico, realizando a la vez retracciones de la

piel de manera suave y progresiva, para debilitar los tejidos y proporcionar al prepucio mayor elasticidad. Será aconsejable recurrir a la cirugía si el niño presenta hinchazón del prepucio, antecedentes de balanitis, infecciones urinarias frecuentes o parafimosis.

- **En adultos:** la cirugía de fimosis está indicada en el caso de los varones adultos, sobre todo en los casos moderados y severos. Con la cirugía, mejoramos los problemas que el paciente pueda presentar con la actividad sexual y las complicaciones secundarias como infecciones o inflamaciones del prepucio. La circuncisión consiste en la extirpación de la parte del prepucio que impide descubrir el glande.

Se trata de una intervención sencilla, necesita apenas unos días de reposo y no suele presentar complicaciones. Además de su rápida curación, esta intervención quirúrgica presenta otros beneficios importantes como reducción de riesgos de infecciones de las vías urinarias, disminución de probabilidades de cáncer de pene y enfermedades de transmisión sexual.

Tras la demanda interpuesta por LR HEALTH & BEAUTY SYSTEM al antiguo uso de las siglas LR NUTRICION por el grado de semejanza denominativa entre las marcas, nos vemos obligados debido a las exigencias de la demanda, a publicar el fallo de esta sentencia N°83/2018 en la cual LR NUTRICIÓN se ha allanado y retirado el uso de sus siglas, cambiando los dominios, redes sociales y todos los requerimientos que el grupo LR HEALTH nos ha pedido.

La importancia de una buena higiene alimentaria

*Eva María Pelet Lafita e Irene Fernandez Badía. Enfermeras. Centro de Salud Fuentes Norte
Marta Aznárez Lahuerta. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casablanca*

La higiene alimentaria es una disciplina que trata de asegurar que los alimentos mantengan sus cualidades organolépticas (sabor, aroma, textura...) y su inocuidad alimentaria. Es decir, que sean seguros para la salud mediante una buena higiene de los alimentos para evitar así diferentes enfermedades.

La higiene alimentaria es el principal factor que interviene en la prevención de enfermedades de transmisión alimentaria. Estas enfermedades son causadas por la ingesta de determinados alimentos o agua contaminados por microorganismos o toxinas. Entre los principales agentes causantes podemos destacar: *Escherichia Coli*, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Staphylococcus aureus*, *Listeria*, *Monocytogenes*, virus *Hepatitis A* y *Rotavirus*, entre otros.

Más precaución en verano

Durante todo el año debemos tener precaución con las prácticas de higiene alimentaria y, en los meses de verano, todavía más. Debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Mantener la limpieza: lavarnos las manos siempre tanto antes de cocinar como de comer. Lavar alimentos que lo requieran:

verduras, hortalizas, pescados... Los utensilios empleados también deben estar limpios (electrodomésticos, vajilla...). No toser ni estornudar sobre los alimentos, no fumar en la cocina y cubrir adecuadamente las heridas. Es importante, a su vez, limpiar y desinfectar bien los utensilios empleados y las superficies después de preparar los alimentos.

2. Conservar en recipientes cerrados herméticamente, preferiblemente de cristal. Es preferible que las tablas empleadas para cortar los alimentos crudos sean de poliuretano, debido a que la madera al ser porosa es más difícil de limpiar favoreciendo la acumulación de microorganismos.

3. Los paños de cocina deben estar limpios y renovarse frecuentemente debido a que pueden acumular muchos gérmenes.

4. Separar los alimentos crudos y los cocinados: no se deben emplear los mismos utensilios (tablas de cortar, cuchillos,...) para los alimentos crudos y los cocinados. De esta manera, evitamos que la carne o pescado crudo contaminen alimentos que no vayan a ser cocinados (por ejemplo, ensalada).

5. Debemos alcanzar una temperatura mínima de 70°C para cocer, guisar, asar o freír completamente los alimentos para garantizar la inocuidad. Es importante, prestar especial atención a los trozos grandes, pollos enteros o carne picada. Los guisos,

sopas... tienen que alcanzar la ebullición.

6. En la nevera debemos obtener una temperatura de aproximadamente 5°C. Se debe evitar no dejar los alimentos cocinados a temperatura ambiente más de dos horas y guardarlo en un recipiente hermético en la nevera, asegurándonos de que se hayan enfriado primero. Al volver a consumirlo, debemos asegurarnos que ha alcanzado la temperatura adecuada.

7. Descongelar en la parte baja del frigorífico, bajo un chorro de agua fría o en el microondas. No descongelar nunca a temperatura ambiente ya que pueden multiplicarse los microorganismos muy rápidamente.

8. Seleccionar alimentos saludables y frescos. Elegir agua potable y alimentos seguros. No consumir leche no procesada cruda, es decir, que no haya sido pasteurizada o esterilizada en industria; ni consumir alimentos perecederos después de su fecha de caducidad.

9. Comprar al final los alimentos que deben guardarse en nevera o congelador.

10. Con respecto al huevo, evitar que no caiga cáscara en el alimento que nos vayamos a comer. Las salsas que nos sobren deben guardarse en un recipiente bien tapado y en el frigorífico, debiendo ser consumida antes de 24 horas.

Si llevamos a cabo estos consejos podemos evitar muchas enfermedades de transmisión alimentaria y seguir disfrutando del verano.

Alergia a la proteína transportadora de lípidos (LTP)



Patricia Lambea Leonar
Dietista-Nutricionista. Colegiada nº ARA00089

La alergia alimentaria es una patología que ha aumentado su diagnóstico en las últimas décadas. Su prevalencia es del 7-9% en niños y el 3% en adultos. La alergia siempre conlleva una respuesta de nuestro sistema inmune, concretamente en las alergias alimentarias nuestro cuerpo reacciona ante proteínas que el cuerpo considera nocivas y las ataca como si fueran virus o bacterias.

Las LTP están presentes en el reino vegetal y su función principal es de defensa. Por esta razón se encuentran en la capa más exterior de los vegetales, hojas, piel y cáscara. Se caracterizan por su resistencia a la pepsina y su termoestabilidad. Por ello, pueden producir síntomas por ingestión de alimentos que las contengan, incluso si llevan tratamiento térmico.

La alergia a LTPs es común dado la gran variedad de alimentos que la pueden producir. El alérgeno principal del melocotón, LTP Pru P3, se considera el prototipo de proteína en esta familia de alérgenos debido a que el resto de LTPs presentarían similitud del 45-90% con ella y por tanto, esta similitud estructural provoca el riesgo principal de esta alergia dada la reactividad cruzada entre muchos alimentos. Además, se ha observado sensibilidad cruzada debido a la presencia de LTP en

pólenes (ambrosia, artemisia, parietaria, olivo o plátano de sombra), aumenta la incidencia en el Sur de Europa por lo que se asocia con el patrón dietético mediterráneo. También puede producir sensibilidad cruzada con el latex (*Hevea brasiliensis*).

