

SUMARIO

- 3** Pacientes de Baja Visión
- 4** Acoso escolar o bullying
- 6** Protección solar y trasplante renal
- 7** La enfermedad del hígado graso no alcohólico
- 8** El síndrome de stendhal, un curioso trastorno del viajero
- 9** ¿Qué es el Trastorno dismórfico corporal o Dismorfofobia?
- 10** La eyaculación precoz, impacto sobre el varón y la pareja
- 11** Síndrome de congestión pélvica
- 12** Consejos y beneficios sobre el uso del bastón
- 13** Síndrome de text neck o cuello de texto
- 14** Fármacos en verano
- 15** La música: un tratamiento más de los pacientes críticos
- 16** Actividad física y depresión
- 17** Trastornos de la conducta alimentaria: la pica
- 18** ¿Qué es el Síndrome del Dolor Regional Complejo (SDRC)?
- 19** ¿Qué es la infiltración caudal o bloqueo epidural lumbar?
- 20** Carcinoma de cavidad oral, el gran desconocido
- 22** Complicaciones médicas y anestésicas de los tatuajes
- 24** La Puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

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



¡Feliz verano!!

Este texto lo está leyendo un futuro paciente/cliente tuyo.

Aprovecha la oportunidad que te ofrece **Zona Hospitalaria Aragón** para llegar a ellos:

- Revista escrita por los médicos y profesional sanitario de Aragón.
- Distribución de 10.000 ejemplares en los Centros de Salud y Hospitales de Aragón.
- El pdf de la revista lo reciben 2.000 suscriptores y todos los Colegios Oficiales, Sociedades, Fundaciones y Asociaciones de Aragón vinculados con la medicina y la salud.
- La página web **www.zonahospitalaria.com** ha sido visitada por más de 170.000 personas en junio y supera los 1.500 artículos.

Solicita tarifas: aragon@zonahospitalaria.com **T** 948 276 445

Pacientes de 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

DMAE, glaucoma, retinopatía diabética, retinosis pigmentaria, miopía magna, y otras, provocan pérdida de visión.

Son patologías con afección visual, conllevan además de la pérdida de visión, una disminución de la calidad de vida: pérdida de movilidad, incapacidad para realizar tareas hasta ahora habituales, etc...

Dependiendo de la patología tendrán pérdidas de visión en el campo central o en la periferia. Estos pacientes no mejoran con la graduación en gafa, ni con acertados tratamientos médicos, farmacológicos o quirúrgicos, Se consideran pacientes de Baja Visión, aquellos cuya Agudeza Visual en el mejor de los ojos es menor o igual al 30% o su Campo Visual inferior a 20°.

¿Cómo ven las personas con Baja Visión?

En función del motivo causante, la percepción puede ser borrosa, parcheada, reducida al centro de la visión o a la periferia, etc... Habrá quien sea capaz de leer y reconocer caras, pero no moverse con autonomía. Otros podrán caminar sin ayuda, pero no podrán leer carteles o reconocer caras.

¿Qué pasos debe seguir un paciente con Baja Visión?

Después de que su oftalmólogo le haya realizado el diagnóstico y tratamiento farmacológico y/o quirúrgico adecuado, ir a un centro especializado en Baja Visión.

YANGUAS ÓPTICOS dispone de Servicio en Baja Visión. Somos un equipo de optometristas especialistas en Baja Visión, capacitado para evaluar la ayuda óptica que pueda potenciar su resto visual y mejorar su calidad de vida.

¿Cómo procede el especialista en Baja Visión?

El equipo de especialistas le realizará una serie de pruebas.

Valorará la máxima visión que pueda aprovechar, le prescribirá los aumentos necesarios para su caso según sus necesidades y limitaciones visuales, ejercicios para enseñarle a usar y sacar el máximo aprovechamiento de su visión y del uso de las Ayudas Visuales y programas para mejorar las habilidades de su vida diaria con el fin de obtener la máxima autonomía personal.

¿Qué son las Ayudas Visuales?

En función del resto visual del paciente y de su patología se prescribirán diferentes tipos de Ayudas. En el caso por ejemplo de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), es una degeneración de los tejidos que ocupan la retina central, responsable de la visión del color y de los detalles de nuestra línea de mirada. No suele afectar a la periferia de la misma, con lo cual los objetos grandes no dejan de verse. Sin embargo, los objetos pequeños del centro de la mirada quedan parcialmente o totalmente ocultos a la vista. Una vez definida con precisión la graduación y los datos de calidad visual del paciente, le prescribiremos una o varias ayudas ópticas específicas, cuya misión es la de aumentar o agrandar el tamaño de los detalles. De esta forma podrán ser vistos con el resto visual periférico que aún conservan. Existe una enorme cantidad de opciones que con diferentes niveles de dificultad hay que entrenar para poder extraer de cada una de ellas el máximo rendimiento.

En **YANGUAS ÓPTICOS BAJA VISIÓN** le vamos a calcular el aumento necesario y la distancia de trabajo para cada ayuda, desde una simple lupa hasta una ayuda electrónica.

En el caso de afecciones de retina periférica como la retinosis pigmentaria o el glaucoma cobra especial atención la rehabilitación en orientación y movilidad y **controlar la luz** que entra en retina. Con lo cual cobran especial importancia **los filtros selectivos**.

Los filtros selectivos, favorecen el contraste tan disminuido en los pacientes con Baja Visión, reducen el deslumbramiento y favorecen la adaptación del paso de luz a oscuridad tan molesta para la visión de cualquier paciente.

Cuando el deslumbramiento afecta lateralmente, podemos evitarlo con monturas que llevan filtros laterales, evitando la entrada de luz...

En **YANGUAS ÓPTICOS** le personalizamos el filtro selectivo que el paciente necesita, bien por deslumbramiento de luz artificial como para luz exterior.

El filtro selectivo reduce la luz que provoca malestar visual, el paciente manifiesta mayor confort visual, máxima protección UV, máximo contraste, máxima transmitancia (pasa la luz beneficiosa para la visión y no la que molesta) y prevención.

Como se puede comprobar, estamos ante un problema de salud complejo que precisa de una ayuda multidisciplinar especializada (oftalmólogos, optometristas especialistas en Baja Visión, psicólogos) para obtener los resultados de una buena terapia.

La clave está en hacer entender al paciente que debe iniciar una nueva etapa de vida mediante el uso y entrenamiento de las ayudas para rehabilitar el resto de visión que aún le queda, por disminuida que sea.

Desde **YANGUAS ÓPTICOS** aconsejamos que estar bien informado es el primer paso para prevenir.

El 80% de las cegueras son evitables con una detección precoz, si se identifican de una manera temprana. Esto permite una intervención de la enfermedad, por parte del oftalmólogo.



Acoso escolar o bullying

Marta Alonso Sendrós. Enfermera. Centro de Salud Picarral. Sector I Zaragoza
Ana Isabel Hoyos Jiménez. Enfermera, Centro de Salud Picarral. Sector I Zaragoza
Laura Basarte Gaspar. Enfermera, Centro de Especialidades San José. Sector II Zaragoza

Alrededor del 32% de los niños en edad escolar, en España, reconocen haber sido víctima de acoso o violencia por parte de alguno de sus compañeros de clase. El acoso escolar es un fenómeno, desgraciadamente, presente en todos los centros escolares y que causa problemas de salud.

¿Qué es el acoso escolar o bullying?

Entendemos por acoso escolar una agresión injustificada, de forma reiterada en la que existe un desequilibrio de poder. Es decir, un tipo de violencia ejercida por un niño, o grupo de niños, que tiene como finalidad lastimar, humillar o aislar a otro, sin que haya una provocación previa y con el conocimiento de que la víctima no está capacitada para defenderse. La palabra bullying proviene del inglés, bully que significa "matón". Para afirmar que existe bullying o acoso escolar deben existir los siguientes 3 criterios: Intencionalidad, Repetición y Abuso de poder.

Existen varios tipos de acoso escolar, a los que han existido siempre, como son la agresión física o verbal, la exclusión social y el acoso sexual; hay que añadirle uno más reciente que es el ciberacoso (el acoso a través de las nuevas tecnologías; móvil, ordenador, redes sociales...).

En toda situación de acoso existen 3 participantes que crean el llamado "triángulo del bullying", estos son: víctima, acosador y espectador.

Existen numerosas razones por las cuales un alumno se convierte en acosador. Entre las más populares encontramos que chicos que se comportan de un modo agresivo para afrontar una situación personal difícil, otros son víctimas de abuso y trasladan a los demás su sentimiento de humillación abusando de los demás. En otros casos el alumno busca sentirse poderoso o superior, quieren popularidad y amigos, son infelices y tratan de conseguir sus objetivos a la fuerza. Por lo general la persona acosada o víctima

no suele ser popular, suele ser una persona tímida, asertiva, introvertida, con personalidad débil (inseguro, autoestima baja, sumiso), con algún rasgo que le hace diferente (complexión débil, obesidad, portador de gafas...). Suelen ser ignorados por el resto de sus compañeros y tienen dificultades para imponerse y ser escuchados.

El espectador juega un papel importante también en este triángulo, ya que con su silencio y complicidad fomenta el éxito de esta práctica.

Cómo detectar si mi hijo sufre acoso escolar

A la mayoría de los niños que sufren acoso escolar les da vergüenza hablar del tema, creen ser unos cobardes, que se lo merecen o que puede tener represalias el hablar de ello. Por ello se recomienda a los padres en casa estar atentos a algunos puntos clave para detectarlo:

- Trastornos psicósomáticos: no quiere ir a la escuela: se encuentra mal por la mañana

(dolor de tripa, cabeza...); o en la escuela dice que no se encuentra bien y pide que le vayan a recoger.

