

Síguenos en:  <https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/>

 <https://twitter.com/ZHospitalaria>

www.zonahospitalaria.com añoIV julioagosto2019 n°22

SUMARIO

- 2** El paciente diabético y la Baja Visión
- 3** La oxigenoterapia hiperbárica mejora el rendimiento deportivo
- 4** Sorpresa en el mal control de una neumonía intersticial linfoide
- 6** Arritmias cardíacas y ejercicio físico
- 8** Proceso de donación de órganos y trasplante renal. Una visión general
- 9** La disfunción eréctil y su relación con la cirugía de próstata
- 10** La importancia de la detección precoz en la patología cerebro vascular
- 11** La endometriosis, una enfermedad de mujeres que sufren
- 12** Plasmaféresis: necesidad de donación de plasma por aféresis
- 14** Tabaquismo y embarazo
- 15** Come bien, duerme mejor
- 16** La puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

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



Hidratarse en verano

El paciente diabético y la Baja Visión



FOTO 1. PACIENTE CON RETINOPATIA DIABÉTICA



FOTO 2. MISMA IMAGEN SIN RETINOPATIA

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 Retinopatía Diabética y el Edema Macular Diabético, son enfermedades oculares que producen un gran deterioro de la visión central, alteración de la visión del color y del contraste, de tal forma que se ven afectadas las actividades de la vida diaria, leer, escribir, usar el ordenador, utilizar tabletas, ver TV, conducir, etc.

La dificultad para realizar estas actividades disminuye la calidad de vida y la independencia del paciente, lo que unido en muchos casos a una edad avanzada, un deterioro cognitivo y otras enfermedades hace que constituya un grave problema socio-sanitario en la actualidad y en un futuro inmediato.

En Yanguas Ópticos somos Especialistas en Baja Visión.

Quando un paciente con Retinopatía Diabética ha sido diagnosticado y tratado por el oftalmólogo, y sufre una pérdida de visión, los optometristas especialistas en Baja Visión, realizamos un protocolo de exámenes que nos permitan el máximo aprovechamiento del **resto visual útil** del paciente, con el fin de mejorar su calidad de vida y su independencia personal. En la Retinopatía Diabética y en el Edema Macular Diabético, debemos proporcionar al paciente entre otras una ampliación de la imagen. Una vez realizada la valoración del resto visual, el aumento lo podemos conseguir utilizando una ayuda óptica, bien sea una lupa con el aumento necesario, un microscopio (gafas para cerca), un telescopio montado en gafa, o un dispositivo electrónico. La elección de cada tipo de ayuda depende

del tipo de paciente, sus necesidades personales y el asesoramiento y prescripción del optometrista.

Uso de filtros

Además de las ayudas ópticas es muy importante controlar el **deslumbramiento**, mediante el uso de filtros de corte selectivo que favorezcan el contraste y la percepción de la imagen. Un filtro selectivo sirve para, disminuir la fotofobia, mejorar la adaptación al pasar de luz-oscuridad, conseguir mayor confort visual. El filtro selectivo en Yanguas Ópticos, siempre es personalizado para cada paciente, no hay personas iguales aunque tengan la misma enfermedad, para ello se realizan varias pruebas de filtros en diferentes condiciones de iluminación.



Algunos de nuestros pacientes realizan comentarios como:

- me quedo a oscuras al entrar a un edificio
- los días nublados me molesta incluso más la luz
- al anochecer o amanecer encuentro que veo mucho peor
- me deslumbran los fluorescentes

En la Diabetes Mellitus, la principal causa de pérdida de visión es el Edema macular que produce una reducción significativa de la agudeza visual en la línea de mirada (visión central), limita la visión del color y la sensibilidad al contraste.

La Retinopatía Diabética afecta a la retina periférica y a los cambios de luminosidad. Estos pacientes tendrán problemas con bordillos, obstáculos, a la hora de caminar.

Es muy importante que el paciente comprenda que no existe una ayuda universal que sirva "para todo", necesitará diferentes prescripciones para cada tarea. Estas ayudas le harán mejorar su calidad de vida de modo satisfactorio.

Desde **Yanguas Ópticos** recomendamos realizar controles periódicos. Mediante la detección precoz, se puede identificar de manera temprana patologías de la retina, esto permite una intervención por parte del oftalmólogo antes que la enfermedad avance.

Si su visión le limita para realizar alguna tarea cotidiana no dude en visitar nuestro centro.

FOTO 3
FILTROS SELECTIVOS EN BAJA VISIÓN

Foto cedida por Recoletos

La oxigenoterapia hiperbárica mejora el rendimiento deportivo



Dr. Diego Aguiar
Especialista en
Medicina Hiperbárica
COLEG. Nº 3108007

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Cada vez es más común leer en la prensa deportiva que conocidos deportistas recurren a la medicina hiperbárica para mejorar su rendimiento. ¿Pero qué es exactamente? ¿Para qué sirve?

¿Qué ocurre en nuestro cuerpo cuando hacemos ejercicio?

El cuerpo humano en estado de reposo consume 300 ml/min de oxígeno, que puede aumentar hasta 3000 ml/min durante el ejercicio y hasta 6000 ml/min durante el ejercicio físico intenso.

Debido a ese aumento, durante la actividad física intensa, el cuerpo **acelera la respiración** para proporcionar una adecuada oxigenación al organismo. Sin embargo, puede sufrir una ligera hipoxia (bajada de oxígeno), aunque sea momentánea.

¿En qué consiste la oxigenoterapia hiperbárica (OHB)?

La **oxigenoterapia hiperbárica** consiste en aportar al paciente **oxígeno puro a una presión más elevada** que la presión atmosférica.

Esto genera un aumento directo y significativo de la oxigenación de los tejidos, que pueden encontrarse en un estado de hipoxia debido al ejercicio; disminuye la formación de ácido láctico y previene y disminuye los edemas.

Además, ayuda a evitar el síndrome de isquemia (supresión de aporte sanguíneo a los tejidos) por la gran formación de antioxidantes, a la par que estimula la regeneración de los tejidos y aumenta la movilización de las células madre.

La OHB ha demostrado **utilidad** en diversas indicaciones dentro del campo de la **traumatología**, entre ellas, el **tratamiento precoz de las lesiones musculotendinosas**.

Aumento del rendimiento deportivo

Además del tratamiento de lesiones, se ha constatado un efecto no esperado: la **mejoría del rendimiento físico del deportista y la recuperación de la fatiga** en deportistas de alto nivel que han recibido OHB después de una lesión traumática. Su recuperación tras los esfuerzos y su rendimiento mejoraron de forma notoria.

La OHB puede ayudarnos a **recuperarnos**

más rápidamente después de los partidos, entrenamientos intensivos, campeonatos y carreras largas, duras o muy extenuantes. Es necesario recordar que siempre debe aplicarse como una **terapia complementaria**.

El aumento del aporte de oxígeno al músculo en el estado de fatiga, o en el momento de la recuperación muscular, **estimula la actividad celular y ayuda a disminuir la sensación de cansancio**. Los estudios realizados parecen indicar que la oxigenación hiperbárica aumenta la tolerancia al ejercicio (resistencia y potencia), incrementa la energía muscular, aumenta la elasticidad, y disminuye los niveles de productos químicos que dan la sensación de agotamiento y disminuyen la capacidad física, como el ácido láctico.

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

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

Agiliza el proceso de recuperación de tus músculos tras una prueba deportiva.

OXIEN

Aumenta tu rendimiento deportivo en nuestra cámara hiperbárica

¡ Prepárate y gana tu próxima prueba deportiva !