Los alimentos que más incidencia producen son:

- Frutas: melocotón, albaricoque, kiwi, ciruela, manzana, fresa, pera, uva, limón, naranja, mandarina, plátano, frambuesa, mora y granada.
- Hortalizas: coliflor, col, brócoli, lechuga, espárrago, tomate, nabo y apio.
- Cereales: maíz, trigo y cebada.
- Frutos secos y semillas: castañas, nueces, avellanas, almendras, pipas de girasol y mostaza.
- Legumbres: cacahuete, lentejas, habas, judías blancas

El diagnóstico suele ser mediante pruebas cutáneas, técnica de Prick, y prueba sanguínea haciendo serología de los posibles alimentos que dan alergia.

Hay que tener en cuenta, la reactividad cruzada entre las LTPs con pólenes se producen falsos positivos por lo que puede ser necesaria una prueba de exposición con el alimento en condiciones controladas. Existe una nueva técnica de diagnóstico (microarray ISAC), que permite analizar moléculas específicas cuando aparecen alérgenos diferentes.

Las manifestaciones clínicas suelen aparecer a la hora de ingerir el alimento. Normalmente

son cuadros localizados a nivel orofaríngeo (síndrome de alergia oral), problemas gastrointestinales (vómitos, diarreas), problemas cutáneos (irritabilidad) y problemas respiratorios (conjuntivitis o asma). También puede presentarse un cuadro generalizado como urticaria, purito del sistema respiratorio y/o digestivo, hinchazón de la glotis y anafilaxia. Existen cofactores como el ejercicio, AINES, alcohol o situaciones hormonales (embarazo o menstruación) que pueden favorecer la manifestación clínica. Estas situaciones que si se producen durante o precedida de la ingesta del alimento alérgico, pueden desencadenar los síntomas.

El tratamiento suele ser dieta de exclusión de los alimentos que hayan hecho reacción o que pertenecen a la misma familia, no deben de eliminarse todos los alimentos que llevan LTPs, se pautará en función del grado de tolerancia individual. En algunos casos, pautado por el alergólogo, es recomendable llevar la medicación de rescate, adrenalina precargada por si sucediera un episodio fuerte de alergia. Se están estudiando tratamientos de inmunoterapia con polénes y vacuna sublingual para alergia al melocotón pero no hay resultados concluyentes. Es importante una vez diagnosticado los alimentos de exclusión, que el dietista-nutricionista planifique una dieta equilibrada y variada en función al diagnóstico del alergólogo para evitar carencias nutricionales.

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN

Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico

¿Qué es el Alzheimer? ¿Cuáles son las fases del Alzheimer?

David Parra Olivar. Enfermero en Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

La demencia de tipo Alzheimer se caracteriza por un inicio insidioso con deterioro gradual y progresivo de las distintas funciones cognitivas, apareciendo alteraciones tanto motoras como sensoriales.

Aquellos casos que tienen su comienzo antes de los 65 años se denominan como "comienzo precoz", mientras que los que se inician después son de "comienzo tardío".

Para medir la evolución del deterioro cognitivo de la persona, un método muy utilizado es la escala global de deterioro de Reisberg, pudiendo diferenciar diferentes fases:

Fase I: Ausencia de alteración cognitiva: alteraciones evidentes de la memoria en el día a día de la persona.

Fase II: Disminución cognitiva muy leve: se producen defectos en la memoria como olvidar nombres o lugares donde ha guardado objetos, o nombres conocidos. No hay

alteraciones de la memoria en el trabajo o situaciones sociales.

Fase III: Defecto cognitivo leve: alteraciones en la memoria como olvidar citas importantes, las personas del entorno familiar detectan defectos en la equivocación de palabras y nombres, alteración del funcionamiento correcto en tareas rutinarias y desorientación en el espacio.

Fase IV: Defecto cognitivo moderado, estadio leve: Déficits en la realización de actividades de la vida diaria, errores de contabilidad, incapacidad para realizar tareas complejas. Este es el momento en el que la familia suele acudir a la consulta médica.

Fase V: Defecto cognitivo moderado- grave, estadio moderado: dificultad a la hora de vivir de forma independiente, confusiones de la vestimenta en relación con la estación del año o la ocasión, es común en esta fase presentar alteraciones emocionales, del sueño y algunas veces hiperactividad.

Fase VI: Defecto cognitivo moderado, esta-

dio moderado- grave: Suelen presentar una disminución gradual para vestirse y asearse, también se ponen varias piezas de ropa o la ropa encima del pijama. Pueden presentar incontinencia urinaria y fecal. En esta fase casi siempre recuerdan su nombre. Siguen siendo capaces de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno. Suelen presentar cambios de personalidad y emocionales muy variables.

Fase VII: Defecto cognitivo muy grave, estadio grave: Aquí se produce una pérdida del lenguaje, de la coordinación de movimientos y de la actividad cognitiva. Se pierde la memoria y el recuerdo de las palabras se va reduciendo hasta olvidar su uso por completo. También se producen fallos en la psicomotricidad, inclinándose al andar de forma exagerada y perdiendo el equilibrio hasta dejar de andar. Además se ve alterado el patrón de sueño y la disminución en el reflejo de deglución. Son evidentes las manifestaciones de ansiedad, ideas delirantes y alucinaciones.



Para el Médico, Enfermera y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria Aragón necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.

Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones
Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com

Trasplante de médula ósea: concepto y principales características

Ana Blanca Sousa Bernués., María Marín Ibáñez, Loreto Abardia Tosat y Loreto Ibor Serrano.

Enfermeras Servicio Medicina Intensiva

Nuria Samper Encinas. *Enfermera*

Paula Omedas Bonafonte. *Médico Servicio Medicina Intensiva*

Hospital San Jorge. Huesca

El trasplante de médula ósea (TMO) es una opción terapéutica que se emplea contra múltiples deficiencias inmunológicas. En el año 2012 se alcanzó 1 millón de trasplantes realizados en todo el mundo. Los trasplantes de progenitores hematopoyéticos en España aumentaron en el año 2015, en el cual se alcanzó un máximo de 3.068.

La historia del TMO es más corta que la de los órganos sólidos. Los primeros intentos se realizaron antes de la Segunda Guerra Mundial. En 1957, Donall Thomas publicó los primeros informes sobre la infusión de médula en pacientes después de recibir quimioterapia, considerándose el pionero del trasplante clínico. Este proceso involucra acciones muy complejas requiriéndose un equipo multidisciplinar que asista tanto al paciente como a la familia durante todas las etapas del proceso.

