

SUMARIO

- 2 Pacientes con BajaVisión
- 3 La eficacia de la Medicina Hiperbárica en pacientes con crisis de migraña
- 4 Eliminar arritmias mediante radioterapia no invasiva sin usar catéteres, ¿qué arritmias y cuándo?
- 7 ¿Qué es la diálisis peritoneal?
- 8 Enfermedad de Dupuytren...
- 9 ... síndrome del túnel del carpo
- 10 Frenillo lingual alterado y logopedia
- 12 Insuficiencia respiratoria
- 13 Detección del maltrato infantil
- 14 Cáncer de vejiga infiltrante, ¿qué es una cistectomía radical?
- 16 Hernias inguino-crurales
- 17 Sonda urinaria
- 18 Infertilidad en el varón
- 20 Quistes renales...
- 21 ¿Puedo bañarme en la playa o piscina con una ostomía?
- 22 Nutrición en la enfermedad renal crónica, ¿qué puedo comer?
- 24 El envejecimiento de la población en España
- 25 Consejos para disfrutar este verano de las piscinas con niños
- 26 La correcta fotoprotección de los niños en verano
- 27 Si no tomas lácteos
- 28 La puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

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



¡Feliz verano!

Pacientes con 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 |  618 701 844 (Ángel y Silvia)



www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

Los pacientes con Baja Visión, aunque tengan la misma patología pueden tener sintomatología diferente, en este artículo los vamos a englobar en 3 grupos:

-Pacientes con defecto de campo central, son personas que tienen alguna alteración en la macula, como en la DMAE (Degeneración Macular Asociada a la Edad), Miopías Magnas, StargardtProvocando alteraciones visuales en la línea de mirada, pueden ver torcido, borroso, amontonado... En Yanguas ópticos les valoramos el resto útil de visión, y a través de ayudas visuales calculamos el aumento. Para lectura las gafas de cerca especiales se llaman microscopios, aumentan la letra que el paciente quiere leer, algunos microscopios para cerca incorporan luz en la misma gafa potenciando el contraste.

A este grupo de pacientes con visión excéntrica les hacemos Rehabilitación Visual, para enseñarles a ver por otra zona de mirada.

-Pacientes con defectos de campo periférico, son pacientes que ven en túnel, es decir su campo visual está reducido. Son pacientes con Retinosis Pigmentaria, Glaucoma..

Tienen dificultades en los desplazamientos, no tienen visión por la noche, les resulta muy complicado orientarse en zonas no conocidas, o en espacios grandes, como centros comerciales, grandes supermercados, aeropuertos... La mayoría de estos pacientes necesitan Rehabilitación Visual para enseñarles a realizar rastreos visuales.

Para cerca las ayudas electrónicas suelen facilitarles la lectura.

En Yanguas Ópticos disponemos de gafas electrónicas de realidad aumentada, que mejoran la visión periférica, ayudando en el desplazamiento. Retiplus está diseñado para pacientes que cumplan ciertos objeti-

vos, con Glaucoma, Retinosis Pigmentaria, Hemianopsias, Síndrome de Usher..

-Alteraciones con opacidad de medios: Distrofias en cornea, Anidiara, Cataratas no operables, queratoconos...

Son pacientes que tienen alterada la cantidad de luz que penetra en el ojo.

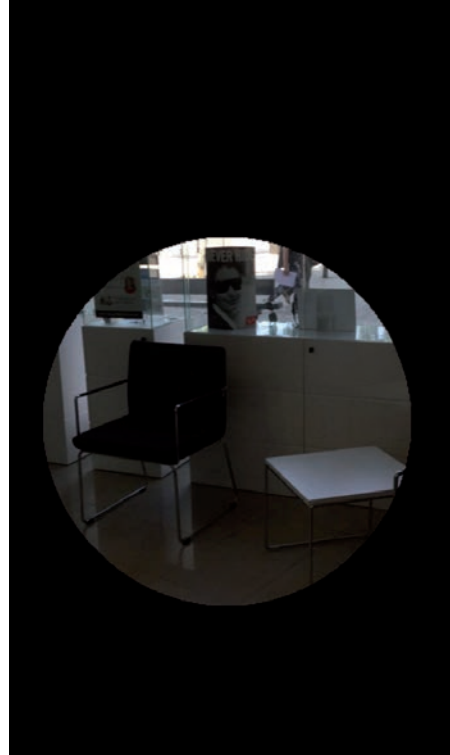
Cuando entra menos luz de la habitual hay una reducción de la agudeza y del contraste y una desaturación de los colores, provocando también deslumbramiento.

La ayudas visuales como los filtros selectivos, controlan la cantidad de luz que entra en el ojo logrando reducir parte del deslumbramiento y proporcionando un mejor contraste. En la prueba de filtros personalizada que realizamos en Yanguas Ópticos, el paciente elige el filtro selectivo personalizado.

La Sociedad Española de Especialistas en Baja Visión y Rehabilitación Visual, ha realizado un estudio en el que analiza el impacto de la cuarentena en personas con Baja Visión

El 50% de los encuestados afirman que el confinamiento les ha causado perjuicios importantes en su vida diaria.

El 47% han reducido sus salidas a la calle (independientemente del estado de alarma). La encuesta revela que el principal problema ha sido mantener la distancia de seguridad con otras personas (41%), seguido de quienes han tenido problemas para orientarse o desplazarse por su ciudad (37%). La alteración del espacio público (nuevas barreras, reordenación de tiendas, ausencia de gente) ha supuesto sin duda un problema para quien tiene baja visión.



VISIÓN EN TÚNEL



VISIÓN CENTRAL ALTERADA

Con respecto al acceso a tratamientos 35% de quienes reciben tratamiento médico lo vieron interrumpido, aquellos que recibían un tratamiento inaplazable (65%) lo han seguido recibiendo, refleja la encuesta.

Un testimonio de un participante, refería:

"Se han complicado tareas diarias como hacer la compra por la obligación de mantener la distancia, depositar productos en caja a través de agujero en la mampara, localización de guantes a la entrada de comercio, ubicación de normas de cada comercio..."

Yanguas Ópticos dispone de Servicio de Baja Visión. Somos un equipo de Optometristas especializados en Baja Visión.

Pertenece a la SEEBV (Sociedad Española de Especialistas en Baja Visión). Si usted o algún familiar padece discapacidad visual, en nuestro centro intentaremos que pueda mejorar su autonomía.

La eficacia de la Medicina Hiperbárica en pacientes con crisis de migraña

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Un porcentaje elevado de pacientes con migraña no siente la mejoría suficiente con los tratamientos habituales. La oxigenación hiperbárica ha demostrado ser una terapia complementaria eficaz para prevenir y tratar las crisis de esta enfermedad.

La migraña es una **enfermedad neurológica crónica, incapacitante**, que afecta al 15% de la población europea y al 14% de la española; más frecuente en mujeres jóvenes y de gran comorbilidad.

Según un estudio de la Sociedad Española de Neurología, solo el **17% de los pacientes con migraña utiliza la medicación apropiada**. Además, un **40%** está **sin diagnosticar**.

La migraña está caracterizada por **crisis de dolor de cabeza recurrente e intenso** que puede ir acompañada de náuseas, vómitos, hipersensibilidad a la luz y al ruido y empeoramiento debido a la actividad física.

El dolor de cabeza **incide directamente en la calidad de vida**, ya que impide con frecuencia desarrollar con normalidad actividades laborales, sociales y familiares.

Origen de la migraña

Desde hace décadas se han planteado múltiples teorías para explicar el curso de la migraña, su componente genético y su asociación a factores de riesgo. Actualmente **se desconoce una fisiopatología única y exacta que la explique**. La teoría más antigua y con mayor sustento es la vascular. Entre las alteraciones que produce se encuentran cambios estructurales, implicación de neuropéptidos, sensibilización e inflamación neurogénica.

La oxigenación hiperbárica para tratar la migraña

Lo más habitual para tratar la migraña es el tratamiento sintomático con fármacos no específicos (paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos), fármacos preventivos (ergóticos y triptanes) y fármacos coadyuvantes (antieméticos, etc.).

Existe un porcentaje elevado de pacientes con migraña que **no siente la mejoría suficiente con este tipo de tratamientos**.

En la búsqueda de alternativas para el tratamiento de la migraña, varios estudios han demostrado que **la oxigenación hiperbárica puede ser una terapia complementaria eficaz**

para prevenir y tratar las crisis de migrañas, ya que los pacientes sentían una mejora considerable tras las sesiones de cámara hiperbárica. El aporte de oxígeno medicinal a una presión superior a la atmosférica, permite que ese oxígeno llegue a todos los tejidos, provocando un **efecto antiinflamatorio y regenerativo**. De esta forma se reestablece la actividad en las áreas del cerebro afectadas y se reduce el dolor.

Es imprescindible que un médico hiperbarista valore al paciente y marque un plan de tratamiento. Este trabajará en coordinación con otros médicos para **abordar la migraña de forma interdisciplinar**. El tratamiento es cómodo y fácil para el paciente.

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

En Navarra contamos con la **única cámara hiperbárica**, avalada por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y Sanidad Navarra, en el centro **Oxien**, del Grupo Sannas. Oxien cuenta con un equipo de expertos que hacen vivir una experiencia inolvidable al paciente.

MEDICINA HIPERBÁRICA

- Vascular
- Recuperación muscular
- Oncología y radioterapia

Cistitis rádica
Osteonecrosis mandibular...

FISIOTERAPIA Y OSTEOPATÍA

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

OXIEN
REHABILITACIÓN HIPERBÁRICA A TU ALCANCE

Eliminar arritmias mediante radioterapia no invasiva sin usar catéteres, ¿qué arritmias y cuándo?

Dr Antonio Asso

Jefe Unidad de Arritmias, Hospital Universitario Miguel Servet

Director Unidad de Arritmias, Hospital QuironSalud. Zaragoza

Indudablemente, el futuro es difícil de predecir. Los economistas lo saben bien, ya que, aunque elaboran complejas teorías para explicar el pasado, suelen ser incapaces de presagiar el futuro. En el campo de la tecnología médica, el futuro también es difícil de imaginar de forma certera. Habitualmente damos la bienvenida entusiasta a nuevas estrategias y herramientas que permitan abordar con enfoques nuevos los viejos problemas. Dicho entusiasmo, no obstante, debe ponerse en cuarentena -maldita palabra en estos meses- hasta que el método científico y la experiencia práctica en el "mundo real" dicten sentencia sobre su verdadero significado futuro en la terapéutica.

La historia del tratamiento intervencionista mediante catéteres de las arritmias cardíacas -como la de cualquier otra especialidad médica fundamentada en la tecnología- está colmada tanto de intrahistorias de éxito como de fracaso. Desde avances técnicos que han aportado ventajas y se han incorporado al arsenal terapéutico hasta ensayos fallidos de nuevos enfoques y herramientas que debieron ser abandonados por complicaciones, ineficacia o ineficiencia.

En los últimos años se ha planteado como posibilidad terapéutica en ciertas arritmias cardíacas el uso de la radioterapia. La radioterapia estereotáxica se utilizó inicialmente en el tratamiento de tumores cerebrales y se ha extendido al tratamiento de tumores en otras localizaciones. En el procedimiento, un acelerador lineal utiliza haces de fotones (Rayos X o rayos gamma) para desvitalizar las lesiones diana. Debido a que no se realiza incisión ni acceso percutáneo vascular, la radioterapia no es un tipo de cirugía ni procedimiento intervencionista por lo que se califica de técnica "no invasiva". De esta forma, la radioterapia

estereotáxica utiliza imágenes tridimensionales para dirigir dosis altas de radiación a la zona afectada. Esto significa que se produce muy poco daño en el tejido sano circundante. Al igual que otras formas de radiación, el daño tisular se produce en el ADN de las células irradiadas con la consiguiente apoptosis (muerte celular) y destrucción de dicho tejido. Las imágenes del primer paciente intervenido de una arritmia ventricular grave mediante radioterapia estereotáxica saliendo del hospital caminando a los cinco minutos de terminada la intervención cautivaron a la audiencia en su presentación. Indudablemente, el concepto no puede ser más atractivo: eliminar el área de origen de una arritmia mediante irradiación externa y de manera totalmente incruenta.

Para entender el realismo de tales expectativas terapéuticas primero debe explicarse en qué consiste la técnica convencional de abordaje de las arritmias. En el momento actual, la mayoría de los trastornos del ritmo cardíaco tienen un enfoque intervencionista con la esperanza de eliminar total o parcialmente una arritmia, mediante una técnica que se denomina ablación. El procedimiento consiste en introducir a través de los vasos sanguíneos de la ingle una serie de catéteres que son manipulados hasta emplazarlos en distintos puntos del corazón para caracterizar la arritmia y eliminar mediante cauterización a través de la punta del catéter de ablación el foco o área que resulta ser crítico para el desarrollo y mantenimiento de la arritmia en cuestión. La energía utilizada para calentar la punta del catéter se llama radiofrecuencia, y el procedimiento: ablación mediante radiofrecuencia.