- Cambio de hábitos; no va a clase, cambia de ruta para ir, pide que lo acompañen, no quiere salir con los amigos...
- Baja el rendimiento académico.
- Cambios en el carácter: más irritable, aislados, arisco, angustiado, pierde confianza en sí mismo, tristeza injustificada, miedo...
- Trastornos en el apetito: debe alertarnos tanto la pérdida de apetito como el aumento repentino ya que puede ser debido a que le hayan quitado el almuerzo/merienda.
- Alteraciones del sueño: pesadillas, gritos, le cuesta conciliar el sueño, mojar la cama
- Agrede a niños/hermanos menores.
- Marcas físicas de agresión.
- Objetos personales y escolares rotos o desaparecen.
- Da justificaciones extrañas para lo anterior o insiste en que no le pasa nada.

Factores que predisponen

Cualquiera puede ser víctima de acoso escolar en un momento determinado, conviene saber que hay factores predisponentes:

- Sobreprotección por parte de los padres:

niños que no han tenido la oportunidad de experimentar la confrontación con problemas o que han sido educados en un ambiente acogedor y tolerante y fuera de él, se sienten inseguros.

- Niños muy activos que participan de manera errónea, sus equivocaciones sirven como excusa de burla a los agresores.
- Alumnos muy aplicados que entablan buenas relaciones con el profesorado pueden ser objeto de envidia.
- Alumnos con necesidades especiales pueden ser incomprendidos por los compañeros.
- Alumnos en minoría étnica.

¿Qué hago si mi hijo sufre acoso escolar?

El acoso escolar puede llevar a trastornos psiquiátricos, por ello es necesario su pronta detección y actuación.

- Es importante establecer un canal de comunicación abierta con tu hijo. No trates el tema como "cosas de críos", no es un tema banal. Averigua como se siente, hazle saber que confías en él, que no tiene la culpa de lo que le está ocurriendo, que vas a estar a su lado en todo momento.
- Ensayar estrategias de actuación frente a los

acosadores, siempre con asertividad, aplicar frases tales como "no voy a dejar que me hagáis esto más", "voy a contar todo lo que me estáis haciendo". Fomentar su autoestima.

- El cambio de centro no debería ser nuestra primera opción. Deberíamos informar a los tutores y tratar al centro como un aliado, desde el colegio deberían tomar las medidas necesarias para que no se produzcan estas actuaciones y en caso de que se produzcan, remediarlas. El niño necesita recuperar confianza en sí mismo, reconstruir sus habilidades sociales y solo podrá si se enfrenta a sus acosadores.
- En algunos casos el acoso escolar ha podido generar ansiedad, trastornos de estrés postraumático, depresión... por ello sería recomendable hablar con algún profesional de la salud como podría ser el psicólogo del colegio y/o con su pediatra.

En la mayoría de las ocasiones la causa del acoso escolar se encuentra en las mismas aulas o en el entorno familiar, por lo que será importante prevenirlo desde estas áreas; a través de la educación y de la relación escuela-familia. Es tarea de todos prevenirlo y detectarlo a tiempo.



Seguro de Baja Laboral



ESTAMOS
CON USTED
DURANTE SU BAJA
LABORAL

**Siéntase seguro
en situaciones adversas**

Con el nuevo Seguro de Baja Laboral, A.M.A. proporciona a sus mutualistas una cantidad económica* para compensar la falta de ingresos durante la baja laboral.

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



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

Síganos en 

y en nuestra APP 

[*] La cantidad económica diaria queda previamente fijada en las condiciones de la póliza. Indemnización según baremo

Protección solar y trasplante renal

Marta Cuberes Izquierdo. Servicio de Nefrología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Lucía Prieto Torres. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Los pacientes trasplantados viven un largo proceso de enfermedad desde el diagnóstico hasta el trasplante. Su sistema inmunológico se va debilitando y la piel, que actúa como primera barrera contra los agentes externos, está más expuesta a agentes dañinos. Como consecuencia, son más frecuentes los problemas dermatológicos, especialmente los tumores cutáneos relacionados con la radiación ultravioleta y las lesiones precancerosas, denominadas queratosis actínicas.

La combinación de los fármacos inmunosupresores y la radiación ultravioleta son los factores que más se relacionan en los pacientes trasplantados de órgano sólido con la aparición de cáncer cutáneo no melanoma. En comparación con la población general, los tumores cutáneos que desarrollan tienden a aparecer en edades más tempranas, suelen presentarse en forma de tumores múltiples, tienen más tendencia a la recidiva y se comportan de forma más agresiva.

Fotoprotección en paciente trasplantado

La protección solar es un hábito de salud. Más allá de prevenir la aparición de lesiones estéticas en forma de manchas y arrugas (fotosenescimiento), también previene la aparición de tumores cutáneos.

La fotoprotección debe recomendarse siempre y a toda la población y especialmente a los pacientes con trasplante renal ya que son

población con mayor riesgo de sufrir daño por las radiaciones ultravioletas.

Medidas principales de fotoprotección

HÁBITOS: Se debe evitar la exposición solar directa y prolongada, especialmente en las horas centrales del día (entre las 12 y las 16 h) ya que en este periodo la cantidad de radiación ultravioleta es mucho más intensa. No hay que olvidarse de la fotoprotección en los días nublados o al realizar actividades cotidianas al aire libre (ir al parque, pasear...). Hoy en día existen aplicaciones en el móvil que nos informan del índice de radiación ultravioleta. Cuando este índice es mayor o igual a 3, es recomendable protegerse exhaustivamente del sol.

VESTIDOS: Es importante la utilización de ropa adecuada. Se recomienda el uso de prendas (gorros, camisetas, pantalones...) confeccionadas con materiales eficaces a la hora de evitar ser atravesados por los rayos solares. Igualmente de importante es el uso de gafas de sol homologadas para evitar el daño en los ojos producido por la exposición solar.

FILTROS SOLARES: Son productos que se aplican sobre la piel para protegerla de los rayos ultravioleta, tanto de los denominados A (UVA) como de los B (UVB). Ofrecen un grado de protección frente a la radiación ultravioleta que se puede medir mediante el índice FPS (Factor de Protección Solar). Este índice nos indica el número de veces que se aumenta la capacidad de defensa natural de nuestra piel frente a los efectos de los rayos ultravioleta.

Tipo de bloqueador (fotoprotector) frente a radiaciones UVB	FPS
Bajo	2, 4, 6
Medio	8, 10, 12
Alto	15, 20, 25
Muy alto	30, 40, 50
Ultra	+ 50

- Tiene que ser aplicados unos 30 minutos antes de la exposición solar y en cantidad suficiente.
- La aplicación ha de ser renovada después de cada baño prolongado (más de 20 minutos) o cada 2-3 horas.
- Lo idóneo es utilizarlos correctamente junto con el resto de las recomendaciones de fotoprotección comentadas anteriormente.

En los pacientes trasplantados es especialmente importante el seguimiento de estas medidas preventivas así como la autoexploración ya que es fundamental para detectar lo más precozmente posible tumores cutáneos y lesiones precancerosas que deben tratarse por parte del dermatólogo antes de que aparezca el cáncer cutáneo.

Es importante recordar que en estos pacientes hay que proteger tanto las zonas expuestas (cuerpo cabelludo, cara, orejas y escote...) como el dorso de las manos, puesto que es un lugar afectado con frecuencia por estas lesiones y por tanto en la que hay que aplicar el fotoprotector solar diariamente. Ante la duda de si una lesión de nueva aparición es un tumor cutáneo, debe acudir al dermatólogo.



La enfermedad del hígado graso no alcohólico

Laura Bolea Laderas, Nuria Guiral Fernández y Claudia Martínez Huguet. Facultativos especialistas en Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Huesca.

Clara M^a Bibián Getino. Facultativo especialista en Geriátrica. Hospital de Barbastro. Huesca

Sara Mur Laspalas. DUE. Hospital de Barbastro. Huesca.

La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) hace referencia al acúmulo de grasa en el hígado sin existir otra causa conocida (como por el ejemplo el consumo de alcohol). Actualmente se le considera la causa más frecuente de enfermedad hepática en los países industrializados, a pesar de que en la mayoría de las ocasiones permanece sin diagnosticar.

Factores ambientales y genéticos

La obesidad, la diabetes, la hipertensión y el exceso de colesterol son considerados como factores predisponentes y con una fuerte asociación a esta entidad. El mecanismo por el que se produce es complejo y todavía no se conoce por completo, aunque parece existir una interacción entre factores ambientales y genéticos.

La enfermedad del hígado graso no alcohólico se divide en hígado graso no alcohólico y en esteatohepatitis no alcohólica, haciendo mención el primer subtipo a la ausencia de inflamación, mientras que en el segundo, el acúmulo de grasa se encuentra asociado a un estado de inflamación y daño celular; que puede conducir, según los estudios de investigación, en un periodo de más de 10 años, a una cirrosis hepática en alrededor del 30% de los casos, con todas las complicaciones que pueden derivarse de esta situación. La

EHGNA se diagnostica en muchas ocasiones por casualidad al realizar unos análisis rutinarios de sangre, con la detección de una elevación de transaminasas o mediante la realización de una ecografía de abdomen por otro motivo distinto. Si bien es cierto que la prueba de confirmación es la realización de una biopsia hepática; esta prueba no se realiza de rutina y solamente se suele practicar en aquellos casos en los que se quiera establecer un diagnóstico diferencial con otras entidades así como con fines de investigación. Por todo ello, la historia clínica haciendo mención al consumo de alcohol (este consumo deberá ser menor de 20 gr/día), la exploración física del paciente, unos análisis que incluyan un perfil hepático alterado y que descarten un origen viral, autoinmune o por depósito de hierro, entre otros, de la hepatopatía y las pruebas de imagen con resultados compatibles, pueden ser más que suficientes para conducirnos hacia su diagnóstico.

Tratamiento

En cuanto a su tratamiento, la actuación inicial debe orientarse hacia una modificación en el estilo de vida, promoviendo una reducción de peso y un aumento de la actividad física, si bien es cierto que en un porcentaje nada despreciable de pacientes no presentan obesidad, por lo que será necesario hacer un especial hincapié en la modificación de la ali-

mentación que incluya una dieta mediterránea, favoreciendo siempre la actividad física dentro de lo posible. Estas modificaciones en el estilo de vida han demostrado mejorar los parámetros analíticos e incluso histológicos (disminución en el grado de inflamación y de acúmulo de grasa). En cuanto a tratamiento farmacológico, se ha realizado una amplia investigación con fármacos relacionados con la diabetes y antioxidantes entre otros, sin embargo ninguno de ellos en particular ha demostrado un beneficio claro y evidente, no existiendo todavía ninguna evidencia a largo plazo.