C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica | www.oxien.es | Tel.: 948 06 80 80



IMAGEN 1



IMAGEN 2



FOTO 1

Sorpresa en el mal control de una neumonía intersticial linfocítica

Diego José Ferrer Pargada y Sandra Tello Mena. Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander | **Laura Bolea Laderas.** Medicina interna. Hospital de Barbastro | **Andrea Mur Til.** Maxilofacial HUMS | **Paola Molina Tresaco.** Anestesia. Hospital San Jorge de Huesca | **Alberto Mir Subias.** Digestivo. Hospital Ernest Lluc de Calatayud | **Blanca Olivan Lafuente.** Anestesia. Hospital Obispo Polanco Teruel | **José Antonio Latorre Laborda.** Anestesia. HUMS | **Laura García Calvo.** Psiquiatría. Hospital de Barbastro | **Tomás Mayor Bonet.** Intensivos. Hospital San Jorge de Huesca | **José María Castan Capablo.** Anestesia. Clínica Sant Jordi | **Jesús Moles Herbera.** Neurocirugía. HUMS | **Clara Bibian Getino.** Geriatria, Hospital de Barbastro | **Laura Cólera Montero.** Enfermera. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Se presenta el caso de mujer de 78 años con antecedentes de Neumonía intersticial linfocítica diagnosticada en abril de 2015, tras realizarse una biopsia pulmonar con aguja gruesa (BAG) guiada por TC a unos nódulos pulmonares que se habían detectado de forma incidental y donde se obtuvo la presencia de hiperplasia linfocítica difusa, sin existencia de monoclonalidad.

En el seguimiento posterior la paciente ha presentado algunas recaídas de su enfermedad pulmonar con aparición de infiltrados en la radiología de predominio en bases (Ver imagen 1 y 2), además de un empeoramiento clínico y funcional. En todas, la paciente tuvo una buena respuesta al aumento de la dosis de corticoide.

En julio de 2017 comienza de nuevo con empeoramiento de su situación y desde entonces presenta 3 ingresos hospitalarios con clínica de disnea de moderados esfuerzos, tos irritativa y fiebre además de unas pruebas de imagen con infiltrados pulmonares de características migratorias, ya que varían su localización apareciendo en ambas bases indistintamente. En todos los ingresos no presenta datos clínicos ni analíticos de infección y mejora con aumento de la dosis de corticoides. Ingresa de nuevo en marzo de 2018 como en otras ocasiones por fiebre sin claro foco, además de disnea y tos. En anamnesis dirigida refería únicamente pérdida de peso no cuantificada

en los últimos meses. En las pruebas complementarias presentaba una analítica sin datos de infección y un rastreo microbiológico con diferentes cultivos (respiratorios, urinarios...) todos negativos. También presentaba una radiografía con un aumento de densidad redondeado en LID sin claro broncograma aéreo. Con la sospecha de una nueva recaída de su enfermedad pulmonar de base se decidió aumentar dosis de Prednisona a 20mg/24h manteniendo cobertura antibiótica. Tras 4 días de ingreso con febrícula mantenida presenta de forma aguda sensación de cuerpo extraño a nivel faríngeo con tos intensa e importante disnea. Con la ayuda de sus dedos consigue la extracción de helminto de unos 22 cm que se envía a microbiología siendo catalogado de *Ascaris lumbricoides* (Ver Foto 1). Ante la situación descrita con el diagnóstico de síndrome de Löeffler se solicitó coprocultivo con determinación de parásitos donde se observaron formas adultas y huevos de *Ascaris lumbricoides* y se inició tratamiento con albendazol a dosis única de 400 mg. Tras el tratamiento se produjo la desaparición de la fiebre y la mejoría clínica de la paciente, se pudo bajar la dosis de prednisona a 10 mg diarios sin que la paciente presentara empeoramiento como en ocasiones previas. También presentó en analítica posterior eosinofilia que en ningún momento previo había aparecido y se realizó TAC toraco-abdominal donde a nivel pulmonar se observó un descenso importante

de las lesiones intersticiales/exudativas de predominio en lóbulos inferiores (imagen 2).
Discusión: El síndrome de Löeffler o Loeffler es una enfermedad en la cual los eosinófilos se acumulan en el tejido pulmonar en respuesta a una infestación parasitaria. Fue descrito en 1932 por Wilhelm Löeffler, quien lo identificó en pacientes con neumonía eosinofílica causada por parásitos como *Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis*, *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*.

El ciclo de vida del *Ascaris* (Figura 1)

El hombre se infecta por el *ascaris* a través de la ingestión de sus huevos que se encuentran presentes en el suelo contaminado. Los gusanos adultos (1) viven en el lumen del intestino delgado. Una hembra puede llegar a producir aproximadamente 200.000 huevos al día, los cuales pasan a las heces (2). Es posible que se ingieran huevos no fertilizados, pero no son infectivos. Los huevos fértiles embrionan y se vuelven infectivos entre los 18 días y varias semanas después (3), dependiendo de las condiciones ambientales (óptimas: suelo húmedo, cálido y sombreado). Después de ser tragados los huevos infectivos (4), las larvas eclosionan (5), invaden la mucosa intestinal y son adquiridas por la circulación portal hacia la circulación sistémica, y luego a los pulmones. Las larvas maduran en los pulmones de 10 a 14 días (6), luego penetran a través de las paredes alveolares, y ascienden por el árbol

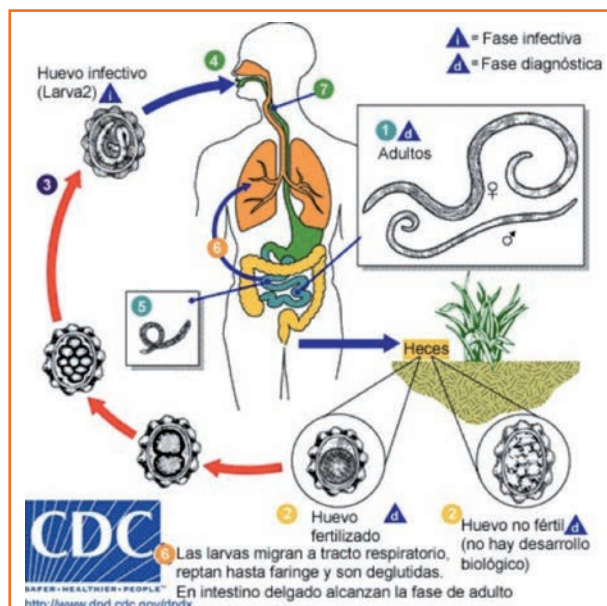


FIGURA 1

bronquial hasta la faringe, donde son deglutidas (7). Una vez que han alcanzado el intestino delgado, siguen su desarrollo hasta gusanos adultos (8). Transcurren entre 2 y 3 meses desde la ingestión de los huevos infectivos hasta la puesta de huevos por la hembra adulta. Los gusanos adultos pueden vivir entre 1 y 2 años. La infección sintomática aparece en general entre individuos con cargas de gusano relativamente altas. Con mayor frecuencia la

etapa intestinal del gusano adulto (fase tardía) produce síntomas intestinales, hepato-biliares y pancreáticos; y la etapa de migración larvaria (fase temprana) produce manifestaciones pulmonares o síndrome de Loeffler. Éste aparece de 4 a 16 días después de la ingestión del huevo infeccioso. La migración de las larvas a través de los pulmones puede asociarse a síntomas respiratorios transitorios y neumonitis eosinofílica (tos seca, disnea, fiebre, sibilancias, malestar subesternal, etc).

Dentro de las pruebas de laboratorio, podemos observar eosinofilia periférica, que puede estar ausente en el periodo sintomático temprano; En cuanto a pruebas de imagen, se observa en radiografía de tórax infiltrados redondos u ovalados bilaterales, migratorios. En TC de tórax múltiples nódulos de predominio en periferia migratorios, o halo de atenuación en vidrio deslustrado. Por último el examen de heces no es útil para el diagnóstico de infección pulmonar, los huevos se detectan en heces al menos 40 días después de los síntomas pulmonares.