Los pacientes sometidos al TMO atraviesan 6 etapas, las cuales necesitan de un equipo asistencial preparado que les ayude a pasar por cada una de ellas:

1. La decisión de someterse al trasplante.
2. La espera hasta ser admitidos.
3. El régimen de acondicionamiento.
4. El trasplante propiamente dicho.
5. La inmunosupresión.
6. El alta hospitalaria.

Existen diferentes tipos de TMO según la procedencia de la médula donada:

- **Autólogo:** La médula ósea es extraída del

propio paciente. Esta se almacena congelada, las Stem cell son criopreservadas en un congelador a una temperatura de entre -80°C hasta -196°C. Posteriormente se introduce en el paciente después de un periodo de acondicionamiento.

- **Alogénico:** El paciente recibe la médula ósea de otra persona. Este es posible gracias a la identificación y descripción del sistema de Antígenos Leucocitarios Humanos (HLA), los genes del HLA se encuentran en el cromosoma 6. Debido al gran riesgo de mortalidad este tipo de trasplante suele ofrecerse a pacientes más jóvenes de los 55 años con quienes la quimioterapia convencional no funciona.

Tres tipos según el donante

1. Singénico: procedente de un gemelo idéntico.
2. Emparentado: procedente de un familiar HLA compatible
3. No emparentado: procedente de una persona HLA compatible, pero sin parentesco con el paciente.

A su vez, existen varias fuentes de extracción de progenitores hematopoyéticos:

- **Médula ósea:** Es la fuente original de las células progenitoras hematopoyéticas, la concentración es de 10-100 veces superior que en sangre periférica.
- **Sangre periférica:** En condiciones normales, existe una mínima cantidad de células progenitoras circulantes por lo que se precisa la administración de factores de crecimiento hematopoyético.

- **Cordón umbilical:** La sangre del cordón umbilical es rica en progenitores hematopoyéticos, pero su volumen es limitado. Se obtiene por punción de la vena umbilical y se emplea tanto en niños como en adultos.

Existen ciertas ventajas y desventajas según la obtención de las células hematopoyéticas que van a ser trasplantadas. Así pues la extracción por sangre periférica no precisa anestesia, pudiéndose realizar de manera ambulatoria, tiene menores tasas de morbilidad y mortalidad y una menor posibilidad de contaminación del producto. En su contra, como principal desventaja se encuentra la posibilidad de infecciones por posible contaminación del catéter por el cual se extraen las células.

La **fase inicial** del procedimiento comprende aspectos más técnicos como la recolección de las células progenitoras. La **fase intermedia** está relacionada con la prevención de la infección debido a la aplasia medular producida por el régimen de condicionamiento. La **fase final**, además de la prevención de la infección, involucra los aspectos psicosociales.

Es necesario tomar conciencia sobre la gran repercusión en la calidad y expectativas de vida del paciente sometido a un TMO, remarcándose la necesidad e importancia de una formación adecuada y constatada hacia el equipo asistencial que garantice la satisfacción y el cumplimiento al máximo posible de las necesidades del paciente y de la propiedad curativa del proceso.

¿Qué es una espirometría?

*Dra. Sandra García Sáez y Dr. Joaquín Cegoñino de Sus
FEA Neumología. Hospital San Jorge. Huesca
Dr. Daniel Andrés García
FEA Medicina Interna. Hospital San Jorge*

La espirometría es la exploración funcional respiratoria más útil y más difundida con diferencia. Los parámetros con mayor relevancia clínica son la capacidad vital forzada (FVC) y el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), como la relación entre ellos (FEV1/FVC).

¿Qué debe hacer antes de realizar la espirometría?

Para no alterar los resultados de la prueba, es muy importante que no fume en las horas previas al estudio y que suspenda los broncodilatadores al menos doce horas antes de la exploración.

¿Cómo se realiza?

El personal sanitario le colocará una pinza en la nariz y el espirómetro en la boca, y le pedirá que realice las siguientes maniobras: llenar el pecho de aire al máximo y que des-

pués sople fuerte y de forma continua hasta expulsar todo el aire. El aire expulsado en el primer segundo (FEV1) nos indica el grado de obstrucción, mientras que la cantidad de aire expulsado desde la inspiración máxima hasta la espiración máxima se conoce como capacidad vital forzada (FVC).

¿Cuándo está indicada la espirometría?

Las principales indicaciones son diagnosticar enfermedades respiratorias, determinar la gravedad, estimar el pronóstico de la enfermedad así como monitorización de la respuesta al tratamiento.

La alteración obstructiva en la espirometría, que se define como cociente FEV1/FVC menor de 70%, es el trastorno que encontramos de forma más frecuente y suele estar causado por uno o varios de estos factores:

- Obstrucción de las vías aéreas por broncoespasmo o por inflamación de la mucosa bronquial.

- Oclusión de las vías aéreas por ocupación, ya sea mucosidad, cuerpo extraño o tumor.
- Destrucción del tejido pulmonar, como el que se observa en el enfisema.
- Compresión externa de las vías aéreas por tumores o masas.

La espirometría es el procedimiento imprescindible para el diagnóstico de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y tiene capacidad pronóstica en todos los estadios de esta enfermedad. Esta prueba también resulta muy útil para enfermedades tan frecuentes como el asma bronquial, así como trastornos restrictivos subclínicos.

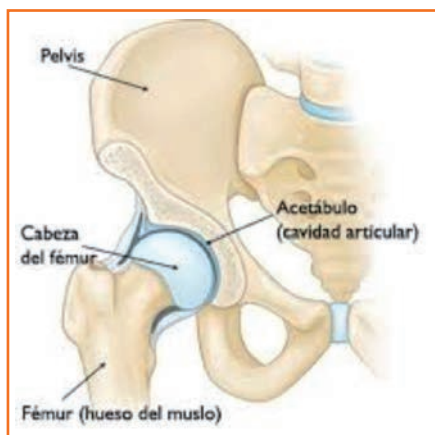
¿Quién debe realizarse una espirometría?

Se recomienda realizar una espirometría a todos los pacientes fumadores mayores de 40 años aunque no tenga síntomas así como a cualquier paciente que presente clínica de tos, disnea o sibilancias.

Porqué me duele en la ingle, ¿será la cadera?

Cristina Usón Arqué. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología del Servicio de COT
Ignacio Goded Broto. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo del Servicio de Cirugía
Nekane Urrestarazu Esporrín. Especialista en Anestesiología del Servicio de Anestesia
Eduardo González Buesa. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología del Servicio de COT
 Hospital de Barbastro

La cadera es la articulación que une el hueso del fémur con el hueso de la pelvis, en concreto se unen a través de la cabeza del fémur y del acetábulo de la pelvis. Estos dos huesos se mantienen unidos por tendones, ligamentos y otras estructuras blandas, formando entre todos la articulación de la cadera.