Tales intervenciones se realizan bajo anestesia local o sedación profunda y toda la actuación se realiza por acceso percutáneo a través del sistema vascular. La mayoría de las arritmias surgen o dependen para su mantenimiento de áreas anatómicas concretas dentro del

corazón que son destruidas mediante lesiones (cauterizaciones o congelaciones) que se aplican a través del catéter de ablación. Las cámaras superiores del corazón (denominadas aurículas) son fuente de diversos tipos de arritmias, algunos de ellos muy prevalentes en la población general, pero sus paredes son muy delgadas y los circuitos a través de los que se crean las arritmias en las aurículas son milimétricos, resultando irreal cualquier consideración alternativa al enfoque actual. Por el contrario, las cámaras cardíacas inferiores (ventrículos) poseen un grosor muscular que llega a superar los 10 mm en algunos puntos de miocardio. Las arritmias que se producen en los ventrículos son potencialmente graves y provienen de zonas de cicatriz y fibrosis consecuencia de procesos previos como infartos, etc. En el interior de estas zonas cicatrizales de los ventrículos perviven circuitos de haces musculares eléctricamente activos con el potencial de iniciar y sostener en determinadas circunstancias arritmias rápidas ventriculares (taquicardias ventriculares) que pueden comprometer seriamente la vida del paciente de manera súbita (Ver Figura 1).

La caracterización y eliminación de esos diminutos circuitos ventriculares se realiza con éxito mediante técnicas de ablación con catéter. Muchos de estos enfermos incluso son portadores de un dispositivo denominado desfibrilador implantable colocado para salvaguardar su vida en última instancia. Cuando a pesar de tratamiento farmacológico tales taquicardias recurren con frecuencia debe plantearse la eliminación de los circuitos eléctricos que las originan. En estos procedimientos se utilizan sistemas de navegación tridimensional que permiten localizar temporoespacialmente la zona de interés y aplicar energía para destruir esos tejidos. A pesar de significativos avances técnicos, sin embargo, la tasa de recurrencias de estas arritmias es elevada. Las principales limitaciones en el abordaje

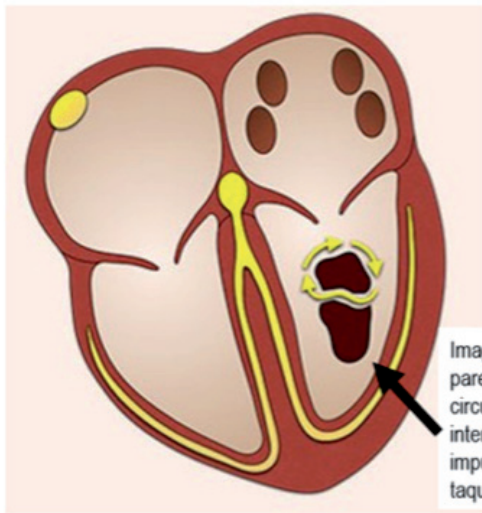


Imagen teórica de una zona infartada en la pared del ventrículo izquierdo con un circuito de tejido superviviente en su interior que propicia la reentrada del impulso eléctrico característica de las taquicardias ventriculares.

FIGURA 1. ESQUEMA DE LAS CUATRO CAVIDADES CARDÍACAS (AURÍCULAS ARRIBA Y VENTRÍCULOS ABAJO) Y DEL SISTEMA ELÉCTRICO DE CONDUCCIÓN DEL IMPULSO ELÉCTRICO NORMAL. EN EL INTERIOR DE LA ZONA INFARTADA DIBUJADA HAY UN CIRCUITO QUE ORIGINA LA REENTRADA DEL IMPULSO ELÉCTRICO DE FORMA AUTÓNOMA QUE CONSTITUYE LA TAQUICARDIA VENTRICULAR, PRINCIPAL MECANISMO DE ARRITMIAS DE COMPROMISO VITAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE INFARTO U OTRAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS CARDÍACAS.

convencional de las taquicardias ventriculares son variadas. En ocasiones, la manipulación del catéter no consigue su emplazamiento exacto en la zona cuya de origen de la arritmia, bien sea por limitaciones técnicas o en el acceso. En otras, la lesión creada es demasiado circunscrita (milímetros de diámetro) y no alcanza a destruir por completo el circuito en su extensión habitualmente intramural de la pared del ventrículo (Ver Figura 2).

Si mediante una fuente de energía se consiguiera eliminar completamente –obviando las limitaciones físicas de la radiofrecuencia convencional, o las anatómicas del miocardio ventricular– la arritmia quedaría resuelta. Teóricamente, la radioterapia estereotáxica podría destruir –de forma análoga a un tumor cerebral– la zona ventricular desde donde se originan las taquicardias ventriculares. Dicho interés teórico vendría posibilitado de la combinación de conocimientos de electrofisiología cardíaca y de radioterapia oncológica ya que es en la eliminación de tumores donde encuentra su aplicación principal esta modalidad de energía (Ver Figura 3 página 6).

La radioterapia en el tratamiento de las arritmias. ¿En qué consiste?

La radioterapia estereotáxica es una modalidad de irradiación de alta precisión que permite irradiar con dosis ablativas, lesiones localizadas fuera del cráneo. Utiliza un sistema de coordenadas tridimensionales para la localización precisa de un determinado tejido o lesión. Habitualmente se usa para tratamiento de tumores localizados en distintos órganos.

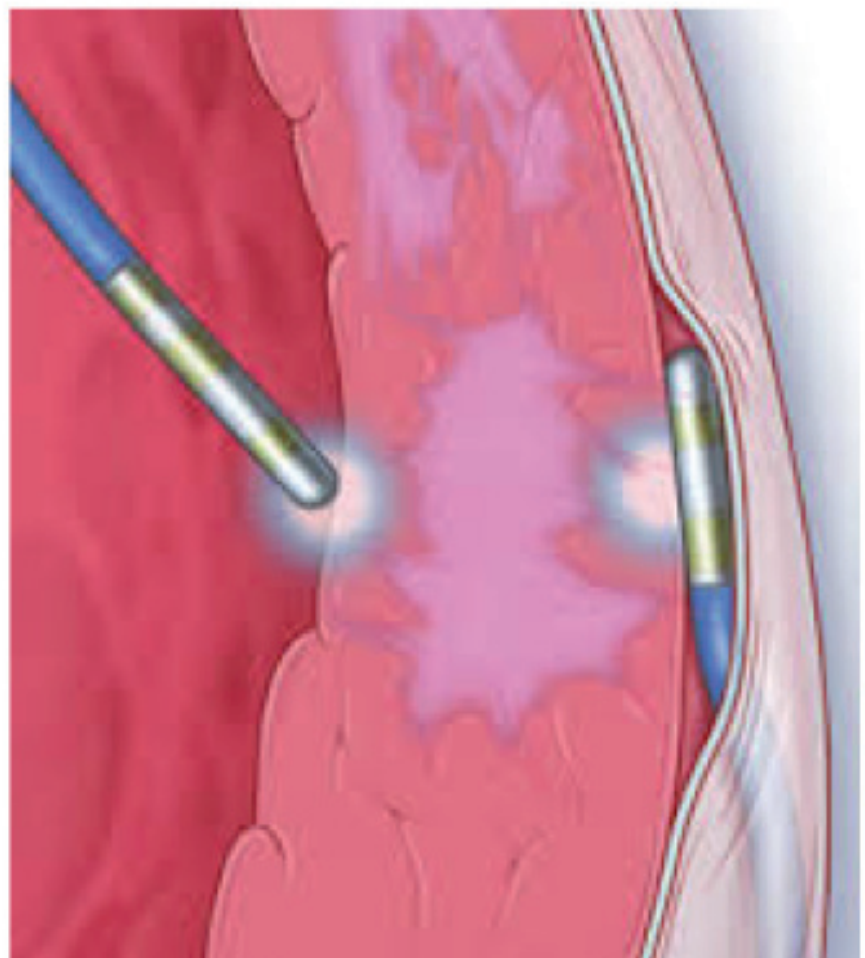


FIGURA 2. MODELO DE UNA ZONA CICATRIZAL EN INTERIOR DE LA PARED VENTRICULAR. EL CATÉTER DE ABLACIÓN NO ALCANZA A ELIMINAR POR COMPLETO LA ZONA DE ESCARA –SOMBREADO INTRAMURAL– DONDE SE ORIGINAN LAS ARRITMIAS VENTRICULARES NI ACCEDIENDO DESDE INTERIOR DEL CORAZÓN (ENDOCARDIO, ACCESO CONVENCIONAL) NI DESDE EL EXTERIOR (PERICARDIO).

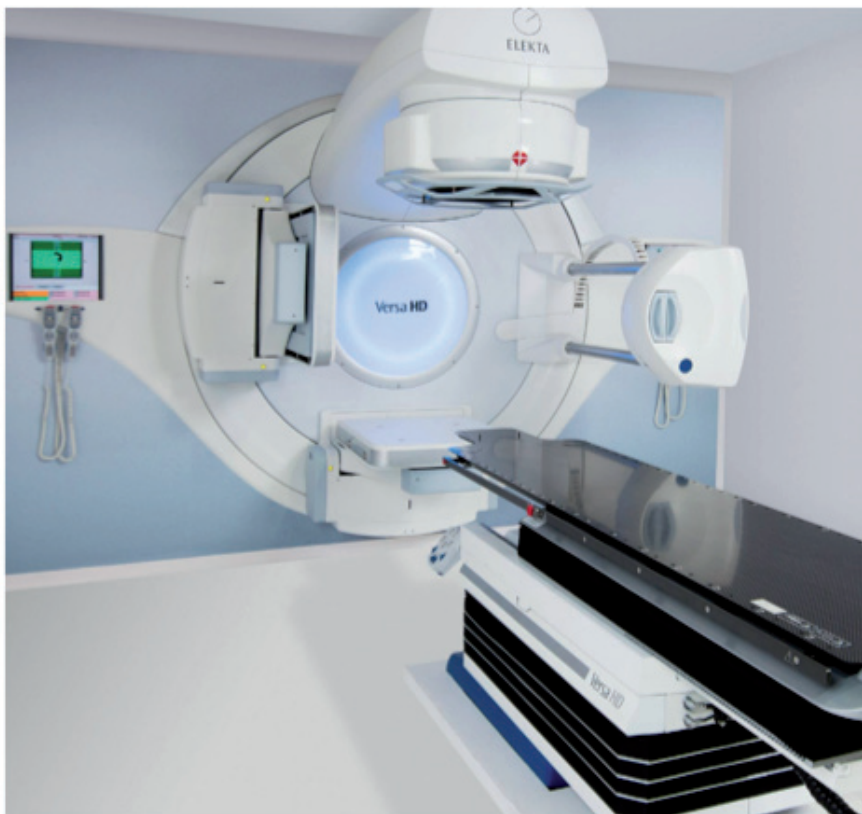


FIGURA 3. MODELO DE ACCELERADOR LINEAL PARA RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA

Los haces de irradiación son altamente precisos y convergentes sobre esa zona haciendo posible la administración de dosis muy altas de radioterapia sin incrementar la irradiación de los órganos o estructuras sanas adyacentes. En los últimos años se está ensayando su utilidad para irradiar y destruir zonas concretas del miocardio ventricular donde se originan arritmias cardíacas potencialmente malignas cuyo abordaje resulta imposible por métodos convencionales. Dado que el corazón es un órgano en movimiento la radioterapia estereotáctica moderna utiliza sistemas de

imágenes (TAC u de otro tipo) que permiten una precisa localización del área del miocardio ventricular cuya eliminación se persigue, de forma que pueden estrecharse al máximo los márgenes y por lo tanto excluir un mayor volumen de tejido sano.

En la actualidad –mediados del 2020– un número muy reducido de pacientes en todo el mundo ha sido sometido a radioterapia para el tratamiento de taquicardias ventriculares. El procedimiento tiene indudables ventajas, como ser no invasivo, de realización ambula-

toria y sólo unos 15-20 minutos de duración en una única sesión. Ha mostrado eficacia aparente en la disminución del número de recurrencia de arritmias en el seguimiento, aunque los efectos de la radioterapia suelen demorarse varias semanas. Sin embargo, se ha aplicado a un número muy escaso de pacientes y aunque los resultados parecen ser prometedores es temprano para aventurar cualquier conclusión hasta disponer de estudios clínicos adicionales.

Lógicamente, aunque la energía que englobamos como radioterapia atraviesa los tejidos hasta alcanzar la lesión, en algunos órganos puede provocar efectos adversos, en este sentido la membrana que rodea al corazón es especialmente sensible, pudiendo ocasionar su inflamación (pericarditis). No sólo en estructuras adyacentes, sino en el propio corazón, la irradiación podría originar también alteraciones en su sistema eléctrico de conducción, las arterias coronarias, o tejido valvular. Adicionalmente, un aspecto diferencial respecto al tratamiento oncológico es que el corazón es un órgano en movimiento, a diferencia de otros tejidos donde se aplica la radioterapia. La tecnología actual, no obstante, permite optimizar el momento del ciclo cardíaco o respiratorio cuando se aplica la energía para obviar esta limitación.