En nuestro caso sí fue útil porque se encontraba en fase tardía de la enfermedad. La fase tardía o intestinal aparece unas 6 a 8 semanas después de la ingestión del huevo. Obtenemos en pruebas de laboratorio eosinofilia periférica; en radiografía simple de abdomen se pueden observar grandes colecciones de gusanos. El tratamiento en fase temprana, pulmonar o Síndrome de Loeffler son broncodilatadores, corticoides (tras descartar infección por Strongyloides para evitar síndrome de hiperinfección por Strongyloides), y no suele ser necesario tratamiento antihelmíntico. Ya en fase tardía o intestinal sí se administra terapia antihelmíntica como Benzimidazoles (albendazol o Mebendazol) u otros alternativos. En nuestro caso probablemente la paciente presentó el síndrome de Loeffler con la aparición previa de tos, disnea e infiltrados radiológicos migratorios (cuando parecían agudizaciones de su enfermedad pulmonar de base) pasando posteriormente a presentar síntomas intestinales en fase tardía (molestias abdominales), llegando al diagnóstico en fase de gusano adulto. En cuanto a las pruebas de laboratorio, nuestra paciente no presentó en los meses previos al diagnóstico eosinofilia periférica, probablemente camuflada por tratamiento con corticoides.



Seguro de Automóvil

Juan necesitó ayuda de *confianza* para montar la silla

Y uno de nuestros profesionales lo hizo, gracias al nuevo "Servicio Manitas Auto".

Así de fácil...



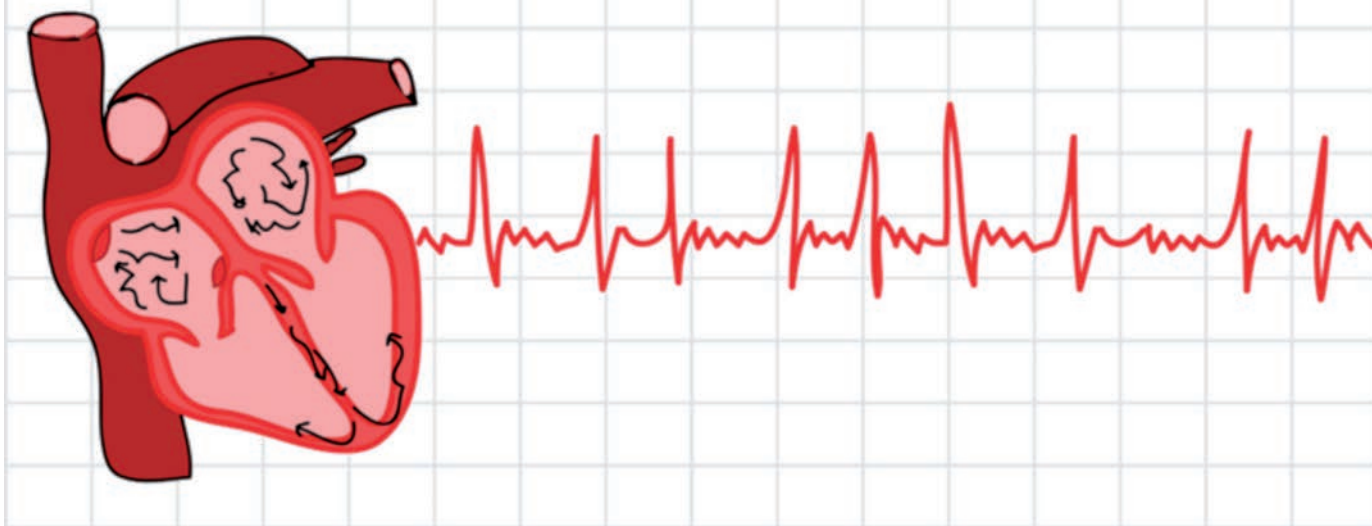
A.M.A. HUESCA
Zaragoza, 5; bajo
Tel. 974 22 33 54
huesca@amaseguros.com

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

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

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10 Síguenos en f t in + @ en nuestra APP



Arritmias cardíacas y ejercicio físico

Dr. Antonio Asso

Jefe Unidad de Arritmias, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

En el momento actual es sobradamente reconocido, tanto por los profesionales sanitarios como por el público general, la asociación entre una buena forma física y la salud cardiovascular. Sin embargo, no todo el mundo sabe que elevados niveles de entrenamiento predisponen a ciertos trastornos del ritmo cardíaco.

Dejando de lado el ejercicio como causante o desencadenador de arritmias de potencial compromiso vital en individuos que presentan alguna enfermedad subyacente –sea ésta reconocida o no– vamos a centrarnos en este artículo solamente en las arritmias auriculares o “benignas” que se relacionan con el entrenamiento y la búsqueda de un alto rendimiento deportivo.

Sabido es que la práctica del deporte recreacional ha crecido exponencialmente en los últimos años. En tan solo una década muchos fabricantes de material deportivo para este tipo de actividades han duplicado sus ventas. En la misma proporción viene aumentando desde hace años la incidencia de ciertas arritmias como la fibrilación auricular en determinados grupos de población. A qué se debe?, como prevenirla? y como tratarla?

La arritmia más frecuente

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la población general en su conjunto y sus costes directos e indirectos representan más del 1% del total del gasto sanitario en los países desarrollados. La arritmia es consecuencia de una desestabilización de la ac-

tivación eléctrica en una cámara cardíaca (la aurícula izquierda) que se traslada a la aurícula derecha –lugar donde se inicia el impulso eléctrico normal o ritmo sinusal. Como consecuencia, el ritmo cardíaco normal secuencial y sincrónico se transforma en un ritmo de cadencia irregular. La arritmia clásicamente se presenta en episodios de minutos u horas durante los que el pulso se hace irregular y rápido sin justificación alguna. Clásicamente la arritmia se presenta durante el reposo especialmente nocturno y se asocia con clínica de palpitaciones, molestias torácicas inespecíficas, etc. En otros casos el paciente es completamente ajeno a la existencia del trastorno y está asintomático. Cuando la arritmia se presenta en episodios autolimitados (que se interrumpen espontáneamente) se denomina fibrilación auricular paroxística. Cuando la arritmia se mantiene durante más de una semana se denomina persistente, y cuando se cronifica se denomina permanente.

La fibrilación auricular en cualquiera de sus tipos puede presentarse en cualquier grupo de población. La edad es un factor determinante, así como la coexistencia de ciertos factores de riesgo como la hipertensión, obesidad, sedentarismo, etc. Así, en personas de más de 80 años podemos asegurar que 1 ó 2 de cada diez presentan este tipo de arritmia en alguna de sus formas. La identificación de la arritmia en estos individuos es fundamental ya que cuando se asocia a la presencia de factores de riesgo predispone al desarrollo de embolias cerebrales o sistémicas que deben prevenirse convenientemente mediante tratamiento anticoagulante.

Consecuencias clínicas

El otro aspecto fundamental son las consecuencias clínicas de la arritmia tanto en lo referente a síntomas asociados como al potencial de agravar patologías cardíacas subyacentes acentuando por ejemplo la insuficiencia cardíaca en pacientes cardiopatas.

Como se ha mencionado antes, la arritmia puede ser asintomática incluso en jóvenes. Esta presentación, no obstante, es infrecuente de forma especial en este grupo de edad. La ausencia de sintomatología es especialmente preocupante en personas mayores en quienes típicamente concurren riesgos embólicos elevados por la coexistencia de factores de riesgo cardiovascular. Esto debe obligar a una búsqueda proactiva de la arritmia en los mayores ya que la ausencia de síntomas no exime de los riesgos embólicos. Es un hecho constatado en los servicios de urgencias que muchas veces se detecta la arritmia por vez primera en un anciano que acude por un ictus (embolia cerebral) y que al no haberse reconocido la arritmia no estaba anticoagulado.

En individuos jóvenes la arritmia recibe el mismo nombre pero en realidad se trata de una patología en cierto modo diferente. El principal problema de la fibrilación auricular en estos sujetos de entre 30-60 años suele ser la sintomatología y la consiguiente afectación de su la calidad de vida y productividad laboral. Habitualmente, dado que no suelen existir factores de riesgo asociados, los riesgos antes mencionados en pacientes mayores y cardiopatas pasan a un segundo plano.