En conclusión, la EHGNA es una entidad con una fuerte relación con la diabetes, la obesidad, la hipertensión y el exceso de colesterol, que puede conducir hacia un trastorno potencialmente grave del hígado, cuya prevalencia se encuentra en aumento en los países occidentales, siendo ya considerada en el momento actual como la enfermedad hepática más frecuente en nuestro medio. Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado un gran beneficio por el momento, es por esto que un especial hincapié en hábitos de vida saludable siguiendo una dieta mediterránea y una práctica habitual de actividad física, pueda ser una herramienta fundamental de prevención en su aparición y un pilar fundamental en el tratamiento de esta patología.

El síndrome de Stendhal, un curioso trastorno del viajero

M^a Estela Viñuales Luis. Médico psiquiatra CRP Santo Cristo de los Milagros. Huesca

Catalina Bestué Felipe. Médico psiquiatra Hospital de Día de Psiquiatría. Tudela

Raquel Sanjuán Domingo. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS Cantavieja. Teruel

El síndrome de Stendhal es un síndrome psicossomático que se ha relacionado con la contemplación de múltiples obras de arte en un corto período de tiempo por parte de personas con cierta hipersensibilidad al goce artístico. Se le ha llamado también “estrés del viajero” o “síndrome de Florencia” al relacionarse principalmente con esta bella ciudad italiana.

Un poco de historia

Este cuadro fue descrito por primera vez por el escritor francés D. Henri Marie Beyle, que firmaba sus obras bajo el pseudónimo de Stendhal. Sucedió el 22 de enero de 1817, cuando visitando la basílica de la Santa Cruz en Florencia, sufrió un cuadro de mareo, taquicardias y sudoración, sintiéndose abrumado por la exposición a tanta belleza artística. Así lo recogió en su libro “Nápoles y Florencia: Un viaje de Milán a Reggio” con el siguiente párrafo: “Había llegado a ese punto de emoción en el que se encuentran las sensaciones celestes dadas por las Bellas Artes y los sentimientos apasionados.

Saliendo de Santa Croce, me latía el corazón, la vida estaba agotada en mí, andaba con miedo a caerme”. No es hasta 1979 cuando se describe este cuadro como un síndrome por la psiquiatra italiana Graziella Magherini que observó más de cien casos similares entre

turistas y visitantes en la ciudad de Florencia.

¿En qué consiste?

Más que un trastorno mental, se considera que es una forma de reacción psicossomática. Las emociones que sentimos al admirar obras de arte de gran belleza, originarían los mismo síntomas físicos que sufrió Stendhal en su visita a Florencia o incluso otros como crisis de pánico, sensación de despersonalización y/o desrealización, deseos de destruir las obras o miedo a perder el control y dañarlas, paranoia y alucinaciones.

¿Por qué se produce?

Este tipo de reacción parece más probable en determinadas personas con rasgos de personalidad como la sugestionabilidad, la sensibilidad o la impresionabilidad, que han realizado ese viaje a propósito de poder visitar esas obras por ellos previamente admiradas. Existen factores acompañantes que pueden favorecer su aparición como el cansancio, el sueño y la escasa ingesta alimentaria, que a veces pueden darse en experiencias más intensas de viaje.

¿Cuál es el tratamiento?

La mayoría de los casos son reacciones leves, y sin existir un tratamiento específico, cada caso se orientará en función de la clínica, bastando algo de reposo en los casos más

benignos o precisando una intervención más intensa en los casos que presentan clínica psicótica.

En debate su existencia

Se ha cuestionado si se trata de un verdadero síndrome o simplemente es una reacción psicossomática en personas conocedoras del mismo, que al hallarse ante una exposición importante de arte o en escenarios históricos, se predisponen a que les ocurra lo mismo que al escritor francés produciéndose una reacción autoinducida por el mismo sujeto. Otros han postulado si no se tratará de una forma de marketing para publicitar la ciudad de Florencia, ya que aunque no es algo que suceda específicamente allí, si que es la ciudad más ligada tradicionalmente a este síndrome. Sea lo que fuere, lo que es innegable es que el arte en sus diferentes modalidades, ya sea una canción especial, una película o una obra de teatro, puede llegar a hacernos sentir sensaciones físicas relacionadas con esa conmoción y disfrute. Un ejemplo que ilustra como la belleza puede conmover y transformar se recoge en el “mito de Pigmalión”, donde el rey Pigmalión se enamora de una de las estatuas creadas por él, Galatea. Trata a Galatea como si de una verdadera mujer se tratara. La diosa Afrodita, conmovida por los deseos del rey, interviene y Galatea cobra vida transformándose en humana.

¿Qué es el Trastorno dismórfico corporal o Dismorfofobia?

Irene Luna Fernández. Enfermera. Terapeuta Ocupacional. Sector II Zaragoza.

Carmen Marco Espinosa. Enfermera. Sector II Zaragoza.

M^a Victoria Santa Eulalia Gonzalvo. Enfermera especialista en Salud Mental en Hospital de Día. Sector II Zaragoza.

En la actualidad el interés por la belleza, el aspecto físico y la imagen corporal se ha convertido en una industria que mueve diariamente una gran cantidad de dinero en todo el mundo.

La evolución de los estereotipos de belleza se ha ido comprobando notablemente a lo largo de los años y la preocupación por el cuerpo y los cánones de belleza se hacen incuestionables en nuestra sociedad.

Concedemos una gran importancia al ideal estético pudiendo aparecer frecuentemente "complejos o preocupaciones" tales como la presencia de acné, el uso de gafas, el tamaño de las orejas, la baja o alta estatura, la obesidad, la delgadez... que brotan con gran intensidad en la etapa de la adolescencia.

En algunas personas estas preocupaciones aumentan o se mantienen en el tiempo produciendo malestar, interfiriendo en las actividades de la vida diaria y entorpeciendo nuestras relaciones interpersonales. Siendo en este momento cuando se puede empezar a hablar del trastorno dismórfico corporal (TDC) o dismorfofobia.

Por lo tanto, la dismorfofobia puede definirse como una preocupación excesiva por «un defecto corporal» inexistente o de escasa entidad.

Las personas con este trastorno presentan sentimientos de miedo, vergüenza o culpa, evitan situaciones sociales o mostrar su cuerpo en público, presentan preocupaciones repetitivas, solicitan tratamiento médico y/o estético reiteradamente, manifiestan niveles elevados de ansiedad, etc.

Entre las preocupaciones más frecuentes encontramos:

- Defectos faciales.
- Estructura física.
- Olores corporales.

Complejos de cada sexo

Estas preocupaciones pueden ser siempre las mismas o pueden ir variando a lo largo del tiempo.

Hay algunos complejos que son más específicos de cada sexo, como la forma o el tamaño de las mamas en las mujeres o el tamaño del pene en los hombres.

Los síntomas suelen aparecer en tres niveles:

- En el fisiológico con la presencia de sudoración, dificultad respiratoria, temblor, taquicardia...
- En el conductual donde pueden surgir conductas evitativas esquivando situaciones sociales, rehuyendo su propia imagen en el espejo, evitando el cambio de ropa delante de los demás... En los casos más graves, estas conductas pueden conducir a un aislamiento social extremo e, incluso, a intentos de

suicidio. Es frecuente que surjan rituales de comprobación.

- En el cognitivo: Preocupaciones intensas. Distorsiones perceptivas. Verbalizaciones negativas. Comparaciones.

La dismorfofobia es un cuadro clínico infra diagnosticado, más común de lo que la sociedad cree y que va en aumento paulatino. La tasa actual de prevalencia se sitúa entre el 1% y el 2%. La incidencia es similar en ambos sexos entre los 15 y 40 años y en mayor medida en personas solteras. Suele comenzar en la adolescencia y presenta un curso crónico. La petición de ayuda suele retrasarse entre 10 - 15 años, relacionándolo más con las complicaciones psicopatológicas que generan (depresión, aislamiento social, etc.) que con el trastorno en sí mismo.

Dentro de las elecciones terapéuticas en la actualidad encontramos dos grandes grupos:

- **Psicoterapia:** Se recomienda la elección de psicoterapia cognitivo-conductual. Los objetivos de la intervención son modificar los patrones de pensamiento obsesivo, fomentar el aprendizaje de alternativas al problema y sensibilizar sobre la percepción de aspectos positivos de nuestro propio cuerpo.
- **Psicofarmacología:** La naturaleza obsesivo-compulsiva de la dismorfofobia sugiere que los tratamientos comúnmente usados para el trastorno obsesivo-compulsivo serían adecuados.

La eyaculación precoz, impacto sobre el varón y la pareja



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

La eyaculación precoz es la disfunción sexual en el varón que se caracteriza por la eyaculación siempre o casi siempre antes o en menos de un minuto del comienzo de la penetración vaginal. Esto produce un impacto psicológico tanto en el varón que la sufre, como en su pareja.

Está presente entre un 25-40% de varones de todos los grupos de edad. Se trata de un problema multifactorial donde influyen factores: genéticos, neurobiológicos, farmacológicos, psicológicos, urológicos y endocrinos.

Tipos de eyaculación precoz

Clinicamente se diferencian en 3 tipos:

- **Primaria:** en la cual la eyaculación precoz está presente desde el comienzo de la vida sexual del varón.
- **Secundaria:** se presenta la eyaculación precoz en la vida sexual adulta habiendo tenido relaciones con normalidad previamente. Este tipo de eyaculación precoz suele tener algún factor desencadenante asociado como un cambio de pareja, un accidente, una enfermedad, un periodo de estrés...
- **Variable natural:** es inconstante e irregu-

lar, representa una variación normal dentro de la actividad sexual.

