

SUMARIO

- 2 Baja Visión y rehabilitación visual
- 3 Oxigenoterapia hiperbárica en traumatología
- 4 Infección por el virus del papiloma humano en la mujer
- 6 Creatinina en sangre elevada, ¿tengo insuficiencia renal?
- 7 Fármacos y enfermedad renal crónica
- 8 Síndrome de Zollinger-Ellison
- 9 ¿Qué es la inestabilidad de hombro?
- 10 Colectomía laparoscópica
- 11 Diverticulitis aguda
- 12 ¿Qué es el esófago de Barrett?
- 13 Nutrición artificial en UCI
- 14 ...pacientes ostomizados
- 16 Programa de detección cáncer colorrectal en Huesca
- 18 ...complicaciones de gastrostomía
- 20 Enfermedad diverticular del colon
- 22 Síndrome de latigazo cervical
- 23 La carúncula uretral
- 24 La importancia de planificar el embarazo
- 25 ...Dedo en gatillo
- 26 Carcinoma de células renales
- 28 Cicatrización y sus fases
- 29 Personas ostomizadas
- 30 Cuidados a pacientes anticoagulados
- 31 El tendón de aquiles y el deporte
- 32 Derechos y deberes generales de los pacientes
- 33 Abordaje terapéutico a través de realidad virtual...
- 34 Soledad en el anciano
- 35 Vacuna tétanos-difteria
- 36 La puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

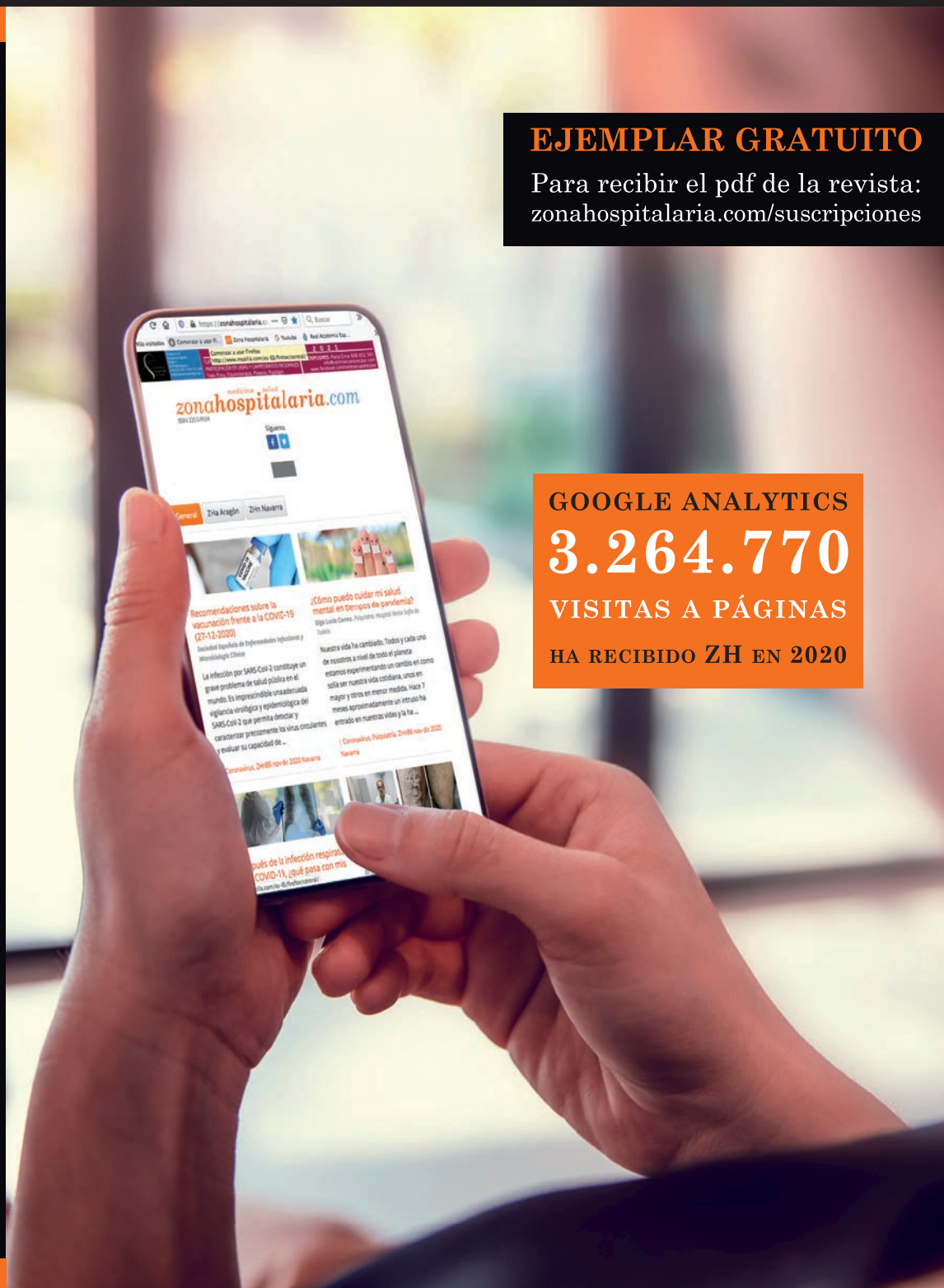
Para recibir el pdf de la revista:
zonahospitalaria.com/suscripciones

GOOGLE ANALYTICS

3.264.770

VISITAS A PÁGINAS

HA RECIBIDO ZH EN 2020



Baja Visión y rehabilitación visual

DEFECTO DE CAMPO VISUAL PERIFÉRICO

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)

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

Definimos Baja Visión, como cualquier grado de discapacidad visual que limite significativamente lo que una persona ve y no pueda ser corregida con gafas convencionales, lentes de contacto (lentillas), tratamiento médico y/o cirugía.

La discapacidad depende de la agudeza visual del paciente, del campo visual y de la sensibilidad al contraste.

Según la OMS hay en el mundo 217 millones de personas con discapacidad visual que puede situarse entre moderada y grave.

Disponer de un resto de visión útil permite beneficiarse de las ayudas de baja visión, como complemento a los tratamientos médicos y quirúrgicos.

Las ayudas de Baja visión, deben de ser adaptadas por un Especialista en Baja Visión en función del resto visual disponible y de las tareas que se quieran realizar, siempre después de tener un diagnóstico oftalmológico. Hay factores que influyen en la adaptación, como la motivación, el tipo de patología, la agudeza visual...

Generalmente la agudeza visual de lejos y de cerca está muy reducida en las personas con baja visión, por lo que necesitan utilizar ayudas ópticas o electrónicas de aumento para poder leer los tamaños de letra convencionales.

Los pacientes con **defecto central**, como en la DMAE (degeneración macular), Maculopatía miópica, Stargardt..., tienen afectada la visión en la línea de mirada, pueden ver torcido, nublado, borroso. Dependiendo del tipo de



escotoma (zona no visible o de menos visión), y del tiempo de evolución de su enfermedad, hay casos que con la prescripción de las ayudas ópticas que le producen el aumento necesario para realizar la tarea, por ejemplo leer, y educando al paciente en la nueva distancia de lectura y tipo de iluminación, no necesitan más sesiones.

La Rehabilitación visual

En otras ocasiones, bien debido a la posición y tamaño del escotoma, aunque lleve las ayudas ópticas, ve las letras sueltas y "no puede juntar la palabra" -así nos lo refieren-. A estos pacientes en Yanguas Ópticos, les enseñamos una **nueva posición de mirada**, no van a ver como antes de tener la patología, pero con varias sesiones de rehabilitación, conocerán dónde deben de mirar cuando no vean parte de una palabra. Se trata de que empleen la visión periférica y puedan volver a leer. Es muy importante ayudarles a tener autonomía. Muchos pacientes nos cuentan que cuando reciben correo, tienen que esperar a sus hijos para que se lo lean. Lo mismo con las facturas y demás actividades de la vida diaria.

La Rehabilitación la realizamos en visión lejana y visión próxima adaptándonos a los tiempos y necesidades de cada persona.

A los pacientes con pérdida del campo periférico se les va reduciendo el campo visual y sus principales dificultades son al deambular, detectar obstáculos, evitar tropiezos, calcular las distancias, tiempo más prolongado para los cambios bruscos de iluminación y ceguera nocturna.

Dependiendo del campo visual respetado, el abordaje será ligeramente diferente.

La rehabilitación visual consistirá en movimientos oculares exploratorios, es necesario que los movimientos oculares sean eficientes. En Yanguas Ópticos, disponemos de la nueva ayuda visual electrónica inteligente, Retiplus, que consiste en alejar el campo visual y, de esta forma, aumentamos los grados útiles de visión. Muy recomendada para pacientes con Retinosis Pigmentaria, Glaucoma..

Estos pacientes también se benefician con la prescripción de filtros selectivos que aumentan el contraste y reducen el deslumbramiento, el filtro es de elección del paciente.

La discapacidad visual puede provocar al paciente diferentes sentimientos, tristeza, enfado, falta de ánimo, resignación, son personas que igual pueden necesitar atención psicológica, las asociaciones de pacientes de enfermedades que causan baja visión realizan una gran labor de comunicación al paciente. Desde nuestro centro le recomendamos, que una vez que su oftalmólogo le haya realizado el diagnóstico y tratamiento, consulte la posibilidad de utilizar ayudas de Baja Visión, para potenciar el resto visual del que dispone.



Oxigenoterapia hiperbárica en traumatología

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Actualmente a nivel global, y de acuerdo con la Undersea & Hyperbaric Medical Society (www.uhms.org) principal referente mundial en Medicina Hiperbárica o su equivalente en el seno del European Committee for Hyperbaric Medicine (www.echm.org), se reconoce la utilidad del Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica (TOHB) en casos de gangrena gaseosa, en infecciones necrosantes de partes blandas no clontridiales, osteomielitis crónicas refractarias, retardos de cicatrización, lesiones radioinducidas de hueso, partes blandas y mucosas, traumatismos agudos de partes blandas, síndrome por aplastamiento y síndromes compartimentales, entre otras indicaciones.

Los pacientes con lesiones traumatológicas sufren una pérdida de movilidad asociada a un índice de dolor elevado. Son, por tanto, lesiones que afectan a su calidad de vida y,

por ello, es importante poder recuperar la función de la zona lesionada con la máxima rapidez posible. Además, hay algunos casos que después de una lesión no consiguen recuperarse totalmente.

Qué es la medicina hiperbárica

La medicina hiperbárica es una especialidad médica que trata los cambios fisiológicos y fisiopatológicos del ser humano a una presión superior a la atmosférica. La oxigenoterapia hiperbárica es el uso médico del oxígeno puro al 100% en una cámara presurizada. Esto provoca niveles elevados de oxígeno en sangre, favoreciendo la recuperación de los tejidos.

Beneficios

El TOHB posee tanto efectos fisiológicos como efectos terapéuticos, fundamentados en el aumento del transporte de oxígeno plasmático junto a una mejor disponibilidad tisular y aplicable en determinados estados patológicos. Esta hiperoxia alcanza un alto poder antiinflamatorio en los tejidos, generando la formación de nuevos vasos sanguíneos, estimulando la formación de colágeno para la cicatrización y reduciendo el edema y el dolor. Entendiendo el tratamiento de medicina hiperbárica como una terapia complementaria,

de acuerdo con algunos autores como Sammarco et al. quienes publicaron en 2015 en la revista científica PLOS ONE que el TOHB promueve la regeneración ósea y la formación de colágeno en lesiones traumatológicas, su aplicación puede darse en dos casos:

- Para pacientes con lesiones agudas osteotendinosas o,
- En la recuperación post quirúrgica de los pacientes tras una cirugía ortopédica o traumatológica para mejorar la cicatrización y la recuperación temprana de los tejidos. La medicina hiperbárica ayuda a la rehabilitación post operatoria.

La medicina hiperbárica como tratamiento complementario con evidencias científicas para pacientes con lesiones traumatológicas.

Acerca de Oxien, Rehabilitación Hiperbárica

Primer centro en Navarra con una cámara hiperbárica monoplaa avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH). El tratamiento de las patologías abarca múltiples factores etiológicos, por lo que los diagnósticos y procedimientos deben ser abordados de forma multidisciplinar por el médico hiperbárico y el médico responsable del paciente.

FISIOTERAPIA Y OSTEOPATÍA

MEDICINA HIPERBÁRICA

Rehabilitación hiperbárica a tu alcance

Primer centro navarro avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH).

OXIEN

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

Escanea el QR con tu móvil y... ¡conoce todos nuestros tratamientos!

Infección por el virus del papiloma humano en la mujer: ¿qué necesitas saber?

Beatriz Díaz Rabasa, Mariano Laguna Olmos y Cristina Fernández García.

Médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia. Hospital San Pedro (Logroño, La Rioja)

Ana Cristina Ruiz Peña, Lucía Vilas Saura y Marta Giménez Campos.

MIR Ginecología y Obstetricia Hospital San Pedro (Logroño, La Rioja)

Paula Cebolla Gil. *MIR Ginecología y Obstetricia. Hospital Miguel Servet (Zaragoza, Aragón)*

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus que puede infectar la piel y las mucosas. Se han identificado muchos tipos diferentes, pero sólo una pequeña parte (unos 40 aproximadamente) tienen capacidad de infectar la mucosa del tracto anogenital, tanto en mujeres y hombres.

Pueden dividirse en:

- **VPH de alto riesgo (VPH-AR).** Se caracterizan por su capacidad de desarrollar, a medio-largo plazo, lesiones precursoras del cáncer y cáncer. Los tipos de VPH más importantes son el 16 y 18, dado que están presentes en aproximadamente el 70% de los cánceres de cuello de útero.
- **VPH de bajo riesgo (VPH-BR).** No tienen capacidad para desarrollar cáncer, pero sí lesiones benignas, como los condilomas o verrugas genitales. El 90% de éstas se atribuyen a los VPH 6 y 11.

¿Cómo se transmite el VPH?

El VPH se transmite por contacto directo. La principal vía de contagio es la vía sexual, principalmente por penetración (vaginal y/o anal), y menos frecuentemente por el contacto piel con piel de la zona genital y por sexo oral.

Cualquier persona sexualmente activa que tenga contacto genital (con o sin penetración) con otra persona infectada por el VPH puede contagiarse. De hecho, esta infección constituye la infección de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial.

Aproximadamente el 80% de las mujeres sexualmente activas contactan con el VPH en algún momento de su vida. Sin embargo, la gran mayoría de infecciones son transitorias y se resuelven espontáneamente en 1-2 años desde la infección, bien por eliminación completa del VPH o bien por su inactivación, en muchos casos pasando totalmente inadvertidas.

Eventualmente, los VPH que permanezcan latentes (inactivos) podrían reactivarse años después, por lo que el hallazgo de la presencia del VPH en el tracto genital en un momento dado no permite establecer el momento de adquisición de la infección ni la persona transmisora.

¿Por qué y cómo se produce un cáncer tras una infección por VPH?

Como se mencionaba previamente, la mayoría de las mujeres que tienen contacto con el VPH tienen una infección transitoria, siendo su sistema inmunitario (defensas) capaz de

controlar la infección y eliminar el virus o inactivarlo.

Sin embargo, en el 10-15% de los casos el VPH no puede ser eliminado ni inactivado, persistiendo la infección por VPH a largo plazo. Como consecuencia, el virus es capaz de provocar cambios en las células infectadas, dando lugar a la aparición de lesiones premalignas y, en última instancia, de cáncer de cuello de útero.

Entre los factores que favorecen la infección persistente por VPH están:

- El tipo de VPH, sobre todo los VPH de alto riesgo.
- Ser fumador.
- Alteraciones en el sistema inmunitario (inmunodepresión).
- El tratamiento prolongado con anticonceptivos hormonales.
- No usar preservativo.

El área más susceptible para infecciones persistentes por VPH y, por tanto, para la potencial aparición de lesiones premalignas y cáncer, es el cuello del útero. No obstante, también puede afectar a la vagina, la vulva, el ano y el pene, así como a territorios extragenitales (orofaringe, laringe y esófago).





¿Qué tipos de lesiones premalignas existen y cuál es el riesgo de que se transformen en cáncer?

Las lesiones premalignas del cáncer de cuello de útero se clasifican en:

- **Lesiones de bajo grado (L-SIL o CIN 1).** Son las lesiones más frecuentes, y suelen resolverse espontáneamente y sin tratamiento.
- **Lesiones de alto grado (H-SIL o CIN2-3).** Suelen ser lesiones persistentes, con baja probabilidad de resolución espontánea y un riesgo significativo de progresión a cáncer. En estos casos, el manejo suele ser quirúrgico, realizando una conización (extirpando una pequeña parte del cuello del útero), aunque en casos seleccionados puede plantearse un seguimiento estrecho.

El objetivo último del programa de prevención del cáncer de cuello de útero es, mediante la realización de una citología cervical y/o la prueba del VPH, el diagnóstico y tratamiento precoces de las lesiones premalignas, disminuyendo la mortalidad por cáncer de cuello de útero.

¿Qué pruebas o técnicas se utilizan para el estudio y seguimiento de la infección por VPH y las lesiones premalignas?

Para el estudio de la infección por VPH y de las lesiones premalignas disponemos de las siguientes pruebas:

- **Citología:** prueba sencilla que consiste en la

toma de una muestra de las células que recubren la superficie del cuello del útero y parte del canal endocervical mediante una espátula o cepillo. Estas células serán analizadas al microscopio posteriormente. Se debe tomar la muestra en ausencia de menstruación.

- **VPH:** técnica molecular para detectar la presencia del VPH y, en tal caso el tipo de VPH, en las secreciones genitales. Esta técnica puede realizarse a partir de la misma muestra de la citología, siempre y cuando ésta se haya realizado en medio líquido.

• **Colposcopia:** exploración microscópica del cuello cervical mediante el uso de unas tinciones (acético al 3% y lugol) que permiten la visualización de las lesiones premalignas.

- **Biopsia cervical:** En caso de que la colposcopia evidencie áreas sugestivas de la presencia de lesiones premalignas, se puede tomar una muestra de dichas áreas (biopsia) de dichas áreas. No precisa de anestesia para su realización.

¿Cómo se trata la infección por VPH y las lesiones premalignas?

La infección por VPH no tiene tratamiento específico, y requiere de un sistema inmunitario (defensas) competente que elimine la infección. Llevar una vida saludable, no fumar y el uso del preservativo pueden potenciar el sistema inmunológico.

Las lesiones de bajo grado se manejan habitualmente mediante observación y seguimien-

to. Sin embargo, las lesiones de alto grado, así como las lesiones de bajo grado persistentes, requieren de tratamiento quirúrgico:

- **Conización cervical:** consiste en la extirpación de un pequeño fragmento del cuello uterino.
- **Destrucción de la lesión:** bien mediante la aplicación de frío (crioterapia) o calor (vaporización con láser).

¿Cómo se puede prevenir la infección por VPH?

