

SUMARIO

- 2** Novedades en ayudas visuales para la Baja Visión
- 3** La medicina hiperbárica mejora la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia
- 4** Rehabilitación de la parálisis facial
- 6** Litiasis renal, ¿existe alguna forma de prevenirlas?
- 8** ¿Qué es el monóxido de carbono?
- 9** ¿Qué son las infiltraciones?
- 10** Dudas y preguntas frecuentes en anticoncepción
- 12** Fractura de pene, ¿es posible?
- 13** Dieta, tratamiento y colesterol en pacientes con cardiopatía isquémica
- 14** ¿Cómo combatir las Hemorroides?
- 16** ¿Influye lo que comemos en la aparición del acné?
- 17** Tabaquismo y enfermedad renal, ¿tienen relación?
- 18** Empoderamiento del paciente y APPs de salud, un nuevo reto
- 19** El síndrome de Burnout...
- 20** La puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

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



Después del invierno...

Novedades en ayudas visuales para la Baja Visión

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

La Baja Visión o discapacidad visual que provoca la alteración del campo visual periférico puede encuadrarse en dos grandes categorías, las que provocan enfermedades como el glaucoma o la Retinosis Pigmentaria y los defectos en sector, como las hemianopsias, que aparecen en determinadas alteraciones neurológicas, como los pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares o ictus.

EL CAMPO VISUAL PERIFÉRICO es determinante para la movilidad de las personas.

Los pacientes con alteración del campo refieren inseguridad, dificultades para localizar objetos, deslumbramiento, alteración del contraste, ceguera nocturna, dependencia de otras personas, preocupación por el suelo.

En Yanguas Ópticos BAJA VISION disponemos de Retiplus, novedosa ayuda visual inteligente para pérdidas de campo periférico. Está especialmente diseñado para personas con un campo visual a partir de 5 grados y que mantengan una Agudeza Visual igual o superior al 30%.

Es apropiado para **Glaucoma, Retinosis Pigmentaria, Síndrome de Usher, Hemianopsias y otras reducciones del campo visual periférico.**

Retiplus es una gafa de realidad aumentada. Los optometristas especialistas en BAJA VISION de Yanguas Ópticos ajustaremos dentro del resto visual del paciente la imagen minificada, a través de las gafas Retiplus. (Ver imagen 1)

En este caso el paciente consigue ver todo el tablero de ajedrez, no solo una parte. Calibrando las gafas Retiplus alejamos la imagen y ampliamos el campo de visión para deambular anticipando obstáculos y peligros.

Imagen 1



Retiplus potencia los contrastes que estos pacientes tienen tan reducidos sobre todo al atardecer o en lugares con baja iluminación. Además valoraremos el filtro selectivo con el que el paciente esté más cómodo.

Retiplus es una novedad tecnológica que encontrará en Yanguas ÓPTICOS.

Nueva tecnología Acesight

Para pacientes que tienen afectado el campo central, como en la **Degeneración Macular (DMAE), Stargardt, Maculopatías miopicas, Edema macular diabético** y otras, tenemos como nueva tecnología Acesight.

Acesight es un visor electrónico de realidad aumentada. Consigue aumentar lo que el paciente quiere ver 15 veces, cambia los contrastes para potenciar el deslumbramiento, se puede emplear para ver TV, cocinar, trabajar... Los pacientes que tienen afectado el campo central, tienen serios problemas para leer, ver TV, caras de las personas.

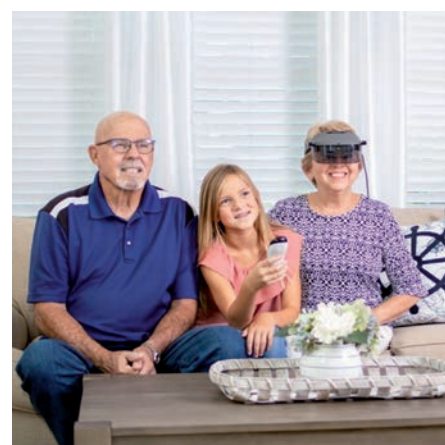
Algunos lo ven distorsionado o torcido, otros con mucha neblina, a otros les desaparece la imagen.

La visión de los colores también se ve afectada, pero como la visión periférica puede estar conservada, los pacientes no suelen tener dificultades en los desplazamientos.

Cuando la retina está muy afectada tenemos que trabajar con aumentos altos para que el paciente pueda leer. Acesight nos permite aumentar la imagen con buena resolución.



Fotos cedidas por Reciclados Baja Visión



Paciente que a través de la ayuda inteligente puede ver la tele

La BAJA VISION, es un término desconocido para la mayoría de la población y conlleva muchas limitaciones para el paciente que la sufre. La tendencia futura es hacia un aumento de pacientes con Baja Visión, debido al envejecimiento de la población.

Nuestra finalidad como optometristas especialistas en BAJA VISION es intentar proporcionar al paciente un grado de independencia satisfactorio. Prescribirle ayudas ópticas, electrónicas y, actualmente, inteligentes.

Por último, desde Yanguas Ópticos recomendamos exámenes oftalmológicos para la detección precoz de las enfermedades causantes de la ceguera.

La medicina hiperbárica mejora la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

La medicina hiperbárica actúa sobre los síntomas de la fibromialgia, disminuyendo el dolor y la fatiga, y mejorando la función cognitiva y la capacidad física. En definitiva, mejorando la calidad de vida.

¿Qué es la medicina hiperbárica?

La medicina hiperbárica es una especialidad médica que trata los cambios fisiológicos y fisiopatológicos del ser humano, sometiéndolo a presiones superiores a la atmosférica con oxígeno medicinal (99,5% de riqueza) dentro de una cámara hiperbárica. Esto provoca niveles elevados de oxígeno en sangre, causantes de los diferentes efectos de la oxigenación hiperbárica, entre ellos, la mejora del dolor crónico de la fibromialgia.

¿Qué es la fibromialgia?

La fibromialgia es una enfermedad crónica, persistente y debilitante, de carácter neurológico, caracterizada por dolor generalizado y fatiga crónica, con un impacto directo en la calidad de vida.

Habitualmente se ha tratado a través de antidepresivos duales, anticonvulsivantes y otro tipo de fármacos, complementados con rehabilitación y/o terapia psicológica; pero existe una terapia complementaria eficaz: la medicina hiperbárica.

Innovación: medicina hiperbárica

La medicina hiperbárica ha mostrado evidencias clínicas en el manejo de la fibromialgia y otras patologías asociadas al dolor. Funciona como terapia adyuvante dentro del tratamiento multidisciplinar de la enfermedad¹. La oxigenación hiperbárica (OHB) genera un estado de hiperoxia, que interviene directamente en los mecanismos de acción del dolor, mejorando los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia. Además, la OHB promueve la neuroplasticidad y rectifica significativamente la actividad cerebral anormal en áreas relacionadas con el dolor, así como disminuye el dolor de origen central y periférico². Por tanto, la OHB, además de disminuir el dolor, mejora la función cognitiva, disminuye la fatiga e incrementa la capacidad física. Además, reduce los puntos dolorosos y mejora el umbral del dolor, a la vez que disminuye la cefalea y los síntomas digestivos asociados. Los casos tratados en Oxien

demuestran que en pocas sesiones el paciente siente que su calidad de vida mejora y recupera las ganas de vivir.

Terapia complementaria

La oxigenación hiperbárica debe aplicarse como terapia complementaria. El equipo médico de Oxien valora cada caso y, de acuerdo con su médico tratante, pautan el mejor tratamiento para mejorar la calidad de vida del paciente.

¿Dónde acceder a una cámara hiperbárica?

Oxien es el único centro sanitario en Navarra avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y Sanidad Navarra. Cuenta con un equipo clínico interdisciplinar, que proporcionará al paciente un tratamiento integral.

¹ Kholoud M. El-Shewy et al. (2018): "Hyperbaric oxygen and aerobic exercise in the long-term treatment of fibromyalgia: A narrative review" en Biomedicine & Pharmacotherapy 109 (2019), pp. 629-638.

² Efrati S. et al. (2015): "Hyperbaric Oxygen Therapy can diminish Fibromyalgia Syndrome - Prospective clinical trial" en PLoS ONE 10(5): e0127012. doi:10.1371/journal.pone.0127012.

MEDICINA HIPERBÁRICA

- Vascular
- Recuperación muscular
- Oncología y radioterapia

Cistitis rádica
Osteonecrosis mandibular...