Repercusión de la eyaculación precoz en la calidad de vida.

Repercute de manera importante la calidad de vida del varón que la padece, ya que reduce la autoestima y la confianza en si mismo, deteriora la relación de pareja y puede causar angustia, ansiedad y depresión.

Los pacientes no suelen consultar con su médico o les cuesta hablar del tema por lo que en consecuencia, es una enfermedad que se diagnostica muy por debajo de los casos existentes y frecuentemente es mal tratada.

¿Tiene tratamiento la enfermedad que padezco?

Existen diversas modalidades de tratamiento:

- Tratamiento conductual.
- Tratamiento farmacológico vía oral.
- Tratamiento con agentes tópicos.

El tratamiento conductual o terapia sexual:

La terapia sexual tiene un enfoque global y se centra en la satisfacción sexual del varón y su pareja. Requiere una colaboración activa por parte de la pareja.

Actualmente, el tratamiento psicosexual de la eyaculación precoz combina una combinación de técnicas conductuales y cognitivas y se fundamenta en la interrupción de la excitación sexual con el fin de que el varón pueda reconocer los signos previos a la eyaculación y mejorar el autocontrol.

Tratamiento farmacológico vía oral: Se pueden utilizar fármacos antidepressivos: ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) como la dapoxetina. Es el fármaco que presenta mayor eficacia y seguridad para el tratamiento de la eyaculación precoz para el tratamiento de la EP con un uso a demanda.

Además de otros como inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE5), el tramadol...

Tratamiento con agentes tópicos: Cremas o spray con lidocaína o sustancias que disminuyan la sensibilidad en el pene tras la estimulación sexual.

Es muy usual la combinación de diferentes opciones de tratamiento en la eyaculación precoz. El tratamiento combinado con psicoterapia y fármacos es una buena opción de tratamiento, teniendo mejores resultados que ambas por separado.



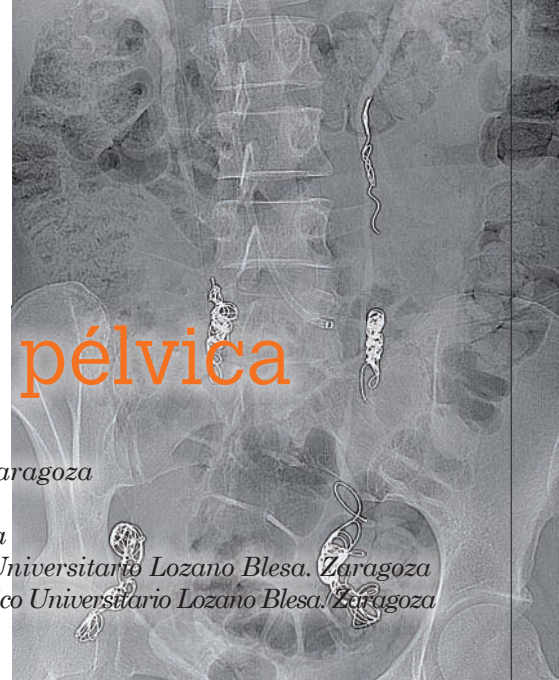
Médicos y Profesional Sanitario

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

Figura 2. Radiografía simple de abdomen, donde se evidencia material metálico (coils), material utilizado para la embolización de las venas insuficientes que causaban el síndrome de congestión pélvica o varices pélvicas.



Síndrome de congestión pélvica

Ana Lucía Figueredo Cacacho. Neumología, Hospital Miguel Servet. Zaragoza

Ana Martínez González. Rehabilitación, Hospital Barbastro. Barbastro

Javier Moreno Díaz. Medicina Interna, Hospital Miguel Servet. Zaragoza

José Andrés Guirola Ortiz. Radiología Intervencionista, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Miguel Ángel De Gregorio Ariza. Radiología Intervencionista, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

“Doctor, me duele el abdomen bajo, desde hace tiempo. Me han mirado exhaustivamente y nadie me dice nada” ¿Estoy Histérica?

El dolor crónico de la pelvis es algo bastante común entre las mujeres. Se acepta que alrededor del 40 % de las mujeres a partir de la tercera década van a presentar este dolor en bajo vientre referido a la pelvis acompañado o no de otros síntomas, para explicar este dolor, que se prolonga por más de 6 meses.

Varices pélvicas

Existen muchas posibles causas para el síndrome de congestión pélvica (SCP) relacionadas con el ámbito ginecológico, urológico digestivo y otras muchas especialidades. En algunas ocasiones, hasta el 10 % de los casos, los distintos especialistas no encuentran una causa clara que justifique este dolor. De tal forma que, hasta hace unos quince años, estas pacientes no diagnosticadas, con síntomas importantes, como último remedio eran derivadas al psiquiatra.

Estas pacientes con síntomas inespecíficos entre los que predomina el dolor, fueron tratadas mediante el masaje pélvico durante la época Victoriana. El masaje, administrado por un doctor consistía en la estimulación de las partes íntimas de la mujer hasta el orgasmo. La película inglesa *Hysteria* de 2011, dirigida por Tanya Wexler (Ver Figura 1), no bien recibida por la crítica cineasta, muestra sin lugar a dudas, parte de este problema médico que afecta a un número importante de mujeres mal diagnosticadas y sobre todo mal tratadas. El SCP, relacionado con la ectasia y dilatación venosa de la pelvis (varices pélvicas) es una de las causas del dolor crónico pélvico. Millones de mujeres de todo el mundo, (hasta el 39 % en algunos países) padecen SCP en algún momento de su vida. Se dice que en EEUU, el SCP constituye el 10-15 % de todas las consultas ginecológicas, hasta el 60 % de la mujeres en edad fértil con varices pélvicas van a presentar síntomas.

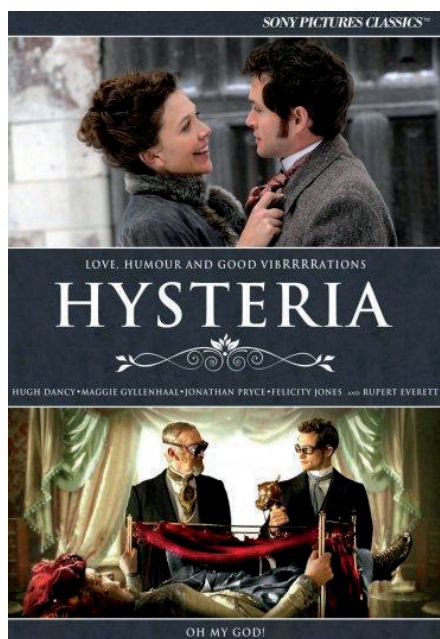


Figura 1. Película dirigida por Tanya Wexler en 2011 sobre el tratamiento de la histeria.

El síndrome de congestión pélvica se describió ya en el 1832 por el Dr. Gooch, pero fue HC Taylor quien relaciona el SCP con las varices pélvicas en 1949. No se conoce bien sus causas pero al parecer están involucradas causas hormonales (edad fértil, hormonas sexuales) causas mecánicas (déficit valvular, anomalías en drenaje venoso y también causas neurológicas). El cuadro clínico viene condicionado por el dolor que se incrementa al estar de pie y con la menstruación. No obstante, se han descrito un gran número de síntomas que se relacionan con el SCP: Dolor sordo y constante. Dolor ocasionalmente más agudo. Dolor poscoital. Dispareunia. Sensibilidad en el punto ovárico. Dismenorrea. Dolor de espalda. Neuropatía lumbosacra. Flujo vaginal. Varices vaginales y vulvares. Hemorroides. Distensión abdominal. Cambios de humor. Malestar rectal y urinario. Depresión, fatiga. Venas varicosas en extremidades inferiores.

Los medios de imagen sobre todo la ecografía transvaginal establecen con gran precisión la existencia de varices pélvicas.

La embolización endovascular de las varices pélvicas

El tratamiento médico del SCP durante mucho tiempo fue escaso por desconocimiento de las causas y mecanismos fisiopatológicos. En la década de los años 50 se propusieron muchas modalidades terapéuticas: analgésicos, hormonas, ligadura de ovarios, histerectomía, etc. y por supuesto la psicoterapia. En 1993 RD Edwards (Radiólogo intervencionista) trató con éxito un caso de SCP por varices pélvicas embolizando (ocluyendo) las venas ováricas (Ver Figura 2).

Desde ese momento la embolización endovascular de las varices pélvicas mediante diversos agentes ha constituido el estándar. Sus resultados, en buenas manos, superan el 80 % de mejoría y curación de síntomas.

La intervención se realiza en los departamentos de Radiología Intervencionista (RI) de manera ambulatoria en los hospitales de la red pública. Nuestro grupo tiene experiencia en más de 500 pacientes con resultados magníficos. La intervención es sencilla, rápida y bastante segura. Después de comprobada la existencia de varices pélvicas en la ecografía, en la consulta de RI se explica bien la intervención, sus ventajas y desventajas, así como los posibles resultados y posibles complicaciones que son muy escasas. La paciente firma el consentimiento informado y con una pequeña analgesia y anestesia local se realiza la intervención que viene a durar entre 30 y 40 minutos. El postoperatorio consiste en reposo y analgésicos sencillos (paracetamol o ibuprofeno) si los requiere.

El seguimiento durante un año se realizará en la consulta de Radiología Intervencionista y consistirá en valoración del dolor por la escala analógica visual (VAS), exploración clínica y cada 6 meses ecografía transvaginal.

Consejos y beneficios sobre el uso del bastón

Gema Galindo Morales. Fisioterapeuta. CS Delicias Sur (AP Sector Zaragoza III)
Diego Calavia Sarnago. Fisioterapeuta. CS Universitat (AP Sector Zaragoza III)
Ana Valer Pelarda. Fisioterapeuta. Hospital Miguel Servet (Sector II Zaragoza)
Noelia Aguirre Abadía. Enfermera. CS Delicias Sur (AP Sector Zaragoza III)

Es ampliamente conocido el beneficio de las ayudas técnicas como muletas o bastones cuando una persona padece un problema importante o está en proceso de rehabilitación. Sin embargo, las personas sanas con pequeñas alteraciones funcionales también pueden beneficiarse del uso de estas ayudas.