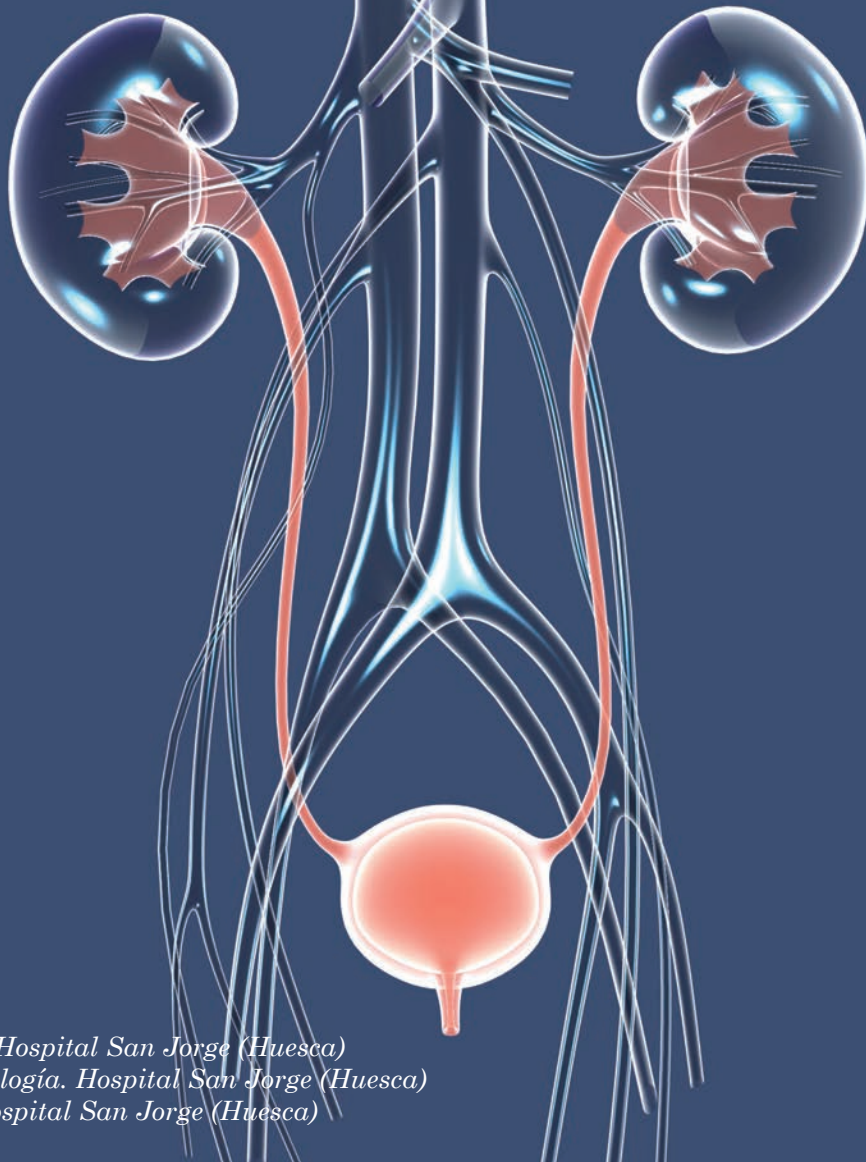
Existen 2 formas de prevención de la infección por VPH:

- **Vacunación frente al VPH:** consiste en potenciar las defensas contra el VPH. Todas ellas incluyen los VPH 16 y 18, y algunas además los VPH 6, 11, 31, 33, 45, 52 y 58. También genera protección cruzada frente a los VPH no incluidos en la vacuna. La vacuna es útil frente a los VPH con los que aún no se ha tenido contacto (no sirve para la eliminación de un virus ya existente en el momento de la vacunación).

- **Uso del preservativo:** tiene efecto barrera, pero exclusivamente en el área que protege (el preservativo no cubre totalmente el área genital). Además, disminuye en gran medida la cantidad de virus que la pareja es capaz de transmitir durante el contacto sexual, favoreciendo así la eliminación por el sistema inmunitario.

Creatinina en sangre elevada, ¿tengo insuficiencia renal?

Isabel Félez Justes. FEA Nefrología. Hospital San Jorge (Huesca)
Paula Munguía Navarro. FEA Nefrología. Hospital San Jorge (Huesca)
Inés Beired Val. FEA Nefrología. Hospital San Jorge (Huesca)



Los riñones son dos órganos que junto los uréteres y la vejiga forman el aparato urinario. Los riñones se encargan de eliminar las sustancias de desecho de metabolismo nitrogenado entre las que se encuentra la urea y la creatinina además de mantener el equilibrio hidroelectrolítico. La elevación de creatinina en sangre es un signo de problemas a nivel renal que debe ser evaluado.

¿Qué es la creatinina?

La creatinina sérica es un residuo de la masa y actividad muscular. La molécula creatina fosfato se sintetiza en el hígado y para ello son necesarias las proteínas. Esta creatina fosfato pasa a la sangre y de ahí al músculo, en donde se utiliza como fuente de energía. Una vez utilizada en el músculo y mediante diversas reacciones metabólicas se transforma en creatinina (sustancia de desecho) que deberá ser eliminada por vía renal.

¿Cómo se mide la creatinina?

Su nivel en sangre, es el dato más objetivo y fiable para conocer cómo funcionan los riñones. Bastará con un simple análisis de sangre en el que se incluya la creatinina como parámetro. Con este dato y en base a unas complejas fórmulas que vienen dadas por el

laboratorio en la que se tiene en cuenta la edad y el sexo, podemos calcular el Filtrado Glomerular estimado (FGe), lo que podríamos decir, el porcentaje de función renal que se expresa en ml/min. La tasa de filtración glomerular normal es igual a la suma de las tasas de filtración de cada una de las nefronas (unidades funcionales del riñón) por lo tanto, la tasa de filtración glomerular (TFG) da una medición gruesa del número de nefronas. El valor normal de TFG depende de la edad, el género, la superficie corporal, y es de aproximadamente 130 a 120 ml/min/1,73 m² para hombres y mujeres respectivamente, con considerables variaciones en individuos normales. Anteriormente se calculaba la función renal mediante el cálculo del Aclaramiento de Creatinina (la cantidad de creatinina que el riñón era capaz de eliminar), para lo que era necesario recoger la orina de todo el día anterior. Cuando esta orina no se recogía bien, los resultados no eran fiables por lo que hoy salvo en situaciones muy concretas no se utiliza. A medida que la creatinina sube en sangre vemos que el porcentaje de función renal o filtrado glomerular disminuye.

Causas que elevan la creatinina

Nuestro cuerpo produce una cantidad constante de creatinina cantidad que depende de la masa muscular de la persona. Las personas

con una gran masa muscular pueden tener unas cifras basales de creatinina ligeramente superiores a la de otras personas. Cuando por diferentes y múltiples causas se deteriora la función de los riñones se produce entre otros un aumento de la creatinina en sangre que se traduce en un descenso del FGe. Entre las principales causas que deterioran la función renal y pueden aumentar la creatinina se encuentran: la hipertensión arterial o la diabetes mellitus mal controladas y de larga evolución, las enfermedades autoinmunes con afectación renal, las enfermedades quísticas renales o las glomerulopatías.

El nivel de creatinina normal en sangre varía según el sexo: mujeres inferior a 0.96 mg/dl y varones inferior a 1.3 mg/dl aunque el rango podrá variar mínimamente dependiendo de los diferentes laboratorios.

Conclusiones

Ante el hallazgo analítico de elevación de creatinina su médico deberá evaluar todas las posibles causas de elevación de la misma y corregir los posibles factores desencadenantes. Si la creatinina continúa es recomendable remitirlo al médico especialista en nefrología. Es importante el conocimiento real de la función renal y avanzar hacia una derivación temprana de los pacientes con insuficiencia renal a los Servicios de Nefrología.



Fármacos y enfermedad renal crónica, ¿es necesario disminuir la dosis?

Isabel Félez Justes. FEA Nefrología. Hospital San Jorge (Huesca)
Paula Munguía Navarro. FEA Nefrología. Hospital San Jorge (Huesca)
Inés Beired Val. FEA Nefrología. Hospital San Jorge (Huesca)
Carlos Bergua Amores. FEA Nefrología. Hospital San Jorge (Huesca)

Los riñones son los órganos que intervienen en la eliminación de los productos de desecho del metabolismo nitrogenado (urea y creatinina) y en la regulación del equilibrio hidroelectrolítico (iones, bicarbonato e hidrogeniones). También son la principal vía de eliminación de muchos fármacos y sus metabolitos. El riñón es un órgano particularmente vulnerable a la acción de determinados fármacos por tanto será necesario ajustar la dosis en caso de insuficiencia renal. Este ajuste se realizará dependiendo del grado de enfermedad renal que presenta el paciente.

Papel del riñón en la eliminación de fármacos

Los dos órganos principales encargados de eliminar los fármacos del organismo son el hígado y los riñones. Los riñones filtran cada día 200 litros de sangre para excretar los productos de desecho, regular el volumen de agua y la concentración de electrolitos, permitiendo una homeostasis o equilibrio en el organismo. El riñón es el principal órgano de excreción de los medicamentos y sus metabolitos. Muchos medicamentos de uso habitual se metabolizan o se eliminan por vía renal. Si la función renal está alterada, no se eliminan los productos tóxicos o de desecho, y los medicamentos permanecen más tiempo de lo necesario en el organismo pudiendo lle-

gar a ser perjudiciales o incluso a nivel renal. De aquí la importancia de una función renal adecuada para garantizar la eficacia y, sobre todo, seguridad, de los fármacos.

Toxicidad renal o nefrotoxicidad

Con el término nefrotoxicidad o toxicidad renal se denomina la toxicidad específica ejercida sobre los riñones. Para reconocer y prevenir el daño renal o toxicidad renal provocada por medicamentos es imprescindible conocer por los profesionales sanitarios que fármacos se asocian a nefrotoxicidad y los mecanismos patogénicos que la provocan. La alteración de la función renal aumenta la probabilidad de acumulación y de efectos adversos de los fármacos, incluida la toxicidad renal.

Ajuste de los fármacos a la función renal y medidas preventivas

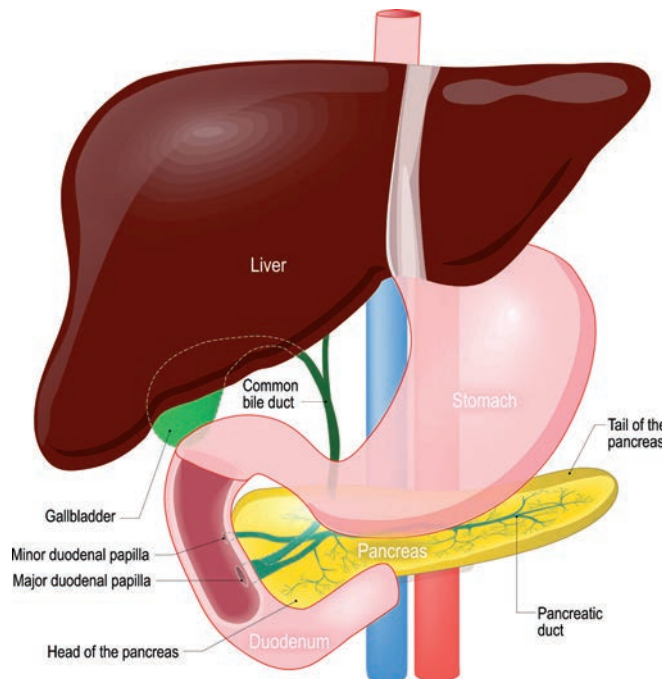
El deterioro de la función renal puede afectar a la seguridad y a la eficacia de los medicamentos y es a menudo una de las causas de hospitalizaciones debidas a toxicidad renal por fármacos. El ajuste de la dosis en la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es fundamental para garantizar la eficacia y/o evitar la toxicidad de medicamentos de estrecho margen terapéutico y/o de eliminación renal. La prescripción de cualquier tratamiento a los pacientes con cualquier compromiso en la función renal debe realizarse con precaución, ya que el aclaramiento o eliminación de los

fármacos por esta vía suele estar disminuida, y podría producir toxicidad en el paciente. El ajuste de dosis se realizará en función del grado de Enfermedad Renal Crónica (ERC) que viene dado por el Filtrado Glomerular estimado o FGe expresado en ml/min. En líneas generales no necesario realizar ajuste cuando el paciente presenta un FGe > 60 ml/min. Este ajuste puede realizarse aumentando el intervalo entre las dosis (es decir dejando más tiempo entre una dosis y la siguiente) o reduciendo la dosis o cantidad de fármaco. Dependiendo del fármaco y sus características utilizaremos una u otra estrategia. Las alteraciones renales son más frecuentes en la tercera edad además, este grupo de pacientes, suele presentar otras patologías crónicas para las que utiliza diversos medicamentos, por lo que el riesgo en ellos es aún mayor.

Conclusiones

Es necesario que los profesionales sanitarios consideren la posible nefrotoxicidad de los fármacos que prescriben, principalmente cuando se encuentran ante pacientes de riesgo con enfermedades cardiovasculares o antecedentes de ERC. En este caso es necesario conocer la función renal del paciente antes de la administración de cualquier fármaco que sea potencialmente nefrotóxico. Del mismo modo los pacientes ante la prescripción de un fármaco deberán advertir que tienen enfermedad renal.

El Síndrome de Zollinger-Ellison



Carmen Jimeno Griño. Médico Residente Servicio Medicina Interna. Hospital San Jorge (Huesca)

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

Melody García Domínguez. Médico Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Hospital San Jorge (Huesca)

Lara Aparicio Juez. Médico Residente Servicio 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. Médico Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Alejandra Utrilla Fornals. Médico Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Hospital San Jorge (Huesca)

Francisco Javier García Alarcón. Médico Residente Servicio Urología. Hospital San Jorge (Huesca)

Pilar Jimeno Griño. Médico FEA Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de la Vega

Lorenzo Guirao. Cieza. (Murcia)

El Síndrome de Zollinger-Ellison o gastrinoma se caracteriza por la existencia de un tumor productor de gastrina que provoca hipersecreción ácida y enfermedad ulcerosa grave.

Los gastrinomas son tumores derivados de las células madre multipotenciales llamadas células enteroendocrinas, localizadas fundamentalmente en el páncreas y en el intestino delgado.

Los tumores derivados de dichas células se consideran Tumores Neuroendocrinos (NET). Están formados por células pequeñas y redondeadas que expresan marcadores típicos de las neoplasias endocrinas (cromogranina, sinaptosina...). La gastrina es el péptido principal secretado por los gastrinomas, aunque también pueden producir glucagón o VIP. Se trata de un síndrome raro, con una prevalencia del 0,1-1% en la población general, siendo más frecuente en hombres entre los 20 y 50 años.

El 80% de los gastrinomas se localizan en un triángulo anatómico con vértices en: unión de cístico y colédoco, unión 2º y 3º porción duodenal y unión cabeza y cuerpo páncreas. Hasta un 70% se localizan en el duodeno y el

resto en el páncreas y con menor frecuencia en los ganglios adyacentes al páncreas.

Más del 60% de los gastrinomas son malignos y suelen dar metástasis de forma frecuente, en un tercio de los pacientes en el momento del diagnóstico, siendo el hígado la localización más frecuente.

Un 20-25% se asocian al Síndrome MEN-I (tumores de paratiroides, hipófisis y páncreas) y un 30% secretan también ACTH que puede producir un síndrome de Cushing.

Medición de la gastrinemia basal

La manifestación clínica más frecuente es un síndrome ulceroso persistente, en forma de úlcera péptica única, aunque pueden ser múltiples. Se debe sospechar un síndrome de Zollinger-Ellison en las úlceras duodenales postbulbares, refractarias, recidivantes y complicadas. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal, seguido de diarrea por hipersecreción de clorhídrico y el reflujo gastroesofágico.

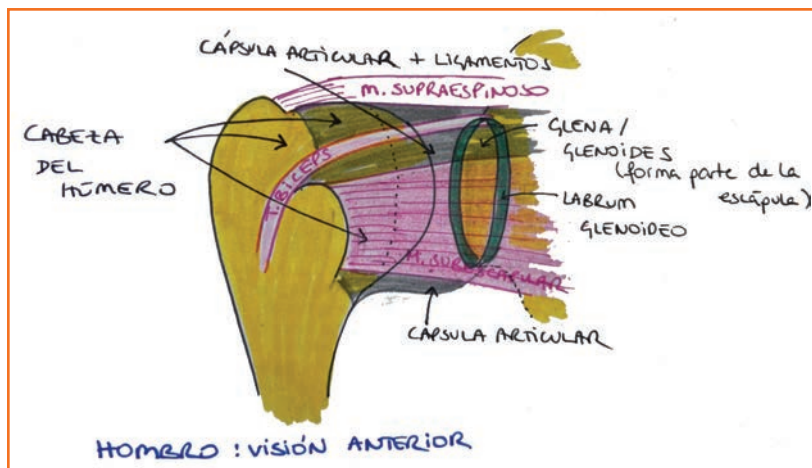
El diagnóstico del síndrome se realiza midiendo la gastrinemia basal siendo diagnóstico un valor mayor de 1.000 pg/mL asociado a un pH ácido. En el caso de valores entre 200-1.000 se debe realizar una prueba de estimulación

con secretina intravenosa, siendo diagnóstico un aumento de gastrinemia mayor de 200 pg/mL tras la secretina. Un pH basal gástrico mayor o igual a 3 descarta prácticamente el diagnóstico de gastrinoma.

Para la localización del gastrinoma se pueden utilizar diferentes pruebas de imagen como ecografía, TAC, RMN, arteriografía, ecoendoscopia... La técnica más sensible para la detección del tumor primario es la ecoendoscopia y para la detección de metástasis la gammagrafía de receptores de somatostatina. En el caso de que el gastrinoma esté localizado y no se asocie al síndrome MEN-I el tratamiento de elección es la cirugía. Los pacientes que presentan un gastrinoma asociado al síndrome MEN-I tienen una alta probabilidad de recidiva, por lo que la cirugía estaría indicada solo en aquellos casos donde el gastrinoma sea muy grande o agresivo. En el caso de que existan metástasis el tratamiento sería la quimioterapia (estreptozocina/doxorubicina o temozolamida).

La localización en la pared duodenal, los tumores aislados de los ganglios linfáticos o los tumores indetectables en la exploración quirúrgica suponen factores de buen pronóstico.

¿Qué es la inestabilidad de hombro?



Pilar Ruiz de las Morenas, Mercedes Flores San Martín, Marta Zamora Lozano, Raúl Lorenzo López, Carmen Angulo Castaño, Marta Sarasa Roca
MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza

El hombro es una articulación formada por la cabeza del húmero, esférica, y la glenoides o glena, superficie plana que forma parte de la escápula. Esto permite al hombro un rango de movilidad excepcional en todos los planos pero a su vez hace que sea una articulación inestable per sé.

Para aumentar la congruencia articular entre ambas superficies la glenoides tiene un reborde fibrocartilaginoso, llamado labrum, que aumenta el área de contacto con la cabeza humeral. Además, la articulación está rodeada por una cápsula articular reforzada por los ligamentos glenohumerales superior, medio e inferior. A su vez, los músculos subescapular (en la zona anterior), supraespinoso (en la zona superior), infraespinoso y redondo menor (ambos en la zona posterior del hombro) ejercen de estabilizadores dinámicos de la articulación y mantienen la cabeza del húmero centrada sobre la superficie glenoidea.