La realidad de cualquier nueva práctica tecnológica suele enfriar las expectativas iniciales. Resulta indudable que la radioterapia estereotáctica para el tratamiento de las arritmias es una prometedora estrategia y seguramente se incorporará al arsenal terapéutico de algunas arritmias ventriculares que no pueden abordarse del modo convencional. No obstante, hasta disponer de datos científicos imparciales debemos reconocer que desconocemos tanto su utilidad como su seguridad.





¿Qué es la diálisis peritoneal?

Luis Miguel Lou Arnal. Jefe de Servicio de Nefrología. Nefrólogo. Hospital Universitario Miguel Servet
Belén Campos Rodríguez. Médica del Servicio de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Diálisis peritoneal. Nefróloga. Hospital Universitario Miguel Servet
María José Cintora Querol, María Soriano Angulo y Natalia Formento Marín. Enfermeras del Servicio de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Diálisis Peritoneal. Hospital Universitario Miguel Servet
Alejandro Soria Villén. Residente de Nefrología. Hospital Universitario Miguel Servet
Raúl Pablo Gormaz. Enfermero del Servicio de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Diálisis Peritoneal. Hospital Universitario Miguel Servet

La diálisis peritoneal es una técnica sustitutiva de la función del riñón. Para realizarla se utiliza como filtro una membrana natural llamada peritoneo, esta membrana recubre todos los órganos del abdomen formando la cavidad peritoneal. Para la diálisis se introduce líquido en dicha cavidad durante un tiempo para la eliminación de toxinas que pasan de la sangre al peritoneo.

Entre los beneficios de este tipo de diálisis se encuentran que el paciente tiene mayor autonomía puesto que se realiza en el domicilio, se mantiene mayor tiempo la capacidad de orinar y es un tratamiento más fisiológico. Para la realización de la técnica en domicilio se precisará una habitación adecuada, con espacio para el almacenamiento del material necesario, libre de objetos que puedan acumular polvo, donde se puedan cerrar puertas y ventanas y sin animales.

Para el acceso a la cavidad peritoneal, se coloca un catéter en el abdomen, este va oculto con la ropa y no interfiere en las actividades

diarias. Precisa sencillo cuidados diarios de limpieza y desinfección que le explicarán en la fase de entrenamiento.

El entrenamiento es realizado por personal de la unidad de diálisis peritoneal. Durante este tiempo la persona aprende en que consiste la técnica, los tipos de soluciones, como realizar un recambio, las medidas higiénicas y de asepsia imprescindibles y las principales complicaciones.

Existen dos tipos de diálisis peritoneal

• DPCA (Diálisis peritoneal continua ambulatoria):

También conocida como técnica manual. Se realizan 2-4 intercambios al día dependiendo del paciente en su domicilio. La cantidad de líquido en cada infusión depende de cada paciente y será indicado por su nefrólogo. Generalmente se realiza un intercambio nocturno que se deja toda la noche hasta el día siguiente.

• DPA (Diálisis peritoneal automática):

Se utiliza una máquina llamada cicladora mientras la persona duerme. Esta técnica es

ideal para personas activas laboralmente. En el entrenamiento se enseña en primer lugar la técnica manual y posteriormente el uso de la máquina, ya que si la persona se va de viaje o precisa de la administración de medicación en el tratamiento se utiliza la técnica manual. Generalmente el paciente lleva en el abdomen algo de líquido durante el día hasta que se conecta nuevamente a la máquina por la noche. Algunas de las contraindicaciones son que el paciente no sea autónomo o tenga algún tipo de deterioro cognitivo, personas obesas o con intervenciones quirúrgicas previas en el abdomen.

Entre las complicaciones de la técnica encontramos las infecciones del orificio de salida del catéter, las infecciones del líquido peritoneal, la movilización del catéter y su obstrucción. Estas complicaciones son tratadas por el personal de diálisis peritoneal, pero la principal medida de prevención es evitar el estreñimiento, la cura diaria del orificio de salida y cumplir estrictamente las medidas de asepsia cuando se realiza la técnica.

Enfermedad de Dupuytren

Causas, síntomas y tratamiento

Marta Molinedo Quílez. Residente de Traumatología de Hospital San Jorge. Huesca
Paúl Vicente Alonso de Armiño. Facultativo Especialista de Área de Hospital San Jorge. Huesca
Iraia Berasategi Noriega. Residente de Traumatología de Hospital San Jorge. Huesca
Marta Sancho Rodrigo. Facultativo Especialista de Área de Hospital San Jorge. Huesca
Daniel Marín Puyalto. Facultativo Especialista de Área de Hospital San Jorge. Huesca

Estamos ante una enfermedad, que de repente hará que note que los dedos se le doblan hacia la palma, sin poder estirarlos, y que cada vez va poco a poco a más. Este cierre progresivo de la mano, ocurre porque la tela que recubre la palma se vuelve dura (se fibrosa), impidiendo que sea capaz de abrirla. Los dedos más afectados son el meñique y el anular.

¿Por qué se produce?

No se conoce la causa, y no se ha demostrado, que determinadas profesiones o traumatismos en la mano tengan relación con el desarrollo de la enfermedad.

Factores de riesgo

Varios factores aumentan el riesgo de producir la enfermedad:

- Edad: por encima de 40 años es más frecuente.
- Sexo: los hombres tienen mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad.
- Antecedentes familiares: con frecuencia alguien de la familia la había desarrollado, porque tiene un componente hereditario.
- Consumo de tabaco y alcohol.
- Diabetes

Sintomatología

La manera de averiguar si tiene esta enfermedad es mirándole la mano: si presenta bultos, hoyos o cordones gruesos en la palma de la mano o los dedos. No existe ninguna prueba más para confirmar la sospecha. Esta enfermedad evoluciona de manera impredecible, pero con el tiempo, irá perdiendo capacidad para estirar los dedos, porque se le quedan doblados. No es una enfermedad que produzca dolor, pero con el tiempo, como decimos, al no poder estirar los dedos, si que causa problemas en la vida cotidiana. La enfermedad

más grave suele ocurrir en los casos en los que la aparición ocurre a una edad más temprana.

Tratamiento

En casos leves, especialmente si la función de la mano no se ve afectada solo se requiere observación. Lo que será importante es, que cuando note que no es capaz de estirar algún

dedo, acuda a su médico para que valore algún tratamiento.

El tratamiento más efectivo, consiste en extirpar esos cordones fibrosos que impiden a los dedos estirarse.

A pesar de haber sido bien operado, el problema puede volver a aparecerle en casi la mitad de los casos.





Todo lo que hay que saber sobre el síndrome del túnel del carpo

Iraia Berasategi Noriega. Residente de Traumatología de Hospital San Jorge. Huesca

Marta Molinedo Quílez. Residente de Traumatología de Hospital San Jorge. Huesca

Paúl Vicente Alonso de Armiño. Facultativo Especialista de Área de Hospital San Jorge. Huesca

Marta Sancho Rodrigo. Facultativo Especialista de Área de Hospital San Jorge. Huesca

Daniel Marín Puyalto. Facultativo Especialista de Área de Hospital San Jorge. Huesca

Se encuentra en la oficina o haciendo manualidades con sus hijos, pero de repente, una sensación desagradable de dolor punzante y hormigueos le obligan a parar. ¿Qué ocurre? ¿Será grave? No se alarme, es muy probable que sufra lo que se conoce como el síndrome del túnel carpiano (STC).

El síndrome del túnel carpiano ocurre por la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca. Es uno de los nervios encargados de la fuerza y sensibilidad de la mano, junto con el nervio cubital y el radial. Se trata del síndrome de compresión nerviosa más frecuente de la extremidad superior que puede llegar a afectar hasta el 10% de la población a lo largo de la vida.

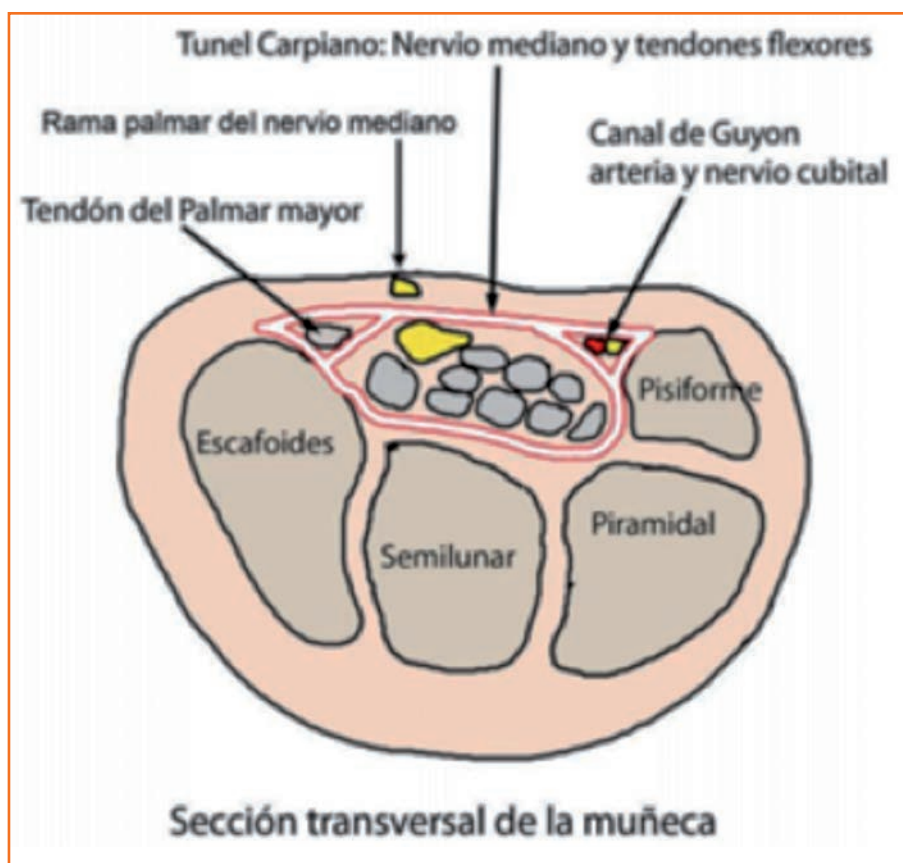
¿Por qué ocurre?

El nervio mediano transcurre en la muñeca por un conducto estrecho limitado por un ligamento, que se denomina ligamento anular del carpo. Cuando el nervio se queda atrapado, tanto por aumento del contenido del túnel como por engrosamiento del propio ligamento, comienza la sintomatología.

¿A quién le afecta?

Lo más frecuente es que lo manifiesten mujeres, puesto que se trata de una patología que es 10 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Suele comenzar de media entre los 40 y los 60 años y, principalmente, en relación con las actividades manuales. Los síntomas más frecuentes son el calor, dolor y los hormigueos en los tres primeros dedos (pulgar, índice y corazón), unos síntomas que pueden comenzar de noche y de manera gradual. Según avanza en el tiempo puede afectarse la fuerza e incluso llegar la sintomatología hasta el codo.

Además, se asocia con otras condiciones como el embarazo, artritis reumatoide, diabetes, alcoholismo, obesidad, el tabaco o ciertas posiciones forzadas, como andar en bicicleta o la mecanografía, que favorecen la extensión de la articulación de la muñeca. Aunque en un porcentaje alto de las ocasiones ocurre sin causa alguna.



REF.: CURSO COT. PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN Y RECERTIFICACIÓN. SECOT

¿Cómo se realiza el diagnóstico?

Son los síntomas los que nos dan el diagnóstico. Además, en la consulta el médico puede realizar ciertas maniobras no invasivas ni dolorosas, como el Durkan, Tinnel o Phallen, para confirmar la sospecha. Se trata de maniobras que reproducen la compresión del nervio en el canal. Pero la prueba específica que nos brindará el diagnóstico definitivo es la electromiografía, que demuestra la alteración de la corriente nerviosa.

¿Qué se debe hacer?

Es importante detectarlo a tiempo para evitar secuelas nerviosas permanentes. En aquellos casos que se trate de una sintomatología secundaria, como por ejemplo al embarazo o la obesidad, se esperará a la resolución de éstas o se tratarán de manera primaria. Como en muchas ocasiones el STC se debe a

causas posturales o actividades manuales, lo primero que se debe hacer es prevenirlo mediante la modificación de ciertos hábitos, como, por ejemplo, tomar conciencia de la postura a la hora de teclear en el ordenador o utilizar férulas nocturnas. Si esto no fuera suficiente, se recomienda comenzar con la toma de medicación oral para el alivio del dolor, como pueden ser los antiinflamatorios no esteroideos. Además, hay pacientes que han notado mejoría junto con la suplementación de la vitamina B6. Si a pesar de estas medidas continúa la sintomatología, el médico optaría por la infiltración local de corticoides y anestésicos locales. Como última opción se realizaría una sencilla cirugía. Consiste en la apertura del ligamento anular del carpo mediante una pequeña incisión. La mejoría de los síntomas es inmediata, pudiendo retrasarse un poco más la completa recuperación de la fuerza.



Frenillo lingual alterado y logopedia

Amaia Salbarredi Lazcano

Logopeda especialista en Daño Neurológico y Terapia Miofuncional Orofacial. N°Colegiado 480543.

Elena Bueno Cubas.

Logopeda especialista en Terapia Miofuncional Orofacial. N°Colegiado 50209. Psicóloga Sanitaria. N°Colegiado A-1850.