Arritmia y ejercicio

La mayoría de los pacientes entre 30-60 años que consultan por fibrilación auricular son o han sido deportistas con un alto nivel de entrenamiento de resistencia (atletismo, ciclismo, etc) en su juventud, con un claro sesgo de afectación en el varón, mucho más propenso que la mujer a desarrollar la arritmia. Varias son las hipótesis que correlacionan el entrenamiento de resistencia con el desarrollo de fibrilación auricular décadas más tarde pero ninguna ha sido definitivamente validada. Lo que sí es cierto que la práctica de un riguroso programa de entrenamiento de resistencia durante años quintuplica (al menos) los riesgos de desarrollar más tarde esta arritmia, lo que no contradice con los beneficios netos innegables para la salud cardiovascular de la práctica deportiva y de un alto nivel de ejercicio.

¿Cuál es la dosis adecuada del ejercicio?

Esta es la cuestión clave. La vida sedentaria se asocia con ciertas patologías cardíacas a través de un conjunto de factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión, diabetes, etc. Estos factores favorecen el desarrollo de arritmias, y entre otras, la fibrilación auricular. La práctica de ejercicio moderado y moderado-intenso es muy beneficioso para la salud cardiovascular al prevenir tales factores de riesgo. Las personas físicamente activas, por tanto, tienen una menor incidencia de fibrilación auricular respecto a los sujetos sedentarios. El problema surge en el siguiente escalón de intensidad: el ejercicio de resistencia con arduas sesiones de entrenamiento de resistencia a lo largo de los años condiciona mediante diversos mecanismos cambios en la estabilidad eléctrica de las aurículas y me-

diatizan el eventual desarrollo de fibrilación auricular en episodios paroxísticos años más tarde, cuando el deportista se encuentra en la cuarta o quinta década. Debe aclararse aquí, que si se ha practicado deporte de resistencia en la juventud y décadas después abandona la actividad física y lleva una vida sedentaria el resultado es todavía peor, ya que estos sujetos tienen en conjunto más arritmias que quienes siguen practicando deporte a nivel moderado toda la vida.

La biología no ha tratado de igual manera en este campo tampoco al hombre y a la mujer, favoreciendo a ésta última. Estudios recientes confirman que esa curva en forma de "V" entre la relación ejercicio e incidencia de fibrilación auricular se cumple en el varón pero no es válida para la mujer, en quien el ejercicio de elevada intensidad y resistencia mantenido durante años seguiría siendo beneficioso y no favorecería el riesgo arritmico, al menos en la relación documentada en el hombre. Los datos estadísticos actuales sugieren esta afirmación pero probablemente haya que corroborarla para descartar factores externos que la condicionan. En cualquier caso, debe insistirse de nuevo que el beneficio neto de la práctica del deporte de intensidad es innegable y que aunque la fibrilación auricular es cinco veces más frecuente en estas personas existen intervenciones terapéuticas eficaces para su tratamiento. Eso sí, debe tenerse presente también aquí que no siempre "más" de algo bueno es necesariamente "mejor".

¿Si el deporte es bueno, cuanto más deporte mejor?

El ejercicio de moderada intensidad es el más conveniente desde un planteamiento de salud;

el ejercicio de intensidad sigue siendo bueno pero conlleva una mayor incidencia de ciertas arritmias –tratables por otro lado.

¿La influencia del deporte en la salud cardiovascular es equivalente en ambos géneros?

Aparentemente no, mientras que en el varón el ejercicio de alta intensidad y resistencia se asocia con una incidencia aumentada del desarrollo de arritmias como la fibrilación auricular, en la mujer ese incremento de riesgo no se está observando a similares cargas de entrenamiento.

Finalmente, debe insistirse que una valoración médica rigurosa es uno de los requisitos para todo aquel que desea realizar ejercicio físico intenso, sea a nivel competitivo o recreacional.

¿Debe realizarse una revisión cardiológica antes de iniciar una práctica deportiva intensa?

Sí. Aunque debe tenerse presente que:

- Carece de sentido indicar pruebas indiscriminadas a individuos de bajo riesgo cuya interpretación será dificultosa y sujeta a errores.
- La mejor valoración suele incluir una historia clínica personal y familiar, la realización de un electrocardiograma y ecocardiograma, y en su caso otras exploraciones como prueba de esfuerzo, etc.

¿Excluye el riesgo de muerte súbita una revisión cardiológica exhaustiva?

No. Lamentablemente ciertas patologías que predisponen a una arritmia maligna pueden ser imposibles de detectar con antelación.

Proceso de donación de órganos y trasplante renal. Una visión general

*Santiago Ezquerro Sáenz, Clara Gareta Alquézar y M^a Jesús Gil Sanz. Servicio de Urología
María Fuster Cabré. Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

Un trasplante es sustituir un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente. Hoy en día constituye una técnica médico-quirúrgica muy desarrollada que logra magníficos resultados para los receptores.

No obstante, necesita obligatoriamente la existencia de donantes. Sin la solidaridad de los donantes no hay trasplantes. España es el país con mayor tasa de donación de todo el mundo. Las donaciones se realizan siempre de forma altruista. Estas bases de funcionamiento nos proporcionan el privilegio de tener mayores posibilidades de obtener un trasplante en caso de necesitarlo. El modelo español de funcionamiento de los trasplantes es considerado mundialmente un ejemplo a imitar. Pero ser un modelo de solidaridad no puede servirnos para dar la espalda a la realidad. Cada día hay más personas que necesitan ser trasplantadas para seguir viviendo. Aproximadamente el 10% de los receptores fallecen mientras esperan recibir un órgano. En España la donación y el trasplante se encuentran regulados por la Ley de Trasplantes que garantiza entre otros, dos aspectos fundamentales: el altruismo de la donación y la equidad en el acceso al trasplante.

¿Quién puede ser donante?

Puede ser donante de órganos toda persona que en vida decida que, a su muerte, sus órganos sirvan para salvar o mejorar la vida

de otros. Sin embargo, debe saber que pese a nuestro deseo de ser donante de órganos, no todos podremos serlo, ya que para ello, será necesario que el fallecimiento (por muerte encefálica o asistolia) acontezca una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital. Es en estas unidades dónde es posible realizar la preservación de los órganos y las pruebas necesarias para realizar una correcta valoración de cada potencial donante. Será el equipo médico quien, una vez realizadas todas las pruebas necesarias, dictamine si el fallecido puede ser donante y de qué órganos.

Por otra parte, la donación de vivo es posible si se cumplen las condiciones y requisitos establecidos por la Ley. El donante ha de ser mayor de edad y gozar de buena salud física y mental. La Ley incluye los pasos a seguir por todos los implicados: profesionales médicos y personal judicial y donante y receptor; para garantizar los derechos de ambas partes, la libertad en las decisiones, voluntariedad, gratuidad y altruismo.

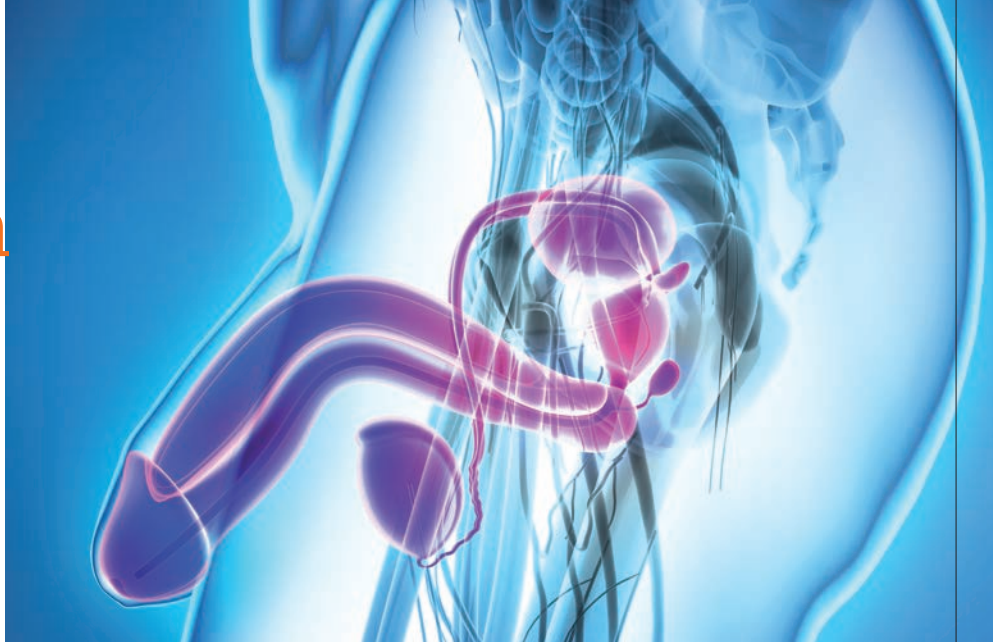
Y el trasplante renal, ¿En que consiste?