¿Qué es la inestabilidad del hombro?

Cuando "se te sale el hombro" lo que ocurre es que la cabeza humeral pierde el contacto con la glena, lo que recibe el nombre de "luxación glenohumeral". En el 95% de los casos la cabeza humeral es desplazada

a anterior con respecto a la superficie glenoidea a consecuencia de un traumatismo o movimiento forzado, como el lanzamiento de peso o el saque de tenis. Esto conlleva la rotura de la cápsula articular anterior, del ligamento glenohumeral inferior y el arranque del labrum glenoideo, esta última lesión también llamada "lesión de Bankart".

En los casos más graves, la cabeza del húmero puede impactarse sobre el reborde óseo de la glena, produciendo la fractura del húmero, llamada "lesión de Hill-Sachs" o la fractura de la porción anterior de la glena, llamado "Bankart óseo".

En el momento agudo hay que reducir la luxación o "recolocar el hombro", para lo que existen maniobras específicas. Tras reducir el hombro se inmoviliza el brazo con un cabestrillo.

Hablamos de inestabilidad de hombro cuando hay más de un episodio de luxación. Esto implica que las estructuras dañadas durante el primer episodio persisten dañadas y facilitan que el hombro "se salga".

¿Qué factores aumentan el riesgo de volver a sufrir una luxación de hombro?

La recurrencia de una luxación glenohumeral anterior tras un primer episodio es muy alta, tanto más cuanto más joven sea el paciente.

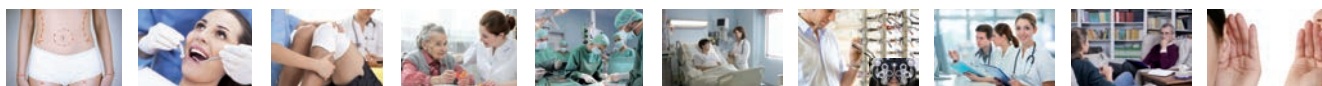
Si el primer episodio ocurre con menos de 20 años se estima que habrá una recurrencia en el 90% de los casos.

Otros factores asociados a la recurrencia son la hiperlaxitud, la participación en deportes de contacto y la pérdida ósea de la superficie glenoidea mayor del 20-25%.

¿Qué tratamiento tiene la inestabilidad glenohumeral?

A partir del primer episodio y sobre todo en jóvenes, estaría indicado realizar una resonancia magnética para identificar las estructuras lesionadas y poder realizar una reparación quirúrgica de las mismas evitando así las recurrencias. En la mayoría de los casos se objetiva una lesión de Bankart cuyo tratamiento actual es la reinserción mediante técnicas artroscópicas. En los casos más graves con pérdida ósea de la cabeza humeral o de la superficie glenoidea se puede reparar el defecto utilizando injertos óseos mediante cirugía abierta obteniendo buenos resultados.

La rehabilitación con ejercicios enfocados a reforzar la musculatura del hombro y con ello los estabilizadores dinámicos de la articulación es otra parte fundamental del tratamiento. Si se quiere evitar la recurrencia y seguir practicando deporte, estos ejercicios deberán ser realizados de forma regular.



Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas
puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web

Revista: 1 pág. interior = 200 €, 1/2 pág. = 150 €, 1 faldón 182 mm ancho x 60 alto = 100 € (Precios/Nº + IVA)

Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto = 150 € en pág. Home y 100 € en pág. Aragón (Precios/Mes + IVA)

aragon@zonahospitalaria.com

Colecistectomía laparoscópica, ¿qué significa?

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

La vesícula biliar es una pequeña víscera en forma de saco, inserta en la superficie inferior del hígado, que se conecta con el intestino delgado por la vía biliar (también llamada colédoco). Su función es almacenar la bilis producida en el hígado y liberarla al intestino cuando se comen alimentos ricos en grasa para facilitar su digestión. La colecistectomía implica la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar.

Esta técnica se realiza por vía abierta (con una incisión debajo de las costillas en el lado derecho del abdomen) o bien por vía laparoscópica, con insuflación de gas dentro del abdomen y pequeñas incisiones a través de las cuales se introduce una cámara con luz y diversos instrumentos).

Esta intervención se realiza cuando la vesícula presenta cálculos biliares (comúnmente conocidos como piedras) en su interior y éstos causan episodios de dolor tipo cólico e incluso pueden ocasionar inflamación (colecistitis, colangitis o pancreatitis) de diversa gravedad. Los cálculos biliares, también conocidos como

litiasis, son muy frecuentes en la población (particularmente en pacientes con sobrepeso). Se forman a partir de la bilis almacenada en el interior de la vesícula, pudiendo movilizarse y quedar atascados en algún tramo de la vía biliar, impidiendo el flujo normal de bilis hacia el intestino delgado, lo que ocasiona dolor e inflamación.

Frecuentemente se pueden identificar cálculos en el interior de la vesícula cuando se realizan pruebas de imagen del abdomen (Ecografía, TC, RM) por otro motivo. En estos casos, cuando los pacientes se encuentran asintomáticos no está recomendado el tratamiento quirúrgico.

El síntoma más comúnmente asociado a la presencia de cálculos biliares es el dolor en la parte superior derecha del abdomen, generalmente tras comidas copiosas o alimentos ricos en grasa, que suelen desaparecer a las pocas horas o tras ingesta de analgésicos por vía oral.

Colecistitis aguda

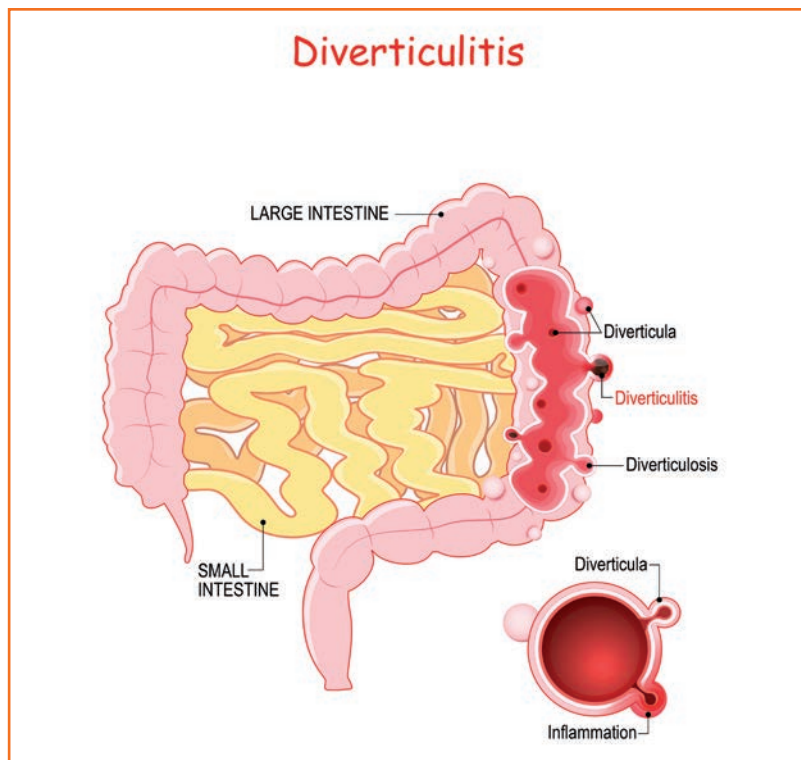
La complicación más frecuente del cuadro es la inflamación de la vesícula biliar por algún cálculo se impacta a la salida de la misma, a

este cuadro se le conoce como Colecistitis aguda. La clínica más frecuente que produce una Colecistitis aguda es dolor abdominal que no cede con analgesia o pasadas unas horas desde el inicio del mismo, fiebre, malestar general, náuseas y distensión abdominal. Menos frecuentemente se produce ictericia (coloración amarilla de la piel), cuando los cálculos se impactan en el conducto biliar. El diagnóstico se realiza por la valoración clínica del paciente junto con la exploración física y la realización de pruebas tales como analíticas de sangre y Ecografías. El tratamiento de elección para la colecistitis aguda es quirúrgico, aunque a veces se puede tratar con antibióticos y diferir la cirugía hasta pasado un tiempo del episodio agudo.

La colecistectomía por vía laparoscópica es, a día de hoy, la técnica más utilizada para la extracción de la vesícula biliar. Este procedimiento se realiza con anestesia general y suele durar unas dos horas. Hay que tener en cuenta que, pese a que el cirujano comience la intervención por laparoscopia, en ocasiones debe cambiar a una técnica abierta, aunque es poco frecuente.

Diverticulitis aguda,

¿qué es y cómo se trata?



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

Los divertículos colónicos son protrusiones en forma de saco de mucosa y submucosa del colon y aunque pueden aparecer en cualquier parte del intestino grueso, se localizan en su mayoría en el colon sigmoide. A esta entidad habitualmente se la conoce como Diverticulosis coli y suele ser asintomática.

Generalmente se encuentra en pacientes mayores de 60 años, diagnosticándose por endoscopia, TC o RM (que se realizan por otras causas). Solo requerirá tratamiento si produce síntomas, siendo las manifestaciones clínicas más habituales inflamación o sangrado.

La diverticulitis aguda se considera un proceso inflamatorio generalmente causado por la microperforación de un divertículo del colon. Sus manifestaciones clínicas van a depender de la severidad del cuadro inflamatorio y la asociación de complicaciones tales como abscesificación, perforación o fistulización, si bien los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, focalizado en el lado izquierdo del abdomen, malestar general, fiebre y cambios en el hábito intestinal (tanto estreñimiento como diarrea). La aproximación diagnóstica

requiere una valoración de la sintomatología y la exploración del paciente, así como la realización de pruebas complementarias (analíticas y de imagen).

Las complicaciones más frecuentemente asociadas se resumen en:

- La formación de un absceso (acumulación de material purulento). Es la principal sospecha en pacientes con diverticulitis leve que no mejoran pese a tratamiento antibiótico y se diagnostica por pruebas de imagen.
- La perforación del colon con liberación de contenido intestinal a la cavidad abdominal, lo que produciría una peritonitis fecaloidea.
- La fistulización o comunicación del colon con otra viscera abdominal cercana, siendo por orden de frecuencia vejiga, vagina e intestino delgado. Los pacientes con una fistula colovesical pueden padecer síntomas urinarios de tipo neumaturia (salida de gas por la uretra al orinar) o fecaluria (heces en orina). Las pacientes con una fistula colovaginal pueden referir salida de contenido fecaloideo a través de vagina.

Ante un cuadro clínico compatible con diverticulitis aguda hay que descartar otras entidades que comparten sintomatología

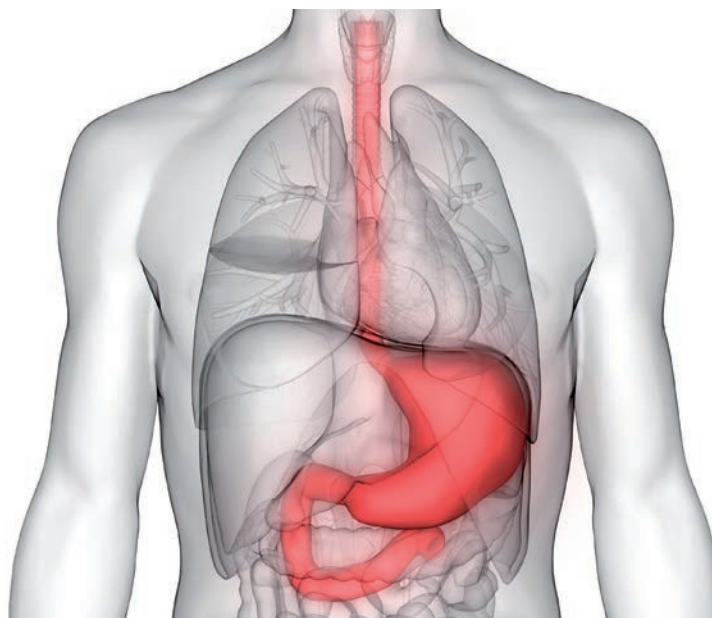
y, en ocasiones, resultados en las pruebas complementarias. Estas pueden ser de tipo inflamatorio (apendicitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis infecciosa...), neoplásico (cáncer colorrectal) o funcional (síndrome de colon irritable).

La diverticulitis no complicada se suele tratar de forma conservadora con antibióticos y analgésicos o antiinflamatorios. Cuando el cuadro es grave (con complicaciones asociadas) o recurrente a menudo requiere tratamiento quirúrgico.

Tanto en pacientes con divertículos colónicos asintomáticos (Diverticulosis) como en pacientes sintomáticos (Diverticulitis aguda), se recomiendan cambios en la forma de vida tales como:

- Dieta variada: Los alimentos con alto contenido en fibra, como las frutas, las verduras, los cereales y semillas integrales ayudan a acelerar el tránsito intestinal.
- Ingesta hídrica abundante: beber agua (u otros líquidos) sin sensación de sed mejora el estreñimiento ya que permite que la fibra actúe y se produzca un aumento del volumen de las heces.
- Ejercicio físico: favorece el funcionamiento intestinal normal.

¿Qué es el esófago de Barrett?



Melody García Domínguez. Médico Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge (Huesca)
Antonio García Domínguez. Médico Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid)
Alejandra Utrilla Fornals. Médico Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge (Huesca)
Lara Aparicio Juez. Médico Residente Servicio Urología. Hospital San Jorge (Huesca)
Paula Omedas Bonafonte. Médico Residente Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge (Huesca)
Carmen Jimeno Griñó. Médico Residente Servicio Medicina Interna. Hospital San Jorge (Huesca)
Francisco Javier García Alarcón. Médico Residente Servicio 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)
Issa Talal El-Abur. Médico FEA Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Royo Villanova (Zaragoza)

El Esófago de Barrett (EB) es la lesión premaligna del esófago, a través de la cual se desarrolla la secuencia metaplasia de Barrett (transformación celular del tejido) – displasia de bajo grado (modificación precancerosa del tejido) – displasia de alto grado – cáncer o adenocarcinoma. Esto se traduce en un cambio en el epitelio esofágico ante una exposición crónica al contenido gástrico, causada por una enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) severa y prolongada.

Su importancia radica en la potencial degeneración a cáncer (riesgo global 0,5-1%/año). La prevalencia en población general es del 1-2%. En una ERGE severa y crónica, el revestimiento esofágico próximo al estómago se modifica asimilándose al revestimiento del intestino delgado. La ERGE comienza con síntomas sin repercusión endoscópica (epitelio normal) y su progresión puede culminar en metaplasia de Barrett (5-20% de los pacientes con ERGE sintomático).

La edad, sexo masculino, ser fumador o exfumador, la displasia de bajo grado y la longitud del Barrett son factores que predicen la progresión a displasia de alto grado/cáncer. La mayoría de pacientes con EB no padecerán cáncer (sólo 0,5-1% de los pacientes con EB lo desarrolla anualmente).

¿Cómo se diagnostica?

Los síntomas son indistinguibles de los pacientes con ERGE sin EB: pirosis, es decir, una sensación de quemazón que asciende desde el estómago a la región cervical, regurgitaciones ácidas de contenido gástrico a la boca (al agacharse o tumbarse, sin náuseas ni esfuerzo que lo motive), disfagia (dificultad para el paso de los alimentos por el esófago), odinofagia (dolor con la deglución), dolor torácico, anemia crónica, síntomas respiratorios por el paso del material regurgitado a la vía aérea (tos crónica, neumonías de repetición, asma...) y laríngeos (disfonía, laringitis crónica).

Con frecuencia el EB es asintomático, por lo que el diagnóstico de certeza es histológico y se realiza mediante endoscopia (mucosa de color rojizo en comparación con el color asalmonado normal) y toma múltiple de biopsias del esófago distal donde se confirma la metaplasia intestinal.

Programa de vigilancia

Una vez diagnosticado EB es importante incorporar al paciente a un programa de vigilancia, cuyo objetivo es detectar mediante endoscopia y biopsia múltiple la presencia de displasia en fases precoces, aumentando las posibilidades de curación. La frecuencia del seguimiento difiere según el grado histológico y la longitud del tramo esofágico afecto.

Tratamiento

• **Tratamiento antirreflujo:** terapia con IBP (inhibidores de la bomba de protones) para controlar los síntomas del reflujo gastroesofágico. Si pese al correcto tratamiento médico conservador persisten los síntomas, se puede optar por la cirugía antirreflujo. Ni el tratamiento médico ni la cirugía antirreflujo consiguen eliminar el segmento metaplásico, por lo que tampoco hacen desaparecer el riesgo de cáncer. Por ello, lo ideal es asociar un tratamiento endoscópico.

• **Tratamiento endoscópico:** existen técnicas resectivas, que permiten el estudio del tejido eliminado y técnicas ablativas (radiofrecuencia), menos agresivas pero sin la posibilidad de estudio histológico. Estas técnicas no están exentas de riesgos y todavía son necesarios más estudios para valorar su eficacia terapéutica.

• **Esofagectomía:** Se realiza en pacientes con cáncer, a excepción de aquellos con alto riesgo quirúrgico o con signos de diseminación, en los cuales está indicado un tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia. En aquellos que padecen displasia de alto grado la indicación quirúrgica es controvertida. Determinados autores proponen una estricta vigilancia endoscópica con toma exhaustiva de biopsias, debido a la alta morbi-mortalidad de la esofagectomía. Sin embargo, otros autores optan por la esofagectomía, ya que la tasa de supervivencia es mayor a la de los pacientes con cáncer.

Nutrición artificial en UCI



Paula Omedas Bonafonte. Médico Residente Servicio Medicina Intensiva. Hospital San Jorge. Huesca
Carmen Jimeno Griñó. Médico Residente Servicio Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca
Melody García Domínguez. Médico Residente Servicio Cirugía General y del Aparato digestivo. Hospital San Jorge. Huesca
Lara Aparicio Juez. Médico Residente Servicio de 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. Médico Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid)
Alejandra Utrilla Fornals. Médico Residente Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Jorge (Huesca)
Francisco Javier García Alarcón. Médico Residente Servicio Urología. Hospital San Jorge. Huesca
Manuel Omedas Bonafonte. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico. Centro de diagnóstico por imagen "Dr. Gómez Pereda" (Zaragoza)

La nutrición es fundamental para la salud y para resistir ante una enfermedad.

Existen determinadas circunstancias en los pacientes ingresados en una UCI que imposibilitan la utilización de alimentos de consumo ordinario y que hacen necesaria la administración de un tipo de nutrición artificial que cubra las necesidades del organismo. Algunas de estas circunstancias pueden ser trastornos en la deglución, tránsito, digestión, absorción o metabolismo que en estos pacientes darían lugar a una situación de desnutrición. La desnutrición lleva a una incapacidad de mantenimiento de las funciones vitales del organismo, disminución de mecanismos de defensa frente a agresiones y menor respuesta a tratamientos administrados.