Los huesos en las zonas que articulan con otros huesos se encuentran recubiertos de cartilago, que es un tejido blando y resbaladizo cuya función es disminuir el roce entre los huesos para que el movimiento entre los huesos sea suave. A esto ayuda también el líquido sinovial, que es un líquido viscoso que se produce dentro de la articulación. Así, el cartilago y el líquido sinovial ayudan a que el movimiento de la articulación sea suave protegiendo los huesos que la forman.

El dolor producido por el desgaste de la articulación de la cadera se refleja como dolor inguinal.

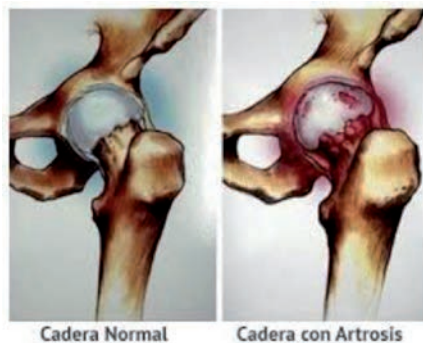
¿Qué es la coxartrosis?

La artrosis es la degeneración de una articulación, que en el caso de la articulación de la cadera se llama coxartrosis.

Esta degeneración consiste en el desgaste del cartilago que recubre la cabeza del fémur y el acetábulo de la pelvis (los huesos que forman la articulación de la cadera). Esta enfermedad degenerativa es un proceso normal con el paso del tiempo y se traduce en cambios que

sufren las células y estructuras que forman el cartilago.

Este desgaste del cartilago provoca que su función disminuya, por lo que el roce entre los huesos de la articulación aumenta, traducándose en dolor y limitación del movimiento de la articulación.



Con el paso del tiempo, el desgaste del cartilago irá aumentando, dejando al descubierto el hueso que recubre, provocando más roce entre los huesos, más dolor y más limitación del movimiento.

Las lesiones cartilaginosas permanecen indoloras durante mucho tiempo, ya que el cartilago no tiene sensibilidad, y cuando aparece el dolor es porque el hueso se encuentra ya afectado aunque sea en grado mínimo. Esto explica, además del comienzo asintomático de las alteraciones artrósicas, que los signos radiológicos puedan en ocasiones manifestarse antes que los síntomas de la enfermedad. Por ello, un proceso artrósico en sus inicios puede pasar desapercibido.

La coxartrosis es actualmente un proceso irreversible, no tiene cura, aunque con tratamiento podemos minimizar el dolor e intentar frenar el avance de la enfermedad. El tratamiento quirúrgico es el reemplazo de la articulación por una prótesis total de cadera.

¿Qué causa la coxartrosis?

Las causas de la coxartrosis son muchas y muy variadas, y en la mayoría de los casos son muchas causas juntas las que provocan una rápida aparición y avance de la coxartrosis.

Podríamos diferenciar entre:

- **Coxartrosis primaria:** sería la que aparece sin una causa clara o única, sino que es la suma de muchas.
- **Coxartrosis secundaria:** debida a una patología previa de la articulación, sobre la que aparece una coxartrosis, como por ejemplo deformidades congénitas (desde el nacimiento) de la articulación de la cadera o fracturas que provoca deformidades o lesiones del cartilago.

¿Qué podemos hacer para reducir el avance de la coxartrosis?

Las lesiones artrósicas son, una vez iniciadas, irreversibles: no hay un tratamiento eficaz para hacerlas desaparecer. Algunos fármacos reducen la inflamación y el dolor, pero de momento no hay un medicamento que retorne las lesiones a su estadio inicial.

- **Hábitos posturales:** dormir en cama plana, evitar sillas o sillones muy hundidos, mejor sillas altas, no cargar pesos excesivos, no mantenerse de pie mucho tiempo sin descansar, calzado de gruesa gorda que amortigüe bien al caminar, o bien plantillas de silicona, zapato plano o con un poco de tacón, no usar tacones de altura excesiva, usar un bastón en el lado sano para descargar la cadera afectada al caminar.
- El ejercicio programado y adecuado ayuda a mantener la movilidad de la articulación, mantiene la flexibilidad, potencia la musculatura y contribuye a estabilizar la articulación: nadar, bicicleta y caminar sobre terreno llano sin irregularidades ni cuestas.
- Mantener un peso ideal, para evitar que la presión ejercida sobre la articulación disminuya.
- Gimnasia con estiramientos, tonificación y relajación.
- Ejercicios de rehabilitación en posición tumbada boca arriba con las piernas estiradas para mejorar la movilidad articular:
 - flexionar rodilla y cadera para intentar tocar el abdomen, y estirar.
 - flexionar ambas rodillas con la planta de los pies sobre la superficie, separar las rodillas hacia fuera y luego hacia dentro.



Ética y big data sanitario

Marta González Eizaguirre. Facultativo especialista de Geriatría. Hospital San José de Teruel
Ana Mateo Abad y Elisa García Simón. Enfermeras residentes de Geriatría. Hospital San José de Teruel
Carmen Oquendo Marmaneu y Miguel Sánchez Ortiz. Médicos residentes de Geriatría, Hospital San José de Teruel

El fenómeno socio-tecnológico del big data (BD) está transformando la cultura de la comunicación y las relaciones de las personas en todos los ámbitos de la vida; se ha introducido en nuestra cotidianeidad hasta el punto de adquirir categoría de normalidad el haber convertido nuestra existencia en un producto puesto a disposición de los demás y con información de aspectos relevantes de nuestra vida que ponen en riesgo la intimidad, sin valorar las consecuencias que ello puede tener. Ni que se haya generado un debate sosegado sobre las connotaciones éticas del uso masivo y en ocasiones indiscriminado, de datos.

Existe un problema que tiene que ver con la privacidad de los datos y no nos estamos dando cuenta que su utilización con fines no éticos, como se puede hacer en una red social, nada tiene que ver con lo que se hace en el ámbito de la salud.

Cuestiones como, a modo de ejemplo, la privacidad de los datos, la integridad de quien los maneja, su legitimidad, los fines para los que se utilizan, los riesgos operativos o legales que conlleva su manejo, tienen sus aristas y se trata de aspectos que pueden generar tensión entre el beneficio social y los derechos individuales, sobre todo cuando los circunscribimos a la investigación.

Estamos en nuevo escenario en el que la integración de las nuevas tecnologías, va a

cambiar nuestro trabajo de profesionales sanitarios y debemos adaptar la formación a las nuevas herramientas y reforzar nuestro perfil como gestores de datos, potenciar la colaboración con los científicos de datos y redefinir nuestra ética y dentología adaptándola a lo que Rosa Colmenarejo etiqueta en su mapeo sobre los problemas de la ética de los sistemas, como la ética de la computación.