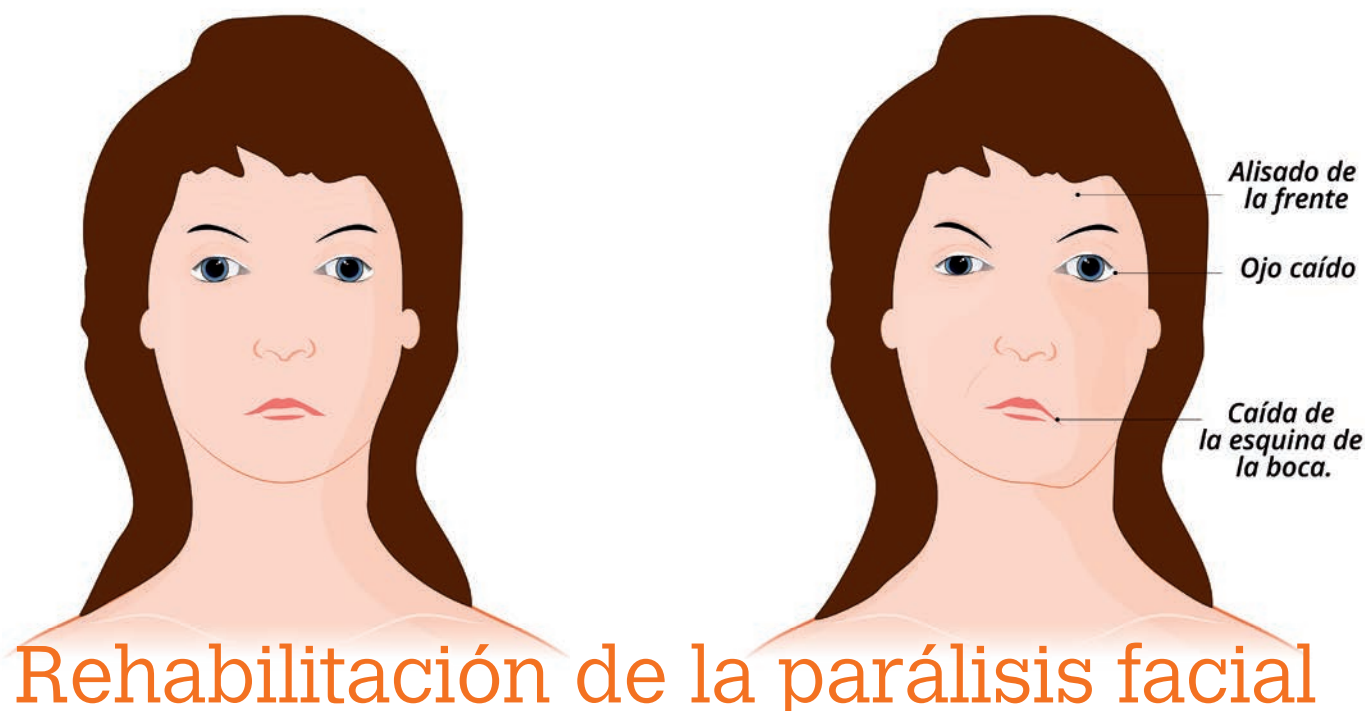
FISIOTERAPIA Y OSTEOPATÍA

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

OXIEN

REHABILITACIÓN HIPERBÁRICA A TU ALCANCE

Parálisis del nervio facial



Rehabilitación de la parálisis facial

Amparo Santamaria Torroba. Médico Rehabilitador. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza
C Sierra. Optometrista. Universidad Zaragoza
Nuria del Pie. Fisioterapeuta. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

La afectación del nervio facial es frecuente, de etiología diversa, con un curso generalmente benigno, si bien pueden existir secuelas irreversibles. El nervio facial es un nervio mixto, quiere decir que posee fibras motoras destinadas a la motricidad de los músculos de la cara, responsables de la mímica gestual. Tiene una misión importante en la función lacrimal y mantiene el control del músculo estapedio a la hora de realizarse el reflejo estapedial y es el encargado de recibir innervación sensitiva de los 2/3 anteriores de la lengua.

Clasificación

Parálisis facial central: Movilidad frontal conservada.

Parálisis facial periférica: afectación de la musculatura facial superior e inferior.

Etiología

Parálisis facial central: Enfermedad cerebrovascular isquémica o hemorrágica. Procesos neoformativos cerebrales.

Parálisis facial periférica:

- **Primaria:** parálisis facial idiopática o de Bell: Es la forma más frecuente de parálisis fa-

cial periférica. Etiología desconocida, aunque la causa viral es la más vinculada

- **Secundaria:** Traumática, infecciosa (herpes simple, herpes zoster: síndrome de Ramsay-Hunt: otalgia intensa con parálisis facial e hipoacusia, vesículas en pabellón auricular conducto auditivo externo, velo del paladar y faringe), patología neurológica, tumoral (parotídeos, colesteatoma, neurinoma del acústico, meningioma, enfermedades sistémicas (diabetes mellitus, hipertiroidismo, porfiria, enfermedades autoinmunes, sarcoidosis, enfermedad de Lyme, enfermedad de Paget ósea, vasculitis, leucemias).

Clínica

Comienzo brusco en 24-72 horas. Defecto en la movilidad de los músculos de la hemifacies afectada (distorsión o asimetría facial):

- Desaparición de las arrugas del lado de la frente afectada.
- Incapacidad para elevar la ceja.
- Dificultad para cerrar el ojo y guiñarlo. Signo de Bell: cuando el paciente intenta cerrar el ojo, la contracción del recto superior hace que el globo ocular gire hacia arriba, dejando a la vista la esclerótica.
- Desaparece el surco nasogeniano, desciende la comisura bucal y se desvía hacia el lado

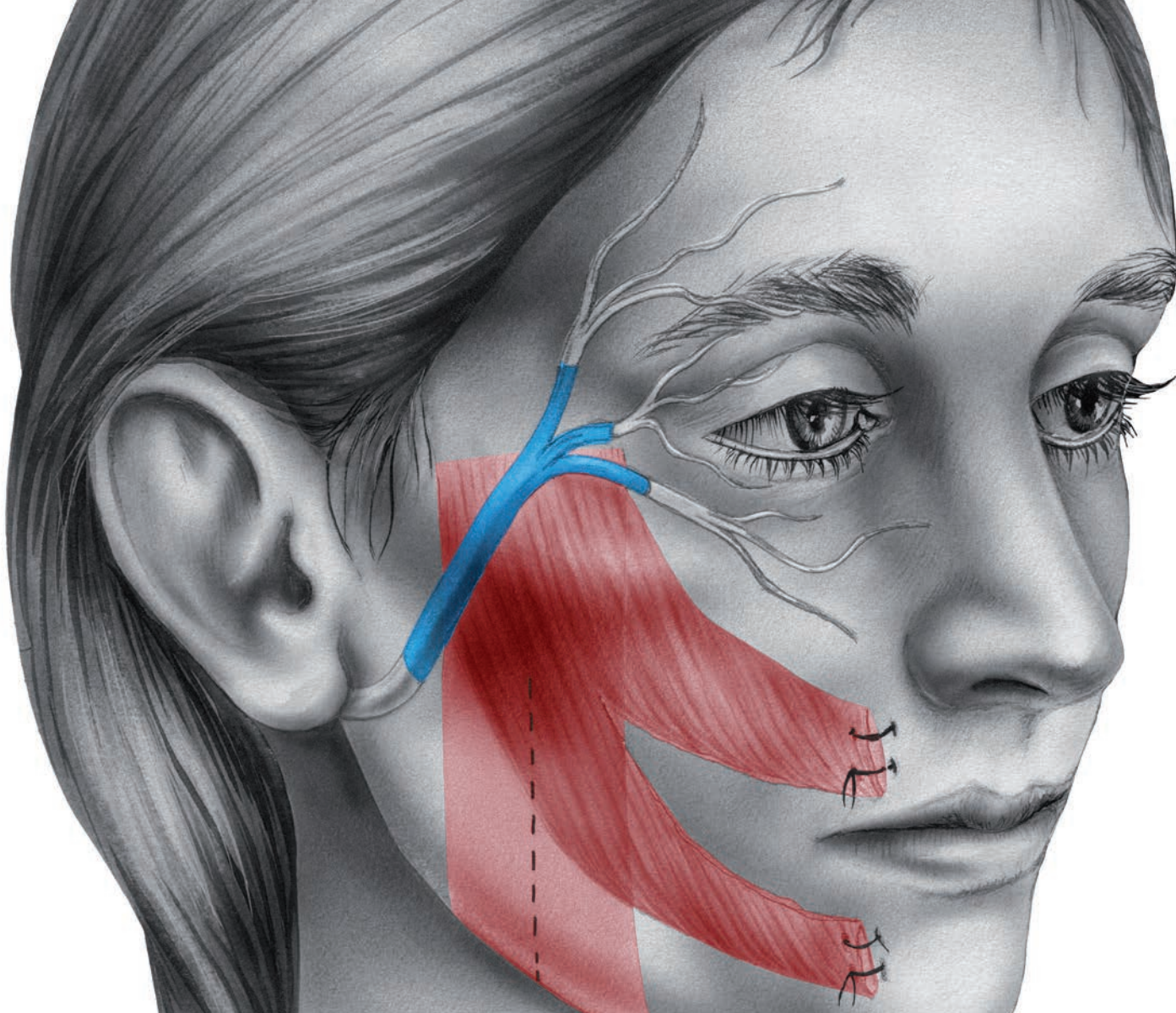
sano, dificultad para soplar, silbar, hinchar el carrillo.

- Otros síntomas: ageusia, alteración de la secreción lacrimal y salival tanto por exceso como por defecto: Xeroftalmia (sequedad ocular), Epifora (por rebosamiento), sialorrea.
- Dolor retroauricular, molestias faríngeas y cervicales (afectación del V par craneal) Otalgia homolateral a la parálisis: frecuente en la herpética, puede haberla en la idiopática.

Diagnóstico

Clínico: El tono de la cara se debe de comparar de manera simétrica con el lado contralateral y en reposo. Para eso se debe pedir al paciente que realice contracciones musculares de cada uno de los músculos, con la intención de poner en conciencia al paciente del verdadero movimiento muscular específico. Es importante valorar el número de arrugas presentes en la frente respecto al lado sano. Se exploran los siguientes músculos:

- Músculo Depresor de la ceja: fruncir el ceño.
- Músculo Orbicular del ojo Palpebral: Cerrar los párpados.
- Músculo Piramidal de la Nariz y Músculo Transverso de la Nariz: Fruncir la Nariz.
- Músculo Zigomático Mayor y Menor: Gran sonrisa.