Tipos de Nutrición Artificial

La Nutrición Artificial comprende dos tipos de modalidades conocidas como Nutrición Enteral (aquella que proporciona los nutrientes por vía digestiva) y Nutrición Parenteral (administración de nutrientes por vía venosa). Los objetivos de ambos tipos de nutrición son: disminuir el catabolismo y favorecer el anabolismo, estimular el desarrollo de los mecanismos de defensa, mejorar los procesos de cicatrización, mantener o recuperar la masa y función muscular, evitar la forma-

ción de edemas, promover la recuperación y disminuir la morbilidad y el tiempo de convalecencia.

¿Cuándo elegimos la Nutrición Enteral?

La administración de nutrientes en el tubo digestivo a través de la vía oral o mediante la utilización de sondas u ostomías, conocida como Nutrición Enteral, se considera preferible frente a la administración parenteral. Esto es debido a que la Nutrición Enteral es más sencilla, más fisiológica, puede tener menos complicaciones y éstas son menos graves que las derivadas de la Nutrición Parenteral. La Nutrición Enteral está indicada siempre que pueda utilizarse el tracto digestivo como primera elección puesto que permite preservar la integridad del tracto digestivo.

¿Cuándo elegimos la Nutrición Parenteral?

La Nutrición Parenteral es la administración por vía intravenosa de nutrientes directamente a la circulación sistémica, evitando el tracto gastrointestinal. En general, la Nutrición Parenteral se indica a todos los pacientes con desnutrición o con riesgo de desnutrición y que no pueden ser alimentados de forma adecuada o de forma segura por vía oral o enteral. Asimismo, estará

indicada en aquellos cuyo tracto gastrointestinal no funciona, es inaccesible o está perforado.

Algunas circunstancias como el ileo postoperatorio, traumatismo, enfermedad inflamatoria intestinal, enterocolitis, síndrome de intestino corto etc, ocasionan una insuficiencia intestinal que será indicación de administración de Nutrición Parenteral.

Estado nutricional

La ingesta de alimentos y nutrientes es fundamental para mantener una buena salud y combatir enfermedades. Existe una relación causal establecida y bien conocida entre desnutrición y enfermedad.

La prevalencia más alta de desnutrición se da en pacientes geriátricos, oncológicos y gastroenterológicos.

Si no es tratada a tiempo, la desnutrición trae consigo importantes consecuencias como un declive en las funciones y salud física y psicológica, así como consecuencias económicas materializadas en incremento de días de estancia hospitalaria.

Por todo ello se hace necesaria la identificación precoz y oportuna de la deficiencia nutricional e inicio rápido de un tratamiento efectivo en pacientes que se encuentren en una situación de riesgo nutricional.

Recomendaciones para pacientes ostomizados

Olga Rivas Calvete, Blanca Marzal López y Lorenzo Olivan Guerri.

Enfermeros Unidad Endoscopias Hospital San Jorge. Huesca

María Teresa Suelves Ferrer. Enfermera Residencia IASS Sagrada Familia de Huesca. Huesca

Kattalin Aspuru Rubio. FEA Digestivo Hospital San Jorge. Huesca

Daniel Andrés García. FEA Medicina Interna Hospital San Jorge. Huesca

Sandra García Sáez. FEA Neumología Hospital San Jorge. Huesca

Algunos pacientes intervenidos de cirugía de colon pueden presentar una ostomía para poder eliminar los productos de desecho. El paciente debe aprender a familiarizarse con la misma, cuidar su estoma y elegir el tipo de dispositivo más adecuado.

Existen **DIFERENTES SISTEMAS COLECTORES** para la recogida de heces:

1. Dependiendo del tipo de evacuación pueden ser:

1.1. Cerrados: Están termosellados y se necesita una bolsa para cada utilización.

1.2. Abiertos: El extremo inferior está abierto para poder vaciar la bolsa tantas veces como sea necesario mediante un velcro en las bolsas de ileostomía o una válvula de vaciado para las urostomías.

2. Dependiendo del sistema de sujeción:

2.1. Único: El adhesivo y la bolsa son una única pieza y se colocan directamente en la piel. Estos dispositivos están indicados para las colostomías transversas, descendentes o sigmoideas, cuando las heces son sólidas. Se recomiendan cuando la piel se encuentra en buen estado. El cambio de la bolsa se realiza de 1 a 3 veces al día, cuando se ha llenado a la mitad de su capacidad no sobrepasando los 2/3 de llenado.

2.2. Doble: Donde el disco adhesivo y la bolsa se presentan por separado, indicados en ileostomías y colostomías ascendentes, para pacientes con heces de menor consistencia, normalmente líquidas y que presentan piel irritada. La placa se recomienda cambiar cada 3 o 4 días si no hay fuga y la bolsa se cambiará cuando llegue a 2/3 de su capacidad.

También existen diversos **ACCESORIOS** que podemos usar a la hora de realizar los cambios de dispositivos si el paciente presenta algún problema. Entre ellos se encuentran:

1. Pasta niveladora: Se utiliza para rellenar los pliegues o irregularidades de la piel antes de pegar la bolsa de una pieza o la placa de la de dos piezas.

2. Polvo hidrocoloide: Se utiliza para ayudar a cicatrizar la piel dañada periestomal. Siempre se aplica antes de colocar el dispositivo y se elimina el exceso de producto con una gasa.

3. Spray barrera cutánea: Ayuda a un sellado más eficaz del dispositivo, se aplica sobre la piel íntegra y se deja secar antes de la aplicación del dispositivo.

4. Toallita quita adhesivo: Facilita la retirada de pasta o polvo hidrocoloide antes de colocar el siguiente dispositivo.



5. Cinturón: Proporciona adaptación extra del dispositivo. Se utiliza en estomas retraídos.

Enseñaremos al paciente a retirar el dispositivo. Siempre le aconsejaremos que lo haga después de la ducha.

Complicaciones de las ostomías

1. Irritación cutánea: Se produce en la piel periestomal, que se vuelve roja y presenta pérdida de continuidad de la piel. Para intentar solventarla podemos aplicar pasta niveladora y polvos hidrocoloides antes de aplicar el dispositivo.

2. Hernia periestomal: Se produce por un fallo en la pared abdominal protruyendo tanto el estoma como la piel periestomal. Para manejarla adaptaremos cinturón al dispositivo y recomendaremos el uso de faja al paciente. Dichas fajas pueden ser tubulares, cubriendo el dispositivo o con orificio para sacar el dispositivo por el mismo.

3. Retracción del estoma. Se produce el hundimiento del estoma hacia la pared abdominal. Debemos recomendar al paciente que no aumente de peso ya que favorece la retracción del estoma y que evite el estreñimiento.

4. Prolapso del estoma: Se produce la protrusión del asa intestinal sobre el plano cu-

táneo del abdomen a través del orificio del estoma. Se intentará reducir el mismo por personal adiestrado para ello. Debido al tamaño del estoma deberemos utilizar dispositivos de dos piezas y con disco de gran tamaño que contenga el estoma.

5. Granuloma: son como pequeñas masas carnosas que crecen en la mucosa del estoma, suelen producirse por roce del dispositivo y al principio por no retirar a tiempo la sutura de la ostomía. Lo trataremos aplicando toques de nitrato de plata y evitaremos producir traumatismos en el estoma con el roce del dispositivo.

Dieta

Éstas son unas consideraciones generales:

1. Se debe intentar hacer comidas frecuentes de 4 a 6 al día con un horario regular y beber de 1 a 1,5 litros al día fuera de las comidas.

2. Comer despacio y masticar bien los alimentos. Tomarlos templados

3. Si no está contraindicado condimentar los alimentos con sal ya que con las heces se pierden sales.

4. Durante el primer mes se recomienda tomar los alimentos hervidos y una vez que se ha normalizado el tránsito se pueden ingerir cocinados a la plancha o al horno.

5. Si la dieta debe ser baja en fibra: se recomienda tomar licuados de zanahoria, uva.

6. Si el paciente presenta diarrea puede tomar alimentos que contengan fibra soluble como manzana sin piel, plátano, membrillo, cítricos sin piel, fresas, legumbres sin piel, copos de avena, zanahoria, patata, boniato y arroz blanco refinado.

– **Alimentos que provocan flatulencias:** Espárragos, habas,

– **Alimentos que ablandan las heces:** Habas, cerveza, exceso de café, chocolate, bebidas calientes, espinacas y licores.

– **Alimentos que no se digieren:** apio, coco, maíz, frutos secos, guisantes y piña.

– **Alimentos que disminuyen el olor:** yogur natural, mantequilla, queso fresco, cítricos y perejil.

– **Alimentos que reducen la flatulencia:** Infusiones de tomillo, hinojo y salvia

Consejos

1. Trabajo: Si el paciente es una persona con una vida laboral activa, el hecho de trabajar le ayudará a normalizar su ostomía pero todo dependerá de su estado general y tipo de trabajo.

2. Forma de vestir: La única precaución que se debe tener en cuenta es que la ropa no comprima el estoma. Las empresas farmacéuticas tienen distintos dispositivos para las diversas actividades a los que los pacientes se puedan enfrentar (deportes, baño, viajes). En caso de los hombres el cinturón se puede sustituir por tirantes.

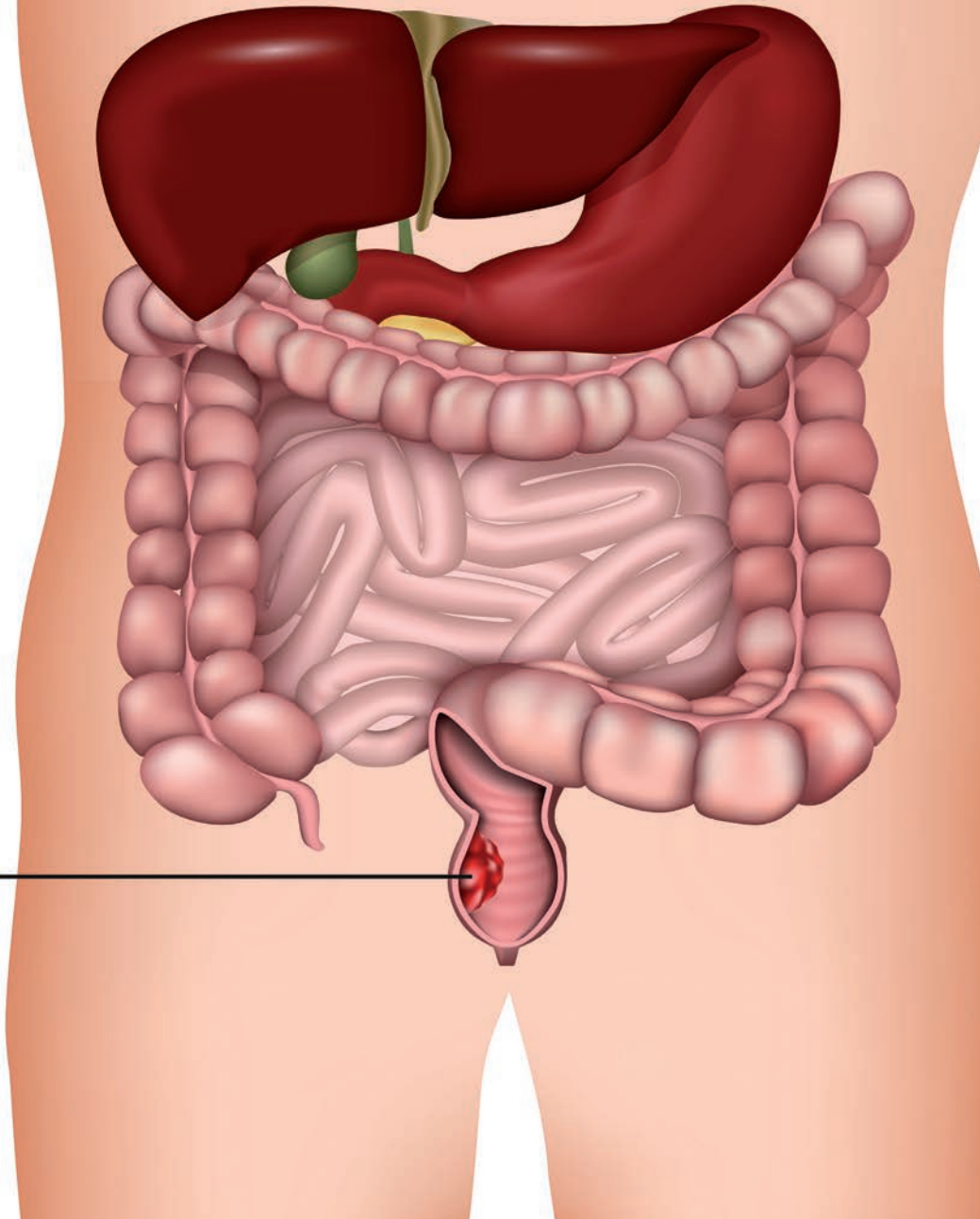
3. Deportes: Se puede practicar cualquier deporte que no suponga contacto en la zona abdominal. Hay que decir al paciente que los dispositivos no se despegan con el sudor.

4. Vacaciones: Se puede viajar en cualquier medio de transporte, lo único que hay que tener en cuenta es que el cinturón no comprima el estoma.

5. Baño en piscina y playa: Los dispositivos actuales no se despegan con el agua. Se puede recomendar al paciente que use dispositivos más pequeños para el baño para disimularlos con el bañador.

Programa detección cáncer colorrectal en Huesca

Rectal cancer



Olga Rivas Calvete, Lorenzo Olivan Guerri y Blanca Marzal López. Enfermeros de la Unidad Endoscopias Digestivas. Hospital San Jorge. Huesca
María Teresa Suelves Ferrer. Enfermera. Hospital Sagrado Corazón. Huesca
katalin Aspuru Rubio. FEA Aparato Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca

El cáncer colorrectal es un tumor localizado en cualquiera de los tramos del intestino grueso (colon ascendente, transverso, descendente, sigma y recto). Supone el tumor maligno de mayor incidencia en España si se cuenta ambos sexos, con 41.441 nuevos casos cada año, afectando a 1 de cada 20 hombres y a 1 de cada 30 mujeres antes de cumplir los 74 años.

Por todo ello se está desarrollando en Aragón el Programa de Detección Precoz del cáncer de colon y recto. A continuación detallamos cómo se desarrolla en Huesca.

En Huesca se está desarrollando el Programa de Detección precoz del cáncer colorrectal desde el año 2015 impulsado por el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón.

En este tipo de cáncer se han demostrado eficaces las medidas de prevención secundaria, tales como la realización de pruebas de cribado o screening.

En una primera fase se comenzó el programa invitando a la realización de la prueba de cribado, la prueba de sangre oculta en heces, a la población diana residente en Huesca comprendida en la franja de edad de 60 a 69 años para posteriormente en una segunda vuelta ampliar su realización a toda la población que cumplía los criterios de inclusión siendo la franja de edad de los 50 y 69 años.

Programa de cribado del cáncer colorrectal

El objetivo del programa de cribado del cáncer colorrectal es la detección y extirpación de pólipos precancerosos para prevenir su desarrollo hacia la formación de tumores malignos

y poder detectarlos en estadios precoces.

Los motivos de exclusión para la participación en el programa son los siguientes:

- Antecedente personal de cáncer colorrectal.
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal.
- Antecedente personal de poliposis adenomatosa familiar o síndromes polipósicos o síndrome de Lynch.
- Antecedentes personales de patología de colon susceptible de seguimiento endoscópico
- Enfermedad terminal.
- Enfermedad o invalidez que contraindique el estudio posterior del colon (EPOC grave, cardiopatía isquémica inestable a pesar del tratamiento ,secuelas de ictus funcional ,cirrosis hepática, demencia avanzada).
- Exploración de colon practicada en los 5 años previos.

- Antecedente personal de colectomía total. El programa se inicia cuando la persona recibe una carta en el domicilio invitándole a la participación en el Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto. Dicha participación consiste en la realización de una prueba de sangre oculta en heces. Para ello debe acudir a su centro de salud donde le proporcionarán el recipiente para la recogida de la muestra y las instrucciones para realizarlo de forma correcta. Una vez entregada la muestra en su Centro Salud, ésta es enviada al laboratorio y en unas semanas se le comunica el resultado de la prueba por carta.

- Si el resultado de la prueba es negativo indica que es muy poco probable que la persona tenga un cáncer de colon con una sensibilidad del 61 al 69% y una especificidad del 91 al 98%. El paciente recibe una carta en su domicilio comunicándole que el resultado de la prueba ha sido negativo y se le aconseja volver a realizar la prueba de sangre oculta en heces transcurridos dos años.

- Si en el resultado de la prueba hay indicios de sangre (es positivo), es probable que exista alguna lesión pudiendo tratarse de pólipos u otra lesión más avanzada. Ante esta posibilidad, se propone al paciente realizarse una colonoscopia.

Para ello desde la Unidad Central del Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto le comunica al servicio de Endoscopias que el resultado de la prueba de sangre oculta en heces es positiva y se solicita cita para realizar una colonoscopia. El servicio

de endoscopias cita a los pacientes y vuelve a remitir a la Unidad Central del programa el listado de los pacientes citados.

La comunicación entre la Unidad Central del Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto y el servicio de Endoscopias se realiza por medio de correo electrónico corportativo de forma continuada. Una de las premisas que deben cumplirse en el desarrollo del Programa de detección precoz del cáncer de colon y recto en cuanto a la citación de la prueba es que la colonoscopia se debe citar en un periodo no superior a 6 semanas desde el resultado positivo de la sangre oculta en heces.

- La Unidad Central del Programa de Detección precoz de cáncer de colon y recto envía una carta al domicilio del paciente donde se le comunica el resultado positivo de la prueba de sangre oculta en heces y la recomendación de realización de una colonoscopia con la fecha prevista para la realización de la misma. En la citada carta se le indica al paciente que se cite en la consulta de su enfermera de su centro de salud donde le proporcionarán la información necesaria para la realización de la prueba.

Dicha información incluye :

1. Información sobre las recomendaciones dietéticas e instrucciones para tomar la preparación el día anterior a la colonoscopia.

2. Se aconseja al paciente que acuda acompañado al servicio de Endoscopias el día de la prueba y se le informa de que no podrá

conducir hasta pasadas 6 horas tras la finalización de la colonoscopia.

3. Se recomienda que no realice trabajos que requieran concentración ni requieran tomar decisiones importantes durante el mismo periodo de tiempo.

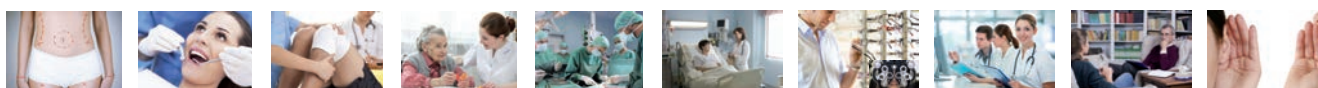
- Una vez realizada la prueba, en la unidad de endoscopias se informa al paciente del resultado de la prueba:

1. Si la colonoscopia es normal, se indica al paciente que puede citarse en su médico de familia y entregarle el resultado de la prueba.

2. Si en la colonoscopia se han encontrado pólipos, se indica al paciente que acuda a su médico de familia para entregar el resultado de la colonoscopia, trascurridas 3 semanas de la misma ya que es necesario elaborar un informe.