El frenillo lingual no es un tejido conectivo, sino un pequeño pliegue en la línea media que incluye variaciones morfológicas de la mucosa, fascia del piso de la boca y algunas fibras del geniogloso, conectando la lengua con el suelo de la boca. Las variaciones hacen referencia a la persistencia de tejido embrionario en la cara sublingual de la lengua, que debería haber sufrido apoptosis durante el desarrollo. De modo que, el movimiento de la lengua se ve restringido.

La incidencia de estas alteraciones se sitúa entre el 3% y 12%. La gran variación se justifica por las diferentes definiciones y clasificaciones. Los criterios diagnósticos no están bien establecidos, no hay parámetros estandarizados de clasificación.

En cuanto a la etiología, los estudios sugieren un carácter hereditario. Las alteraciones pueden estar causadas por mutaciones del gen T-Box, con predominio en el sexo masculino (relación con el cromosoma X).

Los criterios no solo difieren en los diagnós-

ticos y en la clasificación. También en las implicaciones que produce un frenillo lingual alterado. La literatura parece estar de acuerdo en afirmar las limitaciones que produce en los movimientos linguales. Y con ciertas diferencias, en las alteraciones de funciones orofaciales (succión, masticación, deglución, respiración y habla).

Frenillo y lactancia materna

La lactancia materna está relacionada de forma inequívoca con las funciones de succión y deglución, coordinadas con la respiración. Cualquier restricción en la movilidad lingual podrá comprometer la lactancia materna. Las consecuencias pueden ser diversas: destete precoz, baja ganancia ponderal, duración de tomas más larga, agarre en el pecho inadecuado, dolor, heridas en el pezón, irritabilidad en el bebé en el momento de la lactancia. Y durante la succión pueden observarse compensaciones como chasquidos, acción excesiva de los buccinadores y temblores de la mandíbula, entre otros.

El frenillo lingual alterado también interfiere en la masticación (Cross M, et al., 2014). Se

aprecian dificultades de movilidad lingual. Y diferencias en el modo de trituración de alimentos utilizándose los dientes anteriores (en vez de los posteriores), amasamiento con la lengua y movimientos más verticales de la mandíbula. La acumulación de los restos de comida en los surcos vestibulares y entre los dientes es común. También aparecen atipias (compensaciones) en la musculatura perioral durante la masticación, como la contracción exagerada del músculo del mentón y de los labios.

Igualmente, la deglución requiere de elevación y presión de la lengua contra el paladar duro. Sin embargo, cuando el frenillo lingual está alterado dicho funcionamiento fisiológico se ve condicionado y la lengua tiene que adaptarse a sus posibilidades. Aparece una deglución disfuncional (conocido con el término deglución atípica).

Al estudiar las alteraciones del habla que cursan con un frenillo lingual alterado (Marchesan I., 2004), el 50% de los pacientes presentaron errores de omisión y sustitución de /r/, y grupos consonánticos de /r/, además de alteraciones de fonemas /s/ y /z/.



En 2012, otro estudio del departamento de Logopedia de Universidad Federal de Santa María (Morriso M, et al.), encontró dificultades en la pronunciación de fonemas /t/, /d/, /n/, /l/ además de la /r/, /s/ y /z/.

Posición de la lengua al dormir

Cabe mencionar la posición de la lengua en reposo y su relación con la respiración. Durante el sueño, un frenillo lingual alterado no mantiene la lengua protruida y elevada, por lo que se retrae y cae hacia atrás, favoreciendo una respiración oral y pudiendo colapsar parcial o totalmente la cavidad faríngea. La obstrucción de la faringe debido a la lengua es una de las causas de la apnea obstructiva del sueño (AOS).

Un frenillo lingual alterado produce no solo cambios funcionales, sino también estructurales. Se observa una prevalencia más alta de maloclusión dental. Dado que la lengua tiende a colocarse baja y/o adelantada en posición de reposo, y en lugar de dar forma a la arcada superior, presiona contra el arco inferior, lo que produce un sobredesarrollo mandibular y un subdesarrollo maxilar. Puede derivar en maloclusiones Clase III.

Existe bibliografía que respalda otras consecuencias en movimientos orofaciales como lamer helados, besar, tocar instrumentos de viento, causar vergüenza social y alteraciones emocionales.

Cirugía

Respecto al tratamiento, se sabe que el frenillo lingual no se estira con ejercicios. La literatura recomienda realizar la cirugía cuanto antes para evitar complicaciones mayores. La técnica quirúrgica empleada y la experiencia del profesional que realiza la cirugía, son determinantes. Hay que recalcar la importancia de la rehabilitación miofuncional lingual para éxito total del abordaje de frenillo lingual alterado. La Logopedia Miofuncional ayudará a evitar queloides, mejorar la movilidad y adecuar las funciones estomatognáticas que estén alteradas.

En 2016, el servicio de Cirugía Maxilofacial y el servicio de logopedia del Hospital de Nens de Barcelona, presentó un protocolo de acción para el tratamiento de frenillo lingual alterado. Se trataron 101 pacientes de edades comprendidas entre 4 y 14 años. La técnica elegida para casos moderados-severos era la

frenectomía y la plastia lingual asociada a la rehabilitación miofuncional lingual pre y post cirugía. El problema se corrigió en el 28% de los pacientes, alcanzando el 96% tras rehabilitación postoperatoria orofacial. El protocolo comienza con ejercicios linguales una semana antes de la intervención (para aprender la praxis sin dolor). Los ejercicios se repiten 24 horas después de la cirugía (2 secuencias de 15 veces) y a las 48 horas (3 secuencias de 15 veces). Se debe realizar controles a las 72 horas, a los 15 y a los 45 días para evaluar la realización de los ejercicios, el desarrollo de la musculatura lingual, cicatriz, y funciones orofaciales.

Recomendamos el manejo terapéutico del frenillo lingual alterado de forma interdisciplinar: pediatras, logopedas, cirujanos maxilofaciales, odontólogos y otorrinolaringólogos. Generalmente es el médico de atención primaria quien deriva al paciente al cirujano maxilofacial o al logopeda (más si se observan dificultades de succión, masticación, respiración o habla). La exploración funcional y anatómica pormenorizada, garantizará la mejor manera de llegar al correcto diagnóstico.



Insuficiencia respiratoria

María Pilar Molinedo Quílez.

Enfermera. Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial. Zaragoza

La insuficiencia respiratoria es la incapacidad del aparato respiratorio para mantener los niveles arteriales de O₂ y CO₂ adecuados para satisfacer las demandas del organismo.

Signos y síntomas

La insuficiencia respiratoria puede presentar manifestaciones variadas. Los signos iniciales se asocian con oxigenación deficiente. En relación a los hallazgos físicos, se caracteriza por uso de los músculos accesorios de la respiración y disminución de ruidos respiratorios. Además puede existir sintomatología dependiente de la enfermedad causal.

La presentación clínica de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda es totalmente diferente a la de los que padecen insuficiencia respiratoria crónica. La aguda muestra una serie de signos y síntomas de presentación, como son: somnolencia, fatiga muscular, torpeza motora y mental, cefalea, taquipnea, cianosis, náuseas, vómitos o sensación de euforia. En la crónica se pueden presentar también poliglobulia y cardiopatías. Además, conforme evoluciona la enfermedad pueden aparecer: compromiso neurológico, confusión,

sopor; coma, convulsiones; mioclonías; compromiso circulatorio, edema papilar; arritmias e hipotensión.

Tratamiento

En el tratamiento del paciente con insuficiencia respiratoria se ha de tener en cuenta el tratamiento de la enfermedad causal, y el tratamiento de la insuficiencia respiratoria en sí mismo.

Medidas generales para el tratamiento con IR:

En los pacientes con IR crónica el tratamiento suele ser ambulatorio, y en los casos de IR crónica agudizada suele ser necesaria la hospitalización. En los pacientes con IR aguda hay que hospitalizar al paciente inmediatamente. Deberá conseguirse la normalización de la presión de O₂, lo cual puede hacerse mediante oxigenoterapia o ventilación mecánica. Las personas con insuficiencia respiratoria limitan la capacidad pulmonar, y para esto, es importante la realización de ejercicios para intentar mantenerla o que permanezca estable, y no continúe disminuyendo. Alguno de estos ejercicios son: realizar de manera suave deportes como correr, nadar y yoga; realizar

apneas aguantando el mayor tiempo posible, varias veces a lo largo del día; inflar globos dos o tres veces a la semana; inhalaciones y exhalaciones profundas varias veces al día...

Tratamiento farmacológico (Depende de la patología que desencadena la IRA), incluyen: Antibióticos y antitérmicos en procesos infecciosos; tratamiento diurético y drogas vasoactivas en la insuficiencia cardíaca; anticoagulación y/o fibrinólisis en tromboembolismo pulmonar; esteroides en procesos de obstrucción de vía aérea; nebulizaciones con broncodilatadores.

Tratamiento nutricional: el apoyo nutricional adecuado es vital en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda.

En los cuidados del paciente con IR se ha de tener en cuenta el tratamiento de la enfermedad causal, por un lado, el tratamiento de la IR en sí mismo. Los objetivos de las intervenciones de enfermería son mejorar la oxigenación y la ventilación, para restaurar los niveles normales para la persona.



Detección del maltrato infantil

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

Actualmente detectar el maltrato infantil es una tarea complicada que implica un gran esfuerzo de la sociedad y sobre todo un reto para los profesionales relacionados con la atención infantil, entre los que se encuentran los profesionales sanitarios.

Es muy importante prevenir el maltrato infantil, para esto necesitaremos enfocar el problema desde un punto de vista multisectorial. Está demostrado que los programas eficaces son los que prestan apoyo a los padres del niño y les aportan conocimientos y otros métodos positivos favorables para criar a sus hijos.

Es muy importante identificar tanto en la consulta de atención primaria como en atención especializada, identificar los indicadores de riesgo:

- La exploración clínica.
- El comportamiento de los padres.
- La conducta del niño.

Las señales a las que tenemos que estar atentos son:

- No acudir a las citas concertadas.
- Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios
- Acudir a consulta sin motivo aparente
- Cambios frecuentes de médico
- Imposibilidad de recabar los datos de la vida familiar en la entrevista clínica.

Los niños que sufren maltrato presentan una serie de conductas:

- Demandan constante atención mediante pataletas, rabietas.
- Son miedosos en relación a sus padres, no buscan su protección.
- Tienen conductas extremas de agresividad o rechazo.
- Son desconfiados respecto al contacto con los adultos.

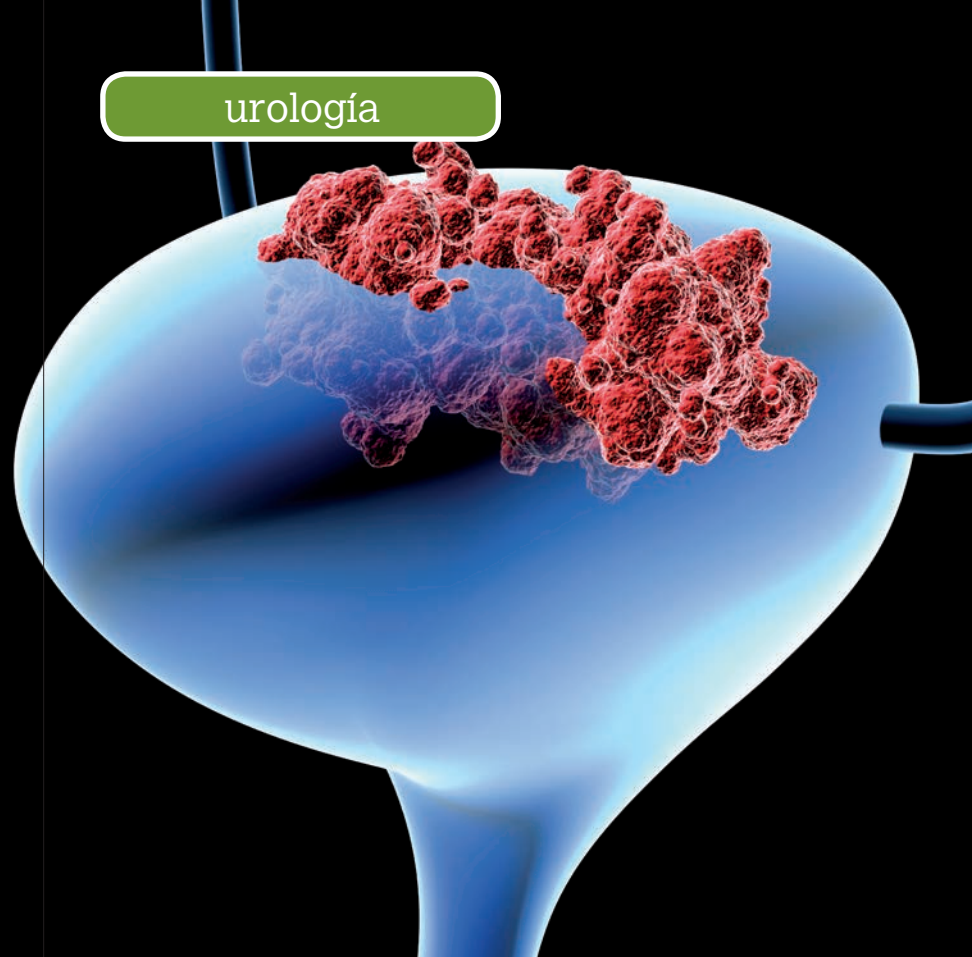
Los maltratadores muestran una serie de conductas que se repiten con frecuencia, estas son:

- Se ponen a la defensiva al preguntar sobre la salud del menor.