Beneficios que aporta su uso

- Alivio del dolor en la columna vertebral o en las extremidades inferiores (patologías como artrosis moderada de rodilla o cadera).
- Mejora del equilibrio y estabilidad durante la marcha, disminuyendo con ello el riesgo de caídas.
- Disminución de la fatiga durante la marcha.
- Aumento de la independencia, lo que repercute en una mejora del estado emocional y de la situación psicosocial de la persona.

Es en estos casos, donde las limitaciones funcionales son leves, cuando más cuesta aceptar el uso de estas ayudas. Sin embargo, el uso de una muleta o bastón no tiene por qué ser continuado ni definitivo.

Actualmente las ortopedias especializadas ofrecen bastones de materiales ligeros y resistentes (aluminio), regulables en altura y plegables hasta un tamaño aceptable que permite transportarlos en un bolso o mochila para ser usados solo cuando la situación lo

requiere. Además, incorporan una abrazadera que permite llevarlo colgado de la muñeca para tener ambas manos libres cuando es necesario.

La muleta (como es comúnmente conocido el bastón inglés) y el bastón simple, son las ayudas técnicas para la marcha más sencillas que existen. La elección entre una u otra depende de la persona que vaya a utilizarla, de su problema y del beneficio que se pretenda conseguir:

La muleta proporciona mayor sensación de estabilidad y sujeción al incorporar el apoyo del antebrazo. Normalmente es vista como algo temporal y por ello es mejor aceptada sobre todo por las personas mayores.

El bastón simple aporta menor sensación de seguridad en cuanto al agarre, pero por el contrario proporciona mayor libertad ya que suele ser más ligero. Además, resulta más fácil de utilizar.

Consejos de uso de bastones y muletas

- Deben utilizarse en la mano contraria a la extremidad que duele o está más débil, si la hay. Si el efecto que se quiere conseguir es aumento de la estabilidad y no hay otras patologías asociadas, debería llevarse en la mano dominante.
- Para regular la altura, deberíamos tener en cuenta que la empuñadura llegue a la altura

del trocánter mayor del fémur (hueso que sobresale a la altura de la cadera). Lo más adecuado es hacer una prueba, ya que a veces una persona se siente más cómoda llevando el bastón o muleta por encima o debajo de la altura señalada.

- Al caminar, hay que mirar hacia delante y utilizarlo como si "caminásemos apoyando un paraguas en un día de lluvia", sin inclinar el cuerpo para intentar echar el peso sobre él. Debe quedar ligeramente por delante y por fuera de la persona que lo usa, próximo al cuerpo y apoyarlo en el suelo a la vez que la pierna contraria.

- Para levantarse y sentarse en una silla, hay que sujetar la muleta o bastón con una mano y con la otra apoyarse en el reposabrazos de la silla.

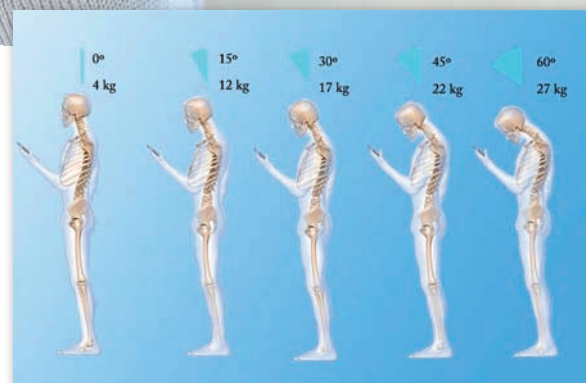
- Para subir escaleras hay que subir primero la extremidad inferior que menos duele o la más fuerte al siguiente escalón dejando la contraria y el bastón abajo. Para bajar, hay que bajar primero al siguiente escalón la extremidad inferior que más duele o más débil junto con el bastón.

- No hay que olvidar revisar la goma antideslizante del extremo de la muleta o bastón y cambiarla cuando sea necesario.

- Si se tienen dudas sobre algún aspecto del uso de estas ayudas, se debe pedir consejo a un profesional sanitario, como un fisioterapeuta.



Síndrome de text neck o cuello de texto



Susana Sánchez Navarro. Fisioterapeuta. Atención Primaria Sector III. Zaragoza

Es el trastorno de la posición del cuello en flexión cervical prolongada por uso de móvil, ebook, tablet y otros dispositivos electrónicos. La postura de cabeza hacia delante (FHP, Forward Head Position) es el trastorno muscular de moda por excesiva dependencia de la tecnología en el medio en el que vivimos. El uso excesivo en posiciones incorrectas va a dar lugar a una sintomatología variada.

¿A qué es debido?

La presión que soporta la columna cervical varía según el ángulo de flexión de la cabeza. En posición vertical 0°, el peso soportado es de aproximadamente 5 Kg. Al flexionar el cuello en un ángulo de hasta 60°, la columna vertebral es sometida a cargas que pueden alcanzar los 27 Kg.

Es importante adoptar hábitos saludables para prevenir lesiones músculo-esqueléticas. En las Unidades de Fisioterapia, en la primera valoración del paciente, tenemos en cuenta sus posturas erróneas y enseñamos correcciones posturales. Además explicamos al paciente que su sintomatología, en ocasiones, no corresponden a una patología estructural, sino consecuencia de una postura mantenida a lo largo de un tiempo prolongado convirtiéndose en un problema funcional. Esto conlleva a un acortamiento de cadena anterior del tronco, fatiga visual, inversión de la curvatura fisiológica columna cervical y sobreestiramiento prolongado del tejido muscular y neural. Se debe cuidar la musculatura que rodea a las vértebras cervicales encargadas de la movilidad y estabilidad de cuello y cabeza. Tener toda la zona en tensión es la causa de una sintomatología variada:

- Dolor de diferente intensidad.
- Mareo e Inestabilidad.
- Parestesias.
- Rigidez cervical con limitación funcional.
- Cefalea.

Los fisioterapeutas realizamos tratamiento basado en la evidencia científica mediante terapia manual, terapia instrumental y ejercicio terapéutico siendo éste imprescindible para una recuperación de la sintomatología:

- Higiene postural con el uso de los dispositivos electrónicos: colocarlos en la línea de continuidad horizontal de los ojos evitando la flexión de cuello.
- Reeducación oculo-motora con puntero láser.
- Ejercicios isométricos de potenciación musculatura profunda estabilizadora.
- Ejercicios movilidad activa cervicodorsal.
- Estiramientos de la musculatura implicada.



Fármacos en verano

Marta Cuberes Izquierdo. Nefrología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

El verano es una estación para disfrutar con prudencia del sol. Para evitar incidentes es importante seguir las recomendaciones generales, pero además debemos saber que determinados medicamentos pueden provocar una reacción negativa ante la exposición solar.

Comenzar diferenciando distintos términos:

- **Fármacos fotosensibles:** son medicamentos sensibles a la luz. Si en su conservación no se encuentran debidamente protegidos de la luz pueden alterar sus propiedades farmacológicas.
- **Fármacos fotosensibilizantes:** son aquellos que pueden dar lugar a una reacción cutánea anormal por la combinación de la sustancia química y la exposición a radiaciones de luz ultravioleta.

Reacciones fotosensibilizantes más frecuentes

- **Reacciones fototóxicas:** Son las más frecuentes. Producen un daño celular directo y no afectan al sistema inmunológico. Ocurren sobre todo con fármacos de administración sistémica a dosis altas y durante periodos prolongados, aunque pueden darse también con tratamientos tópicos. Las lesiones cutáneas aparecen precozmente (unos 30 minutos tras la exposición solar) y se asemejan a una quemadura solar exagerada con enrojecimiento, inflamación, sensación de ardor y formación de microvesículas o ampollas, así como descamación. Esta reacción puede variar de un individuo a otro.

- **Reacciones fotoalérgicas:** Son poco frecuentes y de tipo inmunológico por lo que requieren una exposición previa al agente fotosensibilizante. Generalmente se producen por medicamentos de uso tópico (cremas, soluciones, pomadas...) que dan lugar a una reacción fotoquímica. Las personas que las presentan suelen tener una determinada predisposición y pueden aparecer incluso con dosis bajas de medicamento. Se manifiestan de forma similar a la dermatitis de contacto, con erupción tipo eccematosa, inflamación y picor intenso. Los síntomas aparecen entre 12 y 72 horas después de la exposición y en la superficie expuesta al sol, aunque con el paso del tiempo puede extenderse a zonas protegidas de la piel.

La sintomatología tiende a revertir de 2 a 7 días tras la retirada del fármaco y el tratamiento suele consistir en antihistamínicos y corticoides orales y/o tópicos, así como evitar la exposición solar.

Hay que destacar que la fotosensibilidad inducida por fármacos conlleva una reducción del umbral de quemadura solar. Por ello, los profesionales sanitarios deben recordar y advertir a los pacientes sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas frente a la exposición directa al sol y evitar las fuentes artificiales.

Principales agentes fotosensibilizantes

- **Antiinflamatorios:** ibuprofeno, diclofenaco, ketoprofeno, naproxeno...
- **Antihistamínicos:** ebastina, loratadina, cetirizina, clorfeniramina...

- **Antiulcerosos:** omeprazol, ranitidina...
- **Anticonceptivos orales:** estradiol, etinilestradiol, levonorgestrel...
- **Antihipertensivos:** enalapril, losartan, amlodipino, ...
- **Diuréticos:** furosemida, torasemida, hidroclorotiazida, clortalidona...
- **Hipolipemiantes:** simvastatina, lovastatina, atorvastatina...
- **Psicofármacos:** diazepam, alprazolam...
- **Antidepresivos:** fluoxetina, paroxetina, sertralina...
- **Antibióticos:** azitromicina, norfloxacin, ciprofloxacino...
- **Dermatológicos:** isotretinoína, ácido retinóico...
- **Inmunosupresores:** tacrolimus...
- **Aceites esenciales:** lavanda, limón...
- **Perfumes y colorantes...**

Recomendaciones

- Evitar la exposición solar directa y prolongada, especialmente en las horas centrales del día.
- Protegerse adecuadamente con gafas, gorras, ropa de protección solar etc.
- Utilizar filtros solares con factor de protección elevado.
- Ampliar las medidas anteriores a las actividades cotidianas (paseos, actividades al aire libre), días nublados e incluso en invierno.
- En caso de aparición de quemadura o reacción en la piel hay que consultar con el médico, quién valorará el tratamiento y la conveniencia de disminuir o retirar el fármaco sospechosos de la reacción.