3. Si en la colonoscopia aparece alguna lesión más evolucionada se informa al paciente del resultado de la misma y se le cita para realizar el estudio de extensión con el fin de poder presentar su caso en el Comité de Tumores colorrectales donde se decidirá la actitud terapéutica a seguir y se comunicará al paciente.

- En todas las colonoscopias en las que se han extirpado pólipos se elabora un informe de seguimiento de pólipos siguiendo los criterios recomendados en las guías de práctica clínica (European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis- First edition 2010).



Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas
puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web

Revista: 1 pág. interior = 200 €, 1/2 pág. = 150 €, 1 faldón 182 mm ancho x 60 alto = 100 € (Precios/Nº +IVA)

Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto = 150 € en pág. Home y 100 € en pág. Aragón (Precios/Mes +IVA)

aragon@zonahospitalaria.com



EQUIPOS SUSTITUCIÓN Y SIMULADOR

Atención Primaria: complicaciones de gastrostomía

Lorenzo Olivan Guerri, Olga Rivas Calvete y Blanca Marzal Lopez. Enfermeros Unidad Endoscopias Digestivas. Hospital San Jorge. Huesca

María Teresa Suelves Ferrer. Enfermera Residencia IASS Sagrada Familia de Huesca

Katalin Aspuru Rubio. FEA Digestivo. Hospital San Jorge. Huesca

Daniel Andres Garcia. FEA Neumología. Hospital San Jorge. Huesca

Sandra Garcia Sáez. FEA Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca

La sonda de gastrostomía debido a su fácil manejo, permite la realización de los cuidados diarios de la misma, tanto en el ámbito domiciliario como en el institucionalizado. Estos cuidados los lleva a cabo un equipo de atención multidisciplinar, formado por los equipos de atención primaria y el servicio de endoscopias del Hospital San Jorge, por medio del informe de continuidad de cuidados realizado desde la Unidad.

La técnica de la gastrostomía percutánea se realiza en nuestro hospital desde hace 20 años. Actualmente somos el centro de referencia de la provincia de Huesca y colocamos alrededor de 25 sondas de nueva implanta-

ción y 80 recambios anuales. Desde nuestro servicio realizamos un estrecho seguimiento de los pacientes y del tratamiento de las complicaciones, citando a los pacientes para sus recambios periódicos y para los tratar esas complicaciones cuando así lo requieran. Además contribuimos activamente a la formación de los cuidadores y de los centros asistenciales a cargo de estos pacientes con cursos anuales dirigidos a personal médico y de enfermería, charlas en centros de salud y asociaciones sin ánimo de lucro que atienden a pacientes portadores de una gastrostomía.

Cuidados diarios de la sonda

En nuestro hospital la técnica endoscópica que se realiza en el servicio de endoscopias, precisa un ingreso en hospital de día donde

se administra una profilaxis antibiótica previa a la implantación de la sonda. En la unidad de endoscopias se verifica: la firma del consentimiento de la prueba, el estudio de coagulación y hemograma se encuentren en los rangos adecuados y se procede a la implantación de la gastrostomía. Una vez verificado el correcto funcionamiento de la misma, se realiza un cura plana estéril para preservar la zona y el paciente permanecerá durante las 24 primeras horas en dieta absoluta. En la propia unidad, a los familiares o cuidadores del paciente explicamos los cuidados diarios de la sonda, éstos consisten:

1. Movilización de la sonda mediante movimientos de arriba y abajo, posteriormente giraremos la sonda 360° en sentido horario y en contra horario con estos movimientos

conseguimos que el reten interno de la sonda no se impacte sobre la mucosa gástrica.

2. Limpieza de la piel periestomal y de los elementos externos de la sonda (fijador externo de silicona, clampaje de seguridad, salida de alimentación (conexión ENFIT) y conexión de inflado de balón, todo ello con suero fisiológico, gasas y antiséptico, mediante técnica estéril, dejando la zona limpia y seca (éste proceso lo llevara a cabo bien el personal de enfermería de la planta de hospitalización o bien si el paciente permanece en su domicilio su enfermera de referencia) durante 7 – 10 días, hasta que el orificio fistuloso cicatrice. Les entregamos también una guía para pacientes de cuidados de las sondas de gastrostomía (elaborada y publicada en nuestro centro). Se traslada al paciente de la unidad a su habitación de hospitalización o al hospital de día.

Tras 24 horas se empezará administrar la nutrición enteral, según la pauta establecida por el servicio de nutrición, existen distintas formas: a través de jeringa o bolos, por sistemas de gravedad o a través de una bomba de infusión peristáltica.

Tras estos 7 – 10 días iniciales el manejo de piel periestomal será con agua y jabón, dejando la zona limpia y seca, se colocará una gasa entre la piel del paciente y el fijador externo para evitar que la piel esté en contacto directo con la silicona y recoja el exudado de la zona y evite que se macere.

Para la administración de la medicación se utilizan las jeringas adecuadas para ello, habitualmente de 10 ml, se triturarán solo los comprimidos, evitando dentro de lo posible el uso de capsulas, se disolverán con 8-10 ml de agua y se administrarán a través de la sonda; una vez finalizado este proceso se limpiará la sonda con el paso de 10 ml de agua para evitar que los restos de los medicamentos se adhieran a las paredes y obstruyan la luz.

Cuidado de la sonda

Un adecuado cuidado de la sonda incrementa su vida útil y previene complicaciones, en el caso de que éstas sucedan su identificación y tratamiento precoz evitan unas complicaciones mayores e ingresos innecesarios. Las más frecuentes y las causas que lo provocan son:

1. Granuloma, es el crecimiento de tejido de granulación en el estoma del paciente. Debido a una reacción del cuerpo a la presencia de un cuerpo extraño (sonda) o holgura de la sonda (distancia excesiva entre el reten gástrico y el fijador externo de la piel). El tratamiento se realiza mediante la cauterización de este tejido mediante Argenpal y el ajuste adecuado de la sonda.

2. Infección de la piel estomal, se debe a una falta de higiene que conlleva una contaminación microbiana del estoma y de la piel de alrededor. El tratamiento se realizaría, como primera elección, mediante cura tópica con apósitos antimicrobianos y pomada antibiótica. Si en un plazo de 3 – 5 días no mejorara, habría que considerar la recogida de un frotis de la zona para realizar el tratamiento adecuado.

3. Fuga periestomal, es provocada por una sonda mal ajustada como consecuencia se produce una salida contenido gástrico (jugos gástricos, bilis, nutrición) que irrita la piel hasta llegar a ulcerarla. Las indicaciones serían ajustar la sonda y recuperar la solución de continuidad de la piel estomal.

4. Obstrucción de la sonda, provocado por una acumulación de contenido en el interior de la luz de la sonda, disminuyendo el paso o interrumpirlo por completo. Las indicaciones serían la irrigación de agua tibia con una presión mantenida y aspirar para eliminar los restos, si estas maniobras no solucionan el problema, se irrigaría con 2 – 3 ml de bebida carbonatada y dejaremos actuar durante unos minutos. Si a pesar de estas maniobras no recuperamos la permeabilidad de la sonda habría que valorar el cambio de la misma.

5. Impactación del reten, se produce porque la parte interna de la sonda queda atrapado por la mucosa gástrica, dejándolo inutilizado. Una movilización diaria de la sonda evitaría esta complicación.

6. Salida de la sonda, pueden deberse a diversas causas: reten interno en mal estado o defectuoso, extracción accidental, aumento de la presión intraabdominal (tos, maniobras de Valsalva...). Las indicaciones serían la colocación de una nueva sonda en el estoma, bien sea de una nueva sonda de gastrostomía o bien de una sonda Foley del calibre más aproximado a la que lleve el paciente. Si el estoma se ha cerrado parcialmente se debería colocar una sonda Foley que permita el estoma.

Objetivos

Objetivo General: El personal de Atención primaria adquiera competencias suficientes para realizar una atención integral al paciente con sonda de gastrostomía en su consulta en el centro de trabajo o bien en las visitas domiciliarias.

Objetivos específicos:

1. Al terminar la sesión el personal habrá mejorado sus conocimientos sobre:

1.1. Indicaciones y contraindicaciones de la gastrostomía.

1.2. Tipos de sondas de gastrostomía, cuidado y manejo diario.

2. Identificar las complicaciones y manejo de las mismas.

Material y métodos

Las sesiones se estructuran en 2 partes, una parte teórica y una práctica.

• **Contenido teórico:** con una duración total aproximada de 40 minutos en las que se tratarán los siguientes temas:

• Indicaciones de colocación de una sonda de gastrostomía.

• Cuidados diarios del paciente con sonda de gastrostomía.

• Técnica en la administración de nutrición y medicación.

• Técnica de recambio de la sonda de gastrostomía.

• Identificación y manejo de las complicaciones.

• **Contenido práctico:** Con una duración de 25 minutos donde el personal podrá:

• Simular recambio de la sonda con el simulador. (Imagen 1)

• Observar y participar bajo supervisión del recambio de sonda y del tratamiento de las complicaciones.

Conclusión

El personal de los centros de atención primaria del sector de Huesca tiene pacientes con sondas de gastrostomía que requieren de una atención integral y de unos cuidados especializados de sus necesidades, a través de nuestro programa de sesiones clínicas actualizamos los conocimientos en relación con la educación sanitaria, cuidado diario y manejo de las complicaciones. Todo ello, para que el paciente pueda recibir esta atención en su domicilio, residencia o centro de atención primaria evitando así unos costes económicos elevados, derivados de traslados en ambulancias e ingresos innecesarios, también de las afecciones laborales que conllevan a los familiares o cuidadores al tener que desplazarse hasta el hospital acompañando al paciente. Con un adecuado cuidado diario y mantenimiento de la sonda alargaremos la vida útil de la misma previniendo recambios innecesarios. La identificación y tratamiento temprano de las complicaciones mejorará la calidad de vida del paciente, evitará infecciones graves, así como un tratamiento domiciliario cuando éste lo permita.

La repuesta por parte del personal de los centros ha sido buena, lo que nos ha permitido que aquellos profesionales que tienen en su cupo este tipo de pacientes hayan podido recibir esta actualización y compartir sus dudas.

Enfermedad diverticular del colon: conceptos generales

*Ana Pardillos Tomé. Servicio de Digestivo. Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).
Ana Comín Orce. Servicio de Oncología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Esther Valero Tena. Servicio de Medicina Interna. Hospital MAZ. Zaragoza.*

Los divertículos son pequeñas herniaciones en forma de saco de una porción de la pared del colon, donde las capas mucosa y submucosa se introducen a través de la capa muscular en zonas donde la pared del colon se encuentra más debilitada. Pueden aparecer a lo largo de todo el trayecto del colon, pero lo hacen con más frecuencia a nivel del sigma, la última porción antes de llegar al recto.

La presencia de divertículos en nuestro medio es elevada, apareciendo en el 5-10% de la población. La probabilidad de presentar divertículos aumenta con la edad, oscilando entre el 5% en los menores de 40 años, el 30% en los mayores de 60 años y en más del 60% de los mayores de 80. Es más frecuente en el sexo femenino.

¿Por qué se producen?

No se conocen en profundidad los mecanismos patogénicos que desencadenan la formación de los divertículos y la aparición de sus complicaciones, aunque en estos pacientes se

han descrito alteraciones en la función motora intestinal que condicionan un aumento de presión en el interior del colon. Este aumento de presión favorece un fenómeno conocido como "segmentación del intestino", produciendo un retraso en el tránsito intestinal y la propia formación de divertículos.

La enfermedad diverticular es muy frecuente en el mundo occidental, probablemente debido a factores ambientales y dietéticos. Se ha atribuido un mayor riesgo de divertículos en personas con bajo consumo de fibra en su dieta, obesas o sedentarias.

¿Cómo se manifiestan?

Hasta el 75-80% de las personas que poseen divertículos no presentan ningún síntoma, constituyendo un hallazgo durante la realización de exploraciones indicadas por otro motivo, como la colonoscopia o el enema opaco. En el 20-25% pueden aparecer síntomas, como dolor intermitente localizado en la parte inferior izquierda del abdomen (coincidiendo con la localización del sigma) que suele mejorar con la defecación, hinchazón

o alteraciones del ritmo intestinal. Cuando aparece algún síntoma de alarma, como sangrado, pérdida de peso o masa palpable en el abdomen, es prioritario realizar una consulta médica, con el fin de descartar otras patologías como el cáncer de colon.

¿Pueden complicarse los divertículos?

Sí. Las complicaciones más frecuentes son la diverticulitis (en el 15-25% de los casos) y la hemorragia diverticular (en el 5%).

La diverticulitis es la inflamación de uno de los divertículos. Se piensa que puede ser debida a la erosión de la pared del divertículo por parte de partículas fecales, produciendo una pequeña perforación en su pared. En la mayoría de ocasiones, el organismo controla este defecto mediante una respuesta inflamatoria local o la formación de un flemón, tratándose de diverticulitis leves o no complicadas. No obstante, hasta el 25% de las diverticulitis pueden complicarse, la mayoría por la formación de un absceso, pero también pueden aparecer otras complicaciones menos



El diagnóstico es clínico, aunque en ocasiones se confirma mediante pruebas radiológicas como la ecografía o TAC.

La hemorragia es una complicación poco frecuente, aunque grave de la diverticulosis. Se manifiesta como la expulsión de gran volumen de sangre por el ano de forma aguda, sin acompañarse de dolor. A pesar de ello, en el 75% de los casos suele ser una hemorragia autolimitada, cediendo espontáneamente. Requiere ingreso hospitalario y se confirma mediante colonoscopia.

¿Cuál es el tratamiento de la diverticulosis?

Se recomienda una dieta rica en fibra (fruta, verdura, pan integral, salvado, cereales...), con el fin de evitar la progresión de la enfermedad diverticular, la aparición de complicaciones y mejorar la sintomatología al favorecer el tránsito intestinal.

En los pacientes que presenten dolor intermitente como síntoma predominante, pueden indicarse fármacos espasmolíticos o analgésicos para conseguir alivio de los síntomas. En ocasiones también pueden ser utilizados otros fármacos, como la rifaximina, antibiótico que ha demostrado mejorar la sintomatología y reducir el riesgo de nuevos episodios de diverticulitis.

Me han diagnosticado diverticulitis aguda. ¿cómo se trata? ¿debo ingresar en el hospital?

En el caso de presentar un episodio de diverticulitis aguda leve, en ausencia de comorbilidades importantes o complicaciones, puede plantearse un tratamiento en domicilio recibiendo antibióticos por vía oral, sin requerir ingreso hospitalario. En el caso de una diverticulitis complicada o empeoramiento clínico en domicilio, el manejo debe ser hospitalario mediante tratamiento antibiótico intravenoso. Tras un primer episodio de diverticulitis, es

recomendable la realización de una colonoscopia 6-8 semanas después de la resolución del cuadro (siempre que al paciente no se le haya realizado ninguna colonoscopia en los últimos 2-3 años), con el fin de descartar la posibilidad de cáncer de colon. No obstante, este hecho es infrecuente, ya que debido a la calidad actual de las imágenes obtenidas por TAC, es poco probable confundir el cáncer de colon con una diverticulitis no complicada. Se ha asociado mayor riesgo de diverticulitis al tabaquismo y la administración de fármacos antiinflamatorios no esteroideos, además de la dieta baja en fibra, la obesidad y el sedentarismo. Por ello, es importante evitar todos estos factores de riesgo para disminuir el riesgo de un nuevo episodio diverticulitis.

¿En qué casos es necesaria la cirugía?

En la inmensa mayoría de las ocasiones el tratamiento de la diverticulosis y de sus complicaciones es médico, sin necesidad de cirugía. Podría valorarse la cirugía de forma seleccionada en personas que presentan episodios repetidos de diverticulitis, especialmente en pacientes jóvenes. También en el caso de complicaciones, tales como la presencia de un absceso que no puede ser drenado de forma percutánea, la obstrucción intestinal que no se resuelve tras tratamiento médico inicial, la presencia de fístulas o la perforación libre con peritonitis.

Conclusiones

La diverticulosis es una condición benigna muy frecuente en la población, que aumenta con la edad y cursa de forma asintomática en la mayoría de los casos. En caso de presentar divertículos, se recomienda una dieta rica en fibra y seguir otros hábitos de vida saludables como el ejercicio físico regular o el abandono del hábito tabáquico.

frecuentes como la obstrucción intestinal, la formación de fístulas o la perforación libre con peritonitis.

La diverticulitis se manifiesta típicamente como dolor continuo, localizado en fosa ilíaca izquierda (parte inferior izquierda del abdomen). Otros síntomas que también pueden estar presentes son: fiebre, diarrea, estreñimiento o síntomas urinarios por compresión.



Médicos y Profesional Sanitario

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

Nº caracteres: 4.000 ó 7.000, incluidos espacios entre palabras

Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com

Síndrome de latigazo cervical

Daniel Marín Puyalto, Paul Vicente Alonso de Armiño y Marta Sancho Rodrigo.

F.E.A. de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital San Jorge. Huesca

Marta Molinedo Quílez e Iraia Berasategi Noriega.

M.I.R. de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital San Jorge. Huesca

El término síndrome de latigazo cervical (SLC), se define como una transferencia de energía al cuello resultado de una aceleración-desaceleración, que puede provenir de un impacto desde atrás o desde un lado.

Está causado predominantemente por accidentes de vehículos a motor, pero puede producirse también en accidentes de inmersión en el agua o en otros tipos de accidentes.

Diagnóstico

Los síntomas son:

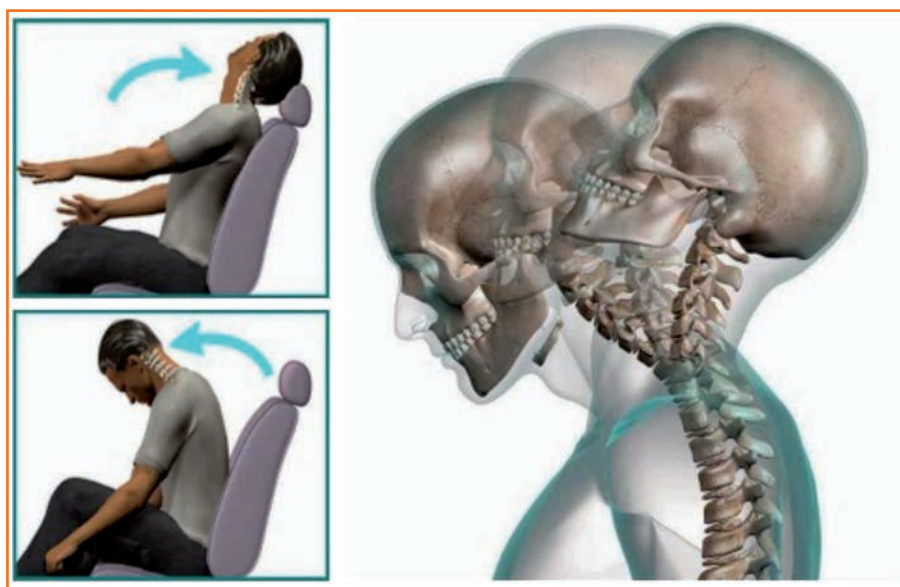
- **Dolor cervical:** Es el síntoma más frecuente. Suele asociarse a contractura y limitación la movilidad y se incrementa con los movimientos.
- **Cefaleas:** Son de intensidad variable y se localiza preferentemente en región occipital.
- **Parestesias:** Sensación de hormigueo y de entumecimiento de las manos.