- Músculo Canino: Elevador del labio superior
- Músculo cuadrado del labio inferior: Depresión del labio inferior.
- Músculo Buccinador: Cierre concéntrico de los labios.
- Músculo Triangular: Bajar las comisuras labiales.
- Músculo Orbicular de los Labios: Cierre labia y vaciado de vestíbulo bucal.

Pruebas complementarias: se realizan para determinar la severidad de la parálisis y la búsqueda de otra etiología diferente a la idiomática.

Tratamiento

- Protección ocular para evitar la aparición de úlceras corneales: gafas de protección solar, lágrimas artificiales, oclusión ocular por las noches, junto con pomada óculosepitelizante.
- Corticoides: existen pocos ensayos clínicos que demuestren la eficacia de éste tratamiento, parece que acortan el tiempo de evolución.
- Terapia antiviral con Aciclovir o Valaciclovir.
- Tratamiento rehabilitador. Es de suma importancia motivar al paciente desde la primera sesión y hay que concienciarles de que se trata de una reeducación lenta. Le podemos dar unos consejos prácticos como es el mascar

chicle, masticar por el lado paralizado y hablar de manera articularia y expresiva facial. Se le debe insistir en el cumplimiento del trabajo personal por la mañana y tarde delante de un espejo, los ejercicios de la expresión para respetar el eje de simetría facial.

La protección ocular es de suma importancia al principio del tratamiento inicial, mediante el uso de lentes oscuras para evitar la entrada de rayos solares. Se recomienda el uso de lágrimas artificiales para lubricación ocular y la oclusión nocturna mediante un parche.

Masaje: La realización del masaje intrabucal e intranasal permite la relajación de los músculos profundos (bucinador y elevador superior labial).

Reeducación: Hay que darle al paciente el esquema corporal y hacerle retomar conscientemente el movimiento de sus músculos.

Fases de la reeducación

Pasiva: Se realiza antes que aparezca el movimiento voluntario. Debe ser un trabajo activo y controlado del lado sano y pasivo al lado paralizado. Es importante recalcar que la mayoría de los movimientos faciales son sinérgicos, que quiere decir que las dos hemicaras

deberán actuar al mismo tiempo.

Le pediremos al paciente que sonría (mediante una contracción de los zigomáticos), el paciente en la fase pasiva solamente logrará movimiento en la hemicara sana; nosotros simularemos el movimiento del lado paralizado subiendo con nuestros dedos la comisura labial hacia arriba, de esta forma conseguiremos una sonrisa simétrica.

Activa: Comienzo en el movimiento de la aparición del movimiento voluntario. Fase activa con ayuda: Todos los ejercicios se realizan delante de un espejo para tomar conciencia del movimiento. El espejo deberá tener una línea media para poder dividir las dos hemicaras y hacer el ejercicio más preciso.

Por ejemplo: mascar chicle de forma exagerada, silbar, retener agua en la boca y desplazarla de un lado al otro.

Después del periodo del tratamiento, pueden quedar secuelas como sincinesias, cuerdas musculares y hemiespasmos, siendo esto más común en parálisis faciales severas.

Pronóstico

75% casos recuperación espontánea en 4-6 semanas.



Litiasis renal, ¿existe alguna forma de prevenirlas?

Daniel Hijazo Gascón, Victoria Capapé Poves, Agustín Asensio Matas, Laura Muñiz Suárez y Paula Gayarre Abril. Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza
Ana Huertas Harguindey. MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Jota. Zaragoza

La enfermedad litiasica renal, más comúnmente conocida como piedras de riñón, es una enfermedad muy frecuente que afecta a una parte importante de la población general, que varía dependiendo del país entre un 5 y un 15 % de la población general.

Las litiasis renales son depósitos minerales que depositan en el interior de las cavidades renales. Cuando estas descienden del riñón al uréter, que es la estructura tubular que conecta al riñón con la vejiga, lo ocluyen de manera que el riñón no es capaz de eliminar la orina. De manera aguda, esto supone que el riñón se dilata produciendo un cuadro de cólico renal y de manera crónica si impiden la salida de orina, pueden generar un daño renal irreversible.

He tenido un cólico de riñón, ¿es posible volver a presentarlo?

La posibilidad de volver a presentar una litiasis renal en los 5 años siguientes al primer episodio es del 50-60 %, estimándose que del 10 al 20% de los pacientes presentaran más de dos episodios de cólico renal a lo largo de su vida. Existen muchas enfermedades y factores que aumentan el riesgo de formar litiasis renales: obesidad, diabetes, hipertensión, síndrome

metabólico o insuficiencia renal crónica, entre otros. El que influyan diferentes factores en la aparición de la enfermedad, supone que para su prevención sea importante controlar las enfermedades que pueden favorecerla y modificar el estilo de vida.

Un factor muy importante en la aparición de las litiasis es el tipo de litiasis que nos afecta, ya que las maniobras de prevención varían en cada caso. Estas se clasifican en función del mecanismo de formación y de la composición en:

◆ Infectivas

- Oxalato cálcico monohidrato o dihidrato
- Fosfato cálcico
- Ácido úrico

◆ No infectivas

- Carbonato apatita
- Fosfato amónico magnésico
- Urato amónico

◆ Genéticas

- Cistina
- Xantina
- 2,8-Dihidroxiadenina

◆ Litiasis derivadas de fármacos

- Indinavir
- Atazanavir

El tipo de composición de la litiasis modifica no solo el riesgo de presentar nuevamente otro episodio de cólico renal, sino que en ocasiones modifica su abordaje terapéutico (ya que la dureza puede condicionar la efectividad del tratamiento) y la prevención de aparición de nuevas litiasis (dado que el mecanismo de formación de la piedra renal es diferente). Además, es importante en cada episodio de cólico renal estudiar la composición de la piedra, ya que su composición puede ser diferente en cada uno de los episodios.

Cabe remarcar, que las medidas de prevención en la formación de litiasis renal o piedras de riñón, están orientadas a aquellos pacientes que ya han presentado un cólico renal y desean evitar un nuevo cuadro. Estas medidas no se conoce su eficacia en aquellas personas que nunca han presentado problemas por piedras de riñón.

Medidas generales en la prevención de litiasis renales

Independientemente de su composición o mecanismo de formación, existen medidas generales que ayudan a prevenir las formación de litiasis renales. La más importante es aumentar la cantidad de agua que bebemos cada día, recomendándose superar los 2 litros de agua diarios. Esto aumenta la cantidad



de orina que se produce, evitándose que los minerales que forman las piedras de riñón se depositen en el riñón formando piedras.

Otra medida a nivel dietético de gran importancia es reducir la cantidad de sal que se consume diariamente, ya que se relaciona directamente con la formación de piedras de riñón. También es importante a nivel dietético el mantener una dieta equilibrada evitando los excesos carne o limitando la ingesta de ultraprocesados. También es recomendable una actividad física adecuada, evitándose situaciones de deshidratación intensa.

Prevención de las litiasis derivadas del calcio

Las litiasis de calcio son las más frecuentes de todas, por ello son las más importantes para su prevención. Las litiasis que cuentan con calcio en su composición pueden ser prevenidas, aunque a diferencia de otras, no se benefician de tratamiento farmacológico para su prevención. En este tipo de litiasis renales las medidas nutricionales y los cambios en el estilo de vida, resultan claves para disminuir su recidiva.

En cuanto a las medidas nutricionales la más importante es el aumento de la ingesta diaria de agua, 2 litros diarios o 3 litros en caso de ser verano. De esta forma aumentamos la

cantidad de orina producida, evitando que se depositen cristales de calcio en el riñón. Otras medidas nutricionales que disminuyen la formación de litiasis de calcio, son una dieta equilibrada que evite el aporte de grandes cantidades de calcio, el abuso de la sal en las comidas, grandes cantidades de carne, abuso de bebidas con gas y aumentando la presencia de verduras en nuestra dieta.

En el caso de las litiasis de oxalato cálcico, deben disminuirse o suprimirse los alimentos ricos en oxalatos como son: espinacas, nabos, remolacha, nueces, guisantes, té, cacao o bebidas con gas. Además, ha de tratar de aportar niveles adecuados de calcio en la dieta y evitar tomar grandes cantidades de vitamina D.

Aunque parece lógico pensar que si eliminamos el calcio de nuestra dieta, disminuiríamos este tipo de litiasis, se produce el efecto opuesto. Por ello, evitar las dietas bajas en calcio, ya que el organismo al detectar una disminución del calcio en sangre, reacciona aumentando la absorción de calcio en el intestino. Esto produce un aumento de sus niveles en sangre y un aumento de su eliminación por el riñón, de manera que aumentamos la formación de piedras en el riñón.

Prevención de litiasis de ácido úrico

En el caso de las litiasis de ácido úrico, es

importante contrarrestar la acidez de la orina, que favorece que el ácido úrico se deposite formando litiasis renales. Por ello en su prevención, puede ser necesaria tomar medicamentos para disminuir la acidez de la orina como el citrato potásico o el bicarbonato.

Para disminuir la recurrencia de este tipo de litiasis, es muy importante disminuir en la dieta los alimentos ricos en ácido úrico, principalmente proteínas animales que se encuentran en la carne, el pescado o el marisco. También son beneficiosas otras medidas dietéticas como beber más de 2 litros de agua al día, o aumentar la ingesta de cítricos (limón, naranja, mandarina,...) al ser ricos en citratos que disminuyen la acidez de la orina.