La música: un tratamiento más de los pacientes críticos

María Fuster Cabré y Antonio Tejada Artigas

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Los pacientes que se encuentran en una situación crítica de salud e ingresados en la unidad de cuidados intensivos están pasando por una situación vital muy estresante, y podemos aliviar parte del dolor y la ansiedad con una de las medidas más antiguas: la música.

La música como terapia complementaria

Es conocido el gran poder curativo de la música, que siendo utilizada desde las civilizaciones más antiguas forma parte de historia de la humanidad. Pero además de con fines lúdicos y terapéuticos se ha utilizado con otros fines: en la educación, en la psicología y en otros muchos ámbitos, entre ellos la sanidad.

La música nos acompaña durante toda nuestra vida, ya sea de forma consciente o inconsciente. El sonido es capaz de producir un impacto sobre la conducta humana, afectando al estado de ánimo y pudiendo ayudar a personas con dificultades físicas, psíquicas, sociales y emocionales.

¿Cómo puede ayudar en la UCI?

Existe un proyecto común de las sociedades científicas de Medicina Intensiva a nivel nacional e internacional que tiene como objetivo humanizar las unidades de cuidados intensivos, intentando acercar los cuidados intensivos a la población general; y ¿qué hay más humano que la música?

El paciente ingresado en la UCI suele requerir estar conectado a diferentes máquinas que le ayudan a mantener sus funciones vitales, ya sea con ventilación mecánica, conectado a diálisis, múltiples vías y catéteres intravasculares, nutrición artificial, etc. Por una parte son necesarias para sobrevivir pero todo ello conlleva un alto nivel de estrés y de ansiedad debido a la incapacidad de moverse libremente, a no poder hablar y comunicarse, a la sensación de aislamiento e incluso miedo y soledad en algunas ocasiones a pesar del esfuerzo del personal sanitario por cuidar, acompañar y aliviar.

Aunque la mayoría de las estrategias terapéuticas se centran en la patología crítica que hace necesario el ingreso en la UCI, también se intentan mitigar todas las sensaciones señaladas con distintos fármacos, procurando aliviar el dolor, la ansiedad y facilitando el sueño. Pero además existen otras estrategias no farmacológicas, y entre ellas se encuentra la música.

En diferentes estudios se ha demostrado que la música actúa sobre el sistema nervioso, activando la liberación de endorfinas y produciendo sensación de bienestar.

Por este motivo se empieza a adoptar de forma gradual en las distintas unidades de cuidados intensivos esta "novedosa" acogida a la música en directo con el objetivo de reducir la ansiedad y minimizar el uso de medicación sedante. Aparte del beneficio en cuanto a poder disminuir la dosis de fármacos necesaria,

también ayuda a hacer de las unidades de cuidados intensivos un entorno menos hostil y más familiar, tanto para los pacientes como para los familiares, a los cuales no podemos olvidar porque también están pasando por un sufrimiento psicológico importante.

La música ayuda a establecer vías de comunicación con los pacientes que hasta ahora no habíamos sido capaces de encontrar. Les ayuda a abrirse emocionalmente, a reencontrarse con ellos mismos y a disfrutar de unos momentos de evasión dentro de la difícil situación en la que se encuentran.

¿De qué modo se aplica?

Con el objetivo de todo lo anteriormente enumerado, en la Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, así como en diferentes UCIs a nivel nacional e internacional, desde hace un año, se viene desarrollando un proyecto consistente en ofrecer música en directo durante unas horas a la semana a todos los enfermos ingresados en la unidad. Los resultados que se han ido obteniendo apuntan hacia una disminución de la ansiedad, del estrés y del sufrimiento no solo de los pacientes si no también de sus familiares. Es una terapia complementaria sin efectos secundarios y dada la gran aceptación por parte de pacientes, familiares y personal sanitario seguiremos ofreciéndola con la seguridad de estar aportando alegría en momentos difíciles.



16

Trastornos de la conducta alimentaria: la pica

Irene Luna Fernández. Enfermera y Terapeuta Ocupacional. Sector II Zaragoza

Carmen Marco Espinosa. Enfermera. Sector II Zaragoza

M^a Victoria Santa Eulalia Gonzalvo. Enfermera especialista en Salud Mental en Hospital de Día. Sector II Zaragoza

La pica es, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), un trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria agrupada dentro de los trastornos alimentarios de la infancia, junto a otros problemas como anorexia, bulimia y rumiación.

Se define como: "Una ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes". Además, se entiende que la ingestión de sustancias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo y que el comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

Prevalencia y etiología

La pica se observa más en niños pequeños que en adultos, en estratos socioeconómicos bajos y en áreas poblacionales poco desarrolladas. En la actualidad, entre un 10 y 32% de los niños de entre los dos a los seis años tienen estos comportamientos.

La pica también se puede presentar durante el embarazo (32 a 44%), los síntomas suelen aparecer entre el primer y segundo trimestre del embarazo y durar habitualmente hasta un mes. Estos trastornos tienden a desaparecer después del parto, aunque se encuentran casos en que la pica ha continuado.

En algunos casos, una falta de ciertos nutrientes, como la anemia ferropénica y la carencia de alguno minerales como el zinc, pueden desencadenarlo. La pica también puede presentarse en adultos que ansían sentir una cierta textura en la boca. También son susceptibles de presentar pica los pacien-

tes sometidos a diálisis renal y los pacientes con hemoglobinopatías. En los últimos años se ha descrito la patología asociada a la infección por *Helicobacter Pylori*. Por último, es frecuente observar pica en pacientes con trastornos mentales graves.

Dentro de las principales encontramos:

- Envenenamiento.
- Infestación parasitaria.
- Infecciones.
- Obstrucción gastrointestinal y laceraciones gastrointestinales.

VARIEDADES DE LA PICA

Amilofagia	Harinas	Geofagia	Tierra, arcilla
Pagofagia	Hielo	Xilofagia	Maderas
Tricofagia	Pelo	Coprofagia	Heces
Litofagia	Piedras	Onicofagia	Uñas
Foliofagia:	Hojas	Stachtofagia	Cenizas de cigarrillos
Cautopirofagia	Fósforos quemados	Coniofagia	Polvo de persianas

- Afectación en madres gestantes sobre el feto.
- Mortalidad relacionada con ingesta de sustancias tóxicas.

Tipos

Los niños con pica sufren con más frecuencia parasitismo e intoxicaciones relacionadas con las sustancias que ingieren.

Diagnóstico

En la actualidad, la edad media de diagnóstico es de 18 meses y la principal herramienta para el diagnóstico sigue siendo la entrevista clínica. Es imprescindible que el paciente no se sienta juzgado por su actitud y crear una adecuada relación terapéutica. Para confirmar el diagnóstico se pueden pedir pruebas clínicas como: hemograma, examen coprológico, funciones hepáticas, estudios radiológicos o endoscópicos, entre otros.

Complicaciones

La pica está asociada a varias complicaciones. Las cuales dependen del tipo de pica, la cantidad, el estado mental, la frecuencia, el entorno, el nivel socioeconómico...

Tratamiento

Actualmente, no hay un tratamiento definitivo para la pica. El primer paso de la intervención es determinar su causa para poder corregir dichas circunstancias.

El tratamiento se basa en la educación y la modificación de la conducta, centrándonos en eliminar cualquier factor de estrés en el ambiente del niño. Hoy en día destaca como la terapia más usada la modificación de conducta.

Es necesario corregir la deficiencia de hierro, de zinc o de ambas ya que en algunos casos consigue eliminar el problema. En casos donde la pica se relaciona con la infección por *Helicobacter Pylori* la erradicación de esta puede ser en ocasiones suficiente para corregir la pica.

También se ha observado que en pacientes donde no aparece una deficiencia nutricional asociada el uso de multivitamínicos reduce la intensidad de la manifestación.

¿Qué es el Síndrome del Dolor Regional Complejo (SDRC)?

Diego Calavia Sarnago. Fisioterapeuta de AP. CS Universitas (AP Sector Zaragoza III)

Gema Galindo Morales. Fisioterapeuta de AP. CS Delicias Sur (AP Sector Zaragoza III)

Ana Carmen Valer Pelarda. Fisioterapeuta. Hospital Miguel Servet (Sector Zaragoza II)

El Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) es clásicamente conocido como distrofia simpático refleja (DSR) o Síndrome de Südeck.

Engloba un conjunto de entidades nosológicas que se manifiestan tras una lesión o daño y cuya clínica se caracteriza por la presencia de dolor regional, predominantemente distal, acompañado de alteraciones sensitivas, cambios cutáneos, cambios de temperatura, disfunción vasomotora, presencia de edema y retraso en la recuperación funcional. La duración y magnitud de la clínica es más duradera de la esperada y, en ocasiones, conlleva manifestaciones psicológicas, siendo la evolución en el tiempo variable. Es importante realizar diagnóstico diferencial con otras entidades que presenten síntomas y signos similares.

¿Cuáles son sus causas?

Se piensa que puede deberse a una respuesta exagerada o anormal del sistema nervioso simpático. Tienen mayor predisposición a padecerlo pacientes ansiosos y fácilmente deprimidos. El SDRC con frecuencia aparece tras un episodio desencadenante, principalmente cirugías o traumatismos menores y suelen ser cuadros desproporcionados al episodio previo.