Diálogo interdisciplinario

La ética tiene que estar presente en todo el ciclo de vida del BD en salud desde la observancia de los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, es decir, el respeto al individuo y a sus derechos individuales, a su derecho a tomar decisiones informadas y a la



garantía de su confidencialidad. En definitiva, se tiene que establecer un diálogo interdisciplinario entre ética y vida, entre filósofos humanistas y profesionales de la salud con el objetivo de promover el beneficio social en el presente y en el futuro arrancando de las nuevas líneas de trabajo que la implantación del Big Data sanitario suponen y desde la consigna de que el dato es una aliado estratégico en la toma de decisiones en salud. Esta integración de las tecnologías sanitarias va a suponer un cambio en el trabajo de los profesionales que acarrea una nueva formación que les permita adaptarse a estas herramientas generadoras de información de sus pacientes. Mayoritariamente están cobrando fuerza las teorías de que la automatización de la Medicina va a ceder más espacio a la comunicación con los pacientes en consulta. Así, el neurólogo Hernández Medrano sostiene que "Al final la inteligencia artificial se encargará de los casos frecuentes, pero el humano tendrá que hacer las preguntas en los casos difíciles", opinión que comparto en su totalidad.

Los médicos, tomamos las decisiones en virtud de un conjunto de acciones: la anamnesis, la exploración clínica, pruebas diagnósticas precisas y en su caso, la realización de una consulta multidisciplinar. No menos importante es objetivar como vive y trasmite el paciente su enfermedad y las particularidades propias de cada sujeto, su entorno familiar y socio-demográfico, su individualidad genética, psicológica y conductual. La información que se vaya generando se introduce en la historia clínica del paciente y partir del análisis de todo el conjunto adoptaremos el diagnóstico y tratamiento que consideremos necesario en orden a la patología presente. Esta decisión última se toma contando también con nuestra intuición, pero desde un enfoque racional y fundamentada en el conocimiento acumulado, en la experiencia derivada de la actividad profesional y la formación académica acumulada en la memoria relevante y que se acomoda a cada situación particular. Las BD son un apoyo básico para nosotros. A modo de ejemplo, la capacidad que tienen las técnicas de BD de describir, predecir y

prescribir es crucial en todas las áreas de la medicina, siendo fundamentales en de los procesos clínicos, si bien la importancia esencial la tendremos siempre los profesionales médicos, que somos quienes decidimos en última instancia, desde la responsabilidad y compromiso inherente a nuestra profesión de dispensar una atención médica de calidad humana y científica.

Código de deontología médica

La ética deontológica es bien explícita: el médico no debe permitir que ningún sistema mecánico ni robótico tome una decisión médica en el proceso asistencial del paciente. Resulta complejo imaginar que se tome una decisión omitiendo el resultado de las pruebas realizadas a menos que estas resultarán inapropiadas, confusas y en ningún caso evidenciaran con rotundidad el diagnóstico inicial o por lo mismo que resultarían incomprensibles las conductas en las que se abusara de pruebas excesivas.

El artículo 40 del Código de deontología médica es meridianamente claro estando las responsabilidades que se pueden derivar en la actividad médica especificadas en su capítulo XXII. Además, todo acto médico en caso de observarse algún incidente, está sujeto a la demanda de Responsabilidad Civil, Penal y Administrativa del facultativo/os implicados. Resulta muy interesante profundizar en el recorrido un marco ontológico en cuanto la ubicación de una ética aplicada el Big Data y sobre todo la identificación del sujeto moral en el que finalmente recae la responsabilidad tanto ex ante y ex post; un nuevo sujeto moral que convive con el llamado precomputacional por la anteriormente mencionada Rosa Colmenarejo, que emerge a partir de las técnicas basadas en el aprendizaje y de la interacción con las máquinas.

Es obvio que carecemos de una ética preparada para los dilemas que se plantean y determinar en qué realidad se ubica este campo de reflexión ética, huyendo de toda casuística cortoplacista y evitando, como acertadamente se viene señalando desde distintos foros científicos, jurídicos y sanitarios, el encubrimiento tecnológico del yo moral. Es indispensable que los futuros especialistas en IA y BD formados en las carreras denominadas STEN manejen los componentes éticos precisos para adoptar una decisión adecuada en caso de que se produzca una confrontación entre el interés de la ciencia y la sociedad y el principio de la primacía del ser humano en un entorno cambiante como el del siglo XXI y en el que como decía Heráclito de Éfeso, "nada es permanente a excepción del cambio".

Gripe, ¿debo de vacunarme?

Sonia Caballero Núñez. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Vanessa Zambrana Campos. FEA Cirugía General. Hospital Reina Sofía. Tudela
Cristina Abad Rubio. FEA Obstetricia y Ginecología. Hospital San Jorge. Huesca
Isabel Garrido Ramírez de Arellano. FEA Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro
Alicia Sanz Cardiel. Médico 061 Aragón. UME Sabiñánigo- Unidad de Rescate de Montaña
Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca
Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca
Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca
Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

La OMS define el virus de la gripe como una infección de tipo viral que afecta principalmente a la nariz, la garganta, los bronquios y, ocasionalmente, los pulmones. Este tipo de virus se caracteriza por su capacidad de generar variantes antigénicas, es decir, por su mecanismo que permite al virus variar sus proteínas de la superficie para poder evadir la respuesta inmune del huésped; aparece estacionalmente en los meses de invierno, sobre todo en noviembre y marzo, y de forma epidémica. De este modo, cada año aparece una gran actividad del virus. Debido a su alta transmisibilidad, el virus de la gripe se convirtió en el más mortal del siglo XX, con una mortandad entre 40 y 100 millones de personas.

Existen tres tipos de virus de la gripe: A, B y C. Los tres virus tienen una estructura muy similar, y sus principales diferencias se deben a unas proteínas de la superficie del virus involucradas en la interacción de éste con el sistema inmunitario humano. Existen principalmente dos: hemaglutininas (HA) y neuraminidasa (NA), cada una con múltiples

subtipos cuyas combinaciones nos dan diferentes cepas del virus de la gripe. Durante los últimos 30 años, los principales causantes de brotes de gripe en humanos fueron virus del tipo AH1N1 y H3N2.