Prevención de litiasis de cistina

Los pacientes que presentan litiasis de cistina precisan de un seguimiento estricto para prevenir la formación de las mismas. Estas litiasis crecen en poco tiempo, vuelven a formarse en poco tiempo y de manera repetida. En estos casos es importante beber más de 3 litros de agua al día, disminuir la acidez de la orina con bicarbonato o citrato potásico, siendo necesario incluso medir la acidez de la orina diariamente para controlar su acidez.



¿Qué es el monóxido de carbono? ¿Cómo afecta a nuestra salud? ¿Cómo podemos prevenir las complicaciones?

David Parra Oliver

Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

El monóxido de carbono (CO) es un gas inodoro, incoloro, inflamable y tóxico que produce muchas muertes al año. Respirar CO en cantidades elevadas puede causar la muerte.

Este gas es desprendido cuando se queman materiales combustibles como gas, gasolina, carbón o petróleo. Las chimeneas, calderas, los calentadores de agua y los aparatos domésticos que queman combustible como pueden ser las estufas, pueden producirlo.

El monóxido de carbono disminuye la cantidad de oxígeno disponible para las células, lo cual dificulta la función celular, además puede producir graves daños en el sistema respiratorio. Es difícil de detectar ya que no se puede ver ni oler.

Efectos que puede producir sobre la salud:

- Dolor de cabeza, mareo, sensación de desvanecimiento y cansancio.
- El CO puede causar cambios en la memoria y en la personalidad, pérdida de visión y confusión mental.
- Otros efectos son somnolencia, alucinacio-

nes, convulsiones y pérdida de conocimiento.

Escala de toxicidad

- **Toxicidad leve:** Exposiciones pequeñas a CO, podrían producir un intenso dolor de cabeza, fatiga, disnea y mareo.

En pacientes con enfermedades tanto cardiovasculares como cerebrovasculares pueden producir empeoramiento.

- **Toxicidad moderada:** Un aumento de la exposición puede producir fuertes dolores de cabeza, debilidad, mareos, náuseas, vómitos, disminución de la concentración, aumento del tiempo de reacción, visión borrosa, somnolencia y toxicidad a nivel cardiovascular.

- **Toxicidad grave:** Puede producirse síncope, convulsiones, ampollas, fallo respiratorio (edema pulmonar), pérdida de conocimiento, coma, colapso y muerte.

Prevención

Muchas intoxicaciones por monóxido de carbono ocurren en los meses de invierno cuando se están utilizando hornos, chimeneas de gas y ca-

lentadores portátiles y las ventanas están cerradas.

- Asegúrate de que los electrodomésticos y motores que usan combustible tengan la ventilación necesaria, como son: Calefacción, Calderas, Parrillas de carbón, Calentadores de agua, Chimeneas, Cocinas de leña y Motores de autos y camiones.

- Usa los dispositivos de gas según sus recomendaciones, usar calefacción de combustible cuando alguien está despierto para controlarla.

- Mantenga las salidas de aire y chimeneas libres de desechos. Los desechos pueden obstruir las líneas de ventilación.

- Instalar detector de monóxido de carbono. Antes de llamar al servicio de emergencia, disponer de la siguiente información nos ayudara:

- Edad, peso y estado de la persona (ejemplo: ¿está despierto o consciente?)

- Cuánto tiempo puede haber estado expuesto al monóxido de carbono.

En caso de ser una emergencia NO hay que demorar en pedir ayuda en caso de que no dispongamos de esta información.



¿Qué son las infiltraciones?

Cristina Usón Arqué. Médico Especialista del Servicio de Cirugía Ortopédica y traumatología del Hospital de Barbastro. N° colegiado 5014727

Ignacio Goded Broto. Médico Especialista del Servicio de Cirugía General y del aparato digestivo del Hospital de Barbastro. N° colegiado 2204047

Eduardo González Buesa. Médico Especialista del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital de Barbastro. N° colegiado 2603502

Nekane Urrestarazu Esporrín. Médico Especialista del Servicio de Anestesia del Hospital de Barbastro. N° colegiado 44794

Las infiltraciones son inyecciones de medicamentos dentro de las articulaciones, o en zonas donde se insertan los tendones, o sobre estructuras inflamadas como podrías ser las bursas... Suelen realizarse en las propias consultas por médicos especialistas del aparato locomotor como traumatólogos, reumatólogos o rehabilitadores y poco a poco en las consultas de los médicos de atención primaria que se han formado en esta técnica.

Las infiltraciones, correctamente prescritas y administradas, pueden ser una excelente solución para dolores ocasionados por procesos agudos como tendinitis o por procesos crónicos como la artrosis.

Las sustancias líquidas que se inyectan pueden ser de varias procedencias: componentes articulares (colágeno, ácido hialurónico), fármacos antiinflamatorios (corticosteroides) o, más recientemente, los llamados factores de crecimiento o plasma rico en plaquetas, que se obtienen de la propia sangre del paciente, solas o mezcladas con un anestésico local.

¿En qué tipo de patología se usan?

Las infiltraciones pueden aplicarse en el interior de una cavidad articular (grandes como la rodilla y el hombro, o pequeñas

como en las articulaciones de la mano) o en los tejidos que las rodean: cápsula, ligamentos, tendones, bursas, etc... Las infiltraciones articulares se emplean en dos grandes grupos de enfermedad articular: la degenerativa (artrosis, por desgaste del cartílago) y la inflamatoria (artritis, por afectación de la membrana sinovial). Cuadros tan frecuentes como el codo de tenis, los dedos en resorte, el hombro doloroso o el síndrome del túnel carpiano pueden beneficiarse de esta modalidad de tratamiento barata, eficaz y accesible, ya que cada vez son más los médicos de Atención Primaria que la incorporan a su arsenal terapéutico con las mismas garantías que el especialista.

¿Cómo se aplica una infiltración?

La infiltración más frecuentemente utilizada es una mezcla de anestésico local y un corticoide con efecto antiinflamatorio, que prolonga su acción local en los tejidos donde se inyecta. La técnica es sencilla y puede realizarse en la consulta, aunque debe realizarse bajo estrictas medidas de asepsia (desinfección de la piel, material desechable, guantes estériles, etc) para evitar la infección.

¿Existen contraindicaciones y pueden producirse complicaciones?

Las contraindicaciones son: infección en la

zona, trastorno de la coagulación, reacción adversa o ineficacia de infiltraciones anteriores, ausencia de diagnóstico y patologías previas que pudieran agravarse, como la diabetes. Entre las posibles complicaciones destacan la infección, muy rara si se observan las medidas de asepsia (1 por cada 10000 infiltraciones), aumento del dolor o la inflamación pasajeros (hasta 48 horas) tras la inyección y artropatía por corticoide en caso de infiltraciones repetidas en la misma articulación; por esta razón se recomienda no infiltrar más de 3-4 veces en el mismo sitio durante un año o no más de 2 si no se obtiene con ellas ninguna mejoría, dejando transcurrir al menos una semana entre ellas.

El único cuidado recomendado tras la infiltración es mantener la zona en reposo relativo durante un par de días y el plazo mínimo para valorar la deseable buena respuesta a una infiltración es de al menos dos semanas. En resumen, la infiltración es un tratamiento asequible, de fácil aplicación, con un gran potencial curativo para su reducido coste y sin apenas complicaciones siempre, naturalmente, que esté bien indicada y realizada por manos expertas.

Dudas y preguntas frecuentes en anticoncepción

Cristina Abad Rubio. FEA Obstetricia y Ginecología. Hospital San Jorge. Huesca
Sonia Caballero Núñez. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Vanessa Zambrana Campos. FEA Cirugía General. Hospital Reina Sofía. Tudela
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 Griño. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca
Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Existen en la actualidad múltiples métodos anticonceptivos a disposición de las usuarias, con diferentes perfiles y que pueden adaptarse tanto a las necesidades médicas como de la vida diaria. Es labor de los profesionales sanitarios y de los medios, ya que somos los principales canales de información en anticoncepción, proporcionar datos veraces e informar de la manera más objetiva posible sobre los métodos anticonceptivos, así como resolver las dudas y corregir falsas ideas que todavía se tienen en anticoncepción.

Los métodos anticonceptivos de los que disponemos en la actualidad son: métodos de barrera (preservativo femenino y masculino, diafragma, capuchón cervical, esponjas vaginales, escudo de Lea y espermicidas), anticonceptivos hormonales donde distinguimos los anticonceptivos hormonales combinados

compuestos de estrógenos y progestágenos (anticonceptivos combinados orales o "píldora", anillo vaginal, parche anticonceptivo) y los anticonceptivos de sólo gestágenos (píldora de solo gestágeno, inyectable de acetato de medroxiprogesterona, implante subdérmico y DIU hormonal de levonorgestrel), DIU de cobre (DIU-Cu), anticoncepción definitiva (ligadura de trompas, vasectomía, método Essure) y anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, acetato de ulipristal, DIU de cobre). A continuación, resolvemos algunas de las dudas que se plantean con frecuencia a la hora de hablar de anticonceptivos.

¿Todos los métodos anticonceptivos protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

No, exclusivamente los preservativos masculino y femenino protegen contra las ITS.

¿Cuál es el método anticonceptivo más recomendable? La anticoncepción ideal es

el uso del doble método, uso del preservativo para la prevención de ITS junto con algún método con mayor potencia anticonceptiva como los anticonceptivos hormonales combinados, anticonceptivos de sólo gestágeno o DIU-Cu.