Tratamiento

Las medidas generales para el tratamiento de los pacientes con síndrome de latigazo cervical son:



- **Reposo y collarín blando:** Se recomienda su uso el menor tiempo posible, ya que un uso prolongado produce atrofia de la musculatura y empeora los resultados. Su uso recomendado es de 3-5 días retirándose de forma progresiva.
- **Rehabilitación:** Los objetivos son disminuir el dolor y la contractura muscular, recuperar la amplitud de la movilidad del cuello y evitar la atrofia muscular.
- **Tratamiento farmacológico:** El tratamiento de primera elección son los anti-inflamatorios con o sin paracetamol y relajantes musculares (como el diazepam).
- **Frio local:** Con el fin de disminuir la inflamación durante los primeros días. Sustituirlo por calor local en los siguientes días, ya que disminuye la contractura muscular.
- **Electroestimuladores tipo TENS:** Se recomienda su uso en fases más tardías para disminuir el dolor y mejorar la movilidad.



El mecanismo de lesión implicado en el síndrome del latigazo cervical consiste en la hiperextensión de la columna cervical por aceleración brusca seguida de una hiperflexión.

Este mecanismo produce lesiones a nivel de:

- **Partes blandas:** Es la lesión más frecuente afectando a los músculos del cuello y en traumatismos intensos puede producirse un hematoma retrofaríngeo.
- **Columna cervical:** Aplastamientos de los cuerpos vertebrales y discos intervertebrales, luxación de las articulaciones intervertebrales y roturas ligamentosas.
- Lesiones crónicas: Degeneración de los discos vertebrales y de las articulaciones intervertebrales.

• **Debilidad y falta de fuerza:** En la zona del cuello y en las extremidades superiores.

• **Otros síntomas:** Vértigo, mareo, visión borrosa,...

En la mayor parte de los pacientes atendidos las pruebas complementarias son normales.

- **Radiografías:** Se utilizan para descartar fracturas y luxaciones articulares.
- **TAC:** Para confirmar la presencia de fracturas o indicar necesidad de tratamiento quirúrgico.
- **RMN:** Indicada para valorar hernias discales y alteraciones en las partes blandas.

La carúncula uretral

Laura Enguita Arnal, Eva María Salas Trigo y Walter Orlandi Oliveira. Médicos Internos Residentes. Ingrid Guiote Partido, Eva María Mallén Mateo. Médicos Adjuntos. María Jesús Gil Sanz. Jefa de Servicio. Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

La carúncula uretral es una lesión benigna y no muy frecuente que aparece en la parte anterior de la uretra. Suele ser de pequeño tamaño (menos de 1 cm) y de color rojo brillante y superficie lisa.

Afecta de forma más frecuente a mujeres postmenopáusicas aunque puede encontrarse también en otros grupos de edad.

¿Qué síntomas puede producir?

La carúncula uretral es la mayoría de las veces asintomática; si bien es verdad que puede producir síntomas como: sangrado vaginal (que constituye el síntoma más frecuente), sangrado con la micción, síntomas similares a los que se producirían en una infección de

orina (como por ejemplo escozor o urgencia miccional), dolor a nivel de la lesión e imposibilidad para orinar.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de la carúncula uretral se realiza mediante la exploración física de la paciente por parte de un profesional sin ser necesarias otras pruebas diagnósticas de entrada.

En los casos en los que exista una duda en el diagnóstico el profesional solicitará las pruebas que considere necesarias, siempre teniendo en cuenta el caso individual de la paciente.

¿Tiene tratamiento?

Si que existe un tratamiento curativo para

este tipo de lesión, pero solo es necesario realizarlo cuando aparecen síntomas relacionados con la presencia de la carúncula uretral; de este modo, las carúnculas uretrales que no produzcan síntomas no deben de ser tratadas.

En el caso de que produzcan síntomas el tratamiento consiste en la aplicación de estrógenos tópicos a nivel de la lesión, durante unos 2 o 3 meses.

Si tras ese periodo de tiempo la lesión no se ha resuelto, la cirugía de la carúncula uretral es la siguiente opción de tratamiento. Ésta cirugía es un procedimiento sencillo que se puede realizar con anestesia local y que no requiere el ingreso hospitalario de la paciente.

La importancia de planificar el embarazo



M^a Pilar Machín Ricol. FEA Obstetricia y Ginecología. Hospital San Jorge. Huesca
Paula Sáez Escolano. FEA Medicina Intensiva. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza
Jara Rodríguez Mañas. FEA Medicina Familiar y Comunitaria. CS Biescas-Valle de Tena
Angélica Gómez Gimeno. FEA Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza
Ruth Jorge García. FEA Medicina Intensiva. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza
Elena Rebollar Torres. Farmacéutica. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza

Aunque el embarazo está considerado como un estado fisiológico de la mujer y no una enfermedad, hoy en día, cada vez se retrasa más la edad del primer embarazo, por lo que nos encontramos ante mujeres que tienen más riesgo de presentar alguna enfermedad crónica.

Ante la presencia de diferentes enfermedades crónicas, sería recomendable acudir a una consulta preconcepcional para ajustar los tratamientos y estabilizar al máximo la enfermedad.

La consulta preconcepcional

El principal objetivo de esta consulta es el de promover la salud de la mujer y de sus futuros hijos. Para ello deberemos evaluar el riesgo reproductivo según los antecedentes existentes. Esta consulta cobra vital importancia si pensamos que el período de más vulnerabilidad para el feto se produce en las 10 primeras semanas. En este período se producen una serie de cambios por los que se forman los diferentes órganos. Así, al realizar la consulta, preferentemente en el año previo al embarazo, nos aseguramos que hemos podido modificar los hábitos de vida y tratamiento. Esta visita previa, cobra más importancia en aquellas pacientes que tienen malos antecedentes reproductivos o alguna enfermedad crónica.

Algunas de las enfermedades por las que convendría consultar previamente al embarazo son: Diabetes gestacional, Hipertensión arterial, epilepsia, antecedentes de abortos de repetición.

- **Diabetes gestacional.** Debido a que se asocia a diferentes complicaciones maternas, deberíamos evaluar el riesgo del embarazo y así poder disminuir las complicaciones que puedan aparecer, tanto maternas como fetales con un control y cuidado adecuado antes de la gestación.

En la primera visita habría que valorar el estado de enfermedad de la mujer y de las complicaciones crónicas asociadas e informar a la pareja de las posibles complicaciones que pueden surgir.

Existen diferentes complicaciones maternas que desaconsejarían el embarazo hasta no solucionarlas.

El objetivo sería ajustar el tratamiento dietético y la dosis de insulina y pautar insulinas compatibles con el embarazo. Así como cambiar los antidiabéticos orales por insulina.

- **Hipertensión arterial (HTA).** En esta consulta tendríamos que ajustar el tratamiento evitando el uso de algunos antihipertensivos contraindicados en la gestación y consiguiendo un adecuado control de la tensión previamente.

- **Epilepsia.** El principal objetivo es conseguir un adecuado balance entre el riesgo que existe por las crisis epilépticas que puedan aparecer, como por la toma de los antiepilépticos.

Se recomienda un antiepiléptico único, en la dosis mínima eficaz para poder prevenir las convulsiones, evitando la politerapia y las dosis altas de ácido valproico.

Debido a que algunos fármacos se asocian a defectos del tubo neural en estas pacientes se recomienda aumentar la dosis de ácido fólico a 5mg /día para prevenirlos desde 3 meses antes del embarazo y, por lo menos, durante el primer trimestre.

Recomendaciones dietéticas y suplementaciones

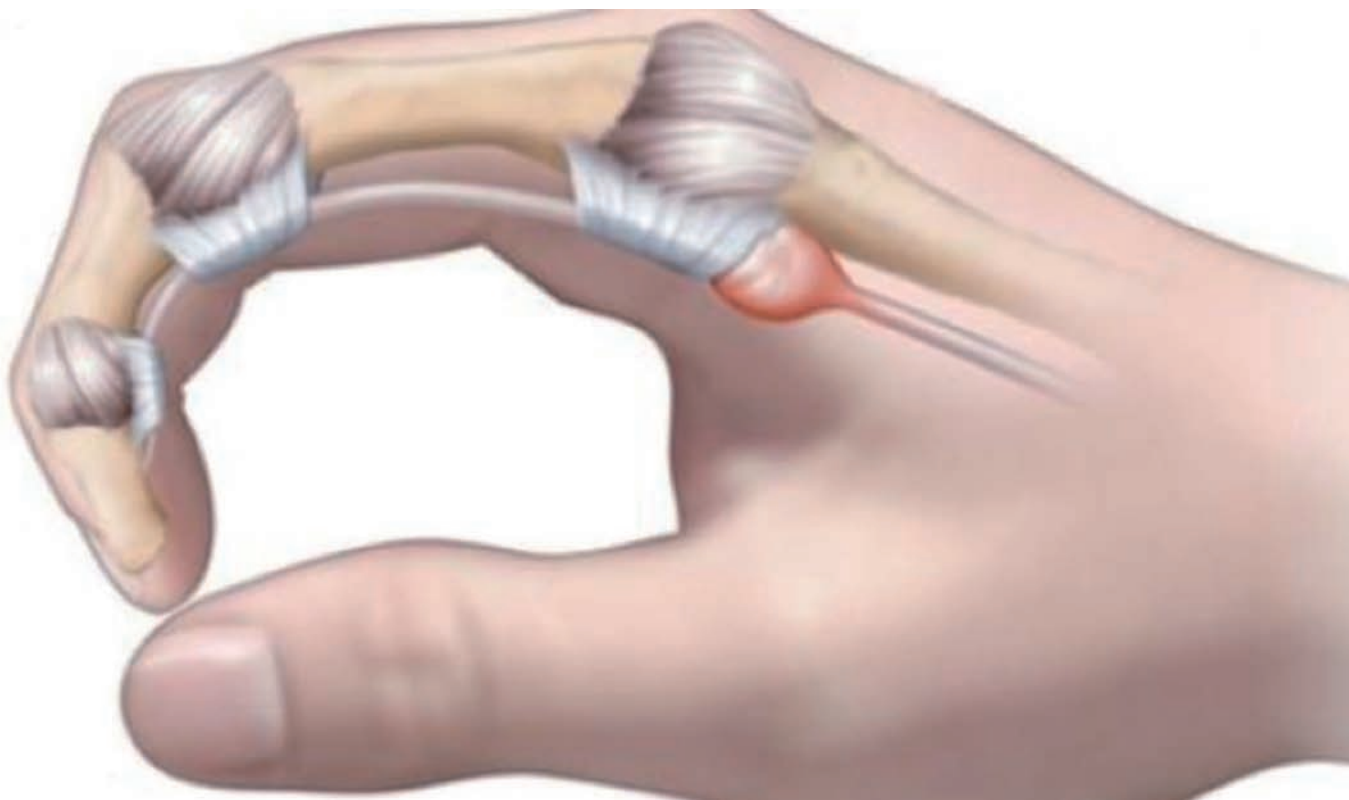
Además de ajustar los tratamientos de diferentes enfermedades, se debe recomendar:

- **Dieta rica en yodo:** favorecer el uso de sal yodada en el embarazo y la lactancia y recomendar el consumo de lácteos y pescados. Dosis: 400µg/día en embarazo y lactancia

- **Hierro:** Se debe asegurar 30 mg/hierro al día en el embarazo (60 si son embarazos múltiples). Para ello hay que recomendar alimentos ricos en hierro y suplementos a partir de la mitad de la gestación.

- **Calcio:** incluir 3 raciones al día de alimentos ricos en calcio en la dieta.

- **Folatos:** Con ellos se previenen los defectos del tubo neural (DTN). Se considera que 0,4 mg/día de ácido fólico en una gestación sin antecedentes o 4-5mg/día en una gestación con riesgo de DTN se deberían tomar desde, al menos 2-3 meses antes y hasta los 3 primeros meses de embarazo.



¿Por qué se me engancha el dedo? Dedo en gatillo

*Marta Molinedo Quílez e Iraia Berasategi Noriega. Residentes de Traumatología del Hospital San Jorge. Huesca
Paúl Vicente Alonso de Armiño, Marta Sancho Rodrigo y Daniel Marín Puyalto. FEAs de Traumatología del Hospital San Jorge. Huesca
María Pilar Molinedo Quílez. Enfermera del Centro de educación e internamiento por medida judicial. Zaragoza*

El dedo en gatillo o dedo en resorte, es una afección en la que uno de los dedos se queda atascado en posición de flexión. El dedo puede flexionarse o estirarse con un chasquido. Es una causa muy frecuente de dolor y limitación funcional de la mano.

Cada uno de los tendones flexores de los dedos pasa a través de unos túneles en la palma y los dedos, llamadas poleas. Cuando la llamada polea A1 se inflama, en la zona de la palma, dificulta el deslizamiento del tendón flexor por debajo de ella y por ello, el dedo se puede quedar enganchado. Es un problema de espacio entre continente y contenido. A veces se pueden formar nódulos en la polea.

Causa

No se conocen las causas exactas, pero podrían estar implicados varios factores como: Antecedentes personales, como la diabetes o la artritis reumatoide.

Realización de empleos en los que se realizan actividades repetitivas con las manos.

Síntomas

Los pacientes con dedo en gatillo pueden presentar síntomas variados como, dolor cuando flexiona y estira el dedo, sensación de que el dedo se atasca, notar un chasquido cada vez que flexionan y la aparición de un bulto en la base del dedo, sobre la palma. Si el dedo se queda atascado flexionado (doblado), a veces, ha de estirarse con ayuda de la otra mano, porque el dedo por sí mismo, es incapaz de extenderse (estirarse).

Tratamiento

El tratamiento puede variar según el grado de afectación de la vida diaria del paciente. Inicialmente se opta por tratamiento conservador, basado en realización de ejercicios y evitar actividades que provocan que el dedo se "enganche".

Otra opción buena como tratamiento consiste en la infiltración de corticoides en la polea para disminuir su inflamación, consiguiendo en muchos pacientes resolver el problema y evitar la cirugía. Si estas medidas no resuelven el problema, se puede considerar el tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico consiste en la liberación de la polea que hace que el dedo se enganche a través de una incisión abierta en la palma, que se suele hacer con anestesia de la zona, no requiriendo ingreso y con una pronta recuperación.



Carcinoma de células renales

Tipos y tratamiento. La cirugía conservadora de nefronas

Paula Gayarre-Abril, Jesús López-Lorenzo, Jorge Subirá-Ríos, Daniel Hijazo-Gascón, Agustín Asensio Matas, Laura Muñiz Suárez, Aida Montero Martorán, José Ignacio Hijazo-Conejos, Jesús García-Magariño, Pilar Medrano-Llorente, Francisco-Xavier Elizalde-Benito, Jorge Rioja-Zuazu, Manuel Ramírez-Fabián, Benjamín Blasco-Beltrán, Patricia Carrera-Lasfuentes.

Residentes, estudiante y adjuntos especialistas del Servicio de Urología, y estadística del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

1. Generalidades

Los riñones son órganos retroperitoneales, que limitan anteriormente con el saco peritoneal y su contenido, y tienen contigüidad con las porciones extraperitoneales de la pelvis inferiormente. La pared abdominal marca los límites posteriores y laterales del retroperitoneo lo que hace que una incisión a través de la pared abdominal posterolateral, o flanco, proporcione la vía más directa a las estructuras del retroperitoneales, donde se encuentran los riñones.

El riñón del hombre adulto tiene un diámetro estimado de 10 a 12 cm y en su zona medial se localiza el hilio renal donde se engloban arteria y vena renal. Los riñones se encuentran rodeados por la fascia de Gerota, exteriormente a esta fascia hay una variable cantidad de grasa retroperitoneal, que se diferencia de la grasa perirrenal y perinéfrica. Los tumores malignos renales tienden a mantenerse encerrados dentro de esta estructura al inicio de su evolución y pueden ser escindidos sin peligro y de forma completa extirpando el riñón dentro de la fascia.

2. Carcinoma de células renales, tipos y tratamiento

El carcinoma de células renales (CCR) representa el 2-3% de todos los cánceres, con una incidencia máxima en los países del oeste y una incidencia a nivel mundial entorno al 2%. El CCR representa el séptimo cáncer más común en hombres y el noveno en mujeres.

Anualmente se diagnostican alrededor de 209.000 nuevos casos y un total de 102.000 muertes. Hay un predominio masculino 1,5:1 y un pico de incidencia que se sitúa entre los 60 y los 70 años.

Entre los factores de riesgo de cáncer renal se encuentran el tabaco, la obesidad y la hipertensión. La exposición a agentes industriales nocivos, hiperglucemia e hipertrigliceridemia en el contexto de un síndrome metabólico, también han de ser considerados. Existen estudios que demuestran una importante asociación entre desarrollo de CCR y un IMC > 30 Kg/m, observándose un incremento del riesgo entre un 20-35% por cada 5 Kg/m de IMC. La asociación entre síndrome metabólico y CCR es compleja, pero puede explicarse mediante mecanismos de resistencia a la insulina, inflamación, angiogénesis y otros factores.

Se han descrito diferentes tipos de CCR. La OMS, en 2016, clasificó, dependiendo de la formación histológica, 3 tipos: el cáncer de células claras, el cáncer papilar (tipo I y II) y el cromóforo, siendo el cáncer de células claras el más prevalente, seguido del cáncer papilar renal.

La mayoría son asintomáticos al diagnóstico tratándose de un hallazgo casual en pruebas de imagen (ecografía o TC) realizadas por otras causas. Un 6-10% debutan con la triada clásica sintomática (dolor en flanco, hematuria y masa abdominal palpable) y coincide con una historia de cáncer avanzado. Se han descrito síndromes paraneoplásicos en un 30 %

de los pacientes con CCR sintomáticos. Otros síntomas asociados son los correspondientes a la enfermedad metastásica, como dolor óseo o tos persistente.

El TC y la RM con contraste son empleados en la caracterización de las masas, así como en el estudio de extensión de la misma. La RM proporciona beneficios sobre TC, como la no radiación, capacidad de caracterizar lesiones menores de 2 cm y lesiones quísticas. La RM también es útil en aquellos pacientes que son alérgicos al contraste yodado, o presenten insuficiencia renal. Mencionar también que, en estadios precoces, tanto TC como RM proporcionan los mismos resultados.

Dada la exactitud de las pruebas de imagen, la biopsia no es necesaria si la masa realza el contraste, tampoco estaría indicada en pacientes frágiles o con comorbilidades.

Existen varias formas de abordar quirúrgicamente un tumor renal, siempre que el estado del tumor y del paciente lo permitan. La cirugía abierta por lumbotomía dorsal, incisión abdominal o toracoabdominal, ha sido desplazada por el abordaje laparoscópico transperitoneal o retroperitoneal.