- Dan explicaciones poco creíbles para tratar de ocultar las lesiones causadas en el menor.
- No muestran contacto físico con el menor.
- Justifican sus propias conductas agresivas con la desobediencia del niño.

En el caso que sospechemos de un caso de maltrato infantil debemos de realizar una entrevista directa tanto a la posible víctima como a su grupo familiar. Las recomendaciones para realizar dicha entrevista son las siguientes:

- Hacer la entrevista en privado, siempre que sea posible.
- Sentarse cerca del niño/a.
- Presentarse como una figura de ayuda tanto para él como para sus padres.
- Destacar que no son culpables de la situación.
- Ser positivo, manifestando que todo irá bien.
- No dejar que se sienta culpable.
- No pedirle que repita lo que ha ocurrido ante otra persona.



Cáncer de vejiga infiltrante, ¿qué es una cistectomía radical?

*Laura Muñiz Suárez, Daniel Hijazo Gascón, Agustín Asensio Matas, Paula Gayarre Abril y Aida Montero Martorán. Residentes
Jorge Subirá Ríos, Jesús García-Magariño Alonso, Victoria Capapé Poves y Carlos Blanco Chamorro.
Facultativos Especialistas de Área.
Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza*

El cáncer de vejiga es el tumor maligno más frecuente del tracto urinario. Más del 90% de los tumores de la vía urinaria se localizan en la vejiga. La Comunidad Autónoma de Aragón tiene la incidencia de cáncer vesical más alta del país, tanto de casos primarios como de recidivas.

El tabaco es el factor de riesgo mejor definido para padecerlo, entre un 50-65% de los casos en varones y un 20-30% de los casos en mujeres se atribuyen al tabaco.

La vejiga tiene varias capas, y es, dependiendo de la invasión de dichas capas como se clasifican los tumores vesicales, si no infiltran la capa muscular, se trata de un carcinoma vesical no músculo invasivo, más conocido en la población general como superficial, y si

infiltra la capa muscular se trata de un carcinoma vesical músculo invasivo, más conocido como infiltrante.

El 75% de tumores vesicales diagnosticados, son superficiales, mientras que 25% son infiltrantes. La invasión de la muscular hace que la diseminación por vía linfática y sanguínea sea mucho más probable y es por ello que debemos llevar a cabo un tratamiento radical que consiste en extirpar la vejiga y otras estructuras cercanas, motivo por el cual se debe derivar la orina para que se exteriorice por otro lugar.

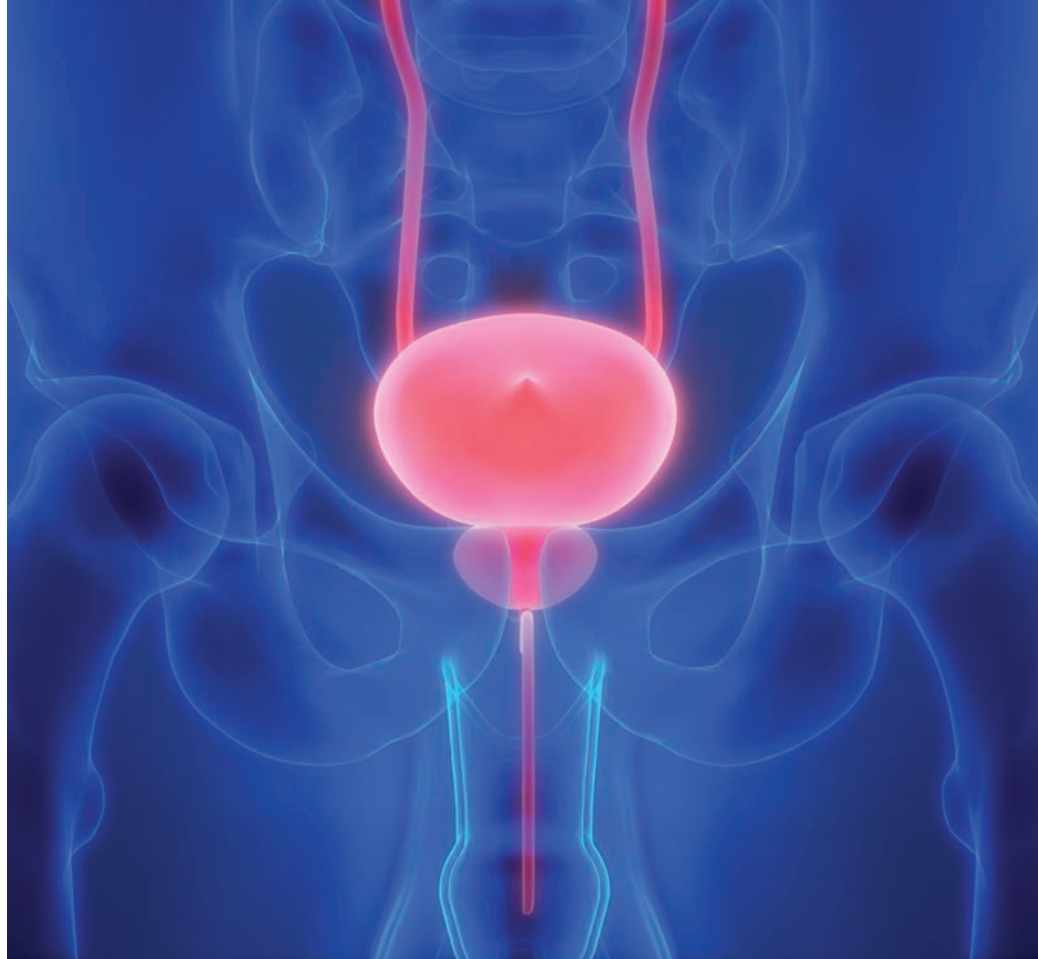
¿Cómo se diagnostica un cáncer de vejiga infiltrante?

El diagnóstico del cáncer de vejiga se realiza mediante una cistoscopia (visualizar la vejiga por dentro con una cámara introducida por

la uretra) o menos frecuentemente con una ecografía, una vez diagnosticado se debe realizar una resección transuretral (RTU) (a través de la uretra) del tumor, de donde se obtienen muestras que se envían a Anatomía Patológica, quien las analiza e informa de qué capas están afectadas, si la capa muscular de la vejiga se encuentra afectada, se trata de un carcinoma vesical infiltrante y se debe realizar una cistectomía radical siempre y cuando sea posible dentro de las condiciones del paciente (edad, otras patologías que presente, etc...)

¿Cómo se trata un cáncer de vejiga infiltrante?

El cáncer de vejiga infiltrante se trata mediante una cirugía que se llama cistectomía radical. Esta intervención se basa en extirpar la vejiga y otras estructuras cercanas que en



el caso del varón son la próstata, las vesículas seminales, los uréteres distales y los ganglios linfáticos regionales y en el caso de la mujer el útero, la uretra, la pared vaginal, los uréteres distales y los ganglios linfáticos regionales. Esta intervención puede realizarse por cirugía abierta, con una incisión desde debajo del ombligo hasta el pubis, por laparoscopia, introduciendo aire en el abdomen y trabajando en su interior, con incisiones muy pequeñas que permitan introducir los instrumentos de trabajo, o asistida por robot, opción que no está disponible por el momento en Aragón. Tras la parte exerética (en la que se quitan todas las estructuras) de la cirugía, se debe realizar la derivación urinaria para que la orina se exteriorice.

¿Por dónde se orina tras la intervención?

La respuesta a esta pregunta dependerá del tipo de derivación urinaria que se le realice. De forma normal la orina se forma en los riñones, baja por los uréteres hacia la vejiga y cuando ésta se encuentra llena, se expulsa mediante contracción y relajación coordinada de determinadas estructuras del suelo pélvico. Como se comentó al principio del artículo, cuando se extirpa la vejiga, la orina ha de derivarse hacia otro conducto o estructura para exteriorizarse y por eso hay que realizar una derivación urinaria.

Existen muchos tipos de derivación urinaria, pero los más utilizados en la actualidad por su funcionalidad, comodidad y resultados son la derivación tipo Bricker, la derivación tipo neovejiga de Studer y las ureterostomías cutáneas.

Derivación urinaria tipo Bricker: En esta derivación se secciona un trozo de intestino delgado, empalmando luego los extremos que quedan para restablecer el tránsito intestinal. A ese trozo de intestino delgado se anastomosan (conectan) los dos uréteres y luego este segmento de intestino se evoca a la piel, convirtiéndose en una ostomía. La orina saldrá al exterior a través de ese estoma y tendremos que llevar una bolsa colectora permanente que iremos vaciando o cambiando periódicamente.

Neovejiga de Studer: En este tipo de derivación se secciona un trozo de intestino y se construye una "nueva vejiga", los uréteres se anastomosan (conectan) al intestino y luego esta estructura se anastomosa (conecta) con la uretra del propio paciente, de tal manera que la orina se almacenará ahí y el paciente orinará por su orificio natural. Este tipo de derivación urinaria se debe realizar en casos seleccionados, con unas determinadas características, tanto del paciente, como del tumor. No todos los pacientes ni todos los tipos de tumor son aptos para este

tipo de derivación. El cuidado de la neovejiga debe ser muy estricto y la continencia puede tardar un tiempo en desarrollarse, así mismo es muy posible que se deban realizar auto-sondajes evacuadores durante un tiempo. Es necesaria una gran implicación y compromiso por parte del paciente al que se le va a practicar esta técnica quirúrgica.

Ureterostomía cutánea: En esta derivación, los uréteres se cortan a nivel de la vejiga y se evocan directamente a la piel del abdomen, realizándose bien dos ostomías, una en cada lado o una ostomía con un uréter anastomosado al otro dentro del abdomen.

¿Qué pasará tras la intervención?

Después de la intervención, durante el ingreso, se le instruirá en el manejo del estoma o en los cuidados de la neovejiga si procede. Cuando sea dado de alta tendrá que ir periódicamente a la consulta para realizar un seguimiento, con pruebas de imagen, analíticas, etc...

Aunque la mayoría de los pacientes se adaptan bien al estoma, existen unidades de ostomías a las que acudir para instruir en el manejo, solucionar dudas que puedan ir surgiendo en el proceso y mantener el estoma con los mejores cuidados.



Hernias inguino-crurales

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

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

Alejandra Utrilla Fornals. Médica Interno Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca

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

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

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

Francisco Javier García Alarcón. Médico de Servicio de Urología. Hospital San Jorge de Huesca

María Marín Ibáñez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge de Huesca

Mariella Olivari Montoya. Enfermera del Servicio de especialidades médicas. Hospital San Jorge de Huesca

María José Anoro Casbas. Supervisora de Enfermería. Servicio de especialidades médicas. Hospital San Jorge de Huesca

A menudo muchos pacientes acuden al Servicio de Urgencias refiriendo presentar un bulto en la ingle que aparece tras la realización de determinados esfuerzos y que después desaparece, ya sea de forma espontánea o porque el propio paciente ha conseguido reintroducirlo. Esta descripción es compatible con las hernias de la región inguino-crural.

La hernia es la protrusión de un saco, que contiene un asa intestinal, revestido de peritoneo a través de la capa musculoaponeurotica de la pared abdominal, debido a la presencia de puntos débiles en dicha pared. Desde un punto de vista anatómico, podemos clasificar las hernias de la siguiente forma:

- 1) Hernias inguinales indirectas o laterales:** son aquellas en las que el saco herniario sale lateralmente a los vasos epigástricos a través del orificio inguinal profundo, introduciéndose en el conducto inguinal junto con el resto de los componentes del mismo. Dichas hernias pueden progresar hasta llegar al escroto, denominándose hernias inguino-escrotales).
- 2) Hernias inguinales directas o mediales:** son aquellas en las que el saco herniario sale medialmente a los vasos epigástricos a través del denominado triángulo de Hesselbach debido a una debilidad de la pared posterior (fascia transversalis). Por tanto, este tipo de hernias son independientes del anillo inguinal profundo y del conducto inguinal.
- 3) Hernias crurales o femorales:** son aquellas en las que el saco herniario sale a través del orificio o anillo crural, situado por debajo del ligamento inguinal.

Las hernias de la región inguino-crural son uno de los motivos de consulta más frecuentes en el Servicio de Urgencias. Existen

importantes diferencias en la frecuencia y distribución por sexo de ambos tipos de hernias, siendo las hernias inguinales mucho más frecuentes que las crurales. Haciendo referencia al sexo, la prevalencia de la hernia inguinal es mucho mayor en los hombres, debido a la existencia de una cierta vulnerabilidad anatómica de esta región. Sin embargo, la hernia crural es más predominante en mujeres. Los factores involucrados en la hernia inguinal, son la elevación de la presión intraabdominal y la debilidad de los músculos abdominales adquirida con la edad. Por otra parte, la causa de las hernias crurales es todavía desconocida, viéndose favorecida por el incremento de la presión intraabdominal y la atrofia que sufre el tejido del canal femoral debido a la edad.