¿La anticoncepción hormonal produce infertilidad?

No, el uso de los métodos anticonceptivos, a excepción de la esterilización masculina o femenina, no origina un cambio irreversible de la fertilidad. El retorno de la fertilidad es inmediato con todos, salvo con el uso de acetato de medroxiprogesterona, donde puede demorarse unos cuantos meses.

¿Los anticonceptivos hormonales combinados producen cáncer?

La relación entre el uso de anticoncepción hormonal y el riesgo de padecer un cáncer es ambivalente, mientras que se ha establecido que existe un ligero incremento del riesgo de padecer cáncer de algunas localizaciones (mama, cérvix), y



¿Se puede utilizar anticonceptivos hormonales combinados si hay antecedentes familiares de cáncer de mama en la familia?

Si, la evidencia actual no sugiere que el riesgo de cáncer de mama en mujeres con antecedentes o genes susceptibles se modifique con el uso de anticonceptivos.

¿La anticoncepción hormonal puede utilizarse después de los 40 años? Si, ningún método anticonceptivo está contraindicado únicamente por el criterio de la edad de la usuaria.

¿Es recomendable realizar descansos periódicos si se utiliza anticoncepción hormonal? No, los descansos no aportan ventajas adicionales y pueden conllevar un embarazo no deseado. Al realizarlos la paciente asume de nuevo los riesgos del reinicio (hipertensión, tromboembolismo venoso) sin beneficiarse de ninguna ventaja.



exclusivamente en algunas circunstancias determinadas, vemos como por otro lado, disminuye el riesgo de cáncer en otras regiones (endometrio, ovario, colon), resultando en conjunto un balance claramente favorable a favor del uso de anticonceptivos.

¿Los anticonceptivos hormonales combinados favorecen los eventos tromboembólicos?

El uso de anticonceptivos hormonales combinados, aumenta ligeramente el riesgo de tromboembolismo venoso, sin embargo, como se trata de un cuadro poco frecuente en las mujeres en edad fértil, el riesgo absoluto permanece muy bajo, por lo que no es un motivo para contraindicar el uso de estos preparados.

¿El DIU causa abortos? No, el mecanismo de acción del DIU se basa en la acción tóxica sobre los gametos, no sobre los embriones.

¿El DIU causa enfermedad inflamatoria pélvica? No, el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica se asocia fundamentalmente con el momento de la inserción, pero después de los 20 primeros días es similar al del resto de la población.

¿El DIU causa infertilidad? No, el retorno de la fertilidad es inmediato tras su retirada.

¿El DIU causa embarazo ectópico? Los DIU tanto de cobre como hormonales, disminuyen el riesgo de embarazo ectópico al disminuir el número de embarazos en general. Ahora bien, en aquellos casos en los que la mujer

queda embarazada llevando un DIU, sí que podemos encontrar un mayor riesgo de embarazo ectópico.

¿El DIU debe colocarse con la regla? No, el DIU puede ser insertado en cualquier momento del ciclo, siempre que exista la certeza de que la mujer no está embarazada.

¿El DIU puede utilizarse en adolescentes y en nulíparas? Si. La inserción en algunos casos puede ser más dificultosa, pero algunos laboratorios han creado aplicadores especialmente diseñados para estas usuarias.

¿El DIU causa cáncer? No, no solo no hay evidencia de que su uso produzca ningún tipo de cáncer, sino que se ha demostrado que reducen el riesgo de cáncer de endometrio y cáncer de cérvix.

¿La anticoncepción de urgencia es abortiva? No, su mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación o el retraso de la misma, no tiene efecto antiimplantatorio ni puede interrumpir un embarazo ya establecido. Si la mujer ya está embarazada no ocasiona daños al feto ni a la madre.

¿La píldora del día después es una bomba hormonal que pone en riesgo la salud de la mujer? No, no existe ninguna condición médica que suponga la restricción de su uso. No se han reportado efectos adversos severos. No se asocian con un incremento en el riesgo de cáncer ni de ictus ni de eventos tromboembólicos.

¿El uso de anticoncepción hormonal de urgencia causa esterilidad? No, la anticoncepción de urgencia no tiene efecto a largo plazo sobre la fertilidad.

¿La anticoncepción de urgencia aumenta el riesgo de ITS y produce tendencia al abandono de otros métodos anticonceptivos? No, la evidencia científica demuestra que no aumenta la incidencia de ITS, ni aumenta la frecuencia de relaciones sexuales sin protección y no modifica los patrones de uso de anticoncepción regular.

¿Los adolescentes no deben utilizar anticoncepción de urgencia? No, los anticonceptivos de urgencia son una opción segura para las mujeres a cualquier edad de la vida reproductiva.

¿Solo podría utilizarse una vez por ciclo? No. Puede utilizarse un anticonceptivo de urgencia (si se utiliza el preparado de levonorgestrel) en más de una ocasión por ciclo, pero puede condicionar alteraciones en el ciclo menstrual.



Fractura de pene, ¿es posible?

Dr. Adib Antonio Reyes Figueroa. Adjunto Urología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud

La fractura de pene no sólo es posible sino que es una emergencia urológica poco frecuente pero que puede presentar serias complicaciones para el varón.

El pene consta de 2 cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso, estructuras vasculares cuya finalidad es la erección del mismo. La rotura de cuerpos cavernosos es una entidad cuya frecuencia real se desconoce a pesar de tener consecuencias morfológicas y funcionales graves. La principal causa de que muchos de los casos no se encuentren documentados se debe a que bastantes pacientes no consultan por ser una situación embarazosa, que según nuestra experiencia hace la anamnesis difícil, encontrando serias dificultades para que el paciente revele el verdadero origen de la lesión. En la fractura de pene se produce lesión en cuerpos cavernosos con o sin afectación de la capa fibrosa que los rodea. Ello se debe a una fuerza excesiva en el dorso del mismo durante la erección, generalmente durante el coito. Son factores que facilitan esta lesión las infecciones periuretrales o traumatismos penianos previos, en los que, por mecanismos

de cicatrización se reduce la elasticidad del pene con mayor rigidez y riesgo de rotura.

¿Cómo lo debo sospechar?

La clínica es llamativa y fácil de identificar. El traumatismo peneano suele acompañarse de la audición de un chasquido seguido de detumescencia rápida (desaparición de la erección), dolor o no, incurvación del pene hacia el lado contrario a la fractura y aparición de hematoma genital, que será exclusivamente peneano si la fascia de Buck mantiene su integridad; mientras que será inguinoescrotal cuando es contenido por la fascia de Colles. La fractura proximal es más frecuente, y en el caso de que el agente responsable sea el coito, la localización será ventral. Igualmente la rotura del cuerpo cavernoso derecho es más frecuente que la del izquierdo. La aparición de uretrorragia (sangrado por uretra), hematuria macroscópica, dificultad miccional o retención urinaria sugieren lesión uretral.

El diagnóstico, ¿es difícil?

En absoluto. Basta con la exploración e historia clínica para sospecharla, si bien en determinados casos se precisará de una prueba de imagen para determinar el grado, localización y extensión de la rotura así como para intentar establecer la certeza sobre la lesión o no de la uretra. La prueba fundamental en su estudio por su accesibilidad en los servicios de urgencias es la ecografía. La resonancia magnética es superior en precisión diagnóstica pero su alto precio y escasa disponibilidad urgente no la establecen como alternativa válida sino un complemento ante casos dudosos.

Tratamiento

Respecto al tratamiento la cirugía es la opción fundamental sobre todo en casos de rotura de la cubierta o túnica albugínea de los cuerpos cavernosos así como en sospechas de lesión uretral. En el resto de los casos también ayuda a una recuperación más rápida y reduce el riesgo de complicaciones como son la deformidad del pene permanente, impotencia, erección dolorosa, amputación por gangrena o alteraciones psicológicas.



Dieta, tratamiento y colesterol en pacientes con cardiopatía isquémica

Daniel Grados Saso. Médico. Servicio de Cardiología Hospital de Barbastro

Ana María Martínez Royo. Enfermera. Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro

Claudia Martínez Huguet. F.E.A Medicina Interna. Hospital de Barbastro

Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales, Jaime Gimeno Garza y Víctor Manuel Aragón Estremera. Médicos. Unidad de Cardiología del Hospital de Barbastro

Los niveles elevados de colesterol y en especial de LDL colesterol (colesterol de baja densidad) coloquialmente conocido como colesterol “malo” se asocian al desarrollo de aterosclerosis coronaria y la aparición de angina de pecho e infarto de miocardio.

Está ampliamente demostrado que al disminuir el colesterol LDL se reduce la aparición de infarto y la incidencia de eventos cardiovasculares (reinfarto) y muerte de origen cardiovascular en pacientes que ya han sufrido un infarto de miocardio.

Cuanto más bajo son los niveles de colesterol, mayor protección se alcanza, de tal manera que se ha observado una relación directa continua entre la reducción del LDL y los beneficios cardiovasculares.

En ocasiones existe preocupación acerca de si niveles muy bajos de colesterol podrían tener efectos perjudiciales, ya que el colesterol es una molécula que forma parte de las membranas de las células e interviene en el metabolismo de diversos órganos, entre ellos el sistema nervioso e inmunitario.

Hasta el momento, no se ha observado que niveles muy bajos de colesterol se asocien con efectos clínicos adversos graves debido a un aporte reducido de los LDL, ni tampoco alteraciones metabólicas ni inmunitarias.