Tipos de SDRC

Se pueden definir dos tipos de SDRC: el tipo I (Distrofia Simpática Refleja o Síndrome de

Südeck), en el que no se identifica ninguna lesión nerviosa y representa el 90% de los casos clínicos y el tipo II (Causalgia), en la que sí objetivamos lesión nerviosa.

Etapas del SDRC

Por lo general la evolución tiene lugar en tres grandes periodos:

Fase I: Periodo de comienzo. Caracterizado por dolor, se acompaña de edema, hiperhidrosis, trastornos de la sensibilidad y crecimiento rápido de vello y uñas. La piel está eritematosa y con aumento de la temperatura. La duración aproximada de esta fase es de varios días a tres meses.

Fase II. Periodo de estado. Hay una tendencia a la disminución del dolor y de los signos pseudoinflamatorios, con tendencia a la impotencia funcional. Pueden aparecer retracciones tendinosas y cápsulo-ligamentosas que limitan el balance articular. Aparecen signos radiográficos de osteoporosis. Duración aproximada de tres a seis meses.

Fase III. Periodo de secuelas. Caracterizado por limitación de la movilidad y tendencia a la anquilosis. Atrofia de la piel, tejido celular subcutáneo y músculo. En la radiografía se observa importante desmineralización. La aparición de trastornos psiquiátricos de tipo depresivo es relativamente frecuente. Duración más de seis meses o un año.

¿Cuál es su tratamiento?

Para una completa recuperación y evitar la discapacidad asociada al dolor y la limitación de la movilidad, es aconsejable instaurar un tratamiento precoz, individualizado y multidisciplinar.

- **Tratamiento farmacológico:** para mejorar el dolor y los signos inflamatorios así como frenar la reabsorción ósea.
- **Bloqueos nerviosos:** para tratar de disminuir el dolor.
- **Tratamiento rehabilitador:** Se debe evitar un tratamiento demasiado intenso. Mediante terapia ocupacional y fisioterapia a través de cinesiterapia activa y pasiva, terapia manual, crioterapia, electroterapia, baños de contraste, drenaje linfático manual, hidrocinestoterapia, etc.
- **Terapia psicológica:** Es recomendable la aplicación de tratamiento psicológico, sobre todo en casos más severos, recibiendo tanto el paciente como sus familiares información adecuada sobre los síntomas de la enfermedad, fisiopatología y evolución.

¿Cuál es su pronóstico?

El pronóstico del SDRC a largo plazo generalmente es favorable, si bien, un diagnóstico erróneo prolongado y retrasar el inicio de un tratamiento correcto, pueden dar lugar a una importante discapacidad crónica. Además pueden observarse secuelas leves como dolor, rigidez y edema en algunos casos.

¿Qué es la infiltración caudal o bloqueo epidural lumbar por vía del hiato sacro-coccígeo?

Dra. Amparo Santamaría. Especialista en Rehabilitación. Hospital Royo Villanova
Dr. Ismael Ortiz. Especialista en Traumatología. Hospital Royo Villanova
Dra. Carmen Bono. Especialista en Anestesiología. Hospital Royo Villanova

La vía sacrococcígea es la técnica de infiltración epidural más sencilla y la que menos complicación tiene. La infiltración epidural caudal es actualmente una de las técnicas de analgesia regional que se usa con más frecuencia para el dolor crónico lumbar.

Esta infiltración consiste en una inyección con una mezcla de anestésicos locales y corticoides en el espacio epidural en la parte baja del canal raquídeo en la región sacra. La principal indicación son el dolor lumbar irradiado a extremidades inferiores ligadas al canal lumbar estrecho, a discopatías y a pacientes con fibrosis postoperatorias.

La mejoría que experimenta el paciente se debe al efecto antiinflamatorio (corticoides revierten la cascada bioquímica y enzimática secundaria a inflamación local); al efecto mecánico (por descompresión de una estructura nerviosa por el volumen del líquido inyectado) y porque mejora la vascularización local y produce analgesia.

En la patología vertebral las infiltraciones epidurales no tienen un papel como primera línea de tratamiento, sino que se emplean ante el fracaso de otras técnicas menos agresivas.

¿Cuáles son las indicaciones de esta técnica?

A.-Criterios sintomáticos

- Dolor en región lumbar irradiado a una o ambas extremidades inferiores.
- Dolor de más de 6 meses de evolución.
- EL dolor se incrementa con la postura de pie y sobre todo al caminar, disminuyendo el perímetro de marcha.
- EL dolor no ha respondido a otras formas no invasivas de tratamiento (fármacos y terapia física rehabilitadora).

B. Criterios en la exploración:

- Ausencia de claudicación neurológica.
- Ausencia de déficit neurológico específico.

C. Criterios por imagen:

Presencia de fenómenos degenerativos con estenosis de canal lumbar o estenosis en alguno de los forámenes en TC (Tomografía Computarizada) y/o RM (Resonancia Magnética).

¿Cuáles son las contraindicaciones de la técnica?

- Infección cercana al punto de inyección.
- En los enfermos en tratamiento con anticoagulante y/o antiagregantes plaquetarios, hay que modificar el tratamiento previo a la punción, se seguirá el procedimiento indicado por el médico especialista en consulta.

- Procesos alérgicos a los anestésicos locales y corticoides. Enfermedades sistémicas: hipovolemias, trastornos hemodinámicos o cardíacos, enfermedades desmielinizantes evolutivas, hipertensión endocraneal.

¿En qué consiste la técnica?

La técnica consiste en la punción del hiato sacrococcígeo para acceder al espacio epidural lumbar.

El hiato sacrococcígeo es una escotadura en forma de V invertida en la pared posterior del conducto sacro.

Colocación del paciente en decúbito prono en una camilla y se debe quedar 15-20 min después de realizarle la técnica bajo control.

¿Cuáles son las complicaciones?

Son muy raras.

- Síncope vasovagal.
- Cefalea, náuseas y vómitos.
- Complicaciones sistémicas de los corticoides: miopatía proximal regresiva, edema facial, retención hídrica, hipertensión arterial, descompensación del paciente diabético.
- Hematoma epidural (0.001%) extremadamente raro.
- Infección (absceso epidural) es excepcional.
- Punción accidental de la duramadre que cursa con cefalea y fuga del líquido cefalorraquídeo que desaparecen en posición de decúbito.



Carcinoma de cavidad oral, el gran desconocido

Andrea Mur Til. F.E.A Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Blanca Oliván Lafuente. F.E.A Anestesia y Reanimación. Hospital San Jorge, Huesca.

Clara Bibián Getino. F.E.A Geriatria. Hospital de Barbastro.

El carcinoma de cavidad oral es una enfermedad cada vez más frecuente y que cuenta con gran desconocimiento por parte de la población general. En la actualidad, representa el 3% de todos los cánceres en el mundo, siendo el octavo más frecuente en hombres y el decimocuarto en mujeres.

La incidencia en España es del 2% con una tasa de mortalidad algo superior al 1%. En los últimos 10 años la incidencia de este tipo de cáncer ha aumentado un 25%, lo que demuestra que estamos ante una enfermedad preocupante.

Se entiende por carcinoma de cavidad oral los tipos de cáncer que se localizan en las mucosas del interior de las mejillas y de los labios, en la lengua, en las encías, en el suelo de la boca, en el paladar y en la zona de detrás de las muelas del juicio (trígono retromolar). Las localizaciones más frecuentes son la lengua y el suelo de boca. El 90% de los carcinomas de cavidad oral son carcinomas escamosos.

Factores de riesgo

Existen una serie de factores que parece que actúan favoreciendo el desarrollo del carcinoma de cavidad oral, de entre ellos destacan:

- **Tabaco:** es el factor de riesgo más importante, 8 de cada 10 pacientes con cáncer oral son fumadores.
- **Alcohol:** el consumo de alcohol se asocia aproximadamente al 20% de los casos
- **Factores dentales:** la presencia de piezas dentales en mal estado, prótesis mal adaptadas o la mala higiene dental, pueden favorecer la aparición de un carcinoma porque el roce continuo puede provocar una lesión o úlcera que puede cronificarse y malignizar.
- **Virus del papiloma humano:** se ha hecho evidente que la tasa de carcinoma de cavidad oral relacionada con virus del papiloma humano aumenta rápidamente. Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello asociado a este virus son por lo general jóvenes, con un estado de salud bueno y sin antecedentes de abuso de alcohol o tabaco.
- **Presencia de lesiones precancerosas:**

leucoplasias, eritroplasias, queilitis actínica, liquen plano...

¿Cómo se manifiesta el carcinoma de cavidad oral?

En la mayor parte de los casos el carcinoma de cavidad oral se manifiesta como un nódulo o úlcera que no curan de forma espontánea. También puede manifestarse como una mancha blanquecina o roja en la mucosa oral, molestias o dolor persistentes en la boca o pérdida de piezas dentales sin causa aparente. El carcinoma de cavidad oral tiene un gran tendencia a metastatizar en los ganglios del cuello, por lo que en muchas ocasiones la enfermedad debuta como un nódulo o masa cervical.

¿Cómo se diagnostica?

Otras enfermedades de menor gravedad que el cáncer pueden producir estos síntomas, pero es importante que se comunique la aparición de cualquiera de ellos al Médico de Atención Primaria o al dentista.



Especialmente, los dentistas tienen una función primordial en la detección precoz del carcinoma de cavidad oral y en la eliminación de los factores de riesgo.

Ante la aparición de una lesión en la mucosa oral que no cura tras la eliminación de los posibles factores de riesgo (ajuste de prótesis, extracción de piezas dentales...) debe hacerse una biopsia. Una vez confirmado el diagnóstico de carcinoma mediante biopsia, es necesario realizar un estudio de extensión de la enfermedad mediante pruebas de imagen como la tomografía computarizada, la resonancia magnética o el PET.

¿Cuál es su tratamiento?

El tratamiento del paciente con carcinoma de cavidad oral es multidisciplinar, requiriendo la intervención de cirujanos orales y maxilofaciales, oncólogos y radioterapeutas. En general, los estadios precoces suelen tratarse

con cirugía asociando o no radioterapia; y los estadios más avanzados pueden requerir un tratamiento combinado de cirugía, radio y quimioterapia, o radio y quimioterapia sin cirugía, si ésta fuese a ser muy mutilante.