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal debe ser unitario e integrado en cuanto a las diversas opciones de hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. En cada paciente hay que optar por la terapéutica inicial más idónea y para ello hay que valorar las diversas características del paciente de carácter personal, sociolaboral, comorbilidad

asociada y valoración de beneficios y riesgos. El trasplante renal con éxito es en la actualidad y desde hace años la terapia de elección para la mayoría de las causas de insuficiencia renal en la que está indicado. Mejora la calidad de vida del paciente y aumenta la supervivencia de los pacientes. Su aplicabilidad viene limitada por la disponibilidad de órganos en relación con la demanda creciente de pacientes que lo precisan. La opción del trasplante renal emparentado (de donante vivo) es una excelente alternativa pues permite una cirugía reglada, puede llevarse a término en situación de prediálisis y preferentemente está indicada en gente joven donde los resultados son más beneficiosos. Esta opción se está extendiendo en la actualidad.

El rechazo es el principal problema de un trasplante de riñón y se produce como un mecanismo de defensa de su organismo frente a algo que no percibe como propio. Su inmunidad en condiciones normales, le protege de organismos extraños como bacterias y virus. También le protege del desarrollo de tumores, pero en el caso del trasplante, esta protección condiciona el riesgo del rechazo y es por lo que se debe de tomar la medicación inmunosupresora. La posibilidad del rechazo es más alta en los primeros meses y va disminuyendo a medida que pasa el tiempo y esto permite que la cantidad de medicación inmunosupresora se pueda disminuir, nunca suspender.

La disfunción eréctil y su relación con la cirugía de próstata



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

Una de las consecuencias más temidas por los pacientes en relación con la cirugía de próstata es la repercusión sobre la erección. Hay que diferenciar las dos patologías más comunes en la próstata: la hiperplasia benigna y el cáncer de próstata.

Ambas entidades son totalmente diferentes:

- La **hiperplasia** es un proceso benigno asociado al envejecimiento.

Se produce un crecimiento de la parte interna de la próstata lo que origina una obstrucción a la salida de la orina con consecuencias como: dificultad para iniciar la micción, chorro fino o necesidad de levantarse varias veces por la noche a orinar.

- En cambio, el **cáncer de próstata** es una enfermedad que no produce síntomas generalmente, asienta en la parte externa o periférica de la glándula y es un proceso tumoral por lo que precisa de un tratamiento específico radical según el resultado de la biopsia de próstata.

Próstata y erección

Para entender la repercusión de la cirugía de

próstata en la erección es necesario conocer la anatomía de los nervios erectores: los nervios pasan a ambos laterales de la próstata en su trayecto hacia el pene. Hay que diferenciar entre los tipos de cirugía que se realizan según el proceso sea benigno o maligno: en la cirugía de la hiperplasia benigna de próstata no se elimina toda la próstata sino solo la parte agrandada responsable de la obstrucción de la salida de la orina mientras que en la cirugía del cáncer de próstata, se extrae toda la próstata al completo, por lo que la probabilidad de causar daño a los nervios erectores es mucho más alta.

En la cirugía benigna de la próstata, la lesión de los nervios erectores es mucho menos probable (alrededor de un 5%) pudiendo suceder por perforación de la cápsula prostática o debido a la transmisión de calor o electricidad de los instrumentos utilizados.

La cirugía del cáncer de próstata o prostatectomía radical extrae por completo toda la próstata. Se intenta siempre que las condiciones clínicas del paciente lo permitan, preservar los nervios erectores mediante una disección fina pero en muchas ocasiones

es complicado. En los últimos años la tasa de disfunción eréctil es menor debido a los avances tecnológicos que permiten realizar una cirugía laparoscópica o robótica respetando al máximo los tejidos.

Disfunción eréctil postoperatoria

A pesar de estos avances y dependiendo de la técnica quirúrgica, puede haber entre un 60-80% de disfunción eréctil postoperatoria. Un punto clave tras la cirugía por cáncer de próstata es iniciar un programa de rehabilitación que puede durar varios meses para evitar la disfunción eréctil. Estos ejercicios se suelen complementar con un tratamiento farmacológico diario de un potenciador de la erección.

A partir de los 12-18 meses tras la cirugía radical de próstata, si no se ha objetivado una mejora de la erección, se puede valorar un tratamiento mediante inyecciones intracavernosas de prostaglandina que producen una erección sin estímulo sexual.

En los casos de fracasos de todos los tratamientos previos, la única opción es la colocación de una prótesis de pene con unos buenos resultados.

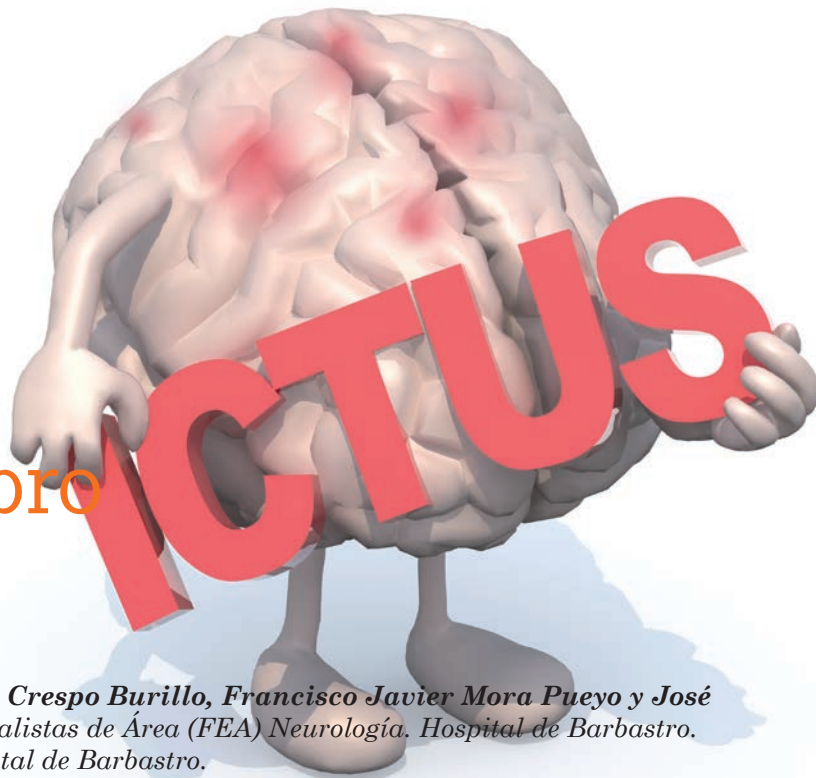


Para el Médico, Enfermera y Profesional Sanitario

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

La importancia de la detección precoz en la patología cerebrovascular



Carolina García Arguedas, José Antonio Crespo Burillo, Francisco Javier Mora Pueyo y José Ramón Millán García. *Facultativos Especialistas de Área (FEA) Neurología. Hospital de Barbastro. Clara Bibián Getino. FEA Geriatría. Hospital de Barbastro.*

La patología cerebrovascular o ictus constituye uno de los principales problemas de salud pública, ya que es la segunda causa de mortalidad en todo el mundo según datos de la Organización Mundial de la Salud.

En España también es la segunda causa de mortalidad, pero esto varía según el sexo, ya que en la mujer es la primera causa. Además esta patología es la principal causa de incapacidad, por lo que supone a la larga importante sobrecarga social y económica en cuidados crónicos. Se han avanzado cada día más en terapias de tratamiento médico del ictus agudo, principalmente la fibrinólisis tanto por fármacos como más recientemente la terapia endovascular, así como de los cuidados en las denominadas Unidades/Áreas de Ictus, que han hecho que las cifras de mortalidad disminuyan en los últimos años, aunque el envejecimiento cada vez mayor de la población, hace difícil que el descenso sea más significativo todavía.