La técnica de la nefrectomía radical (NR) diseca riñón e hilio y liga arteria y vena renales, con su sección posterior. La nefrectomía parcial (NP) extirpa el tumor con márgenes de seguridad sobre tejido renal sano. Otra técnica a mencionar es la enucleación, donde únicamente se extirpa la masa tumoral.

Históricamente, el punto de referencia del tratamiento del CCR localizado ha sido la cirugía. La nefrectomía radical es considerada la técnica de elección para los tumores renales, sin embargo, la cirugía conservadora de nefronas (CCN) es una opción quirúrgica en pacientes con tumores renales menores de 7 cm, con riñón único, tumores renales bilaterales o con insuficiencia renal crónica.

3. Cirugía conservadora de nefronas

La CCN ha emergido como tratamiento de elección para masas renales pequeñas durante las dos últimas décadas, desplazando a la nefrectomía radical como tratamiento del cáncer de células renales. En términos generales, la CCN ha demostrado mantener una mejor función renal, lo que potencialmente reduce el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Se trata de una técnica que requiere experiencia y destreza por parte del cirujano.

Entre las complicaciones que derivan de la técnica se encuentra la hipertensión, en la que la revascularización y la isquemia pueden ser los detonantes, hemorragias, trombosis arterial renal, estenosis de la arteria renal, aneurisma renal e insuficiencia renal aguda, siendo estas últimas muy poco frecuentes.

• Isquemia

La oclusión temporal de la arteria renal es necesaria en algunas intervenciones como la NP. Esta isquemia no solo reduce la hemorragia, sino que también mejora la accesibilidad a estructuras intrarrenales porque el riñón se contrae y se reduce la turgencia del tejido. El cierre del flujo vascular renal requiere conocimiento de la respuesta renal a la isquemia caliente y de los métodos disponibles para proteger al riñón cuando el periodo de oclusión excede el que puede ser tolerado con seguridad. El tiempo de seguridad de la isquemia caliente, históricamente, ha de ser de 30 minutos de duración.

Una revisión de la literatura sobre la isquemia recomienda que, si la isquemia es necesaria, el tumor ha de ser resecado en los 20 minutos desde el clampaje. El tiempo ideal de isquemia fría es de 35 minutos. Algunos recientes estudios demuestran que el volumen del parénquima preservado y la función renal antes de la operación son los factores más importantes de cara a la función renal a largo plazo, mientras que el tiempo de isquemia afectaría más a la función renal a corto plazo.

El no clampaje o cero-isquemia en NP ha ganado popularidad con los años y se ha comparado en términos de seguridad intraoperatoria, resultados oncológicos y preservación de la función renal con los procesos de isquemia caliente. Específicamente para NPL, la técnica

evita el daño renal isquémico con beneficios en tumores periféricos T1-T2.

Un trabajo estudió los cambios a corto y largo plazo del filtrado glomerular después de observar a pacientes sometidos a cirugías con clampaje y sin clampaje. El tiempo de isquemia fue identificado como un factor de riesgo a corto plazo, en función del filtrado glomerular y desarrollo de enfermedad renal. A diferencia de NPL, NPA está relacionado con enfermedad renal. Se sugiere la isquemia cero en CCN o al menos el menor tiempo de clampaje para evitar el riesgo de empeoramiento de la función renal a corto plazo, sobre todo en aquellos pacientes que ya empiezan a sufrir una disminución del filtrado glomerular.

• Márgenes positivos tras cirugía conservadora

Encontrar márgenes positivos es un evento raro que oscila entre un 0% y un 7% según la literatura. En cuanto a la técnica utilizada, en un estudio se comprobó un porcentaje de márgenes positivos del 1,3% en NPA y un 2,8% en NPL. La mayoría de los análisis retrospectivos indican que el encontrar márgenes positivos en la pieza resecada no se traduce en un aumento de metástasis o disminución de la supervivencia.

• Cirugía conservadora de nefronas (CCN) vs cirugía radical (CR)

Como ya se ha mencionado anteriormente, la CCN ha desplazado a la nefrectomía radical para aquellos tumores localizados.

Un metaanálisis en el que se incluyeron un gran grupo de participantes, 7.050 sometidos a cirugía radical (CR) y 3.124 a CCN, estudió diferentes factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento recibido, y observó un número menor de muertes asociadas al CCR en aquellos pacientes que recibieron CCN en comparación con aquellos a los que se le realizó CR. No se demostró estadísticamente en términos de recurrencia del tumor. En relación con las complicaciones, tampoco se identificó una diferencia significativa entre ambas técnicas.

Se aisló un grupo cuyo tumor era igual o menor a 4 cm y los resultados se mantuvieron iguales que los mencionados. Bouliere et al apoyó que CCN es superior a CR incluso más allá de la clásica indicación de cirugía conservadora, que son 4 cm, pero que esto puede deberse a que los pacientes con una masa pequeña tengan un menor daño renal previo. Un estudio de la universidad de Torino comparó en términos de mortalidad aquellos tratados con una cirugía conservadora y otra radical. Se analizaron 1.783 pacientes sin enfermedad crónica renal diagnosticados con una masa renal T1 que fueron tratados con CCN o CR, y se encontró que la super-

vivencia en ambos grupos en 10 años fue parecida. La CR no se asoció con un aumento de la mortalidad en un análisis multivariable respecto a CCN. Las variables de IMC, género, hipertensión arterial, diabetes, tamaño del tumor y año del diagnóstico no fueron estadísticamente significativas para comparar mortalidad no asociada al cáncer y técnica quirúrgica elegida.

• Enucleación

El creciente número de pequeñas masas renales detectadas ha provocado que se continúen los procesos de cirugía conservadora de nefronas más allá del proceso ya descrito, como es la enucleación simple (ES). La ES intenta preservar el máximo de parénquima, utilizando la pseudocápsula del tumor para separar la lesión del tejido subyacente, resecando lo mínimo de tejido sano. Numerosos estudios han demostrado igual eficacia entre esta técnica con la NP, además de presentar menor índice de márgenes positivos y un periodo de 5 a 10 años libre de cáncer y supervivencia. La ES identifica la cápsula del tumor y el parénquima sano renal y se escinde la parte afectada. La cápsula renal se marca circunferencialmente. La disección de la base del tumor ofrece un excelente plano entre la base del tumor y el parénquima sano. Los ultrasonidos pueden usarse intraoperatoriamente para distinguir los márgenes del tumor que son identificados por la presencia de un borde hiperecogénico. Los resultados quirúrgicos y el ratio de complicaciones son comparables a la NPL. La complicación más recurrente es la fístula urinaria. El tamaño del tumor, el grado de invasión intrarrenal y la relación con el sistema colector urinario aumenta el riesgo de complicaciones. El hecho de que la ES curse con pocas complicaciones puede ser debido a que al no reseca parénquima sano alrededor del tumor teóricamente haya un menor sangrado postoperatorio y opciones de producir una fístula urinaria.

La ES es una técnica complicada que requiere de cirujanos expertos. Cuando se hace laparoscópicamente, los resultados oncológicos y post operativos son equiparables a NP. Es una muy válida variante quirúrgica de CCN y consigue la máxima preservación de parénquima sano con un insignificante daño para el riñón.

4. Seguimiento del paciente

La vigilancia posterior permite al urólogo identificar complicaciones tras cirugía, valorar función renal y recurrencia local o sistémica en caso de aparecer.

Por último, es importante una vigilancia activa en aquellos pacientes que antes del tratamiento ya tenían de base una enfermedad renal crónica.

Cicatrización y sus fases

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

¿Cuáles son las funciones de la piel?

- **Función protectora:** es la ejercida ante la agresión de diferentes mecanismos como los traumatismos mecánicos, las radiaciones ultravioletas solares, la pérdida de agua, etc.
- **Función excretora:** elimina sustancias innecesarias a través de la sudoración.
- **Función termorreguladora:** la mayor parte de la temperatura corporal que perdemos es mediante la piel además perdemos temperatura a través del aire respirado, las heces y la orina.
- **Función informadora o sensibilidad:** En la piel existen gran cantidad de terminaciones nerviosas que aseguran la percepción de estímulos táctiles, térmicos y dolorosos.

¿Qué es el proceso de cicatrización? ¿Cuáles son sus fases?

La cicatrización es una condición indispensable para la vida, que consiste en un conjunto

de hechos fisiológicos que siguen una secuencia evolutiva, cuya finalidad es reparar los tejidos dañados por tejido sano y devolverles la funcionalidad.

Todas las heridas que afectan a la dermis generarán una cicatriz, cuyo resultado final en condiciones normales está en relación a la extensión y profundidad de la herida.

La cicatrización depende de procesos inmunológicos, pudiendo por tanto variar entre individuos, e incluso en el mismo individuo.

En el mejor de los casos, el proceso finaliza con la reparación completa de la lesión, sin secuelas funcionales ni estáticas.

Fases de la cicatrización

- **Fase inflamatoria:** las respuestas vascular y celular son inmediatas. Cuando hay lesiones de los vasos sanguíneos microscópicos, los diversos componentes de la sangre salen del espacio vascular durante

unos 2 ó 3 días, con lo que surge: edema, calor, rubor y dolor en el área lesionada. En esta fase actúan unas enzimas cuya labor es limpiar y rellenar de células sanas la zona dañada.

- **Fase de epitelización:** comienza a las 24h con transporte de las células de la zona profunda de la herida a la superficial.

• **Fase celular o de neoformación vascular:** comienza con la regeneración celular (Tejido de nueva formación).

- **Fase proliferativa:** dura entre 5-20 días, en esta fase se produce colágeno, formando un tejido llamado de granulación que incrementa la resistencia de la herida ante posibles golpes o tracciones.

• **Fase de maduración:** es la última etapa del proceso, la zona de la lesión es resistente aunque nunca reúne las mismas condiciones que las de tejido sano.

Personas ostomizadas

Mariella Olivari Montoya. Enfermera del Servicio de especialidades médicas.

María Marín Ibáñez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva.

Alejandra Utrilla Fornals y Melody García Domínguez. Médicas del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.

Carmen Jimeno Griño. Médica del Servicio de Medicina Interna.

Paula Omedas Bonafonte. Médica del Servicio Medicina Intensiva.

Antonio García Domínguez. Médico del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.

María José Anoro Casbas. Supervisora de Enfermería del Servicio de especialidades médicas.

Lara Aparicio Juez y Francisco Javier García Alarcón. Médicos de Servicio de Urología.
Hospital San Jorge. Huesca



Las personas con ostomía digestiva y urinarias, se definen como la exteriorización del colon (colostomía), del íleon (ileostomía) y uréteres (urostomía) a través de la pared abdominal, suturándolo a la piel del paciente, creando de esta manera una salida artificial (estoma).

¿Qué cuidados a tener en cuenta con el estoma?

- Tener un buen cuidado de la piel de alrededor del estoma, es una buena garantía de bienestar, seguridad y calidad de vida. Para ello, es necesario, mantener una buena higiene correcta. Utilizar agua y jabón y a continuación se debe secar con una toalla a toquecitos evitando frotar bruscamente. Una vez que la piel esté bien limpia y seca, aplicar la bolsa.

- La ducha puede realizarse con bolsa o sin bolsa (salvo en dispositivos de dos piezas, ya que se puede filtrar el agua).
- No utilizar desinfectantes para la limpieza del estoma.
- Importante, no secar la piel con secador.
- Si existiera vello alrededor del estoma, utilizar tijeras, no cortar con maquinillas.
- Es fundamental ajustar perfectamente el adhesivo al estoma sin dejar nada de piel al aire. Si se deja piel al descubierto, esta se irritará por el contacto con las heces.

¿Cómo desechar los dispositivos?

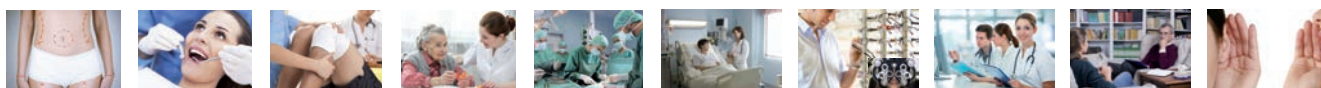
- Las bolsas no deben tirarse al wc. Tirar a la basura habiéndolas puesto previamente en otra bolsa bien cerrada.

¿Qué alimentación se debe llevar?

- Comer con regularidad.
- Beber líquidos abundantes.
- Masticar bien los alimentos.
- No abusar de los picantes.

¿Cómo cuidar la piel?

- Uso de polvos: Se utilizarán para disminuir la humedad sobre irritaciones y facilitar que el disco se pegue bien.
- Uso de pasta: Se utiliza para rellenar pliegues, en caso de desnivel entre piel y estoma, y para favorecer el sellado entre el disco y piel, alrededor del estoma.



Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas puedes anunciarte en **zona hospitalaria aragón** revista y web

Revista: 1 pág. interior = 200 €, 1/2 pág. = 150 €, 1 faldón 182 mm ancho x 60 alto = 100 € (Precios/Nº +IVA)

Web: Banner 230 píxeles ancho x 170 alto = 150 € en pág. Home y 100 € en pág. Aragón (Precios/Mes +IVA)

aragon@zonahospitalaria.com

Cuidados a pacientes anticoagulados



*Mariella Olivari Montoya. Enfermera del Servicio de especialidades médicas.
 María Marín Ibáñez. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva.
 Alejandra Utrilla Fornals y Melody García Domínguez. Médicas del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
 Carmen Jimeno Griño. Médica del Servicio de Medicina Interna.
 Paula Omedas Bonafonte. Médica del Servicio Medicina Intensiva.
 Antonio García Domínguez. Médico del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
 María José Anoro Casbas. Supervisora de Enfermería del Servicio de especialidades médicas.
 Lara Aparicio Juez y Francisco Javier García Alarcón. Médicos de Servicio de Urología.
 Hospital San Jorge. Huesca*

Los anticoagulantes orales están indicados en la prevención a largo plazo de la enfermedad tromboembólica, es decir, en todas aquellas situaciones que llevan asociada una alta incidencia de tromboembolismo y en aquellos casos en los cuales el primer síntoma de la enfermedad es el accidente trombótico o embólico.

También se utilizan a corto plazo tras un episodio de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar.

Existen medicamentos que interaccionan, en principio, no se tomarán antiagregantes como Adiro o la Aspirina, ni otros medicamentos como los antiinflamatorios.

En pacientes anticoagulados que presentan una hemorragia ¿Qué se debe hacer?

- Si un paciente sangra sin motivo, sangra más de lo normal o le salen hematomas espontáneamente, deberá acudir a su médico antes de la fecha que llevaba indicada al del próximo control.
- Este tipo de pacientes anticoagulados no presentan hemorragias espontáneas, su sistema hemostático está generalmente intacto. Habrá que buscar la causa.
- Nunca, como primera medida, se debe suspender el tratamiento anticoagulante, es

necesario que acuda siempre a un centro médico. Si es fuera de horario laboral, deberá acudir a Urgencias.

- Si sangrara abundantemente por cualquier lugar, suspenda inmediatamente la medicación anticoagulante y acuda a su servicio de Urgencias o al más próximo posible.

¿Qué hay que saber sobre el medicamento?

- Tomar la dosis exacta prescrita y el número de tomas indicadas.
- Asegurarse de que la marca y dosis por comprimido del medicamento que va a tomar son los mismos que los indicados por su médico.
- No aumentar ni reducir la dosis en caso de olvido sin consultarlo previamente.
- Tener siempre en casa la caja del medicamento.
- Llevar siempre el carné u hoja de control. El control del anticoagulante debería hacerse como máximo cada 4 o 5 semanas.
- No usar inyecciones intramusculares o consultarlo si fuera necesario su administración.
- Es normal la coloración anaranjada de la orina durante el tratamiento.
- Se desaconseja el consumo de bebidas alcohólicas.

- Antes de iniciar un tratamiento antiagregante, por favor advierta a su médico responsable que usted se encuentra bajo tratamiento anticoagulante.
- No se deberá tomar por su cuenta este tipo de medicamento sin antes consultar con su médico.
- En caso de acudir a su dentista, informe que se encuentra bajo el tratamiento de anticoagulante. Previamente a una extracción, deberá realizarse un control de INR.
- Si debe someterse a intervenciones quirúrgicas advierta antes que está anticoagulado.
- Tan pronto como sospeche un embarazo, comuníquelo.
- En caso de dolor de cabeza intenso o brusco, alteraciones de la visión o del habla, acuda a Urgencias haga saber que toma anticoagulantes orales.
- Importante, mantener fuera del alcance de los niños.

Para evitar alteraciones de la actuación del anticoagulante, es importante tener en cuenta aquellos alimentos ricos en vitamina K como:

- Verduras de hoja verde.
- Coles como brócoli, repollo, coliflor y coles de Bruselas.
- Visceras como el hígado.



El tendón de aquiles y el deporte

Marta Zamora Lozano, Raúl Lorenzo López, Mercedes Flores San Martín, Pilar Ruiz de las Morenas, Marta Sarasa Roca, Carmen Angulo Castaño.

Médicos de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

El tendón de Aquiles es importante en cualquier actividad que incluye la flexión del tobillo. Además de funcionar como motor del tobillo, actúa de amortiguador de fuerzas cada vez que aterrizas de un salto. Tiene su origen en la unión de los dos gemelos y el sóleo y se inserta en la parte central posterior del hueso calcáneo. Su longitud es de unos 15 cm.

La rotura del tendón de Aquiles suele ocurrir entre la tercera y la quinta década de la vida. En esta época el tendón se degenera y se vuelve menos flexible, por lo que tiene tendencia a romperse con más facilidad debido a microtraumatismos repetidos. Esta lesión también se puede producir entre deportistas jóvenes, en especial en aquellos casos en los que no se ha realizado un calentamiento adecuado. De forma general, el tendón se rompe porque le exigimos una contracción más allá de sus límites de elasticidad, como puede ser una extensión máxima de rodilla acompañada de flexión dorsal del pie.

¿Cómo puedo saber si me he roto el tendón de aquiles?

Cuando el tendón se rompe, el paciente suele referir haber notado una "pedrada" asociada a un "chasquido" audible. Esta sensación se acompaña de dolor en la zona más distal del gemelo que suele cursar con inflama-

ción y hematoma. En el momento agudo el paciente presenta dificultad para deambular de forma normal e incapacidad para hacerlo de puntillas.

En algunos casos estos síntomas pueden incluso pasar desapercibidos, sobre todo si la rotura es parcial en un primer momento y luego se vuelve completa. En estos pacientes la cojera aparecerá en los días sucesivos. Si esta lesión se confunde con una rotura fibrilar o con un esguince de tobillo (algo relativamente frecuente), el tendón puede retraerse lo que dificulta su reparación quirúrgica. Por ello, es importante acudir a un médico de forma inmediata si presentas los síntomas previamente descritos.

¿Qué puede ocasionar la rotura del tendón?

Las roturas del tendón de Aquiles ocurren con más frecuencia en deportes que implican cambios bruscos de velocidad y dirección tales como el fútbol, el baloncesto y el pádel. Los saltos y carreras con inicios y paradas repentinas sin haber realizado un buen calentamiento aumentan el riesgo de rotura.