La cirugía de este tipo de carcinomas puede producir secuelas estéticas y funcionales, como dificultad en el habla, la masticación y la deglución. Además hay que tener en cuenta las dificultades anestésicas, ya que en muchas ocasiones existe afectación de la vía aérea y son pacientes pluripatológicos (edad avanzada, desnutrición, enfermedades asociadas a factores de riesgo como el tabaquismo).

¿Cuál es su pronóstico?

Desafortunadamente, más de la mitad de los casos se manifiestan en fase avanzada; como consecuencia de esto, el tratamiento resulta muy complejo y, en ocasiones, menos eficaz. Solo un 30-40% de los pacientes diagnosti-

cados en fase avanzada alcanzan la curación, e incluso entre los supervivientes se producen secuelas permanentes en el habla, masticación y deglución. Sin embargo, en los casos que se diagnostican precozmente el tratamiento es mucho más sencillo, la tasa de curación muy alta (alrededor del 80%) y los problemas funcionales son mucho menos graves.

Uno de los motivos de la consulta tardía por parte de los pacientes es la estigmatización negativa asociada al carcinoma de cavidad oral y que la gravedad potencial de sus síntomas no se valora.

La comunidad sanitaria tiene la responsabilidad en la educación, detección precoz, el diagnóstico y la remisión al especialista de pacientes de cáncer oral. El cumplimiento de esta responsabilidad proporcionará una tasa de supervivencia mayor y una marcada reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad.

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



Complicaciones médicas y anestésicas de los tatuajes

José Félix Martínez Juste. Facultativo Especialista en Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Jara Altemir Trallero. Facultativo Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital General San Jorge. Huesca

En la actualidad, la realización de tatuajes se ha convertido en una práctica muy popular especialmente entre la población adolescente. Cada vez es más frecuente encontrarnos pacientes que presentan tatuajes en su piel, y a pesar de que las complicaciones médicas en los países desarrollados son inusuales, los riesgos derivados de esta práctica son muchos.

La estimación acerca del número de personas que tienen al menos un tatuaje en España varía entre el 3 y el 8% de la población general. En Estados Unidos, donde la práctica del tatuaje está muy generalizada, se estima que el 36% de la población entre 18 y 25 años tienen al menos un tatuaje, aumentando hasta un 40% para las personas entre 25 y 40 años. Los tatuajes permanentes consisten en la introducción de pigmentos en la piel mediante la inyección directa de estos con agujas u

objetos punzantes. El motivo por el que estos tatuajes perduran a lo largo del tiempo es porque la tinta se asienta en la segunda capa de la piel, la dermis. La piel presenta una capa superficial, la epidermis, que renueva sus células constantemente, pero esto no sucede en la dermis, lo que hace que la tinta permanezca dentro de la piel y no se elimine con el paso del tiempo.

El pigmento, en los tatuajes, es introducido en la piel mediante agujas multiperforadas, que dejan el material en dermis y epidermis. El pigmento de la epidermis es eliminado por la renovación epidérmica, de modo que lo que da color al tatuaje es la parte del pigmento que queda en el tejido conectivo de la dermis. El pigmento es asimilado por los macrófagos dérmicos, que lo transportan lentamente a los vasos linfáticos regionales; los macrófagos también fagocitan los gránulos de pigmento y migran cortas distancias intradérmicas, causando la aparente difusión del color y los

márgenes difusos del tatuaje.

Las reacciones inflamatorias, los tumores, las reacciones alérgicas relacionadas con el contenido de los pigmentos o las enfermedades infecciosas como la hepatitis y el VIH no son las únicas complicaciones derivadas de los tatuajes. Existen también problemas asociados a procedimientos diagnósticos como la realización de una resonancia magnética en la que el paciente puede sufrir una quemadura de primer o segundo grado en el área del tatuaje (principalmente en el caso de los tatuajes de color rojo que sus pigmentos contienen sales férricas) o producirse una pérdida importante en la calidad de la prueba debido a la interferencia con los pigmentos del tatuaje.

Aracnoiditis química, neuropatía inflamatoria...

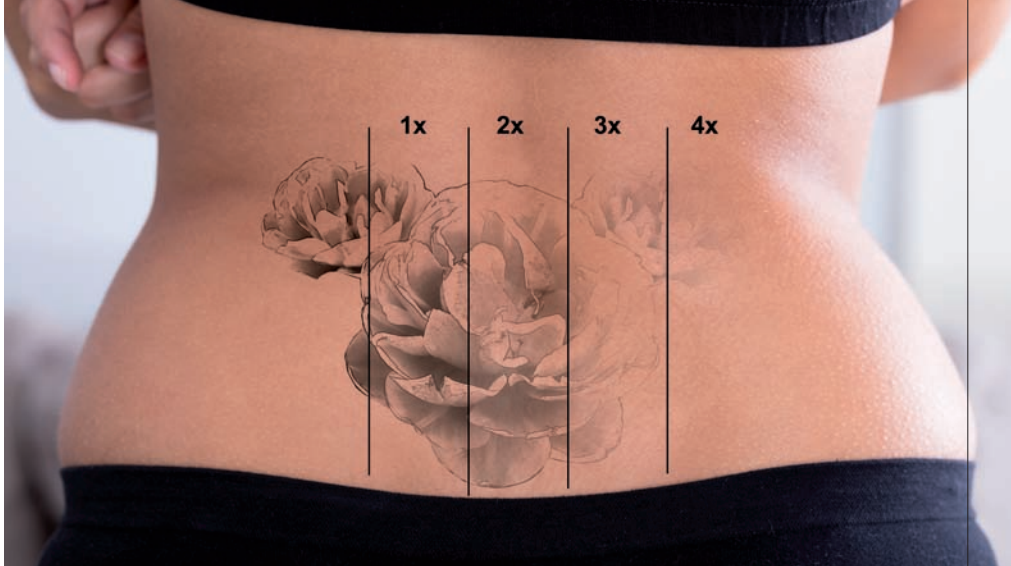
En lo referente a la práctica de una punción lumbar para la realización de una anestesia epidural o intradural en pacientes con un

tatuaje en la línea media de la zona lumbar existe cierta controversia. La presencia de un tatuaje en la zona lumbar es, en los protocolos de anestesiología de muchos hospitales, una contraindicación relativa para la realización de la punción lumbar, pero no absoluta.

El principal riesgo se debe a la posibilidad de que los pigmentos del tatuaje pueden ser introducidos en el espacio epidural o en el espacio subaracnoideo del paciente (que contiene el líquido cefalorraquídeo) durante la realización del procedimiento anestésico. La presencia de pigmento en los espacios descritos puede provocar aracnoiditis química, neuropatía inflamatoria e incluso con el tiempo un tumor epidermoide.

La aracnoiditis química es el proceso inflamatorio de la aracnoides. La aracnoides es una de las capas que rodean y protegen el sistema nervioso central y la médula espinal, y contiene pequeños vasos por lo que es más susceptible de iniciar un proceso inflamatorio, edema y fibrosis tardía generalizada. Sus manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas, desde una irritación nerviosa transitoria hasta un cuadro compatible con siringomielia, cuadros de paquimeningitis, pseudomeningocele o radiculitis.

Para prevenir los posibles riesgos se aconseja



evitar la realización de una punción lumbar sobre la piel tatuada. Existen opciones alternativas para evitar complicaciones, como hacer la punción en las zonas del interior del tatuaje libres de pigmento, acceder por encima o por debajo de él, o bien optar por una punción lumbar paramedial.

Otras opciones descritas en diversos artículos consisten en retirar con un estilete parte del tatuaje antes de introducir la aguja, o también perforar o hacer una incisión previa en la piel en el punto de infiltración, para facilitar el paso de las agujas y evitar así el transporte del pigmento del tatuaje.

Además de la realización de la punción lumbar, también existe riesgo de complicaciones al efectuar bloqueos nerviosos. El bloqueo

nervioso consiste en la administración de anestésicos locales alrededor del nervio para conseguir un efecto analgésico o anestésico de una zona determinada del cuerpo. Para ello se realiza una punción con una aguja que atraviesa la piel llegando a la zona que rodea el nervio donde se depositará el anestésico local. Si la zona de piel que debe atravesar la aguja está ocupada por un tatuaje existe el riesgo de transportar parte del pigmento hacia zonas profundas de la piel o cercanas al nervio, provocando neuropatía. En la literatura científica están descritos tres casos de pacientes jóvenes que desarrollaron neuropatía del plexo braquial con atrofia muscular tras la realización de un bloqueo nervioso de dicho plexo.

PubliSic ESTUDIO DE COMUNICACIÓN

30 años asesorando a empresas vinculadas con la salud de las personas

liderazgo

planificación

gestión

estrategia

gota a gota
cumplimos
los objetivos

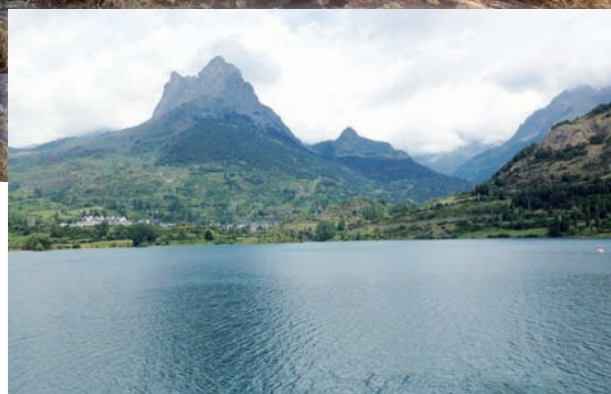
venta

calidad

acciones

marca

Alfredo Erroz (COMUNICACIÓN'86 IESE'05 ESIC'06) | M 695 480 160 | www.publisic.com
ZARAGOZA: Padre Consolación, 19 | **PAMPLONA:** Benjamín de Tudela, 35



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