Código Ictus

Pero todo ello tiene sentido cuando hay una identificación precoz de los síntomas para activar todas las cadenas de actuación. Para ello, hay que empezar desde la difusión en la población general así como la formación en primaria y otras especialidades, de los síntomas a detectar y de los criterios de derivación.

Entre los síntomas principales por los que se debe consultar: asimetrías faciales, que normalmente van acompañadas de otros síntomas como suele ser alteración o bien en la emisión del lenguaje o de la articulación, déficit motor que suele ser unilateral de brazo o pierna o de ambos, y asociación o no de déficit sensitivo.

Se ha demostrado que la pronta identificación de los síntomas junto con una activación precoz para iniciar protocolo de actuación, el denominado Código Ictus, se relaciona con un mejor pronóstico y menor secuelas a largo plazo.

Entre los tratamientos médicos describimos brevemente cada uno de ellos, entre los que son subsidiarios el Ictus tipo isquémico, y no el hemorrágico.

- **Fibrinólisis intravenosa:** cuya ventana terapéutica, tras ensayos clínicos, son las 4 horas y media desde el inicio de los síntomas (conocida de manera exacta), junto con realización de técnicas de neuroimagen, en las que no exista contraindicación, se aplica el tratamiento, bajo indicación de un neurólogo/a, ya sea por estar de guardia de presencia en los hospitales de referencia o a través de telemedicina en los hospitales comarcales.

En el caso de Ictus de hora de inicio desconocido o ictus del despertar (los que se denominan al despertar el paciente con los síntomas, que se traduce también como hora desconocida), también se puede aplicar terapia con fibrinólisis intravenosa, pero utilizando técnicas de neuroimagen que se denominan dinámicas como es el TC de Perfusión donde se valoran mapas de perfusión, y nos informan, si existe tejido cerebral salvable a pesar de no conocer la hora del inicio de los síntomas.

- **Tratamiento endovascular:** cuya ventana terapéutica es aún mayor y puede oscilar entre las 6-16 horas (en algunos casos hasta 24 horas, y excepcionalmente 48 horas), y puede estar asociada o no a la fibrinólisis intravenosa. En un paciente que ha presentado un ictus agudo, tanto si se conoce hora de inicio como no, se utiliza las técnicas de

imagen dinámicas comentadas anteriormente, además del denominado AngioTC: prueba que sirve para valorar el árbol vascular arterial, pudiendo valorar la presencia o no de trombos, sobre los cuales se puede aplicar esta terapia.

Dicha terapia es invasiva ya que requiere la presencia de anestesta y radiólogo intervencionista que hace abordaje vía arterial de un catéter, valorando el árbol arterial in situ para confirmar la presencia de trombo, y en el mismo acto utilizar la terapia que consiste o en fibrinólisis intrarterial o en trombectomía mecánica.

Cuidados en las Áreas de Ictus

La otra parte que no por ser la segunda nombrada, es la menos importante, son los cuidados que se aplican en las denominadas Unidades/Áreas de Ictus.

La diferencia radica en que las Unidades son camas específicas para ingresos de Ictus agudos tanto con tratamiento o sin él (con una serie de criterios), con personal de enfermería exclusivo para esas camas, y con neurólogo de guardia habitualmente, que se encuentran monitorizadas para controlar registros como TA, alteraciones en la frecuencia, niveles de oxígeno, que en fase aguda deben estar controladas y que mejoran el pronóstico de la enfermedad. Este tipo de Unidades presente en hospitales de referencia.

Y las denominadas áreas de ictus son también camas monitorizadas, sin enfermería propia (es el mismo personal que atiende otras patologías ingresadas) y sin neurólogo de guardia (más en hospitales comarcales).

Cada uno de ellos aplicando unos protocolos que es cada comunidad autónoma suelen estar unificados.



La endometriosis, una enfermedad de mujeres que sufren

Jessica Valeria Hernández Pimenta. FEA Especialista en Ginecología y Obstetricia
Isabel Garrido Ramírez de Arellano. FEA Especialista en Medicina Intensiva
Nekane Urrestarazu Esporrín. FEA Especialista en Anestesiología y Reanimación
Mónica Zamora Elson. FEA Especialista en Medicina Intensiva
Cristina Latre Saso. FEA Especialista en Anestesiología y Reanimación
Hospital de Barbastro, Huesca

Es muy habitual en nuestro entorno escuchar a mujeres que refieren sentir dolor intenso durante sus reglas, sin embargo, lo más preocupante es saber la respuesta de algunos profesionales de salud y mismos médicos, que pueden decir que eso es normal y no le dan importancia. Pero, ¿es normal que por causa de una regla dolorosa pueda verse afectada la calidad de vida de una persona?, ¿no poder acudir al trabajo, al colegio o actividades cotidianas por culpa de una regla dolorosa o dolor pélvico intenso?, o ¿es normal que una enfermedad afecte a varios ámbitos como el reproductivo, sexual y psicológico?

En muchos de estos casos lo primero es escuchar atentamente a estas mujeres, desde atención primaria o especializada y remitir oportunamente al ginecólogo ante la sospecha de que la paciente este sufriendo por la Endometriosis.

¿Qué es la Endometriosis?

Se define como una enfermedad ginecológica crónica, benigna, dependiente de hormonas y de origen desconocido. Caracterizada por endometrio (la capa más interna del útero que se descama con las menstruaciones) activo fuera de la cavidad uterina.

Los síntomas más frecuentes son: Dolor de regla intenso, dolor durante las relaciones sexuales, dolor pélvico crónico, sangrado

menstrual abundante y esterilidad. Sin embargo, algunos casos pueden cursar con otros síntomas no ginecológicos (urinarios, digestivos u otros dependiendo del sitio de afectación). Y algunas veces puede ser asintomático. Se estima que puede llegar a afectar al 10% de las mujeres en edad reproductiva.

¿Dónde afecta?

Comúnmente los órganos pélvicos (ovarios, útero y los ligamentos que lo sujetan y las trompas de Falopio) y el peritoneo (membrana que cubre la superficie interior del abdomen), aunque otras partes del cuerpo pueden verse afectadas.

Diagnóstico

Mediante historia clínica con los síntomas y signos, examen físico médico y las técnicas de imagen. Y en algunas ocasiones se diagnostica en cirugía.

Tratamiento

El tratamiento debe individualizarse, sin embargo, el de primera línea es farmacológico y sólo en algunos casos se opta por tratamiento quirúrgico.

El tratamiento hormonal debe mantenerse a largo plazo para mejorar el dolor y evitar progresión de la enfermedad.

►Hormonal:

- Gestágenos/Dispositivo Intrauterino de Levonorgestrel.
- Anticonceptivos combinados. Preferible pauta continua.

•Análogos de la GnRH.

►Otros: Analgésicos, antiinflamatorios, etc.

¿Qué se está haciendo en Aragón?

Afortunadamente en esta comunidad ha habido avances. En Junio 2017 se inició la creación del Grupo Estrategia de Endometriosis en Aragón, que actualmente cuentan con representantes de especialistas ginecólogos de los Hospitales Aragoneses, que pretenden un enfoque integral, atención equitativa, disminución en el retraso del diagnóstico y mejorar la continuidad asistencial.

En marzo 2018, se aprobó por el Pleno de las Cortes de Aragón la Proposición no de Ley núm. 43/18 sobre endometriosis.

Se ha establecido que esta enfermedad este controlada en atención primaria y ginecología, sin embargo, en casos específicos de Endometriosis profundas y/o complicadas se pueda remitir a una consulta subespecializada: Unidad de Endometriosis en Zaragoza (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Universitario Miguel Servet dependiendo del lugar de vivienda de la paciente). Actualmente se está trabajando en la impartición de cursos de formación a atención primaria y hospitales de salud, para que estén actualizados sobre el tema tanto médicos de familia y matronas.

Existen asociaciones españolas de pacientes afectadas por la endometriosis, en Aragón se encuentra la Asociación de Afectadas de endometriosis de Zaragoza (ADAEZ).