Estar en tratamiento con determinados medicamentos también puede lesionar el tendón. Antibióticos de la familia de las quinolonas (ciprofloxacino y levofloxacino son algunos de los más conocidos), corticoides (orales, o una infiltración por tendinopatía) e inmunosupresores pueden provocar una degeneración

repentina del tendón, que ante un mínimo traumatismo o incluso sin él, acabe en una rotura completa.

¿Se puede prevenir la rotura del tendón?

Por supuesto que sí. No se puede evitar por completo el riesgo, pero sí disminuirlo. En primer lugar, es imprescindible realizar un calentamiento adecuado, siempre con un aumento gradual de la duración e intensidad del mismo, para darle el tiempo suficiente al tendón para adaptarse a una mayor exigencia. Se recomienda evitar el asfalto en los deportes donde pueda existir una alternativa en la superficie de juego, como césped, tierra, resina sintética, etc. ya que en superficies duras el impacto que sufre el tobillo con el apoyo es mayor.

En deportes como el fútbol y el baloncesto es importante alternar el entrenamiento con actividades de bajo impacto. En el caso del pádel, realizar algunos estiramientos antes de pelotear permite que el tendón esté más flexible y no le afecten tanto los cambios abruptos en la carrera.

Recuerda siempre que un breve entrenamiento puede ayudarte a prevenir una importante lesión, cuyo tratamiento implica una cirugía y su recuperación es de las más duraderas dentro de las lesiones deportivas.

Derechos y deberes generales de los pacientes



Dra. Marta González Eizaguirre. FEA Geriatría. Hospital San José de Teruel

Dr. Miguel Sánchez Ortiz, Dra. Carmen Oquendo Marmaneu, Dr. Alberto López Lasheras. Residentes Medicina Geriatría. Hospital San José de Teruel

Ana Mateo Abad. Enfermera especializada en Geriatría. Hospital San José de Teruel

Elisa García Simón y Ana Sangüesa Lacruz. Residentes enfermería Geriatría. Hospital San José de Teruel

La observancia de los derechos y deberes del paciente recogidos en el marco legal español mejora tanto la relación con los profesionales, como con las instituciones sanitarias resultando eficaz para prevenir, proteger y promocionar la salud y la calidad de vida del paciente.

La figura del paciente y su forma de relacionarse con los profesionales de la sanidad y participar en el proceso de toma de decisiones sobre su enfermedad, ha evolucionado en las últimas décadas hasta convertirse en un agente de derechos definidos y responsable junto con el médico, de las decisiones a adoptar en el itinerario de su enfermedad. Esta evolución de los roles ha hecho que las relaciones en el ámbito de la salud hayan pasado de ser verticales a horizontales gracias a la irrupción de un paciente informado y empoderado que ha llevado a considerar a las administraciones sanitarias los beneficios que aportan a las partes implicadas en el proceso de la enfermedad, que el usuario se comunique eficazmente con ellos.

La legislación española dispone que el paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud y a ser tratado con respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico. Estos derechos se agrupan en los siguientes bloques:

- Acceso a la atención sanitaria.
- Autonomía del paciente.
- Intimidad y confidencialidad entendido como la garantía de ser atendidos respetando también su dignidad, autonomía y seguridad.
- Información sobre cualquier experimentación e investigación científica que le pudiera ser aplicada.

- Prevención de la enfermedad y protección de la salud.
- Información asistencial y acceso a documentación clínica.
- Participación de los pacientes en cuanto a saber quiénes son los profesionales que los tratan, a realizar reclamaciones y sugerencias, a participar en las actividades sanitarias y a la utilización de tecnologías de la información.
- Calidad y seguridad asistencial.

En cuanto a los deberes exigibles son resumidamente:

- La obligación de colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias.
- Firmar el documento de alta voluntaria en caso de que no se acepten los métodos de tratamiento propuestos frente a su enfermedad.
- Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.
- Exigir que se cumplan todos sus derechos.

Todo ello es imprescindible que sea conocido por los usuarios porque un paciente bien informado está en disposición de poder afrontar de una manera más activa su enfermedad, los aspectos que puedan afectarle más y comprender y aceptar las manifestaciones o limitaciones a las que puede verse sometido. El aumento del nivel de información ha desembocado en un incremento del número de asociaciones de pacientes en España a las que tienen acceso, además de los pacientes y sus familiares, todas las personas que quieran saber algo sobre una patología concreta. Estas asociaciones han tenido influencia en leyes como la Ley sobre el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica, la Ley de autonomía del paciente, la Ley sobre el derecho a la información y el acceso a la documentación clínica o la Ley de voluntades anticipadas. Existen, además, entidades que promueven su

interrelación con asociaciones de profesionales sanitarios; tal es el caso de Webpacientes, que permite acceder a normativa, actividades, publicaciones o testimonios; cuentan además con una revista propia ePacientes, que constituye un órgano más para la difusión de información.

Un hito importante en el asociacionismo fue la reunión celebrada en Barcelona (2003) en la que participaron profesionales de la salud y organizaciones y asociaciones de pacientes de toda España; de ella nació la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, que se resume con el siguiente Decálogo:

1. Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes
2. Decisiones centradas en el paciente
3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado
4. Relación médico-paciente basada en el respeto y confianza mutua
5. Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales
6. Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria
7. Democratización formal de las decisiones sanitarias
8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria
9. Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos
10. Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes.

Los derechos y deberes de los pacientes son eje básico de las relaciones clínico-asistenciales y conocerlos es algo que a todos nos compete por su contribución a la mejora de la calidad en la atención sanitaria.

Abordaje terapéutico a través de realidad virtual en el tratamiento del dolor y en cuidados paliativos

Dra. Marta González Eizaguirre. FEA Geriatría. Hospital San José de Teruel

Dra. Carmen Oquendo Marmaneu y Dr. Miguel Sánchez Ortiz. Residentes Medicina Geriatría. Hospital San José de Teruel

Ana Mateo Abad. Enfermera especializada en Geriatría. Hospital San José de Teruel

En el desarrollo de la cronificación del dolor influyen factores como los físicos, la intensidad del dolor, la atención inadecuada o tardía, las emocionales que pueden originar en el paciente sentimientos de tristeza y/o miedo, las cognitivas, las derivadas de sentimientos catastrofistas y los contextuales relacionados con el entorno social. Los físicos, aunque importantes, pueden no ser suficientes para explicar la experiencia del dolor pues, una misma experiencia puede interpretarse como tal o no en función de múltiples variables. Lo que se ha comprobado es que su intensidad se puede modular modificando el foco de fijación y propiciando la competencia atencional con estímulos nociceptivos.

La realidad virtual

Se presenta como procedimiento para controlar el dolor; cuanto más inmersiva y absorbente sea la experiencia virtual, más contribuye a la distracción del paciente y menor es la magnitud con la que lo percibe y por ello, las gafas de realidad virtual se comienzan a utilizar para reducir la sensación de dolor y ansiedad en los pacientes. El elemento de distracción es fundamental durante las prolongadas estancias hospitalarias y les permite abstraerse de la realidad de una habitación y sin salir de ella, desplazarse a otras realidades que disminuyan la angustia. Desde distintos centros hospitalarios a través del diseño

de Planes de Humanización de la Asistencia Sanitaria, se ha implementado el uso de este tipo de herramientas en pacientes pediátricos, oncohematológicos, neumológicos y Unidades de Cuidados Paliativos.

Así, a través de las gafas de realidad virtual se pone a disposición de los pacientes pertenecientes a los tres primeros grupos, juegos en función de sus preferencias y edad, aplicaciones a través de las que se pueden visitar países, transitar por el fondo marino y meditar; en el caso de los pacientes neumológicos la exposición de paisajes donde está presente la naturaleza, al tratarse de un espacio abierto, les son de gran ayuda para evadirse del entorno hospitalario. En el caso de los pacientes oncohematológicos durante el tratamiento en la Unidad de Diálisis del Hospital de Día, donde tienen que permanecer varias horas, este artefacto tecnológico es utilizado como medio de relajación; en el caso del área de pediatría su funcionalidad radica en ser elemento distractor durante la realización de técnicas invasivas y en pacientes crónicos, los largos ingresos son más llevaderos al minimizar las emociones negativas provocadas sus muchos ratos en soledad y esta medida terapéutica fundamentada en realidad virtual, les permite redirigir su atención hacia estímulos agradables, complementando la atención humana que se les dispensa.

Los cuidados paliativos (CP)

Representan una sólida respuesta sanitaria al sufrimiento relacionado con el final de la vida de los pacientes. Por ese motivo y tras demostrar su eficacia, se han convertido en

un derecho de todos los ciudadanos y en una prestación sanitaria básica al suponer un impacto muy positivo sobre la calidad de vida del enfermo en aspectos como el alivio de síntomas, el apoyo a las familias y complementar el resto de medidas influyendo en la eficiencia de los sistemas sanitarios. En las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), donde la esperanza de vida es corta, algunos de los pacientes ingresados tienen la percepción de dejar muchas cosas pendientes como a modo de ejemplo viajar o retornar a lugares de especial significado para ellos.

Proyecto ViVo

Iniciativas como Proyecto ViVo, promovidas por centros hospitalarios privados, han supuesto un salto cuantitativo y cualitativo al incorporar novedosos avances tecnológicos que facilitan llevar a cabo, a través de gafas de realidad virtual, esos añorados viajes y en el momento que el paciente muestra la voluntad de usar esta herramienta, es el médico el que prescribe el momento adecuado para ello y tras comprobar su tolerancia y apoyado por un psicoterapeuta, guían al usuario a fin de evitar riesgos confusionales. Se ha evidenciado que muchas de las intervenciones permiten rebajar la administración de ansiolíticos y analgésicos para calmar el dolor y la ansiedad con la consecuente mejora de su bienestar gracias a la relajación virtual guiada proporcionando al paciente un sensación de tranquilidad, ausente en cualquier proceso de enfermedad y agravada en estos pacientes que intuyen un desenlace fatal.

Soledad en el anciano

Elisa García Simón. Enfermera Interna Residente de Geriatria. Hospital San José de Teruel.
Ana Mateo Abad. Enfermera especialista en Geriatria. Hospital San José de Teruel.
Ana María Sangüesa Lacruz. Enfermera Interna Residente de Geriatria. Hospital San José de Teruel.
Alberto López Las Heras. Médico Interno Residente de Geriatria. Hospital San José de Teruel.
Miguel Sánchez Ortiz. Médico Interno Residente de Geriatria. Hospital San José de Teruel.
Carmen Oquendo Marmaneu. Médico Interno Residente de Geriatria. Hospital San José de Teruel.
Marta González Eizaguirre. Facultativo especialista de Geriatria. Hospital San José de Teruel.
Raquel García Simón. Facultativo especialista de Ginecología y Obstetricia. Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

La situación de actual pandemia junto con las nuevas medidas de distanciamiento social está dando lugar a que muchos ancianos se encuentren aislados socialmente por miedo a contraer la enfermedad lo que deriva en un sentimiento de soledad.

La soledad es un síndrome geriátrico y se define como los sentimientos asociados a una deficiencia en las relaciones íntimas, o como la discrepancia percibida entre las relaciones sociales deseadas y reales. La importancia de las relaciones sociales es tal que, según la Teoría de las Necesidades Humanas de Abraham Maslow, la necesidad amor y pertenencia (donde se incluyen las relaciones sociales) está situada en tercera posición sólo por detrás de las necesidades fisiológicas y la de seguridad.

Tipos de soledad

La soledad puede ser de dos tipos: emocional, la cual surge de la pérdida o ausencia de un apego emocional cercano (como con un cónyuge, un hijo o un amigo) y social, que ocurre en ausencia de una red social, derivada del contacto poco frecuente con familiares y amigos o la falta de participación en actividades sociales.

¿Dónde se enmarca la soledad en la sociedad?

La soledad es considerada por muchos países un problema de salud pública, que predice una baja calidad de vida entre las poblaciones de mayor edad y problemas en la salud mental y física de los ancianos. Además, la soledad ha sido identificada como un predictor indirecto del suicidio y de la mortalidad en personas mayores a través de vínculos con enfermedades crónicas, situación funcional y salud autoevaluada.

La prevalencia de la soledad es del 45 % sin embargo este dato no es real ya que, debido al estigma existente asociado a la soledad, los ancianos no admiten estar solos y la prevalencia es en realidad mayor que los datos reportados. La principal causa de esta estigmatización es porque su existencia al final de la vida supone para algunas personas reconocer que han fracasado social y/o familiarmente. Las personas mayores son particularmente vulnerables a la soledad debido al edadismo presente en la sociedad, la pérdida de familia y amigos, el deterioro de la salud y la pérdida de roles sociales a través de la jubilación. Cabe destacar que el 6,4% de los ancianos relacionan la soledad con la finitud de la vida.

¿Por qué está influenciada la soledad?

La experiencia de la soledad entre los adultos mayores es multifacética alcanzando su punto

álido los sábados y los días festivos. Además, está influenciada por diversos factores:

- Los atributos sociodemográficos como son género femenino debido a la mayor esperanza de vida, estado civil soltero, edad avanzada (entre 85 y 94 años), ingresos deficientes y bajos niveles de educación.
- Los recursos sociales que se asociaron con la soledad en las personas mayores incluyeron vivir solos, residir en áreas rurales (debido a la migración de los jóvenes a las grandes ciudades) y tener relaciones sociales de baja calidad.
- La ausencia de salud y su deterioro funcional son predictores significativos de soledad en adultos mayores. Los cambios cognitivos, sensoriales y físicos relacionados con la edad, además de los problemas de salud física y mental típicos del envejecimiento dan lugar a una disminución en la capacidad de la comunicación en los ancianos, derivando en una disminución de sus interacciones sociales.

Por último, la consideración de la soledad como un tema tabú hace que resulte muy complicado diagnosticarla, sin embargo resulta de vital importancia disponer de herramientas para identificar a los ancianos en riesgo de soledad o que ya la padecen, para poder abordarla desde una perspectiva biopsicosocial y crear intervenciones apropiadas destinadas a tratarla o prevenirla.

Vacuna tétanos-difteria

Raquel Refusta Ainaga.

Enfermera en Atención Primaria. CS San José Norte. Zaragoza

Luis María Hernáiz Calvo.

Médico Residente especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

CS San José Centro. Zaragoza

Lorena Rodríguez Elena.

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Urgencias. Hospital Miguel Servet. Zaragoza



El tétanos y la difteria son enfermedades graves causadas por bacterias que, de ser padecidas, pueden desarrollar complicaciones severas.

El Tétanos, causado por el bacilo *Clostridium tetani*, se caracteriza por originar contracciones musculares dolorosas que pueden llegar incluso a la muerte.

Se adquiere a través de heridas que entran en contacto con las esporas del tétanos, las más frecuentes son las producidas por punción, desgarró y quemaduras.

La Difteria, causada por *Corynebacterium diphtheriae*, se caracteriza por la inflamación de las vías respiratorias altas y su transmisión es de persona a persona, a través de la tos o los estornudos.

La vacuna que protege frente a estas dos enfermedades es una vacuna combinada inactivada, a diferencia de las vacunas de virus vivos atenuados (como es el caso de la Triple Vírica o la Varicela), lo que permite su administración en el embarazo.

Su forma de administración es vía intramuscular.

¿Quién debe recibir esta vacuna?

Toda la población debe recibir esta vacuna, salvo si existe contraindicación médica en caso de reacciones alérgicas tras recibir una dosis de la misma o alergias severas a cualquier ingrediente que contenga.

En el caso de las mujeres embarazadas, recibirán de manera sistemática una dosis de difteria-tétanos-tosferina en el último trimestre de la gestación (preferiblemente entre la 28 y la 36 Semana de gestación).

¿Cuántas dosis debo recibir?

Se necesita un total de 5 dosis para lograr una protección segura y duradera.

Es importante comentar que cada dosis puesta es una dosis que cuenta, no se debe reiniciar vacunación, sino COMPLETAR.

• En adultos sin dosis previas:

–1ª dosis se deberá administrar tan pronto como sea posible

–2ª dosis se administrará al mes de haber recibido la 1ª

–3ª dosis se administrará a los 6 meses de haber recibido la 2ª.

–4ª dosis se administrará a los 10 años de haber puesto la 3ª.

–5ª dosis se administrará a los 10 años de haber puesto la 4ª.

• En adultos con dosis previas:

–Si tiene 1 dosis puesta y ha transcurrido más de un mes desde esa dosis, se administrará la 2ª y se continuará con la pauta de vacunación.

–Si tiene 2 dosis puestas: comprobar que han pasado más de 6 meses desde la última dosis y continuar la pauta de vacunación.

–Si tiene 3 dosis o más completar hasta 5 siguiendo la misma pauta.

–Si durante la infancia has sido correctamente vacunado y tienes 65 años, se te administrará una única dosis de recuerdo.

• Vacunación antitetánica en personas adultas en caso de heridas

Antecedentes de vacunación	Herida limpia		Herida potencialmente tetanigénica	
	Vacuna (Td)	IGT	Vacuna (Td)	IGT
<3 dosis o desconocida	SÍ (completar vacunación)	NO	SÍ (completar vacunación)	SÍ
3 o 4 dosis	NO (si hace más de 10 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO
5 o más dosis	NO	NO	NO (Si hace más de 10 años desde la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO

IGT: es la Inmunoglobulina antitetánica

La IGT se administra sólo en caso de heridas de alto riesgo (heridas con fracturas, heridas profundas penetrantes, heridas por mordedura, heridas con cuerpos extraños, heridas sucias de tierra, heridas infectadas, lesiones tisulares importantes (heridas contusas, quemaduras) y en caso de haber recibido una pauta previa consistente en <3 dosis, o calendario vacunal desconocido (completaremos

por tanto la vacunación también con Td).

Tanto en niños como adultos la IGT consistirá en una dosis única de 250 UI (Si han pasado más de 24 horas deberán ser 500UI).

Debe administrarse lo más rápido posible, al mismo tiempo que la vacuna antitetánica, en otra jeringa y otro lugar anatómico.

No está contraindicada ni en embarazadas ni en periodo de lactancia.

¿Qué reacciones puede causarme?

• Reacciones locales: dolor, enrojecimiento, hinchazón.

• Reacciones sistémicas leves: dolor de cabeza, cansancio, malestar, fiebre (inusual), náuseas...

¿Se puede administrar junto a otras vacunas?

La administración simultánea de vacunas es recomendable para asegurar el cumplimiento de un calendario vacunal o realizar estrategias vacunales aceleradas, por ejemplo, en el caso de viajes inminentes o pautas de rescate.

Prácticamente, todas las vacunas de uso pe-

diátrico habitual pueden administrarse de modo simultáneo sin que su inmunogenicidad y reactogenicidad se vean afectadas.

Respecto a la administración simultánea con la reciente vacuna frente a la Covid 19 no hay estudios sobre la interacción entre ambas vacunas, de manera que espaciarlas sería una buena opción terapéutica.

No olvides revisar tu calendario vacunal y ante cualquier duda consultar con tu enfermera de atención primaria.



MERRELL®

BOREAL®

HH®
HellyHansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



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

www.lapuertaverdepanticosa.com