Dentro de los factores que predisponen al desarrollo de las hernias, se incluyen factores generales (como edad, sedentarismo, embarazos múltiples, cirugías previas) y todas aquellas circunstancias que aumentan la presión intraabdominal (como la obesidad, patologías pulmonares crónicas que impliquen un aumento en la frecuencia de tos, estreñimiento).

El diagnóstico de las hernias inguino-crurales se basa habitualmente en la historia clínica (el paciente refiere presentar un bulto en la ingle que aumenta con los esfuerzos y se reduce espontáneamente, manualmente o con el decúbito [al tumbarse]) y en la exploración física (donde se palpa una tumoración en la región inguinal cuando se le pide al paciente que realice un determinado esfuerzo). Si existen dudas diagnósticas, puede estar indicada la realización de una prueba de imagen que nos ayude a confirmar el diagnóstico, como por ejemplo, una ecografía.

¿Qué síntomas NO deberían preocuparme si tengo una hernia?

Si he sido diagnosticado de una hernia, debo saber que la hernia puede salir hacia afuera con la realización de determinados esfuerzos. Por eso se les recomienda a los pacientes que si van a realizar esfuerzos (como levantar grandes pesos, toser, estornudar, etc.) se coloquen la mano en la zona de la hernia para evitar que ésta salga. Con esta simple medida, evitamos el riesgo de que la hernia salga y no pueda volver a introducirse en la cavidad abdominal. Por tanto, si la hernia es capaz de salir y entrar de la cavidad abdominal sin ningún tipo de resistencia, significa que la hernia no está complicada y, por tanto, no hay riesgo de sufrimiento intestinal.

¿Qué síntomas deberían preocuparme y hacerme acudir al Servicio de Urgencias?

Si tras la realización de un determinado esfuerzo, usted experimenta que la hernia se ha quedado fuera y la zona adyacente comienza a ponerse dura, roja/violácea, caliente y comienza con dolor abdominal, malestar general y fiebre, debe de acudir de inmediato al Servicio de Urgencias, ya que existe el riesgo de que el asa intestinal presente en dicha hernia este sufriendo una situación de isquemia y, por tanto, sufrimiento intestinal.

El tratamiento de las hernias inguino-crurales, ya sea de forma programada o de forma urgente, es la cirugía. El tratamiento quirúrgico de elección actualmente es la denominada Hernioplastia, que consiste en la colocación de una malla de polipropileno fijada con puntos de material irreabsorbible, lo que consigue reforzar la pared abdominal y evitar la reaparición de la hernia.

Sonda urinaria

Preguntas más frecuentes



*David Corbatón Gomollón y Víctor Galve Lahoz. Médicos Internos Residentes
Patricia Serrano Frago. Médica Adjunto y M.ª Jesús Gil Sanz. Jefa de Servicio
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet*

¿Qué es una sonda? ¿Por qué llevo una sonda?

La sonda urinaria es la principal herramienta en Urología. Se emplea en la retención aguda de orina y también para cuantificar la cantidad de orina en pacientes hospitalizados. Además, la mayoría de las intervenciones de uretra, próstata y vejiga precisan llevar sonda urinaria un determinado tiempo durante el postoperatorio y la convalecencia. Su urólogo será el encargado de decidir el tipo de sonda y durante cuánto tiempo deberá llevarla.

¿Sonda a bolsa? ¿Sonda a tapón?

Las sondas que van conectadas a una bolsa permiten un vaciado constante de orina. Por ello, mientras usted lleve una sonda conectada a bolsa, su vejiga estará en todo momento vacía.

Es frecuente dejar una sonda a bolsa después de intervenciones de próstata y de vejiga.

Las sondas que van conectadas a tapón permiten que la vejiga almacene la orina que sus riñones van produciendo. Mientras lleve la sonda con tapón su vejiga se llenará de forma normal. En estos casos la sonda funciona como una prolongación de su uretra, cada vez que usted tenga ganas de orinar simplemente tiene que destaponar la sonda. No es necesario que haga esfuerzo para la salida de orina, la orina caerá por gravedad.

Es frecuente dejar una sonda a tapón después de dilataciones de uretra y retenciones agudas de orina.

¿Qué síntomas me puede producir una sonda?

- Escoror o picor peneano.
- Espasmos vesicales (crisis de dolor agudo en vientre).
- Sensación de ganas de orinar.
- Orinas rosadas.

Todos estos síntomas son normales y son producidos por el roce de la sonda con la pared de la vejiga. Puede tomar analgésicos como paracetamol o metamizol para sobrellevar estas molestias.

Salida de orina por fuera y alrededor de la sonda. Es un síntoma que alarma mucho a los pacientes pero que rara vez implica complicaciones. Puede llevar pañales o absorbentes para no mojar su ropa interior.

¿Qué cuidados de la sonda debo tener?

- Ceñirse al tiempo de llevar la sonda. Es fundamental. La retirada de sonda antes de tiempo puede traer complicaciones
- Beber abundantes líquidos (2 a 3L diarios) con lo que evitará que la orina salga muy concentrada y produzca incrustaciones en la sonda.
- Colocar la bolsa de orina a una altura siempre por debajo de la cintura para facilitar la salida de orina por gravedad.

- Higiene del pene/uretra diaria. Muy importante lavarse las manos con agua y jabón antes y después de manipular la sonda.

◆ En hombres se realiza retirando el prepucio, limpiando a fondo el glande y secándolo. Al terminar devolver el prepucio a su sitio.

◆ En mujeres se realiza la higiene a lo largo del periné y siempre de delante hacia atrás. Evitar tirones de la sonda. Además de dolorosos pueden provocar caída de la sonda. Vaciar la bolsa cuando esté a $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad. No olvide lavarse las manos antes y después de vaciarla.

Por la noche, la bolsa de orina debe estar a una altura por debajo de la cama para facilitar la salida de orina por gravedad.

¿Cuándo debo acudir a Urgencias?

- Fiebre $>38^{\circ}\text{C}$.
- Sangrado abundante. Sangre fresca en la bolsa de orina.
- Cuando las molestias producidas por la sonda se transformen en un dolor insoportable y no le alivie nada la analgesia vía oral.
- Caída de la sonda. Aunque usted se encuentre bien si se le cae la sonda deberá acudir a Urgencias. Allí evaluaremos su caso por si es necesario colocar una nueva.
- Obstrucción de la sonda. Si usted nota a lo largo del día AUSENCIA DE SALIDA de orina tanto por dentro como alrededor de la sonda es probable que la sonda esté obstruida. Acuda a urgencias para desobstrucción de la misma.

Infertilidad en el varón

Francisco Javier García Alarcón. Residente Servicio Urología. Hospital San Jorge. Huesca
Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca
Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca
Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca
María Marín Ibañez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Mariela Olivari Montoya. Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca
María José Anoro Casbas. Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca
Antonio García Domínguez. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid
Alejandra Utrilla Fornals. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca
Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

El progresivo retraso en la edad para intentar tener descendencia, junto con múltiples factores ambientales (contaminación, tabaco, drogas, alimentación, etc.), hacen que el número de parejas con dificultades para concebir esté creciendo en los últimos años.

Actualmente, el porcentaje de parejas infértiles se sitúan en torno al 15-20% y de estos, aproximadamente el 40%, se deben a causas masculinas.

¿Cuándo se inicia un estudio de infertilidad en el varón?

Para poder empezar un estudio de este tipo, el paciente debe haber estado al menos un año

teniendo relaciones sexuales con su pareja sin protección y sin conseguir descendencia.

¿Cómo será la primera visita?

La causa más frecuente de infertilidad en el varón está relacionada con la baja calidad del semen. No obstante, existen otras causas, conocidas como causas mecánicas, que también pueden estar detrás de un problema de infertilidad. El estudio inicial tratará de esclarecer ambas situaciones y constará de una entrevista, una exploración física y muy probablemente se le solicitará un estudio del semen.

Entrevista clínica

En la entrevista es fundamental que se sienta cómodo y responda con sinceridad. En ella se

abordarán temas como la dinámica del coito, disfunción eréctil, eyaculación precoz, percepción subjetiva del eyaculado (volumen, color, etc.), incurvaciones peneanas con la erección, tratamientos médicos concomitantes del varón, antecedentes médicos/quirúrgicos, etc.

Exploración física

Junto con la entrevista clínica, la exploración física permitirá descartar posibles causas mecánicas, tales como la localización anómala del meato uretral (epispadias o hipospadias), obesidad mórbida extrema o microfalosomía. También se valorará la presencia de ginecomastia o de fenotipos característicos de determinadas alteraciones cromosómicas, así como posibles alteraciones genitales: bolsas



escrotales vacías, testes de tamaño reducido o de consistencia disminuida/aumentada, varicocele, etc. Es posible que en la exploración también se le realice un tacto rectal.

Seminograma

Es quizás la prueba básica del estudio inicial. Una vez descartadas y valoradas las causas mecánicas como posible origen de la infertilidad, el siguiente paso será realizar un seminograma, que no es más que un análisis del semen. Para ello, será necesario traer una muestra de semen al laboratorio de su Hospital, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Ausencia de proceso infeccioso/febril en los meses previos.
- Se recomienda una abstinencia previa de 3 a 5 días.
- Para obtener la muestra, primero debe orinar y posteriormente lavar cuidadosamente las manos y los genitales. Obtener la muestra por masturbación, sin aplicar geles ni lubricantes. Es importante que se realice en un ambiente tranquilo y placentero, recogiendo en el frasco estéril proporcionado por el laboratorio (que no debe ser abierto hasta el momento de la recogida de la muestra) todo el volumen eyaculado.
- La muestra debe llevarse al laboratorio a la mayor brevedad posible (máximo una hora desde la obtención) y transportándola a temperatura corporal, evitando la luz directa del

sol (es recomendable envolverla en papel de aluminio).

En el seminograma se estudiará, de forma macroscópica: color, volumen, acidez y viscosidad, y a nivel microscópico: concentración espermática, vitalidad, movilidad (total y progresiva) y morfología.

Si el seminograma es normal, el estudio de fertilidad masculino habrá concluido. O bien existen causas mecánicas que se han pasado por alto, o habrá que profundizar en causas de infertilidad en la mujer. No obstante, en **un 20% de las parejas que no son fértiles no se consigue identificar una causa como tal de infertilidad en ninguno de los dos miembros.**

Si el seminograma es anormal, se repetirá el análisis a los 2-3 meses y se confirmará la correcta recogida de la muestra. Es posible que su médico le recomiende en ese tiempo tomar algunos complejos vitamínicos encaminados a mejorar la calidad del semen, así como a reducir el impacto perjudicial de factores ambientales: abandonar hábito tabáquico, evitar sedentarismo, alimentación saludable, etc. Si en el segundo análisis, y a pesar de seguir estas recomendaciones, se confirman los valores alterados, se continuará con el estudio de infertilidad basado en el deterioro de la calidad del semen.

Estudios de infertilidad: seminograma alterado

Las causas de la baja calidad del semen son

múltiples: pueden deberse tanto a factores congénitos (disgenesias testiculares, anorquia, anomalías cromosómicas, etc.), adquiridos (traumatismo, infecciones, tratamientos médicos como quimioterápicos o anabólicos, enfermedades sistémicas, alteraciones hormonales en el eje hipotálamo-hipófisis-gonada, tumores testiculares, varicoceles, etc.) o idiopáticos (desconocidos).

En función de las alteraciones específicas del seminograma, de los antecedentes personales y de la exploración física, su médico podrá ampliar el estudio con pruebas complementarias más específicas, tales como nuevos análisis de sangre (con perfil hormonal: TSH, FSH, Testosterona, Prolactina, etc.), cariotipo, cultivos de orina o semen o pruebas de imagen como ecografía o TAC. No obstante, hasta en el 30-40% de los pacientes con un seminograma alterado, todas estas pruebas son normales y se desconoce el factor o factores causantes del mismo.

En el resto de casos, existen causas de esterilidad primaria que no permitirían ningún tratamiento, otras que permitirían plantearse técnicas de reproducción asistida, y otras que corrigiendo la alteración encontrada podrían solucionar los problemas de infertilidad. Su médico le orientará en función del diagnóstico definitivo.

Quistes renales:

Una patología muy frecuente



Francisco Javier García Alarcón. Residente Servicio Urología. Hospital San Jorge. Huesca
Carmen Jimeno Griñó. Residente Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca
Melody García Domínguez. Residente Cirugía General. Hospital San Jorge. Huesca
Lara Aparicio Juez. Residente Urología. Hospital San Jorge. Huesca
María Marín Ibañez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Mariela Olivari Montoya. Enfermera especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca
María José Anoro Casbas. Supervisora enfermería especialidades médicas. Hospital San Jorge. Huesca
Antonio García Domínguez. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid
Alejandra Utrilla Fornals. Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca
Paula Omedas Bonafonte. Residente Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca

Los quistes renales son acúmulos de líquidos, más o menos grandes, a modo de sacos, que aparecen en los riñones, en número variable, y que no suelen provocar ninguna sintomatología.