Plasmaféresis: necesidad de donación de plasma por aféresis



Dr. José Antonio García Erce. Banco de Sangre y Tejidos de Navarra. Grupo de Trabajo "Hemoterapia con sentido común". Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular (SETS)

Dr. José María Domingo Morera. Banco de Sangre de Aragón

Plan Nacional de Hemoterapia 1984-1995 (RD 1088/2015)

1. La autosuficiencia nacional en el consumo de sangre y derivados, y su relación con la donación altruista.
2. Desarrollar y asegurar las garantías para el donante y el receptor.
3. La utilización óptima de la sangre y derivados.

La donación de sangre es uno de los pilares básicos de la salud para el aseguramiento de una sanidad moderna y de calidad. Uno de los pilares del Plan Nacional de Hemoterapia, junto a la seguridad y el uso óptimo, es el autoabastecimiento de sangre y sus derivados.

La donación de sangre total y de componentes sanguíneos (CC. SS.) deben ser actos voluntarios y altruistas. A estos efectos, se define como donación voluntaria y no remunerada (DVNR) aquella en la que la persona dona sangre, plasma o componentes celulares por su propia voluntad y no recibe ningún pago o compensación por ello.

Este tipo de donación es la habitual en los

países desarrollados, abogada por el Consejo de Europa.

Frente a la donación convencional de sangre total, existe la donación de CCSS por aféresis por medio de separadores celulares automatizados. Con este tipo de donación se puede obtener: concentrados de hematíes o glóbulos rojos aislados (eritrocitaféresis), concentrado de plaquetas (plaquetaféresis o trombocitaféresis), plasma fresco (plasmaféresis) o la combinación de cualquiera de los tres CC. SS. por donación múltiple o multicomponente. La combinación más habitual es obtener una dosis terapéutica de plaquetas y plasma en la misma donación. Para obtener una dosis equivalente de una plaquetaféresis es necesario juntar y procesar las capas leucoplaquetares (o "buffy coat") procedentes de cinco donaciones convencionales.

La donación de aféresis tuvo su auge hace varias décadas como fuente de obtención de plaquetas, principalmente para el tratamiento profiláctico de soporte a pacientes sometidos a quimioterapia y trasplantes de progenitores hematopoyéticos. Se puede ver la evolución de la donación en la Tabla 1.

Aunque desde 2012 hayan aumentado las plasmaféresis realizadas, las cifras oficiales de donación están descendiendo progresivamente, y tanto plaquetaféresis como multicomponentes están por debajo de los registros previos a la crisis. Según los informes del Ministerio de Sanidad "la obtención de CC. SS. por aféresis sigue manteniéndose en cifras bajas" (apenas un 4,38% de las donaciones) "aunque han aumentado los procesos de Plasmaféresis" con un incremento significativo del plasma obtenido por aféresis: 25.365 litros en el 2017. En 2017 la media europea de obtención de plasma por aféresis fue de 6,3 L por 1.000 habitantes (rango: 0-52). En cambio, la media en España fue solo de 0,55 L por 1.000 habitantes.

Actualmente, por una creciente demanda de "hemoderivados" y la imposibilidad de asegurar el autoabastecimiento nacional, se está produciendo un incremento de la donación de plasma por aféresis o plasmaféresis.

Hemoderivados plasmásticos

Estos hemoderivados o "fármacos plasma-derivados" son medicamentos que se obtienen a partir de la donación sanguínea, del posterior

fraccionamiento y separación de las proteínas específicas presentes en el plasma. Para ello, es necesario un elaborado y complejo proceso industrial. Entre todos los hemoderivados que se pueden obtener destacan la albúmina, factores de coagulación o "anti-hemofílicos" (factores VIII o IX, fibrinógeno o complejos protrombónicos) y las inmunoglobulinas. Su origen debe ser humano por la imposibilidad de su fabricación industrial a fecha de hoy de muchos de ellos. Los hemoderivados permiten entre otras funciones el tratamiento de numerosas patologías congénitas (hemofilias o inmunodeficiencias), el tratamiento de hemorragias, de enfermedades autoinmunes o para la prevención de las infecciones graves asociadas a los trasplantes.

Plasma enviado a la industria fraccionadora para obtener hemoderivados

Según estos informes, "conforme al objetivo de alcanzar la autosuficiencia en derivados plasmáticos basada en DVNR, los Centros de Transfusión Sanguínea envían a la industria fraccionadora el excedente de plasma no utilizado en transfusión". Sin embargo, desde 2010 hay un descenso del plasma enviado a la industria fraccionadora. El volumen de plasma excedente enviado a la Industria fraccionadora en 2017 ascendió a algo más de 370.000 litros, que a efectos comparativos corresponde a 8 litros por 1000 habitantes frente a los 9,3 litros de media en Europa por 1000 habitantes (rango 0-55) y con grandes diferencias entre comunidades autónomas (CC. AA.) (entre 6 y 10 L). Estas diferencias se explicarían por la existencia de Programas Nacionales de Plasmaféresis en muchos países europeos.

Seguridad de la donación por aféresis

Se considera la donación de aféresis como la donación más segura. Teóricamente, por la mayor duración de la donación, la necesidad de utilización de anticoagulante, de elevados flujos tanto de extracción como de retorno, además de la utilización de un equipamiento, llevaría implícito un teórico mayor riesgo para el donante. Sin embargo, los actuales separadores celulares automatizados, el personal entrenado y una buena selección de los donantes experimentados hacen esta donación muy segura. Además de seguir las correctas indicaciones e instrucciones del fabricante, es fundamental la buena selección y preparación del donante, con buenas venas, y la prevención mediante medidas sencillas como temperatura adecuada, ausencia de estrés, no ayuno previo, buena hidratación antes, durante y después, ingesta de fuentes de calcio e incluso reposición de la volemia.

Necesidad de Plan Nacional de Aféresis y PBM

El consumo mundial de inmunoglobulinas y de albúmina lleva más de una década creciendo, con previsiones casi exponenciales. Según la memoria del Ministerio de Sanidad, en 2017 con la donación autóctona apenas se cubría el 70% del consumo de albúmina, el 50% de inmunoglobulinas y el 40% de factor VIII. (Figura 1).

Es por ello fundamental, desarrollar un Plan Nacional de Plasmaféresis y emitir documentos de consenso basados en la evidencia sobre el uso óptimo de componentes sanguíneos y hemoderivados para evitar que el suministro dependa del plasma procedentes de países extracomunitarios.

Además, se debe implantar un Plan Nacional de Patient Blood Management, siguiendo las instrucciones que urgía la Organización Mundial de la Salud en su 63.ª Asamblea de junio de 2010. Así, entre otros logros, autosuficiencia y uso óptimo de CCSS, mayor seguridad en los receptores, mejores resultados clínico-asistencial, con reducción de morbilidad y ahorro global de costes, se dispondrá de más donantes de sangre para re-dirigir a la plasmaféresis y obtener más plasma para fraccionamiento industrial.

En la donación por aféresis tenemos que experimentar en los próximos años un incremento de actividad, con un posible incremento de aféresis múltiple, pero sobre todo de plasmaféresis para obtener hemoderivados. Para ello necesitamos que ustedes lectores acudan a nuestros centros a donar y preguntar por la aféresis.

(Ver Bibliografía: www.zonahospitalaria.com)

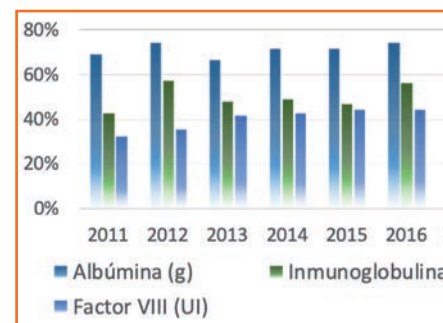


FIGURA 1. AUTOSUFICIENCIA NACIONAL DE LOS TRES PRINCIPALES HEMODERIVADOS .