La gripe suele propagarse rápidamente en forma de epidemias estacionales. En cada temporada puede afectarse entre un 5 y un 15% de la población. Excepcionalmente, en una pandemia la propagación puede ser muy superior. Estas epidemias anuales causan en todo el mundo de 3 a 5 millones de casos de enfermedad grave y entre 250.000 y 500.000 muertes. Sólo en Europa fallecen entre 40.000 y 220.000 personas cada año y en España las cifras están entre 1.500 y 4.000 defunciones anuales por causas relacionadas con la gripe. A partir de 1980 se recomienda desde el Ministerio de Sanidad la vacunación anual de la gripe, sin embargo, no es hasta 1990 cuando aparece por primera vez la población diana a la que iba dirigida. Desde entonces ha habido modificaciones de estas recomendaciones hasta llegar a las de hoy en día, donde se recomienda la vacunación fundamentalmente a dos grandes grupos: el primero, personas con alto riesgo de sufrir complicaciones en caso de padecer la gripe; el segundo, aquellas que se exponen al contacto con grupos de alto riesgo

dado su peligro de transmisión.

Los casos en los que se recomienda la vacunación contra la gripe son:

- 1. Personas de 65 años o mayores.**
- 2. Personas menores de 65 años con un alto riesgo de complicación:**
 - niños/as >6 meses y adultos con enfermedades crónicas cardiovasculares, pulmonares o enfermedades metabólicas,
 - obesidad mórbida,
 - insuficiencia renal,
 - hemoglobinopatías y anemias,
 - asplenia (ausencia de bazo),
 - enfermedad hepática crónica,
 - enfermedades neuromusculares graves,
 - inmunosuprimidos,
 - implante coclear o en espera del mismo,
 - trastornos y enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias y otras,
 - residentes en instituciones cerradas, de cualquier edad a partir de 6 meses, que padezcan procesos crónicos,
 - niños/as y adolescentes, de 6 meses a 18 años, que reciben tratamiento prolongado con aspirina,
 - mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación.



3. Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones:

- trabajadores de los centros sanitarios, tanto de atención primaria como especializada y hospitalaria,
- personas que por su ocupación trabajan en instituciones geriátricas o en centros de atención a enfermos crónicos,
- personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo o ancianos,
- personas que conviven en el hogar, incluidos niños/as, con otras que pertenecen a algunos de los grupos de alto riesgo, por su condición clínica especial (citados en el punto 2).

4. Otros grupos en los que se recomienda la vacunación:

- personas que trabajan en servicios públicos esenciales, con especial énfasis en los siguientes subgrupos: Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, con dependencia nacional, autonómica o local,
- bomberos,
- servicios de protección civil,
- personas que trabajan en los servicios de emergencia sanitarias.
- viajeros internacionales,



- trabajadores de instituciones penitenciarias y de otros centros de internamiento por resolución judicial.

5. Personas que, por su ocupación, pueden estar en contacto con aves con sospecha o confirmación de infección por virus de gripe aviar altamente patogénico, especialmente:

- las personas que están directamente involucradas en las tareas de control y erradicación de los brotes,
- las personas que viven y/o trabajan en granjas de aves donde se han notificado brotes, o se sospecha su existencia.

Casos donde la vacunación no está indicada

Como en cualquier tratamiento hay casos en donde la vacunación no estaría indicada, como es el caso de niños menores de 6 meses, personas con alergia al huevo o hipersensibilidad a las proteínas del huevo, los que tengan alergia severa a la vacuna de la gripe y los que tienen una enfermedad aguda con fiebre alta. Los casos de reacciones graves derivadas de vacuna antigripal son prácticamente anecdóticos, en cuyo caso el efecto secundario más frecuente el escozor y/o dolor en el lugar de la punción que suele durar menos de 48 horas. La fiebre, el malestar o dolores musculares pueden aparecer tras la vacunación y son más frecuentes en niños < 12 años y vacunados por primera vez.

Los anticuerpos que produce la vacuna antigripal disminuyen con el tiempo y pueden no ser suficientes para garantizar la protección

al año siguiente. Además, debido a la gran variedad antigénica y a la mutabilidad, ya comentadas, las vacunas deben actualizarse cada temporada y su efectividad dependerá del acierto de la cepa que predomine ese año. La Red de Vigilancia Global de la OMS (110 centros de vigilancia epidemiológica distribuidos por todo el mundo) analiza miles de muestras y hace las predicciones sobre las tres cepas que supondrán una mayor amenaza para la salud en la próxima temporada.

Para evitar un contagio de la gripe, conviene vacunarse en los meses de octubre o noviembre, ya que en estos meses el virus comienza a circular

Las personas incluidas en los grupos ya citados, se le administrará la vacuna de forma gratuita en los centros de salud. Aquellas que no puedan acudir a su centro o que vivan en residencias de ancianos o servicios sanitarios se les hará llegar la vacuna.

En su mayoría, los adultos desarrollan una gran cantidad de anticuerpos tras una dosis. Esos anticuerpos actúan frente a los virus de la gripe que son similares a los incluidos en la vacuna. La efectividad de la vacuna depende de la edad y el estado de salud del vacunado, y la similitud de los virus circulantes y los contenidos en la vacuna.

Incluso en años en que la efectividad de la vacuna antigripal es menor de lo esperado, la vacuna reduce la tasa de transmisión y la gravedad de la enfermedad. Por todo ello, desde el Ministerio de Salud se recomienda a todas las personas de riesgo que se vacunen cada año frente a la gripe.



¿Las vacunas son solo para niños?

Natalia Formento Marín y Laura Sanz Martínez. Enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria

Como recomienda el Ministerio de Sanidad, la vacunación es una de las medidas de salud pública con mayor impacto sobre la mortalidad y la morbilidad de la población. La vacunación proporciona amplios beneficios y debe realizarse a lo largo de toda la vida y no solamente durante la infancia.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, en junio de 2019, se publicó un calendario de vacunación sistematizado para la población adulta sana. La sistematización de las vacunas recomendadas en el adulto se debe a que muchos adultos no han desarrollado inmunidad natural frente a algunas enfermedades transmisibles, debido a la falta de programas de vacunación organizados en edad infantil, lo que ha producido que se mantenga la circulación de algunos patógenos. Por otro lado, las vacunas del calendario infantil no producen inmunidad de por vida, por lo que en algunos casos es necesario administrar una dosis de recuerdo en la edad adulta para mantener unos niveles de inmunidad adecuados.

Calendario de Vacunación

Cualquier contacto de personas adultas con el sistema sanitario es una ocasión para informarse y mantener actualizado el calendario de vacunación.

Las recomendaciones se basarán en una evaluación individual en función del riesgo según edad, antecedentes vacunales personales, actividad laboral, conductas o prácticas de riesgo y planificación de viajes.

Si es candidato a recibir alguna de las vacunas, deberá acudir a su Centro de Salud y consultar con los profesionales sanitarios si cumple el perfil para proceder a su vacunación.

Los efectos adversos más comunes tras la administración de una vacuna son dolor, hinchazón y enrojecimiento en el lugar de punción, induración local y fiebre (en el caso de vacunas de virus vivos puede aparecer de hasta 15 días después).