Están íntimamente relacionados con la edad, de tal forma que la prevalencia en menores de 18 años es de 0.2% y en mayores de 60 años del 50%, siendo más frecuentes en mujeres.

¿Cómo se diagnostican?

Dado que no suelen provocar ninguna sintomatología, el diagnóstico suele ser un hallazgo casual en una prueba de imagen: ecografía, escáner o resonancia. Normalmente, mediante estas pruebas, se podrá diferenciar entre un quiste simple y un quiste complejo/complicado.

Me han diagnosticado quistes renales, ¿debo preocuparme?

Es importante diferenciar entre un quiste renal simple y quiste renal complejo/complicado.

Si le han diagnosticado un quiste simple, de forma casual en una prueba de imagen, y de un tamaño reducido, no será necesario realizar seguimiento ni nuevos controles del mismo. Como comentamos anteriormente, estos son muy frecuentes y asintomáticos (no provocan dolor ni otra clínica acompañante)

salvo en aquellos casos en los que el tamaño sea tal que pueda provocar un compromiso de espacio con otras estructuras anatómicas vecinas. Si este es el caso, es posible que sea necesario su tratamiento, como veremos más adelante.

Por otro lado, si le han diagnosticado de un quiste complicado/complejo, es posible que su médico le solicite otras pruebas de imagen para completar el diagnóstico.

Un quiste renal complicado es aquel quiste que presenta algunas particularidades en la prueba de imagen, tal como calcificaciones en su interior, paredes gruesas o septos internos, que pueden estar en relación con otras patologías más graves, por lo que puede ser necesario ampliar el estudio.

Quiste renal complicado: clasificación

Existe una clasificación internacional, propuesta por Bosniak, en la que se estratifica el riesgo de malignidad de los quistes complicados en función de una serie de criterios radiológicos presentes en el escáner (TAC):

- **Bosniak I:** Quiste simple, no requiere tratamiento ni seguimiento.
- **Bosniak II:** Quiste mínimamente complicado, no requiere tratamiento ni seguimiento (riesgo de malignidad inferior al 5%).
- **Bosniak IIF:** Quiste moderadamente complicado. No requiere inicialmente tratamiento, aunque sí seguimiento por parte de urología con pruebas de imagen periódicas (riesgo de

malignidad del 5% aproximadamente).

- **Bosniak III:** Quiste bastante complicado. Requiere tratamiento activo ante el elevado riesgo de tratarse de un tumor maligno renal (riesgo de malignidad: 50-60%). En determinados casos: alto riesgo quirúrgico, edad avanzada, etc. podría plantearse seguimiento, siempre en consenso con el paciente y bajo supuestos muy restrictivos.

- **Bosniak IV:** Quiste muy complicado. Es prácticamente diagnóstico de neoplasia renal. Riesgo de malignidad: 70-100%. Requiere tratamiento activo.

Quistes renales: tratamientos

En el caso de quistes simples, el tratamiento es excepcional. En el caso de tamaños muy elevados, que puedan provocar molestias por compromiso de espacio, existen diversas técnicas: punción-aspiración, punción-aspiración y aplicación de agente esclerosante o marsupialización del quiste mediante cirugía laparoscópica entre otras. Su médico le informará de la técnica más aconsejable en función de tamaño, sintomatología y disponibilidad de cada centro.

En el caso de quistes complicados Bosniak III-IV, el tratamiento es el mismo que se propondría para una neoplasia renal: Nefrectomía parcial o total en función de localización/tamaño.



¿Puedo bañarme en la playa o piscina con una ostomía?

Ana Belén Mongio Pardo, Lucía Rivarés Garasa y Nieves Otín Guarga. Enfermeras de especialidades médicas. H.G. San Jorge. Huesca

Oscar Sambía Novellón. Enfermero de especialidades médicas. H.G. San Jorge. Huesca

Esmeralda Lobera Salvatierra. Enfermera de urgencias. H.G. San Jorge. Huesca

Blanca Vizcaíno Bricio. Enfermera de urgencias. H. Barbastro. Huesca

En Aragón el cáncer colo-rectal ha aumentado cada año desde 2012, y afecta a más de 1100 personas cada año, siendo el segundo tipo de cáncer más frecuente en nuestra comunidad.

En muchos casos es necesario realizar una ostomía, esta técnica quirúrgica consiste en realizar una abertura (estoma) en la pared abdominal por la cual se aboca una parte del tubo digestivo o urinario para eliminar heces u orina. Dependiendo de la zona en la que se realiza adopta diferentes nombres (colostomía, urostomía, ileostomía o yeyunostomía...), a su vez, puede ser definitiva o temporal y es necesario colocar una bolsa para recoger el contenido expulsado.

El impacto psicológico que provoca en el paciente es muy importante, hay que dotarle de estrategias de afrontamiento para poder adaptarse, solucionar problemas y controlar emociones.

Los pacientes demandan multitud de información en todos los campos (alimentación, higiene, viajes, sexo...), pero uno de los que más inseguridad producen es a la hora de ir a la playa y piscina, ya que refieren tener miedo de que se desprege la bolsa, de que haya fugas o de ser objeto de miradas indiscretas. Una cosa importante que deben tener en

cuenta las personas portadoras de una ostomía, es que SIEMPRE deben llevar un pequeño neceser con todo lo necesario para cambiarse el dispositivo.

Variedad de dispositivos

El mercado ofrece una gran variedad de dispositivos y marcas que se eligen dependiendo del tipo de ostomía y las necesidades de cada persona. Todos ellos garantizan que se mantendrán pegados a la piel durante el baño, ya sea en la piscina o en la playa.

Colocarlo antes de salir de casa y asegurarse de que está bien adherido a la piel.

Hay que bañarse con la bolsa habitual u otras más pequeñas que existen en el mercado que son más discretas, debe de tapar el filtro, esto evitara que pierda su función.

Puede usarse un obturador, es un dispositivo con forma de tapón que se expande al entrar en contacto con la mucosa del intestino, evita los escapes y da independencia durante unas horas al paciente. No todos los portadores de ostomía pueden usar este dispositivo, será necesario consultar al estoma-terapeuta o la enfermera.

Asegurarse de que la bolsa está vacía y bien cerrada en el momento de entrar en el agua. El agua dulce, salada o clorada no daña al estoma, pero hay que evitar exponer el estoma

al sol o a temperaturas elevadas ya que no posee pigmentos protectores y el riesgo de sufrir una quemadura es elevado.

Beber abundantes líquidos para evitar deshidratarse y comer de forma ligera.

Si el paciente está siendo sometido a tratamiento de quimioterapia o radioterapia consultar a su médico y seguir las pautas prescritas antes de exponerse al sol.

Otro punto a tener en cuenta es la elección del bañador, en mujeres se recomienda bañadores estampados u oscuros y con volantes o faldita, puede complementarse con bragas ajustables diseñadas para este uso. En hombres, se aconseja bañadores de pantalón corto y con goma ancha que no oprima o el uso de mallas elástica (tipo ciclista) para dar mayor tranquilidad.

Algunas personas portadoras de ostomía no tienen ningún inconveniente en dejar visible la bolsa durante el baño.

El uso del cinturón o de cinta adhesiva impermeable aporta seguridad y protección.

La hidroterapia también está permitida, siempre que no haya contra indicación médica, pero no es conveniente aplicar chorros o agua a presión sobre el estoma e informar de que se es portador de una ostomía.

¡AL AGUA!





• **Ingesta de fósforo:** conforme avanzada la ERC el riñón pierde la capacidad de eliminar fósforo por lo que su ingesta se debe reducir. Se recomienda, en líneas generales, una ingesta de fósforo de 800 mg al día. El aumento de fósforo en la sangre junto con el calcio dan lugar a un aumento del denominado producto fosfo-cálcico que produce calcificaciones a nivel de vasos arteriales y tejidos blandos. Hay dos tipos de fósforo: el orgánico y el inorgánico. El fósforo inorgánico se encuentra en los alimentos procesados y en los aditivos. El fósforo inorgánico tiene una biodisponibilidad mucho más elevada que el orgánico y es fácilmente absorbible, por lo que deben evitarse todos los alimentos procesados a los que se les han añadido conservantes, los alimentos manufacturados y precocinados.

• **Ingesta de potasio:** conforme avanza la ERC el riñón pierde su capacidad de eliminar potasio que se acumula en sangre y si excede

los umbrales puede causar arritmias cardíacas. Se recomienda una ingesta de potasio entre 2 y 4 gramos al día (50-100 mEq/d) para pacientes ERC estadio 3 y 30-50 mEq/d en ERC estadio 4. Las recomendaciones dietéticas de potasio deben adaptarse individualmente según el estadio de ERC y los niveles de potasio en sangre. El mayor contenido de potasio en los alimentos se encuentran en las frutas y las verduras y dentro de estas podemos diferenciar entre alto, bajo y medio contenido en potasio limitando o no su ingesta. En fases avanzadas los pacientes reciben recomendaciones dietéticas en cuanto al contenido en potasio de los alimentos y técnicas de cocina como la doble cocción o el remojo de las verduras para ayudar a eliminar su contenido en potasio. Se recomienda no consumir "sales dietéticas" ya que eliminan el sodio de la composición y tienen un elevado contenido en potasio como sustitutivo .

Conclusiones

Los factores dietéticos pueden tener un efecto sobre la progresión de la ERC y también sobre las complicaciones propias, ya que la propia ERC además, también exagera el riesgo de desnutrición en estos pacientes. Dependiendo del estadio de ERC deberemos prestar especial atención a la ingesta de proteínas, calcio, fósforo, potasio y sodio e ingesta de hídrica. En este ajuste destacan iones como el fósforo y el potasio que son los que, con más frecuencia, se acumulan debido a la falta de eliminación a nivel renal por el deterioro función. Una intervención dietética temprana y adecuada puede retrasar y enlentecer la progresión de la ERC. Un equipo multidisciplinar con nefrólogos implicados y nutricionistas experimentados es clave para el éxito de la dieta en la ERC.

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

El envejecimiento de la población en España

Miguel Sánchez Ortiz y Carmen Oquendo Marmaneu. MIR Geriatría Hospital San José, Teruel
Leticia Ibarra Reyes. MIR Medicina Interna Hospital Obispo Polanco, Teruel
Marta González Eizaguirre. FEA Geriatría Hospital San José, Teruel
Ana Mateo Abab y Elisa García Simón. EIR Geriatría Hospital San José. Teruel

Los ancianos serán en los próximos años un colectivo cada vez más numeroso, a ello han contribuido las nuevas formas de vida, las nuevas pautas de alimentación e higiene, los progresos sociales y los avances científicos.

El envejecimiento de la población es un hecho de gran trascendencia social que suscita la atención a nivel político, económico, sociológico y sanitario, por las enormes consecuencias que comienzan a notarse y que se acentuarán en los próximos años.

La gran heterogeneidad demográfica de la población mundial permite describir diferentes escenarios de envejecimiento, en el modelo europeo, la caída de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida por el descenso de la mortalidad dan lugar al futuro del envejecimiento del planeta. En España, en 1996, el 15.6 % de la población era mayor de 65 años, siendo la novena población más envejecida del mundo, esperándose que encabece la lista para el año 2050.

La consecución progresiva de logros sociales en cuanto a mejora de nutrición, condiciones de habitabilidad de las viviendas, medidas de higiene y salud pública, así como la implantación en la mitad del siglo XX de los sistemas de protección y seguridad social, además de la mejora de la investigación biomédica (inmunoprofilaxis y antibioterapia), serán los responsables del fenómeno del envejecimiento poblacional.

La mayor longevidad de una población es causa y consecuencia de los cambios en los patrones de la enfermedad. La enfermedad

infecciosa, la más prevalente de forma tradicional en la historia de la humanidad es reemplazada por la enfermedad edad dependiente, de curso crónico y frecuentemente incapacitante. Este cambio debe condicionar un giro radical del panorama médico-asistencial en la población donde se produce. Las personas mayores presentan problemas de salud diferente de las de los jóvenes.

¿Cómo vivir la longevidad?

La duración de la vida está alterando el equilibrio entre los años vividos por un individuo con ganancias económicas netas, y el período en que solamente consume alargado por el mayor número de años vividos, donde se intensifican los gastos para cubrir las necesidades asistenciales nuevas e intensas. La mayor longevidad tendrá consecuencias sobre los tipos de enfermedades y los gastos derivados de ella, así como las dependencias que muchas de ellas generarán. La longevidad conseguida obliga a reconsiderar los períodos de la vida, y ver que la vejez es ahora importante estadísticamente hablando, pues a una persona de 65 años aún le queda un 22% de su vida por vivir, y cada vez es más importante cómo van a vivirse, tanto desde el punto de vista social como de salud.