TABLA 1. EVOLUCIÓN DE LAS DONACIONES

Donación	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total donación	1.823.315	1.803.765	1.796.695	1.755.807	1.698.097	1.675.675	1.706.773	1.698.759	1.615.665
Sangre total		1.740.091	1.735.316	1.702.768	1.647.420	1.621.074	1.651.074	1.639.606	1.615.665
Aféresis		63.674	61.379	53.039	50.677	54.601	55.699	59.153	70.798
(%)		3,53	3,42	3,02	2,98	3,26	3,26	3,48	4,38
Plasmaféresis		28.591	28.806	22.564	21.742	26.663	28.045	31.724	42.387
Eritrocitaféresis		1.119	870	493	628	559	307	319	312
Trombocitaféresis		7.551	7.529	5.747	2.465	1.700	1.167	1.006	973
Leucocitaféresis							2		
Multicomponente		26.280	24.174	24.235	25.842	25.679	26.378	26.104	27.126
Plasma aféresis (L)	22.284	24.573	24.629	20.155	19.796	15.956	16.790	19.053	25.365
Obtención de plasma	418.998	456.232	455.779	445.938	430.414	434.214	432.227	438.701	442.093
Transfusión plasma (L)	232.724	200.745	210.490	199.036	186.537	185.695	183.248	185.887	166.701
Envío plasma (L) industria	370.142	380.560	366.578	368.528	370.659	367.235	373.055	373.376	370.336

Tabaquismo y embarazo

Laura Anoro Abenoza. FEA Neumología Hospital General de la Defensa. Zaragoza
Carmen Deza Pérez. FEA Geriatriá Hospital General de la Defensa. Zaragoza
Mario Albani Pérez. FEA Neumología Hospital Obispo Polanco. Teruel

Los últimos estudios publicados sobre la prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en España no son nada alentadores, ya que indican que el tabaquismo activo no ha disminuido en los últimos años y tan sólo el 19,2% de mujeres gestantes abandonaron el hábito tabáquico en los primeros meses de embarazo a pesar de las campañas de prevención.

La inhalación del humo del tabaco produce vasoconstricción de los vasos del útero y la placenta reduciendo el oxígeno y la llegada de nutrientes al feto.

Por otro lado la carboxihemoglobina, que se incrementa en sangre de las madres fumadoras, tiene alta afinidad por la hemoglobina fetal. Esta carboxihemoglobina disminuye la oxigenación tisular del feto produciéndole hipoxia crónica durante toda la gestación.

Por último, pero no menos importante es crucial destacar el efecto tóxico directo sobre el feto de las sustancias que se inhalan en el humo del tabaco. Algunas de estas sustancias tienen efecto cancerígeno.

Las complicaciones derivadas del tabaquismo sobre el feto que se han demostrado son:

- Abortos espontáneos.
- Complicaciones placentarias (desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, placenta previa).

- Embarazos ectópicos.

- Prematuridad.

- Retraso del crecimiento intrauterino fetal.

Pero además existen patologías secundarias al tabaquismo materno que afectan directamente al recién nacido:

- Malformaciones congénitas (labio leporino, hendidura palatina, craneosinostosis).

- Bajo peso al nacer (que incrementa el riesgo de morbi-mortalidad).

- Síndrome de muerte súbita del lactante (se ha asociado al tabaquismo con el triple de riesgo de muerte súbita).

- Incremento del riesgo de infecciones respiratorias y otitis en el recién nacido.

Intervenciones terapéuticas

El tabaquismo en la embarazada debe abordarse desde el punto de vista de una enfermedad crónica que requiere una estrategia terapéutica específica, con técnicas dirigidas al aumento de la motivación de la gestante para desarrollar habilidades de modificación de conductas e instauración de tratamiento farmacológico en el caso de que este sea necesario.

La educación sanitaria de la embarazada mediante el consejo médico para el abandono del hábito tabáquico es la principal medida preventiva que los profesionales deben llevar a cabo.

Toda mujer embarazada tiene que ser infor-

mada amplia y taxativamente de los riesgos que el tabaquismo supone para su embarazo y para su futuro hijo. Las consultas de atención primaria, matrona y obstetra son oportunidades que no deben desaprovecharse para adoptar programa de intervención para dejar de fumar.

Las estrategias específicas para la prevención en el tratamiento del tabaquismo en la gestante que proponemos son:

1. Consejo médico dirigido a promover el abandono del consumo inmediatamente.

2. Información a la pareja sobre los riesgos fetales del tabaco tanto de la fumadora activa como pasiva, de cara a favorecer la implicación y motivación de ambos.

3. Tratamiento conductual, apoyo social y familiar adecuados para el abandono definitivo.

4. Promover políticas sanitarias que ofrezcan servicios de tratamiento para el abandono del hábito tabáquico.

5. Inclusión de tratamientos para la deshabituación dentro de la sanidad pública.

6. Proporcionar conocimientos y recursos para conseguir una mayor implicación de los profesionales sanitarios en la detección y prevención del tabaquismo en las gestantes, así como promocionar las relaciones de estos con las unidades especializadas en tabaquismo.

7. Considerar tratamiento farmacológico en casos de dependencia moderada-alta o consumo mayor o igual a 20 cigarrillos/día.



Come bien, duerme mejor



Mary Miguel Berges
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00129

Cada vez más estamos quitando peso a las actividades de descanso y en concreto a dormir unas horas determinadas como si el sueño fuese algo superfluo, innecesario en nuestra rutina y vida cotidiana. Lograr el equilibrio físico, psicológico y social se ha convertido en una necesidad vital para lograr una mejor calidad de vida.

Según los últimos datos de la Sociedad Española de Neurología, más de 4 millones de adultos españoles sufren insomnio crónico, y entre un 25-35% de la población adulta lo padece transitorio.

Insomnio

El insomnio se define como una dificultad persistente para iniciar o mantener el sueño o un informe de sueño no reparador, acompañado por una discapacidad relacionada durante el día. Existe el insomnio inicial que es la dificultad para conciliar el sueño y el insomnio terminal que es característico por despertarse varias veces durante la noche, o levantarse más pronto de la hora prevista.

Dormir insuficientemente se ha relacionado con efectos perjudiciales para la salud así como pérdida de productividad y el aumento de accidentes y lesiones.

Entre las causas principales encontramos el estrés, la ansiedad, los malos hábitos dietéticos y el excesivo consumo de sustancias excitantes como el té, café y alcohol.

Alimentación y sueño

Hay alimentos que por su particular composición nutritiva y según la cantidad ingerida afectan al sistema nervioso y tienen una acción directa sobre el sueño.

El triptófano (presente en leche, los plátanos, los huevos, el pollo, pavo y el pescado.) es un aminoácido esencial necesario para la formación de melatonina y serotonina. Ambos neurotransmisores participan en el ciclo del sueño.

Las vitaminas del grupo B y en concreto la vitamina B1 y B6 presentes en los cereales, huevos, frutos secos, legumbres, avena entre otros tienen un papel relevante en el funcionamiento del sistema nervioso en su conjunto. Comer muchos alimentos azucarados reduce

la acción de la vitamina B1 en el sistema nervioso. Por ello, conviene evitar estos alimentos a la hora de irse a la cama. El calcio y el magnesio presentes en los productos lácteos y frutos secos pueden ayudarnos a conciliar el sueño.

Es importante mantener unos horarios de sueño regulares y constantes a lo largo de la semana así como evitar las cenas abundantes. El ejercicio físico practicado de 3 a 4 horas antes irte a la cama te ayudará a liberar tensión y estrés y por ende a conciliar el sueño. Las recomendaciones según la Organización Mundial de la Salud van desde las 10 horas en niños en edad escolar, de 9 a 10 horas para los adolescentes y en adultos las recomendaciones están establecidas en 7 horas.

En resumen, el entorno en el que nos movemos juntos a unos malos hábitos dietéticos está siendo asociado con una mala calidad así como cantidad de horas de sueño en la población española. El Dietista-Nutricionista es el profesional que te puede ayudar a modificar los hábitos dietéticos en tu día a día y conseguir así una mejor calidad del sueño como de vida.

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



MERRELL

BOREAL

HH[®]
HellyHansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



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

www.lapuertaverdepanticosa.com