Los efectos beneficiosos se mantienen y las

concentraciones más bajas de LDL se asocian a una incidencia aún menor de enfermedades debidas a la aterosclerosis.

Es importante remarcar que el paciente que ha tenido problemas cardíacos, con antecedentes de haber padecido un infarto o angina, necesita unos niveles más bajos de colesterol que la población general.

Los niveles que podríamos considerar aceptables para una persona de su misma edad y sexo sana se consideran altos en su caso y es necesario reducirlos, ya que tiene un riesgo mayor de volver a presentar un evento cardíaco si no se logra este objetivo.

Las nuevas guías de práctica clínica de la sociedad Europea de Cardiología establecen un valor de LDL objetivo de menos de 55 mg/dl en pacientes de muy alto riesgo (pacientes con antecedentes de infarto, síndrome coronario, revascularización coronaria con implante de stent, enfermedad cerebrovascular como ictus o AIT (accidente isquémico transitorio) y además una reducción del 50% respecto a los valores previos.

Dieta mediterránea

En muchas ocasiones los pacientes con cardiopatía isquémica (angina o antecedentes de infarto) necesitarán tomar medicación hipolipemiente para alcanzar los niveles recomendados, pero siempre la dieta y los hábitos de vida saludable son el primer pilar sobre el

que se asienta el tratamiento.

Existen también un componente genético que no podemos modificar pero se ha observado que seguir una dieta adecuada aporta beneficios claros desde el punto de vista cardiovascular.

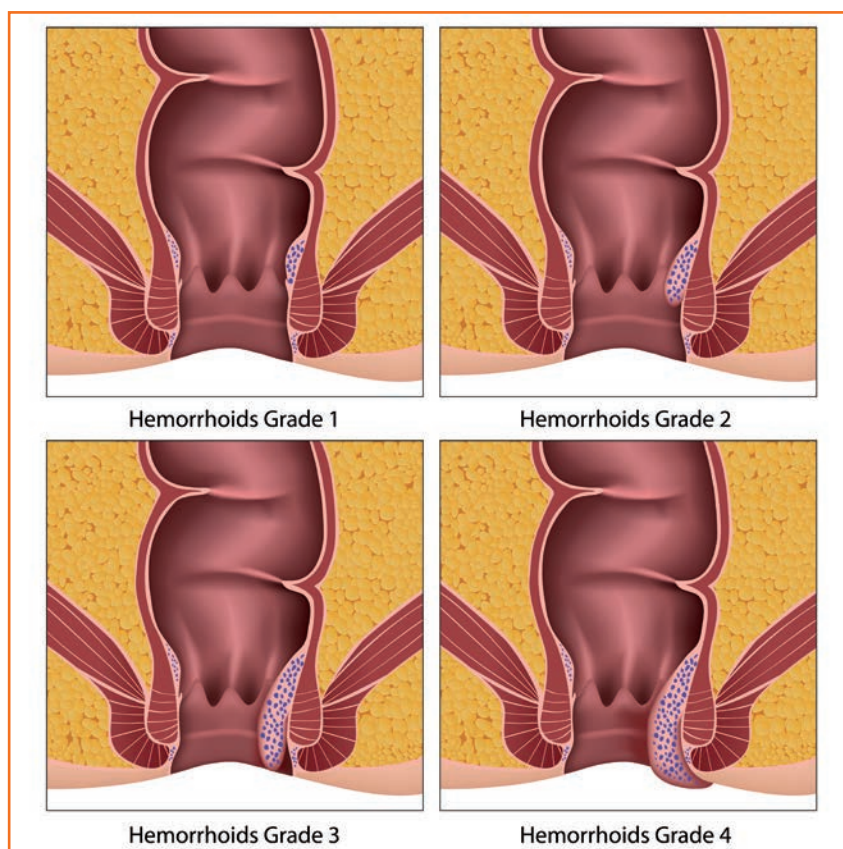
La dieta mediterránea ha demostrado ser la mejor opción para el corazón cuando se ha comparado con otras dietas del mundo. Rica en verduras, hortalizas, frutas, legumbres y pescado, junto con aceite de oliva virgen, que posee ácidos grasos poliinsaturados, asocia un bajo consumo de carnes rojas y grasas de origen animal y alimentos procesados.

Se ha observado que los habitantes de pequeñas islas griegas con alto consumo de pescado y aceite de oliva y bajo de carne presentan menor incidencia de factores de riesgo cardiovascular y mayor longevidad, siendo una de las regiones con mayor proporción de centenarios del mundo.

Seguir una dieta y un estilo de vida saludables contribuirá al buen control de los niveles de colesterol y de esta manera serán necesarias menores dosis de medicación para lograr los objetivos terapéuticos. También para las personas sanas es aconsejable seguir la dieta mediterránea y la realización de ejercicio físico moderado para prevenir en el futuro la aparición en enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

¿Cómo combatir las Hemorroides?

Tratamiento actual



Melody García Domínguez. Médico Interno Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca

Lara Aparicio Juez. Médico Interno Residente Servicio Urología. Hospital San Jorge. Huesca

Carmen Jimeno Griñó. Médico Interno Residente Servicio Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

Paula Omedas Bonafonte. Médico Interno Residente Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Isabel Garrido Ramirez 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 Interno Residente Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Cristina Abad Rubio. Médico FEA Ginecología. Hospital San Jorge. Huesca

Antonio García Domínguez. Médico Interno Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés

Issa Talal El-Abur. Médico FEA Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

Consisten en la dilatación del plexo venoso hemorroidal por encima de la línea dentada (transición entre epitelio escamoso y columnar). Los factores más influyentes en su desarrollo son el estreñimiento, la dieta pobre en fibra, el embarazo, la obesidad, la diarrea crónica y la disfunción del suelo pélvico.

Se trata de una patología muy frecuente pero infradiagnosticada, ya que muchos pacientes no consultan. Se clasifican en 4 grados en función del nivel de prolapso que presentan: **grado I** (crecimiento sin prolapso), **grado II** (reducción espontánea), **grado III** (precisan reducción manual) y **grado IV** (imposibilidad de reducción asociada a cambios inflamatorios crónicos).

¿Cómo se manifiestan?

El síntoma más frecuente es la rectorragia, generalmente indolora, que prolongada en el tiempo puede producir anemia crónica. El prolapso es el segundo síntoma en orden de frecuencia, puede hacerse permanente e irreductible. Los pacientes también pueden referir prurito anal, disconfort y ensuciamiento o escape mucoso. El dolor no es habitual, si se manifiesta suele ser debido a una trombosis hemorroidal o a otra patología asociada (absceso, fisura).

¿Qué estrategias terapéuticas podemos seguir para su tratamiento?

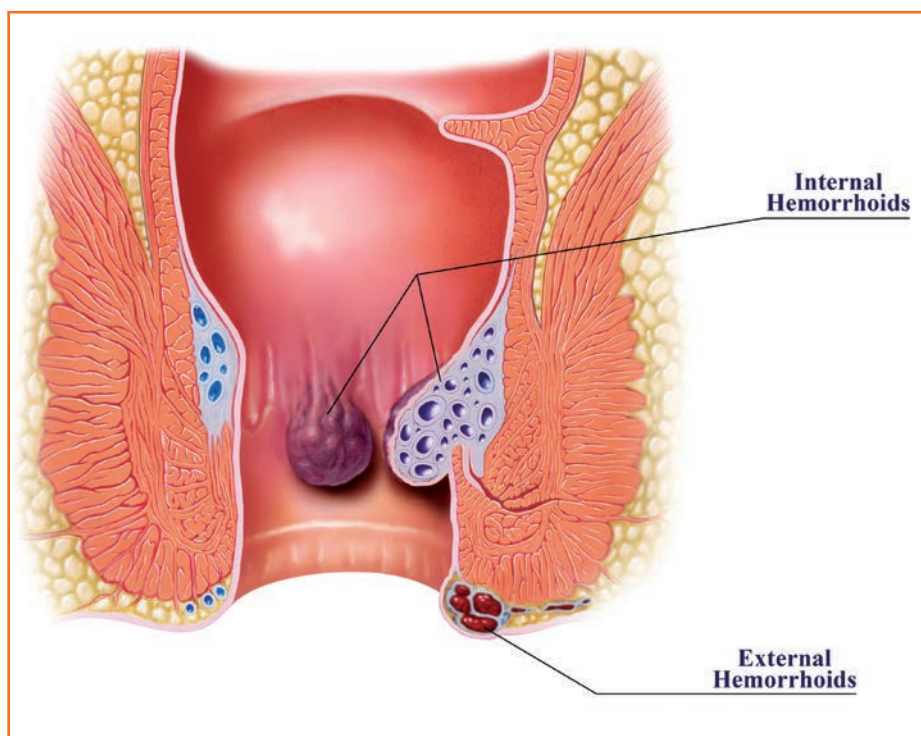
♦ **Medidas higiénico-dietéticas:** se trata del manejo inicial y está orientado a los factores predisponentes: aumento de la ingesta hídrica y de fibra alimentaria (cereales con fibra, legumbres, verdura, kiwi, ciruela...), evitar

especies picantes y el exceso de bebidas alcohólicas, realizar baños de asiento con agua tibia (10-15 minutos) y ejercicio físico. Todo ello facilita el esfuerzo al defecar.