En España la implantación de un sistema público de servicios sociales es bastante reciente. En la Constitución Española de 1978, en su artículo 50 se sitúa el punto de partida del desarrollo de políticas de atención a las personas mayores, por el que los poderes públicos deben garantizar la suficiencia económica durante la tercera edad y promover su bienestar mediante un sistema de servicios

sociales. A partir de este marco constitucional, las 17 Comunidades Autónomas desarrollan sus respectivas leyes de servicios sociales. En la década de los ochenta y primeros de los noventa se consolidan estos servicios. Se ha producido un incremento de los recursos sociales más tradicionales (hogares y club de jubilados), se han implantado los servicios de atención domiciliaria y se han ido abriendo servicios innovadores (teleasistencia, centros de día, pisos tutelados, estancias temporales, etc). Cabe destacar que se ha producido un giro en la filosofía de prestaciones sociales. Si bien a principios de los ochenta los objetivos de las políticas sociales para los ancianos eran construir centros residenciales para válidulos, con problemas socioeconómicos, en la actualidad prima la incapacidad funcional o cognitiva que imposibilita seguir viviendo en su medio habitual con un nivel mínimo de bienestar y/o seguridad. Las actuales transformaciones sociales de los países occidentales, sobre todo en el cambio de rol de las mujeres con su incorporación al mundo laboral, originan la necesidad de buscar soluciones a problemas familiares (entre ellos el cuidado de los ancianos) que siempre asumía la mujer al estar en el domicilio todo el día.

A pesar del enorme esfuerzo realizado en los últimos años por mejorar los problemas de atención a los ancianos dependientes, hoy por hoy, los recursos son insuficientes ante las demandas existentes, y siguen siendo las familias, y más concretamente las mujeres, las que asumen los cuidados de los ancianos, debiendo los poderes públicos plantearse medidas de apoyo a estas familias.

Consejos para disfrutar este verano de las piscinas con niños

Cristina Genzor Ríos. Residente de Enfermería Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza
María Vázquez Sánchez. Residente de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza
Mónica López Campos. FEA de Pediatría. Centro de Salud Amparo Poch. Zaragoza
Carlos Fernández Lozano. Enfermero. Hospital General de la Defensa. Zaragoza
Ana Valer Martínez. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario, Zaragoza

Con la llegada del verano, los niños pasan mucho más tiempo en casa, por lo que hay que buscar planes divertidos para pasar los días más calurosos. Uno de esos planes suele ser la piscina.

Todos los años hay que tomar ciertas precauciones para disfrutar de la piscina con seguridad, pero este año estas precauciones son mayores a causa del Coronavirus. El Ministerio de Sanidad advierte de que "no hay evidencia de que el virus que causa COVID-19 pueda transmitirse a las personas a través del agua en piscinas, jacuzzis o spas". Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que una concentración de cloro ≥ 0.5 mg/l en el agua de la piscina durante un mínimo de 30 minutos con un pH > 8 sería suficiente para la eliminación del virus. Sin embargo, fuera de la piscina existen zonas comunes donde habrá que seguir respetando las distancias sociales y asegurarse de que visitamos una instalación que cumple con las normas de desinfección y de seguridad recomendadas por el Ministerio de Sanidad. Otro de los aspectos importantes para disfrutar de las piscinas este verano con precaución es la prevención de accidentes. Según la OMS, el ahogamiento es la tercera causa más importante de mortalidad por traumatismo no intencional. Además, es más común en niños y ancianos. A escala mundial, los índices de ahogamiento más elevados corresponden a los niños de 1 a 4 años de edad, seguidos de la franja de edad de 5 a 9 años. Aquí os proponemos varias medidas para prevenir

accidentes dentro y fuera de las piscinas:

- **Vigilancia continua:** Es importante que un adulto esté continuamente pendiente de los niños si se están bañando dentro de la piscina solos, sobre todo cuanto más pequeños sean. Aunque existan socorristas dentro del recinto que están pendientes en todo momento, es nuestra responsabilidad la vigilancia continua.
- **Seguridad adicional:** Es recomendable evitar el uso de flotadores o manguitos, ya que crean una sensación de falsa seguridad y aumentan el riesgo de sufrir un accidente. Si queremos optar por el uso de un dispositivo, lo más recomendable serían churros o chalecos. Todos aquellos dispositivos que se utilicen deberán estar adecuadamente homologados y cumplir los controles de seguridad de la Unión Europea.
- **Bordillos, escaleras y toboganes:** Hay que enseñar a los niños que alrededor de la piscina no se debe correr, son superficies que a menudo están mojadas y se pueden resbalar y tener un accidente. Hay que usarlos con precaución y mucho cuidado.
- **Evitar zambullirse de golpe:** Un juego común entre los niños es tirarse desde el bordillo ya que es una actividad divertida. Hay que enseñarles a hacerlo con precaución, e incluso en piscinas donde hay aglomeraciones estaría desaconsejado.
- **Mejor si juegas de pie:** Es recomendable que jueguen en una zona donde puedan estar de pie con la cabeza fuera del agua para evitar peligros.
- **Aprender a nadar:** Cada vez es más común aprender a nadar en edades tempranas. Es aconsejable ya que reducirá la probabilidad

de accidentes, pero aunque sepan nadar, eso no evita que el adulto tenga que estar continuamente vigilando al menor.

- **Instalaciones seguras:** Tanto si se trata de una piscina pública como privada es importante que los padres se aseguren que el entorno sea seguro, sobre todo para los niños más pequeños. Un pequeño despiste puede hacer que se caigan al agua sin que el adulto esté vigilando en ese momento.
- **Aprender primeros auxilios:** Cada vez son más comunes los cursos de primeros auxilios para personas no sanitarias. Es importante conocer los pasos a seguir en caso de accidente o ahogamiento, una actuación precoz puede salvar vidas.
- **Evitar el síndrome de hidrocución:** es una reacción vagal por disminución de la temperatura del cuerpo, bien porque el agua está muy fría o porque hay mucha diferencia con la temperatura corporal (por ejemplo, después de comidas copiosas, después de hacer ejercicio o tras un rato tomando el sol). Para evitarlo, hay que meterse en el agua poco a poco, mojando las partes del cuerpo. Nunca saltar de golpe a la piscina.
- **Evitar las aglomeraciones:** Este año, es especialmente importante evitar espacios con grandes multitudes. Hay que enseñar a los niños a respetar el espacio del resto de personas que se están bañando.

Por último, no hay que olvidar que la protección solar es fundamental cuando disfrutamos de un día de piscina, incluso aunque estén dentro del agua. Una buena prevención es fundamental para evitar consecuencias futuras.



La correcta fotoprotección de los niños en verano

Silvia Anastasia Calvo Campos. Enfermera CS Torrero la Paz

Los niños son uno de los grupos de la población en los que más debemos incidir sobre la importancia de la fotoprotección; porque habitualmente desarrollan una actividad al aire libre más importante que los adultos y porque el principal factor de riesgo del cáncer de piel es la radiación ultravioleta, fundamentalmente la que se produce durante la infancia.

Al hablar de fotoprotección incluimos todas aquellas medidas que se pueden implantar para proteger a la piel de la agresión producida por la exposición solar, entre las que se incluyen las conductas de evitación solar, la protección con ropas, gorros y gafas solares y el uso de fotoprotectores.

Dada la importancia de conocer estas medidas y coincidiendo con la época estival que acaba de comenzar, se ha decidido elaborar este artículo con una serie de recomendaciones prácticas para llevarlo a cabo.

Fotoprotección

Entre las principales estrategias de fotoprotección recomendadas en guías tanto nacionales como internacionales se encuentran:

- Evitar la exposición solar en las horas centrales del día, especialmente entre las 12 y las 16 horas; disminuyendo las actividades al aire libre en estos periodos de tiempo, y fomentando entonces el uso de zonas sombreadas. Manteniendo la precaución con la radiación indirecta producida por las superficies circundantes, como son el agua, la arena o la nieve.
- Un pequeño truco para saber cuándo se debe de poner más empeño en evitar el sol: "la regla de la sombra": el sol es más peligrosos cuanto más pequeña es la sombra del niño en relación con su altura.
- Si se va a estar expuesto al sol, se recomienda cubrir la mayor parte del cuerpo posible con ropas adecuadas.
- Para la protección de la cara y del cuello, se aconsejan las gorras y sombreros, teniendo en cuenta que la protección que ofrecen es mayor cuanto mayor sea el área que cubran.
- Utilizar gafas de sol, con filtros solares homologados para la edad infantil, para proteger los ojos y regiones perioculares.
- Utilizar fotoprotectores: aquellas sustancias que absorben y filtran la radiación UV. Son la medida fundamental de protección frente a las radiaciones UV, y su utilización es muy importante y necesaria.

Consejos

Algunos consejos para que su uso sea efectivo...

- Su mayor efectividad se consigue aplicándolo de forma generosa entre 15 y 30 minutos antes de la exposición solar y reaplicándolo en las zonas expuestas cada 2 horas o tras realizar actividad física intensa que puedan eliminarlo de la piel (nadar, sudar excesivamente o limpiarse con la toalla). Reaplicar el producto incrementa de 2 a 3 veces la protección frente al sol.
- No olvidar protegerse también en los días nublados, ya que la radiación ultravioleta puede atravesar las nubes.
- Protegerse del sol aunque la piel esté bronceada, ya que esto no impide quemaduras.

En el caso de los niños más pequeños es muy importante tener en cuenta la responsabilidad de los padres a la hora de instaurar estas medidas de fotoprotección para proteger a sus hijos de las radiaciones solares, además de instaurar en sus hijos hábitos saludables de protección y de evitación solar.



Si no tomas lácteos



Yoana Teres Castel
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00105

Los productos lácteos son muy interesantes por todos los nutrientes que nos aportan, entre ellos el calcio, pero ¿eres de las personas que, por un motivo u otro, no los tomas? ¿Estás preocupado porque crees no consumir suficiente calcio en tu dieta? Aunque no tomes productos lácteos tienes muchas otras opciones para introducirlo en tu alimentación.

Si llevas una dieta variada seguro que tienes un aporte de calcio mayor al que crees, de todas maneras vamos a describir varios de estos productos, alomejor te sorprendes de ciertos alimentos, algunos de ellos tienen un aporte mayor de calcio por ración que la misma leche.

¿Comes verduras?

Especialmente las verduras de hoja verde (acelgas, espinacas, col rizada, brócoli) tienen mayor concentración de este mineral.

¿Qué frutas son las que tienen mayor cantidad?

La mayoría de ellas no son una fuente importante de calcio, aunque se pueden destacar por encima de las demás la naranja, el higo y el kiwi. Sí que hay que resaltar las frutas desecadas, todas ellas al haber perdido una cantidad de agua importante tienen una concentración de minerales mayor. Son destacables el higo seco, el dátil seco y el albaricoque seco.

Cereales

Con respecto al grupo de los cereales hay que resaltar que todo alimento integral es mucho más rico en vitaminas y minerales que su análogo refinado. Así que si estás consumiendo pan, harina, arroz o pasta integral estás tomando muchas más vitaminas y minerales, como el calcio, que si lo tomas todo refinado. Si eres de las personas que tomas copos de avena, salvado de avena, germen o salvado de trigo sí que estás incorporando buena fuente de calcio en tu dieta.

Frutos secos

Si comes frutos secos la cantidad de calcio que aportas a tu dieta es elevado, sobre todo si incorporas la almendra. Pero aquí hay que hacer hincapié en que ésta debe ser la almendra natural, o en todo caso la tostada y sin sal añadida. En este grupo también hay que mencionar las semillas de sésamo, éstas las puedes estar incorporando, sin saberlo, en el pan multicereales que compras o bien empieza a introducirlas tú mismo en las ensaladas, purés...

Legumbres y verduras

En el grupo de las legumbres también encontramos buenos aliados como la soja, las alubias y los garbanzos.

Al contrario que los alimentos anteriores, en el grupo del pescado y de la carne el calcio que encontramos es casi insignificante. Aunque sí es cierto que el consumo de las espinas de los pescados de menor tamaño, como las sardinillas de lata o anchoas aportan gran cantidad

de calcio ya que podemos consumir su espina. Con respecto al grupo de verduras y hortalizas es de gran relevancia el tipo de cocción a la que las sometamos. Según la que utilicemos hace que éstas pierdan parte de sus minerales, como el calcio. Por ejemplo, hervir los alimentos es una de las cociones más utilizadas en nuestro entorno (sobre todo con las verduras) y esto hace que parte del calcio que está presente en ellas, al igual que muchos otros minerales, se pierdan con el agua de cocción. La alternativa es cocinarlas al vapor (atrévete a probarlas ya que su sabor es mucho más intenso). El remojo de las verduras y hortalizas en desmesura también hace que algunos minerales y vitaminas se pierdan en el agua. Cuando éstas se limpian no se deben dejar toda una tarde en remojo, ni tan siquiera unas horas. La forma correcta es pasarlas por agua una o dos veces pero no dejarlas sumergidas en ella durante mucho tiempo.

Actividad física y vitamina D

Por último hay que hacer hincapié en algo esencial, no por mucho calcio que introduzcamos en la dieta significa que vayamos a tener unos huesos fuertes ya que para que éste mineral sea bien absorbido por nuestro cuerpo y se deposite allá donde es necesario necesita de algunos aliados más, como son la actividad física diaria y la vitamina D. Si alguno de los dos falla será mayor la cantidad de calcio excretada en heces y expulsada por orina.

Así que, si no comes lácteos, tienes alternativas para incorporar el calcio en tu dieta.



MERRELL®

BOREAL®

HH[®]
Helly Hansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld


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