♦ Resumen de vacunación en personas adultas sanas (Ver Anexo 1):

- **Difteria-Tétanos:** completar vacunación hasta 5 dosis. A partir de los 65 años, se aconseja 1 dosis de recuerdo.
- **Triple Vírica:** nacidos a partir de 1970, completar vacunación hasta 2 dosis.
- **Varicela:** si no se está seguro de haber pasado la enfermedad se solicitará serología previa. En caso de no tener anticuerpos contra el virus se completará la vacunación hasta 2 dosis.

Anexo 1

VACUNAS	GRUPOS DE EDAD		
	15-18 años	19-64 años	65 o más
Tétanos-difteria (Td)	Completar vacunación si menos de 5 dosis	Completar vacunación si menos de 5 dosis	1 dosis de recuerdo Completar vacunación si menos de 5 dosis
Triple Vírica (TV)	2 dosis	2 dosis	
Varicela	2 dosis, según serología		
Meningococo C	1 dosis		
Meningococo ACWY	1 dosis a los nacidos después 01/01/2000 hasta los 20 años	1 dosis a los nacidos después 01/01/2000 hasta los 20 años	
Hepatitis B	3 dosis		
VPH	3 dosis en mujeres sin vacunar		
Neumococo			1 dosis
Gripe	1 dosis, según riesgo	1 dosis, según riesgo	1 dosis



Anexo 2

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE RIESGO	VACUNACIÓN	PAUTA COMPLETA
Población inmigrante	Triple vírica	2 dosis
	Tétanos difteria (Td)	3 dosis en primovacuna
	Poliomielitis (VPI)	de 1 a 3 dosis, en función del país de procedencia
	Hepatitis B	3 dosis, según serología
	Varicela	2 dosis, según serología

- **Meningococo C:** 1 dosis en no vacunados a partir de los 10 años de edad.
- **Meningococo ACWY:** 1 dosis a los nacidos después del 1 de enero del 2000 hasta los 20 años si no han recibido 1 dosis después de los 10 años de edad.
- **Hepatitis B:** 3 dosis en no vacunados.
- **VPH:** 3 dosis en mujeres sin vacunar hasta los 26 años.
- **Neumococo:** dosis única a los 65 años
- **Gripe:** 1 dosis anual. Mayores de 65 años y menores de 65 años que cumplan criterios de vacunación.

◆ **Vacunación en personas inmigrantes.** Según un informe del Instituto Nacional de Estadística, más de 4 millones de personas extranjeras residen en España. Una parte importante de ellas procede de otros países europeos, como Rumanía, seguido de otras zonas como el Norte de África o Sudamérica. Debido a que algunos de los países de procedencia no incorporan en su calendario infantil determinadas vacunas o lo han realizado con bajas coberturas, hace que existan grupos de población vulnerables a alguna enfermedad transmisible. Desde el calendario de vacunación sistemati-

zado se contempla la actitud a seguir en caso de un inmigrante adulto, cuyo historial de vacunación sea inexistente o incompleto. En cualquier caso, las pautas de vacunación serán orientadoras y siempre se llevará a cabo una valoración individual.

Calendario de vacunación adaptado a personas inmigrantes adultas (Ver Anexo 2):

- Triple Vírica: completar vacunación hasta 2 dosis.
- Tétanos-difteria: 3 dosis en primovacuna.
- Poliomieltis: de 1 a 3 dosis en función del país de procedencia.
- Hepatitis B: según serología, 3 dosis.
- Varicela: según serología, completar vacunación hasta 2 dosis.

◆ **Mujeres embarazadas:**

- Difteria-tétanos-tos ferina: en cada embarazo, en el último trimestre de gestación, lo ideal es entre la semana 28 y 32 de embarazo. La finalidad es reforzar la inmunidad frente a la tos ferina, para garantizar la protección del bebé los dos primeros meses de vida hasta que sea inmunizado.
- Gripe: Independientemente del estado gestacional, si el embarazo coincide con la temporada gripal.

En las mujeres embarazadas están contraindicadas las vacunas de virus vivos (vacunación de la triple vírica y varicela), ya que no se ha demostrado su seguridad en el embarazo. Si planea quedarse embarazada, asegúrese de tener todas las vacunas necesarias y si no es el caso, consulte con su profesional sanitario para su administración previa a la gestación.

Páginas externas para buscar información

Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación en población adulta:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/recoVacunasAdultos.htm>

Gobierno de Aragón. Calendario de vacunación en población adulta. <https://www.aragon.es/-/vacunaciones#anchor2>

Recuerda la importancia de la vacunación para evitar infecciones inmunoprevenibles. Revisa tu calendario de vacunación y pregunta en tu centro sanitario de referencia para cualquier duda.

Test de O' Sullivan vs Desayuno completo

María Marín Ibáñez. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Paula Omedas Bonafonte. Médico Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Ana Sousa Bernués. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Loreto Ibor Serrano. Enfermera Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

La diabetes gestacional es una condición por la cual los niveles de glucosa en sangre de la embarazada aumentan. Esto se debe a que en algunas ocasiones los cambios hormonales que se producen pueden llegar a bloquear la acción de la insulina, pudiéndose producir algunos síntomas en la mujer y en el devenir del embarazo y el parto, si ese nivel de glucosa no se controla (el bebé puede ser más grande, siendo mayor el riesgo durante el parto por este motivo, puede sufrir bajadas de glucosa los primeros días tras nacer, hay un riesgo mayor de muerte del bebé, etc).

¿Qué es y para qué sirve?

El test de O'Sullivan es una prueba que se realiza para saber si una embarazada está controlando bien los niveles de glucosa. Este test determina la cantidad de glucosa en sangre venosa una hora después de haber tomado 50 gramos de glucosa por vía oral. Se trata de una prueba que se puede realizar en cualquier momento del día no hace falta ir en ayunas, y de hecho se recomienda que antes de hacerse la mujer coma algo, ya que la solución de glucosa en ayunas suele sentar bastante mal a muchas embarazadas, que llegan a marearse o incluso a vomitar antes de pasar los 60 minutos de espera, haciendo que la prueba ya no sirva para nada.

El test de tolerancia a la glucosa

El test de tolerancia a la glucosa (TTOG) o curva de glucosa, se realiza tras detectarse un Test de O'Sullivan patológico. Requiere una mínima preparación antes de la prueba por parte de la embarazada, siguiendo una dieta o la recomendación de tomar unos 150



gramos extra de hidratos de carbono en la dieta habitual tres días antes de la realización del TTOG. Consiste en lo mismo que el test de o'sullivan pero con 75gr de glucosa.

¿Cuándo se realiza?

A todas las embarazadas alrededor de la semana 24 y 28 de gestación porque es cuando los cambios hormonales más pueden llegar a alterar el funcionamiento de la insulina, generalmente aprovechando el análisis de sangre del segundo trimestre.