♦ Tratamiento farmacológico:

- **Tópico:** las cremas y pomadas, como Anso o Ruscus Llorens, reducen el edema y la inflamación, mejorando el prurito asociado. No sirven para el prolapso o la hemorragia. Su uso continuado puede provocar dermatitis por sensibilización a anestésicos locales, así como atrofia cutánea por los corticoides asociados. Sin embargo, existen pomadas exentas de cortisona, como Avenoc (medicamento homeopático), que actúa sobre el dolor, la inflamación, el picor y el sangrado.

- **Oral:** agentes formadores de bolo fecal como Plantaben o Metamucil, cuando el estreñimiento no mejora con la dieta. Los flavonoides como Daflon o Venosmil, se utilizan



principalmente en las crisis agudas, cuando el sangrado es la manifestación principal. Asociar analgésicos antiinflamatorios en caso de dolor acompañante.

La asociación de fibra, baños de asiento y medicación venotónica y antiedematosa, proporciona mejoría sintomática en el 80-90% de los pacientes con hemorroides sintomáticas.

♦ **Manejo instrumental en la consulta:** indicado en hemorroides grado I y II que no responden a tratamiento médico, y algunas grado III. Las características de la hemorroide facilitan la decisión sobre qué técnica utilizar. La más común es la ligadura con banda elástica, en la cual se realiza una anoscopia y se aplica una banda 2 cm por encima de la línea dentada, lo que reduce y fija la hemorroide. El tejido isquémico se desprende en 5-7 días. Se trata de la técnica no quirúrgica más eficiente a largo plazo, siendo el tratamiento mantenido en el tiempo entre el 77 y el 91% de los pacientes. La fotocoagulación infrarroja, la diatermia bipolar, la escleroterapia (inyección de una solución de fenol al 5% o de microesponja en la base hemorroidal, proximal a la línea dentada), la crioterapia (aplicación de

nitrógeno líquido a través de una sonda sobre el ápice de la hemorroide) y la electroterapia son procedimientos menos utilizados.

♦ **Tratamiento quirúrgico:** está indicado en las hemorroides recurrentes y en los grados III y IV. Sólo es preciso en el 5-10% de los pacientes con enfermedad hemorroidal sintomática. La hemorroidectomía por escisión se asocia con más dolor postoperatorio, pérdida de sangre y mayor tiempo de recuperación, pero con tasas de recurrencia más bajas. Existen dos técnicas fundamentales: en la cerrada (técnica de Ferguson) se realiza la extirpación y el cierre de la incisión, preservando suficiente tejido para evitar estenosis anal, mientras que en la abierta (Milligan-Morgan) el sitio de escisión se deja abierto. El empleo de dispositivos de energía reduce la pérdida de sangre y el dolor. La hemorroidopexia grapada consiste en la extirpación circunferencial del tejido proximal a la línea dentada con una grapadora transanal circular. Produce menos dolor y mejor recuperación postoperatoria en comparación con las técnicas escisionales, pero con mayor tasa de recidiva. La ligadura de la arteria hemorroidal guiada por Doppler

o desarterialización hemorroidal transanal es una técnica novedosa que muestra resultados próximos a los de la hemorroidectomía escisional con similar dolor postoperatorio. El bloqueo pudendo con anestésicos locales ha reducido el dolor en el tratamiento quirúrgico de las hemorroides.

Las contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico son la afectación perianal o rectal por enfermedad inflamatoria intestinal activa, las inmunodeficiencias graves y la incontinencia fecal.

En cuanto al tratamiento de la trombosis hemorroidal, puede reducirse el prolapso con la aplicación directa de azúcar sobre la mucosa o con infiltración de hialuronidasa más anestésico local. Además añadiremos el tratamiento médico conservador ya mencionado con medidas higiénico-dietéticas, antiinflamatorios, venotónicos y reposo.

¿Cuáles son las complicaciones postoperatorias y los cuidados a tener en cuenta?

El dolor supone un desafío al afrontar el postoperatorio. Se recomienda el uso combinado de paracetamol y AINEs, aunque en algunas ocasiones es necesario recurrir a analgésicos opiáceos. El sangrado, la retención urinaria, la impactación fecal y la trombosis de hemorroides externas también son complicaciones frecuentes. De forma crónica, el paciente puede desarrollar incontinencia fecal o la estenosis del canal anal.

Los cuidados postquirúrgicos incluyen el consumo de analgésicos y antiinflamatorios, laxantes e higiene con baños de asiento (mínimo dos veces/día y siempre tras la defecación).

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

¿Influye lo que comemos en la aparición del acné?



Ana Fonlo Barreu
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00167

"El acné es un trastorno de la piel, ocurre cuando los folículos pilosos se tapan con grasa y células cutáneas muertas. A menudo, ocasiona la aparición de puntos negros, comedones o granos, suele aparecer en la cara, la frente, el pecho, la parte superior de la espalda y los hombros, es habitual en adolescentes, pero también puede aparecer en la edad adulta".

Son muchos los años que se lleva pensando que el chocolate es el culpable de la aparición del acné. Por lo que me ha parecido útil indagar más allá con el tema de la alimentación y su relación con el acné.

En primer lugar desmitificar dicho mito, el chocolate no produce granitos, dependerá del tipo de chocolate que consumamos, blanco, con leche, de sabores... así que es importante saber si contiene leche en su composición y si contiene azúcar y en qué cantidad, ya que parece ser que algo de verdad sí que tiene el mito anterior, ¿Qué tiene que ver el chocolate entonces? pues... no es el cacao el que lo produce los granitos si no, la leche que pueda contener (lo explico en el párrafo posterior) y los azúcares refinados (los de elevada carga glucémica como explico en párrafos posterior-



res), que quiere decir, que un chocolate sin leche y sin azúcares añadidos no nos va a dar este problema, o el cacao puro.

¡Ojo! Con los chocolates que no son tan puros y que en vez de contener azúcar, éste está sustituido por algún tipo de edulcorante, ya que también se ha visto que los edulcorantes modifican la microbiota intestinal y ello también favorece la aparición del acné.

Precusores hormonales y la carga glucémica

La leche en cambio, parece si estar relacionada con el acné, aunque no en sí por la grasa que contiene, ya que la desnatada es la que más se relaciona, si no por los precursoros hormonales que contienen, precursoros de testosterona que son los que estimulan la producción de sebo, encargado de obstruir los poros. También los lácteos en general, por ejemplo los quesos, que durante la fermentación producen estos precursoros hormonales. Así que habría que reducir su ingesta a 200ml-500ml al día.

También influyen los alimentos según su carga glucémica (es la cantidad de azúcar que tiene un alimento, así como la velocidad con la que llega a la sangre una vez es ingerido). Los alimentos con alta carga glucémica son los encargados de este "problema" es decir: los dulces, azúcares, bollería industrial... todos

los elaborados con cereales blancos (arroz, pan, dulces...) y también los que contienen alta cantidad de azúcar: zumos, bebidas azucaradas, bollería industrial.

Así que para evitar la producción de granitos lo mejor es comer de forma saludable, tomar cereales con menor carga glucémica (legumbres, cereales integrales, frutas, verduras, hortalizas... para evitar que aumente rápidamente la glucosa en sangre). Y en cuanto a los lácteos ¡Cuidado! Evítalos si tienes una piel grasa propensa al acné, pero sustitúyelos por alimentos que los suplan de forma adecuada, alimentos que sean ricos en vitamina D, Calcio y proteínas entre otros, importantes sobre todo en épocas de crecimiento. Ten en cuenta que ningún alimento es indispensable, siempre podemos buscar otros alimentos que nos aporten esos nutrientes que nos hacen prescindir de otros, así como una buena complementación alimentaria.

Para tratarlo y evitarlo hay siempre que complementar el tratamiento dietético con un buen tratamiento cosmético, una buena limpieza higiene diaria con productos adecuados para ese tipo de piel, y usar cremas específicas según el tipo de acné (siempre optar por productos no comedogénicos)

Ponte en manos de un dietista-nutricionista colegiado, el te guiará y te elaborará una dieta adecuada para tu caso en concreto.



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**

Tabaquismo y enfermedad renal, ¿tienen relación?

*Dr. Adib Antonio Reyes Figueroa. FEA Urología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud
Dra. Sandra García Sáez. FEA Neumología. Hospital San Jorge. Huesca*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de tabaco es la principal causa de muerte prevenible en el mundo, esto debido a la reducción de las muertes cardiovasculares y por cáncer.

En el último informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, se concluye que el tabaco mata cada año a casi 6 millones de personas siendo más del 80% de estas muertes en países de bajos y medianos ingresos. Tabaco como Factor de Riesgo de Enfermedad Renal. Sí que tienen relación...

Durante años el tabaco se relacionó principalmente a enfermedades pulmonares, cardíacas y vasculares, no existiendo inicialmente una clara evidencia científica que fumar podía producir daño renal.

Recién en el año 1996 se publica un trabajo que asocia el fumar con un incremento en el riesgo de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Posteriormente en los años 2000 y 2002 aparecen trabajos de seguimiento en población sana en la que se correlaciona fumar con la aparición de microalbuminuria y proteinuria, marcadores reconocidos de daño renal crónico.

El año 2003 se publica el estudio Noruega HUNT 2, con un seguimiento a 10 años, de más de 60.000 personas, que concluye que un sujeto que fuma 20 cigarros día por 15 años tiene 9 veces más riesgo de tener insuficiencia renal crónica que un sujeto no fumador.

Es así cómodo desde el año 2003 la comu-

nidad nefrológica mundial incluye el tabaco junto a diabetes, hipertensión y edad, dentro de los factores de riesgo de progresión y de iniciación de enfermedad renal crónica.