¿Qué detecta el Test de O'Sullivan?

Esta prueba no da un diagnóstico exacto, se realiza para identificar a las mujeres en riesgo de tener diabetes gestacional. (Ver Figura 1) El test de O'Sullivan no está exento de falsos positivos, es decir que puede resultar positivo cuando en realidad la paciente no tiene diabetes gestacional al realizarse el TTOG, que es una prueba mucho más específica.

¿Es la prueba más útil para diagnosticar la diabetes gestacional?

Hay estudios que demuestran que no, porque el Test de O'Sullivan no tiene esa finalidad. Es decir, que si los resultados son correctos sirven para constatar que la mujer no padece la enfermedad. Sin embargo, si los resultados aparecen alterados es necesario hacer una segunda prueba el Test de Tolerancia Oral a

la Glucosa (TTOG), más conocida como "curva de glucosa".

¿Qué te puede ocurrir si tomas esta solución?

- Que te tomes el jarabe de glucosa y que antes o después lo vomites. Si esto ocurre. Se siente, hay que volver a repetirlo de nuevo y a beberte de nuevo los dichosos 50 gramos de glucosa.
- Que te bebas el jarabe y aguantarse las arcadas y el malestar. Con suerte solo tendrás ardor durante gran parte del día.
- Que seas de esas mujeres suertudas que se beben el jarabe y mal que bien lo aceptes.

¿No se puede hacer de otra manera?

Si, sustituir la carga de glucosa por un desayuno bien cargadito de hidratos, por ejemplo, o de hacer que la mujer se controle los niveles de glucosa en sangre en varios momentos del día, con una máquina de control de glucemia, antes de comer y dos horas después de hacerlo, durante varios días, para luego analizar los resultados (que es la manera mediante la que se suele controlar y ajustar tratamientos y dietas a los diabéticos). No son alternativas consensuadas, pero podrían utilizarse si, como digo, una mujer va a vivir un calvario el día de la prueba o, directamente, no se la va a poder hacer en varias ocasiones porque siempre lo va a vomitar.

El síndrome RS3PE, ¿debo preocuparme?

Carmen Jimeno Griñó.

Médico Servicio Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

Paula Omedas Bonafonte.

Médico Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Melody García Domínguez.

Médico Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca

Lara Aparicio Juez.

Servicio Urología. Médico Hospital San Jorge. Huesca

Pilar Jimeno Griñó.

Médico FEA Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia

Isabel Garrido Ramírez de Arellano.

Médico FEA Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro

Alicia Sanz Cardiel.

Médico 061 Aragón. UME Sabiñánigo-Unidad de rescate en Montaña

Sonia Caballero Nuñez.

Médico Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Cristina Abad Rubio.

Médico FEA Ginecología. Hospital San Jorge. Huesca



El síndrome RS3PE es un cuadro clínico poco frecuente, cuyo nombre responde a las siglas “remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema” (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea o polisinovitis aguda edematosa benigna del anciano).

Fue descrito por primera vez por McCarty en 1985 y consiste en una enfermedad reumatólica heterogénea que forma parte de las artritis inflamatorias, encontrándose en íntima relación con la polimialgia reumática y la artritis reumatoide del anciano por sus manifestaciones clínicas. Es un síndrome propio de personas de edad avanzada, que se caracteriza por una poliartritis simétrica asociada a una sinovitis de los tendones extensores y flexores de los dedos con edema severo con fovea en el dorso de las manos.

Tiene un inicio brusco, aparece en días o semanas y afecta generalmente a varones, mayores de 60 años, de raza blanca y hábitat rural. Se desconoce su etiología, aunque existen diferentes teorías que lo relacionan con agentes infecciosos, con factores genéticos como el HLA-B7 o HLA-A2 o con la secreción de factores liberados por ciertos tumores, como el factor de crecimiento endotelial vascular, la interleucina-6 o el factor de necrosis tumoral alfa, entre otros.

El cuadro clínico se caracteriza por una afectación inflamatoria y simétrica de los tendones extensores y de los flexores de los

dedos de las manos, con tumefacción, dolor y limitación funcional en las articulaciones carpianas, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. Es muy característica la presencia de edema considerable con fovea en el dorso de las manos, conocido como “mano en guante de boxeador”. También puede haber afectación, aunque con menor frecuencia, en otras localizaciones como los pies, tobillos, las cinturas escapular y pélvica.

En cuanto a los exámenes complementarios, suele presentar a nivel analítico elevación de los reactantes de fase aguda como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR), puede existir leucocitosis, anemia moderada, normocítica y normocrómica e hipoalbuminemia. El factor reumatoide (FR) es característicamente negativo y el HLA-B7 está presente en más del 50 % de los pacientes. La radiología simple de las articulaciones afectadas muestra aumento de las partes blandas sin presencia de lesiones erosivas.

El diagnóstico del síndrome RS3PE es clínico y suelen aplicarse los criterios propuestos por Olivo, los cuales incluyen:

- Edad igual o mayor de 65 años.
- Factor reumatoide negativo.
- Polisinovitis aguda simétrica que afecte a las muñecas, las articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y las vainas tendinosas de los extensores de las manos.
- Edema en «piel de naranja» con fovea en las zonas afectadas.
- Rigidez matutina.

- Rápida respuesta al tratamiento esteroideo.
- Exclusión de otras enfermedades.

Tratamiento con corticoides

El tratamiento más utilizado son los corticoides a dosis bajas, generalmente prednisona en dosis de 10-20 mg/día para ir disminuyendo la dosis progresivamente durante 6 y hasta 15 meses. La respuesta a estos medicamentos suele ser buena, presentando la mayoría de pacientes una mejoría clínica a los pocos días del inicio del tratamiento y una remisión completa del síndrome en menos de un año. En general, el pronóstico es excelente, con remisión completa del cuadro, aunque en los últimos años ha cobrado importancia las formas del síndrome RS3PE asociado a tumores, como un síndrome paraneoplásico concomitante o precediendo en meses o incluso años al diagnóstico de la neoplasia. Los principales tumores relacionados son de origen hematológico (leucemia, linfoma o mieloma), digestivo (páncreas o estómago), ginecológico (endometrio u ovario) y nefrourológico (riñón o próstata). Los pacientes con un síndrome RS3PE relacionado con un tumor, presentan síntomas más graves y responden menos al tratamiento con corticoides.

Por ello, ante cualquier paciente con un síndrome RS3PE debe descartarse siempre la presencia de un tumor intercurrente y es necesario el seguimiento prolongado de estos pacientes ante la posibilidad de poder desarrollar una enfermedad neoplásica asociada en el futuro.



MERRELL®

BOREAL®

HH[®]
HellyHansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



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

www.lapuertaverdepanticosa.com