Mecanismos de daño renal

Varios y complejos mecanismos se han enumerado para explicar los posibles efectos nefrotóxicos que el tabaco produce a nivel renal, esto sumado a la presencia de al menos 4000 partículas presentes en el humo han hecho que existan diversas publicaciones atribuyéndole importancia tanto a la nicotina como a otros químicos.

Estos efectos nefrotóxicos se pueden dividir en:

- **Alteraciones hemodinámicas**, como son el aumento de la presión arterial sistémica y de la resistencia vascular renal.
- **Alteraciones no hemodinámicas**, como activación de factores de crecimiento (angiotensina II, endotelina, TGF beta), injuria endotelial, toxicidad de las células tubulares, estrés oxidativo, entre otras.

Es así como estas alteraciones producto de la inhalación del tabaco, llevan a hipertensión glomerular, daño vascular y fibrosis intersticial, lo que se traduce en un daño histológico que se ha evidenciado incluso en biopsias de fumadores supuestamente sanos, y que se caracteriza por engrosamiento de las arteriolas renales (llamada hiperplasia miointimal), glomeruloesclerosis y fibrosis y atrofia tubular.

El engrosamiento de las arteriolas renales es la alteración histológica que más caracteriza

a los fumadores y es la que finalmente lleva a isquemia renal y daño renal crónico primario. Pero además, está comprobado que esta misma isquemia renal acelera la progresión de la nefropatía diabética, hipertensiva y de cualquiera enfermedad renal y reduce la sobrevida de los riñones trasplantados.

Suspensión del hábito tabáquico

Lo más importante quizás es reconocer que el tabaco es un factor de riesgo prevenible y que los efectos beneficiosos del cese del hábito tabáquico están bien establecidos, tanto para reducir el riesgo de progresión de enfermedad renal crónica, como el de enfermedad cardiovascular y el riesgo de muerte que conlleva esta adicción.

Empoderamiento del paciente y APPs de salud, un nuevo reto

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

La aparición de tecnologías en el campo de la salud supone cada vez un recurso más utilizado tanto por los profesionales sanitarios, como por la población en general. Las aplicaciones y wearables que aparecieron a raíz de irrupción de la mHealth definida por la OMS “como la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes digitales y otros dispositivos inalámbricos”, ha originado que todos los agentes implicados en el campo de la salud se hayan adaptado a este nuevo paradigma de la atención socio-sanitaria.

El empoderamiento del paciente -algo indiscutible del fenómeno mHealth- alcanza toda su dimensión, pues ya se puede hablar de un paciente experto, plenamente consciente de la importancia que el autocuidado desempeña en su salud y la trascendencia que tiene la participación de forma activa en el abordaje de su enfermedad. Las apps son una ayuda en este proceso haciéndolo de forma personalizada y dinámica, aportando información de calidad y facilitando la transmisión de experiencias.

Un factor que no podemos obviar es que el éxito de su uso ha proliferado por el implementación de otras muchas aplicaciones que ya forman parte de nuestra vida cotidiana como son las dedicadas a temas de ocio, comunicación, socialización, compras, etc. como acredita un reciente estudio que revela que

el 60% del tiempo que los usuarios dedican al mundo digital, lo invierten en aplicaciones. Las aplicaciones de estilo de vida y bienestar, enfocadas a la modificación de hábitos y a incentivar formas de vida más saludables, en las que además se emplean técnicas de gamificación incorporando elementos derivados del juego para implicar y motivar al usuario en este cambio conductual, entiendo que no precisan de ningún requisito excepcional para su acceso. Según el informe “El valor creciente de la salud digital” (Instituto IQVIA de Ciencias de la Información Humana), la mayoría de las aplicaciones desarrolladas en el campo de la salud se refieren al bienestar general, dedicándose a aquellas relacionadas con el control de estado de salud, generalmente vinculadas con la atención al paciente, el 40%.

Apps con la marca CE

Pues bien, es en estas últimas donde se deben establecer unos criterios que garanticen la seguridad y la salud del producto sanitario que se está utilizando y en ese sentido tanto los profesionales como los organismos sanitarios, deben ser los agentes encargados de guiar al usuario en la selección de aquellas que estén acreditadas y reguladas. Así, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) recomienda el uso de las apps que contengan la marca CE por el nivel de confianza que presentan en base a criterios de aval de prestigio, rigor científico, evaluación general, tiempo en el mercado y el transcurrido desde la última versión. Las propias federaciones de pacientes solicitan a los profesionales sanitarios que “receten aplica-

ciones de salud” que sean fundamentalmente seguras y que les ayuden a comprender la enfermedad, opciones de tratamiento y que les dé un apoyo práctico. La Agencia de Calidad de Sanitaria Andaluza ha creado un distintivo de AppSaludable que cuenta con un exigente sistema de certificación que dota a aquellas que lo obtienen de un alto nivel de fiabilidad. Es importante que se establezca una validación desde los organismos sanitarios y ante los que los responsables de las apps queden comprometidos a que sus contenidos se adecuen a la audiencia, sean transparentes sobre la identidad y localización de sus desarrolladores, garanticen la autoría y cualificación profesional de los responsables de los contenidos, se actualice la información, utilice fuentes fiables, contemplen la gestión de riesgos e incidentes adversos. Y sobre todo, que garanticen la confidencialidad, privacidad y protección de datos de los usuarios. Es preciso llevar a cabo ajustes en relación con los criterios funcionales y tecnológicos y de seguridad que aporten valor real tanto a los profesionales como a los pacientes. El envejecimiento de la población y el aumento de enfermos crónicos convierte en un auténtico reto para las autoridades sanitarias el arbitrar las medidas tendentes a que este tipo de herramientas se implanten en los servicios de salud por los beneficios añadidos que tienen como son la mejora en la adherencia de los tratamientos, a un mayor y mejor seguimiento del paciente, la optimización de los servicios y reducción de costes y el fomento de una mejor coordinación asistencial.



El síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que trabajan en las unidades de cuidados intensivos

Loreto Abardía Tosat. Enfermera Servicio Medicina Intensiva

Paula Omedas Bonafonte. Médico Servicio Medicina Intensiva

María Marín Ibáñez, Ana Sousa Bernués y Loreto Ibor Serrano. Enfermeras Servicio Medicina Intensiva Hospital San Jorge. Huesca

El síndrome de Burnout (síndrome del “quemado”), fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg, psiquiatra norteamericano que considero que el Burnout se trata de un estado de fatiga o bien de frustración que surge de la dedicación a una causa, forma de vida o relación en la que no produce el esperado esfuerzo. La definición más aceptada para describir el síndrome de Burnout es la propuesta por Maslach C. y Jackson S.E. en 1976.

Estos mismos autores crearon también una escala para cuantificar y valorar el síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, denominada Maslach Burnout Inventory (MBI). Se trata de un cuestionario de 22 ítems el cuál evalúa las tres dimensiones que componen dicho síndrome. Una puntuación alta en agotamiento emocional y despersonalización y una puntuación baja en realización personal reflejan un grado alto de Burnout. Las tres dimensiones que engloba la definición son:

- **Agotamiento emocional:** pérdida progresiva de energía, desgaste, cansancio y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o como combinación de ambas.
- **Despersonalización:** actitudes negativas,

irritabilidad y respuestas frías e impersonales hacia las personas.

- **Falta de realización personal:** respuestas negativas hacia sí mismos y el trabajo, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, incapacidad para soportar la tensión, baja productividad y autoestima.

La Enfermería es considerada un grupo de riesgo, por ser una profesión que trabaja a diario enfrentándose a situaciones complicadas de atención a la muerte, el dolor y situaciones terminales. Además, implica un contacto directo y continuo con personas. El trabajo en las unidades de cuidados intensivos (UCI) puede ser especialmente estresante debido a la alta mortalidad y morbilidad del paciente. Esta situación se puede agravar cuando los profesionales perciben no disponer del tiempo suficiente o presentar recursos limitados para prestar una atención adecuada a cada paciente.

El Síndrome de Burnout, según varias sentencias judiciales, se ha declarado como accidente laboral, esto conlleva la existencia de factores de riesgo objetivables, por ello, la prevención mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento es un punto clave. Las intervenciones de mayor éxito para su prevención y tratamiento son el mindfulness y la resiliencia.

La prevalencia del síndrome es muy variable en función de las características de la ciudad y el país. En España la prevalencia se encuentra en niveles medios y bajos.

Factores de riesgo

Algunos estudios apuntan que los niveles de Burnout son más elevados en unidades de hospitalización que en las propias unidades de cuidados intensivos, esto puede deberse a que en ella se ha trabajado más por “cuidar” las condiciones laborales del personal. Con ello queda constancia de que si se trabaja sobre el entrono se consiguen grandes resultados. Por ello, las variables organizativas y socio-laborales resultan ser el principal factor de riesgo. El profesional que realiza turnos de 12h presenta unos niveles más elevados de Agotamiento emocional y despersonalización que aquellos que trabajan en turno fijo y rotatorio.

Las variables personales y los rasgos de personalidad de cada profesional también constituyen un factor de riesgo. La gran mayoría de estudios señalan como perfil de trabajador en riesgo, que sea mujer, entre los 35 y 45 años, con contrato fijo y una experiencia laboral mayor de 16 años y una antigüedad en el puesto de trabajo actual menor o igual a 8 años.



MERRELL®

BOREAL®

HH[®]
Helly Hansen

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